

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikum Heidelberg
(Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine Herpertz)
Institut für Medizinische Psychologie
(Direktorin des Instituts: Prof. Dr. phil. Beate Ditzen)

**Dilemmakompetenz und seelische Gesundheit
von Krankenhausmitarbeitenden:
Zwei Studien zu den Möglichkeiten und Grenzen
psychosozialer Interventionsprojekte**

Inauguraldisseration
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)
an der Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität

**Antonia Drews
aus Büdelsdorf**

2021

Dekan: Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer-Rothers, Dipl.-Psych.

Dear students,

The best advice on how to live your life that I ever heard
was the following four precepts:

1. Show up
2. Pay attention
3. Tell the truth
4. Don't be attached to results.

(Michael Crichton, 30. März 1999)

Für Susanne R.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	9
1 Einleitung	10
1.1 Forschungsstruktur des SEEGEN-Verbunds.....	10
1.2 SEEGEN als Interventionsprojekt.....	11
1.2.1 Phase I (2017-2019).....	11
1.2.2 Phase II (2019-2021).....	13
1.3 Mein Mitwirken im SEEGEN-Verbund in verschiedenen Rollen.....	13
1.4 Bisherige Ergebnisse des Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ und Beobachtungen zum Projektverlauf in Phase I.....	14
1.5 Zusätzliche Verschärfung durch die Corona-Pandemie	16
1.6 Entwicklung meiner Studienfragen	17
2 Studie 1: Wie geschlechts- und professionsspezifisch ist Dilemmakompetenz? Eine differentielle Studie mit mittleren Führungskräften in Krankenhäusern mit Fokus auf Geschlecht und Profession der Teilnehmenden	18
2.1 Über die Absichten dieser Studie	18
2.2 Geschlechterparität im Gesundheitswesen	19
2.2.1 Mehrheitlich weibliche Leistungsträger*innen innerhalb des Gesundheitswesens und des Krankenhauses.....	19
2.2.2 Prognose: Stetiger Zuwachs von Frauen	19
2.2.3 Trotzdem insgesamt weniger Frauen in Führungspositionen.....	20
2.3 Professionen im Krankenhaus.....	23
2.3.1 Servicepersonal.....	24
2.3.2 Verwaltung.....	27
2.3.3 Pflege.....	31
2.3.4 Ärzteschaft.....	35
2.4 Gemeinsame Belastungsfaktoren: Ökonomisierungsprozesse und politische Unentschiedenheit.....	37
2.4.1 Wie kam es zur Ökonomisierung des Krankenhauses?	38
2.4.2 Folgen in der Krankenhauslandschaft	38
2.4.3 Auswirkungen auf Mitarbeiter*innenebene im Krankenhaus	39
2.5 Entscheiden im Dilemma als gemeinsame Herausforderung.....	40
2.5.1 Unterscheidung: Widersprüche, Konflikte und Dilemmata in Organisationen	40
2.5.2 Dilemmata gehören zu Organisationen	41
2.5.3 Bedeutung und Besonderheit mittlerer Führungskräfte	42

2.5.4	Dilemma-Entscheidungen als Belastungsfaktor mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus.....	44
2.5.5	Krankenhausprofessionstypische Dilemma-Beispiele	46
2.5.6	„Dilemmakompetenz“ bisher unbeachtete Kernkompetenz.....	47
2.6	Methode.....	50
2.6.1	Forschungsdesign	50
2.6.2	Intervention	52
2.6.3	Stichprobe.....	54
2.6.4	Datenerhebung	55
2.6.5	Datenauswertung.....	59
2.7	Ergebnisse.....	61
2.7.1	Quantitative Fragebogendaten	61
2.7.2	Qualitative Einzelinterviews	71
2.8	Diskussion	94
2.8.1	Zusammenfassung der Studienziele, Fragestellungen und Hypothesen	94
2.8.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	94
2.8.3	Diskussion der Ergebnisse	97
2.8.4	Limitationen der Studie	105
2.8.5	Ausblick	107
3	Studie 2: Grenzen der Machbarkeit psychosozialer Präventionsangebote für Krankenhausmitarbeitende und deren Beforschung in randomisiert-kontrollierten Studien: Eine Expert*innenbefragung im SEEGEN-Projekt mit Fokus auf Rahmenbedingungen des Projektes und Forschungsvorgehen der Forschenden.....	118
3.1	Einleitung.....	118
3.2	Erfahrungsbericht aus teilnehmender Beobachtung im Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“	119
3.2.1	Beobachtungen während des Forschungsprozesses in Phase I	119
3.2.2	Aufrechterhaltung bestehender (politischer) Systeme	119
3.2.3	Diskrepanz zwischen Selbstbeschreibung und Umsetzung	121
3.2.4	Kritische Selbstreflexion: Hinterfragen der eigenen Vorgehensweisen	121
3.2.5	Gesundheitspolitischer Kontext	122
3.2.6	Empfehlungen und Vorschläge für weitere Zusammenarbeit.....	122
3.3	Reflexion innerhalb des Forschungsverbundes SEEGEN und Implementation einer gesonderten Arbeitsgruppe	122
3.4	Methode.....	123
3.4.1	Stichprobe.....	123
3.4.2	Datenerhebung	123
3.4.3	Datenauswertung.....	124
3.5	Ergebnisse.....	125
3.5.1	Projektziele	127
3.5.2	Limitationen und Machbarkeit des Projektes	129
3.5.3	Kontext: Beschreibungen und Reflexionen.....	132

3.5.4	Eigene Position und Verantwortung	135
3.5.5	Gesamtauswertung und Zusammenfassung der Ergebnisse	140
3.6	Diskussion	142
3.6.1	Was lässt sich aus den Interviewergebnissen ableiten?	142
3.6.2	Wie lassen sich Vorschläge und Kritik der Expert*innen weiterentwickeln?.....	144
3.6.3	Ausblick: Was können wir aus den Expert*inneninterviews für zukünftige Forschung lernen?.....	147
3.6.4	Wissenschaft und Politik als Subsysteme im systemtheoretischen Sinne	149
3.6.5	Limitationen der Studie	150
4	Zusammenfassung	151
5	Literaturverzeichnis	153
6	Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen	183
6.1	Phase I des SEEGEN-Projektes.....	183
6.1.1	Projektbewerbung und Rekrutierung von Proband*innen.....	183
6.1.2	Datenerhebung	184
6.1.3	Datenaufbereitung	184
6.1.4	Datenauswertung.....	184
6.1.5	Betreuung von Qualifikationsarbeiten	184
6.2	Phase II des SEEGEN-Projektes.....	185
6.3	Zusätzliches Engagement im Forschungsverbund und weitere Forschung	185
6.4	Eigene Veröffentlichungen.....	186
	Anhang	188
	Anhang 1: Interviewleitfäden	188
	Anhang 2: Transkriptionsregeln	199
	Anhang 3: Kategoriensysteme	201
	Anhang 4: Manual des Dilemmakompetenz-Trainings als 2-Tages Workshop.....	214
	Lebenslauf	266
	Danksagung	267
	Eidesstattliche Versicherung	269

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1: Roadmap des SEEGEN-Projektes	11
Abb. 2: Studiendesign	51
Abb. 3: Mittelwerte der NCC-16 Skala verschiedener Berufsgruppen	62
Abb. 4: Mittelwerte der BSWE weiblicher und männlicher Führungskräfte	63
Abb. 5: Mittelwerte der Irritationsskala (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte „kognitive Irritation“ und „emotionale Irritation“) weiblicher und männlicher Führungskräfte	64
Abb. 6: Mittelwerte der PSRS-Skala (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte „Reaktivität bei sozialer Bewertung“ und „Reaktivität bei sozialen Konflikten“) weiblicher und männlicher Führungskräfte	66
Abb. 7: Mittelwerte der PSRS Subskala „Anhaltende Reaktivität“ (AR) verschiedener Berufsgruppen	68
Abb. 8: Mittelwerte der PSRS Subskala „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ (RsK) verschiedener Berufsgruppen	69
Abb. 9: Dilemmaerleben von weiblichen und männlichen Führungskräften.....	72
Abb. 10: Wirkfaktoren des Trainings berichtet durch weibliche und männliche Führungskräfte	77
Abb. 11: Wirkfaktoren des Trainings berichtet durch verschiedene Berufsgruppen	79
Abb. 12: Einschätzung der Relevanz von Geschlecht im Dilemma durch weibliche und männliche Führungskräfte	80
Abb. 13: Einschätzung der Relevanz von Geschlecht im Dilemma durch verschiedene Berufsgruppen	81
Abb. 14: Bewertung des Trainings als hilfreich durch unterschiedliche Berufsgruppen.....	85
Abb. 15: Globale Einschätzung der Trainingsteilnehmenden zur Prä-Post-Veränderung des Umgangs mit Dilemmata je nach Geschlecht	88
Abb. 16: Globale Einschätzung der Trainingsteilnehmenden zur Veränderung des Umgangs mit Dilemmata je nach Berufszugehörigkeit.....	88
Abb. 17: Prä-Post-Veränderung des Dilemmaerlebens von Frauen und Männern	90
Abb. 18: Projektziele der Expert*innen.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abb. 19: Einschätzung des Projekterfolgs durch die Expert*innen	129

Abb. 20: Von den Expert*innen erwähnte Forschungs- und Projektlimitationen	130
Abb. 21: Von den Expert*innen erwähnte Änderungsideen bzgl. der Projektgestaltung	131
Abb. 22: Erklärung der Expert*innen zur Nicht-Umsetzung von Änderungsideen	132
Abb. 23: Beschreibungen des Krankenhauses durch die Expert*innen	134
Abb. 24: Beschreibungen des Forschungsprozesses durch die Expert*innen.....	135
Abb. 25: Forschungsmotive der Expert*innen.....	136
Abb. 26: Beschreibungen der eigenen Verantwortung durch Expert*innen	138
Abb. 27: Von Expert*innen genannte Gründe für eine politische Nicht-Positionierung	139

Tabellen

Tab. 1: Gesamt und proportionale Größe der Berufsgruppen mit Geschlechterverhältnis	61
Tab. 2: Übersicht über das Kategoriensystem: Hauptkategorien I-IV (ohne die Hauptkategorie „Rest“) sowie Oberkategorien 1-11	125
Tab. 3: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie I "Projektziele"	126
Tab. 4: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie II "Limitationen und Machbarkeit des Projektes"	126
Tab. 5: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie III "Kontextbeschreibungen und -reflexion"	126
Tab. 6: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie IV "Eigene Position und Verantwortung"	127

Abkürzungsverzeichnis

AR	PSRS-Subskala: Anhaltende Reaktivität
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BSWE	Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung
IS	Irritationsskala
NCC	Need for Cognitive Closure
PSRS	Perceived Stress Reactivity Scale
RA	PSRS-Subskala: Reaktivität bei Arbeitsüberlastung
RM	PSRS-Subskala: Reaktivität bei Misserfolgen
RsB	PSRS-Subskala: Reaktivität bei sozialer Bewertung
RsK	PSRS-Subskala: Reaktivität bei sozialen Konflikten
SEEGEN	Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus

1 Einleitung

Inhalt der vorliegenden Dissertation bilden zwei Studien, die im Rahmen des Forschungsverbundprojektes *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus* (SEEGEN) entstanden sind. Im Folgenden sollen u.a. der Hintergrund des Forschungsverbunds und die Rolle der Autorin innerhalb des Verbunds dargestellt sowie (Weiter-)Entwicklungen des Forschungsprozesses skizziert werden, um die Inhalte der zwei Studien für die Leser*innen nachvollziehbar herzuleiten.

1.1 Forschungsstruktur des SEEGEN-Verbunds

Der Forschungsverbund *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz am Krankenhaus* befasst sich über einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren (2017-2021) mit der Frage, wie Menschen, die im Krankenhaus arbeiten und hohen arbeitsbedingten Belastungen ausgeliefert sind, psychisch gesund bleiben können. Dabei verfolgt der Forschungsverbund das Ziel, Krankenhausbeschäftigte durch die Entwicklung, Evaluation und Zusammenführung verschiedener gesundheitsfördernder Interventionen im Erhalt ihrer psychischen Gesundheit zu stärken und ihre Arbeitssituation strukturell zu verbessern.

Die Forschung des SEEGEN-Verbunds erstreckt sich über zwei Forschungsphasen (Phase I: 2017-2019 und Phase II: 2019-2021) und erfolgt im Rahmen fünf verschiedener Teilprojekte. Den Kern jedes Teilprojekts stellt eine bestimmte gesundheitsfördernde Intervention dar. Die insgesamt fünf verschiedenen Interventionen setzen dabei unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte und adressieren verschiedene Berufsgruppen bzw. Hierarchieebenen innerhalb des Krankenhausbetriebes. Jedes Teilprojekt wird durch ein eigenständiges Projektteam koordiniert. Das gesamte SEEGEN-Konsortium, bestehend aus allen fünf Projektteams, steht dabei in engem und regelmäßigem Austausch, der durch die Verbundleitung Prof. Dr. Harald Gündel orchestriert wird.

Fokus der **bereits erfolgreich abgeschlossenen Phase I** war die Entwicklung und Evaluation unterschiedlicher Interventionen zur Stärkung psychischer Gesundheit von Krankenhausbeschäftigten. In diesem Zuge haben die fünf verschiedenen Projektteams (örtlich angesiedelt in Düsseldorf und Duisburg-Essen, Tübingen, Ulm sowie Heidelberg) an unterschiedlichen Klinikstandorten (Düsseldorf, Tübingen, Ulm, Heidelberg sowie im Rhein-Neckarkreis) zielgruppenspezifische Interventionen entwickelt, pilothaft an den jeweiligen Klinikstandorten implementiert und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert.

Fokus der **aktuell laufenden Phase II** ist die Zusammenführung der in Phase I erprobten Interventionsbausteine zu einer sogenannten komplexen Intervention zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Die Durchführung der erprobten Interventionsbausteine erfolgt an drei Klinikstandorten (Ostalb-Klinik Aachen/Ellwangen, Universitätsklinikum Heidelberg, Helios Klinikum Duisburg). Die Wirksamkeit dieser komplexen Intervention wird mithilfe eines cluster-randomisierten Studiendesigns evaluiert. Die Ergebnisse sollen schließlich genutzt werden, um wirksame evidenzbasierte Präventionsangebote zukünftig Manual-basiert an deutschen Krankenhäusern durchführen zu können.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf und die Interventionsinhalte des SEEGEN-Projektes in Phase I und II.

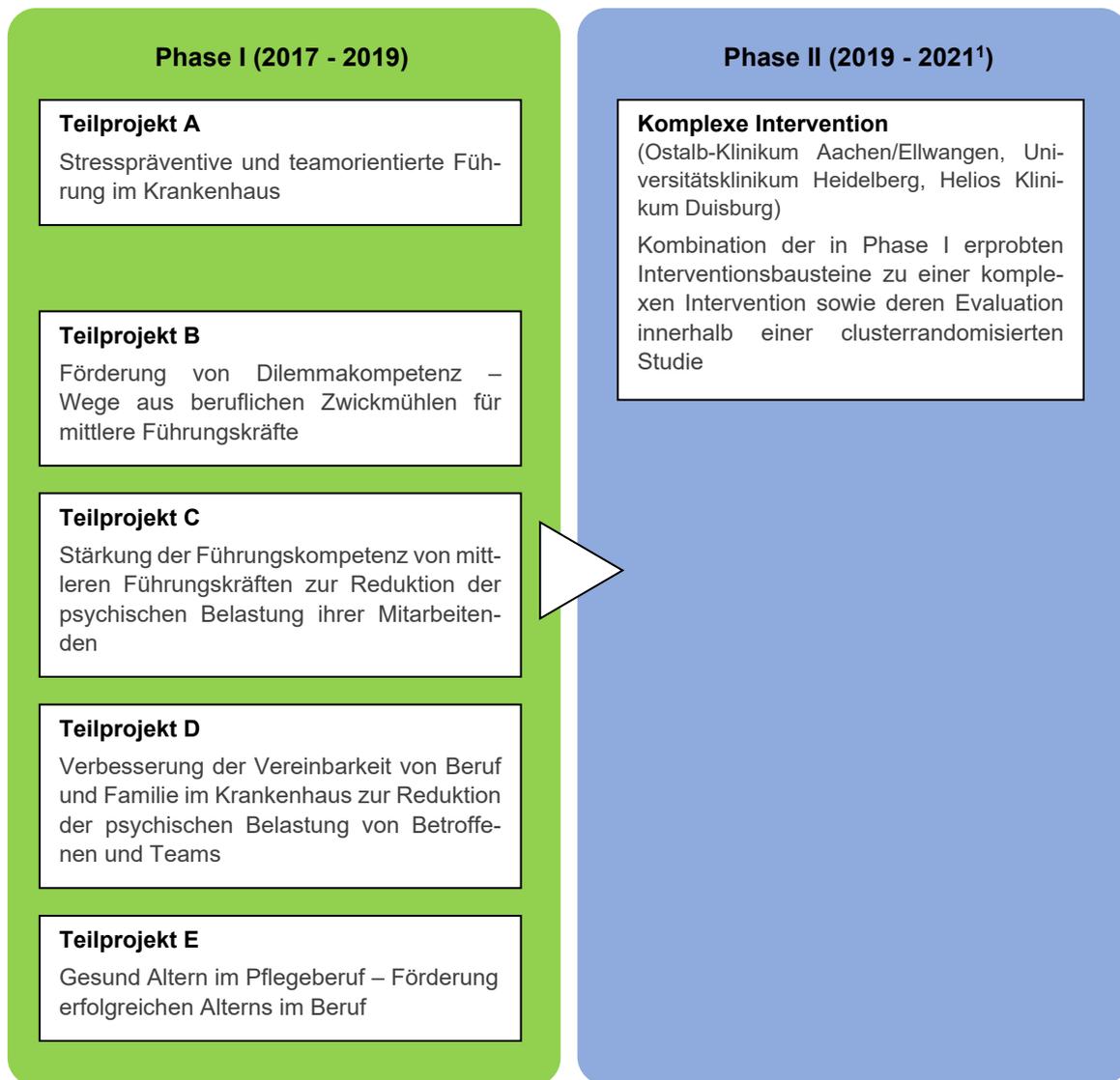


Abb. 1: Roadmap des SEEGEN-Projektes

Finanziell gefördert wird das SEEGEN-Projekt im Rahmen der Initiative „Gesund – ein Leben lang“, einer Fördermaßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur Unterstützung von Forschungsverbänden zur Gesundheit in der Arbeitswelt (2015). Diese Fördermaßnahme wird aus Mitteln des Rahmenprogramms „Gesundheitsforschung“ der Bundesregierung (2016b) und des Programms „Zukunft der Arbeit“ (2016c) finanziert.

1.2 SEEGEN als Interventionsprojekt

1.2.1 Phase I (2017-2019)

Die in Phase I im Rahmen der verschiedenen Teilprojekte entwickelten Interventionen wurden bereits erfolgreich an den unterschiedlichen Standorten (Düsseldorf, Tübingen, Ulm, Heidelberg sowie im Rhein-Neckarkreis) durchgeführt. Mittels eines prospektiven Prä-Post-Designs wurden alle Interventionen durch die zuständigen Projektteams auf ihre Wirksamkeit hin

¹ Aufgrund diverser zeitlicher Verzögerungen innerhalb des SEEGEN-Projektes durch die Covid-19 Pandemie wird aktuell eine Verlängerung der Projektlaufzeit bis Ende Februar 2022 beantragt (Stand 01.04.2021).

überprüft. Im Folgenden stelle ich die inhaltlichen Schwerpunkte der verschiedenen Teilprojekten zusammenfassend dar. Dabei verfolge ich das Ziel, den Leser*innen einen groben und möglichst verständlichen Überblick über das Gesamtprojekt SEEGEN zu geben, um anschließend auf das Teilprojekt zu fokussieren, indem meine Dissertation entstanden ist.

Teilprojekt A: Stresspräventive Führung- Teamorientierte Führung im Krankenhaus. Die Arbeitsgruppe um Peter Angerer verfolgt in diesem Teilprojekt die Sensibilisierung der pflegerischen und ärztlichen Leitungsebene bezüglich belastender Arbeitsbedingungen und Präventionsmöglichkeiten. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und dem Wohlbefinden von Mitarbeiter*innen, relevante Stressoren sowie gesundheitserhaltende Ressourcen werden vorgestellt. Anhand eines 4-Schritte-Plans (von der Gefährdungsbeurteilung über die Zielsetzung und Planung bis zur Entwicklung von Evaluationsprozessen) werden Möglichkeiten erläutert, präventive Maßnahmen zu ergreifen (vgl. Mulfinger et al. 2019).

Teilprojekt B: Förderung von Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen für mittlere Führungskräfte. Die Arbeitsgruppe um Jochen Schweitzer fokussiert in diesem Teilprojekt die Förderung eines konstruktiven, kompetenten und damit gesundheitsfördernden Umgangs mit dilemmatischen Entscheidungssituationen mittlerer Führungskräfte im Krankenhausbetrieb. Basis dieser Intervention stellt ein bereits erfolgreich evaluiertes Trainingskonzept dar (Bossmann et al. 2016), das im Rahmen der SEEGEN-Studie für den Krankenhauskontext angepasst wurde (siehe Bossmann 2020). Eine ausführliche Beschreibung zum Hintergrund des Trainings, seinen Inhalten sowie seiner Wirksamkeit erfolgt im Rahmen der vorliegenden Dissertationsschrift, deren Autorin Bestandteil dieses Teilprojektteam war.

Teilprojekt C. Stärkung der Führungskompetenz mittlerer Führungskräfte zur Reduktion der psychischen Belastung ihrer Mitarbeitenden. Die Arbeitsgruppe um Florian Junne verfolgt in ihrem Teilprojekt eine Stärkung der Führungskompetenz von Führungskräften gemäß des Konzepts der transformationalen Führung (Bass 1999) und der beziehungsorientierte Führung (Graen und Uhl-Bien 1995). Führungsverhalten wird als relevanter Einflussfaktor für das psychische Wohlergehen von Mitarbeitenden diskutiert (Montano et al. 2017), somit kommt Führungskräften in der Stressprävention für Mitarbeitende eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. Die Intervention fokussiert den Umgang mit eigenem Stresserleben seitens der Führungskräfte, die Vorstellung verschiedener Führungskonzepte sowie die Förderung einer verständnisvollen und konstruktiven Teamkultur (vgl. Mulfinger et al. 2019; Stuber et al. 2019).

Teilprojekt D: Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus zur Reduktion der psychischen Belastung von Betroffenen und Teams. Ute Ziegenhain und Kolleg*innen verfolgen in ihrem Teilprojekt die Unterstützung insbesondere von Mitarbeitenden mit noch nicht erwachsenden Kindern (Rothermund et al. 2019). Dabei fokussieren sie neben der Reflexion der Teilnehmenden über die eigene belastende Situation sowie der Edukation über entwicklungspsychologische Befunde auch die Entwicklung eines konstruktiven Umgangs mit Stress, angereichert durch ganzheitliche Praxisübungen, beispielsweise aus dem Yogabereich.

Teilprojekt E: Gesund Altern im Pflegeberuf – Förderung erfolgreichen Alterns im Beruf. Die Arbeitsgruppe um Imad Maatouk fokussiert in ihrem Teilprojekt die Stärkung eines gesunden Alternsprozesses bei Pflegekräften. In der ressourcenaktivierenden Intervention, deren stressreduzierende Wirksamkeit in einem Vorgängerprojekt bereits nachgewiesen werden konnte (Maatouk et al. 2018), werden individuelle Stressoren und Copingstrategien thematisiert. Dabei wird das SOK-Modell (Selektion, Optimierung und Kompensation) (Baltes und Baltes 1990) genutzt, anhand dessen Teilnehmende untereinander persönliche Entwicklungen reflektieren.

1.2.2 Phase II (2019-2021)

Die in Phase I pilotierten und wirksamkeitsevaluierten Interventionsbausteine wurden für die Zusammenführung in Phase II nochmals inhaltlich angepasst und in ihrem zeitlichen Umfang gekürzt, teilweise wurde zudem die Zielgruppe erweitert, so richtet sich beispielsweise die ursprünglich auf Pflegekräfte spezialisierte Intervention des Gesund Alterns nun an alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Die Inhalte der Intervention „Stresspräventive und teamorientierte Führung im Krankenhaus“ wurde zu einer gezielten Sensibilisierung oberster Führungskräfte (Chefärzte*innen und Pflegebereichsleitungen) für das betriebliche Gesundheitsmanagement in der Klinik weiterentwickelt.

Die Interventionsbausteine wurden sodann in Phase II zu einer Komplexintervention kombiniert, die gegenwärtig an drei Standorten durchgeführt wird. An diesen drei Standorten erfolgt die Überprüfung der Komplexintervention auf ihre Wirksamkeit mittels eines clusterrandomisierten Designs mit Wartekontrollgruppe. Krankenhausbeschäftigte können sich zwischen den in Phase II angebotenen fünf verschiedenen Interventionsbausteinen für den für sie thematisch passendsten entscheiden (vgl. Mulfinger 2019).

Zentrales Anliegen der Phase II ist zudem – neben den verhaltenspräventiven Interventionen – auch verhältnispräventiv wirksam zu sein. Hierfür werden sogenannte „runde Tische“ implementiert, in denen freiwillige Teilnehmer*innen der verschiedenen Interventionen gemeinsam mit obersten Führungskräften und klinikinternen Entscheidungsträgern sondieren, ob und gegebenenfalls welche Ideen zur Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen in den Kliniken weiterverfolgt und umgesetzt werden können.

Über beide Phasen hinweg wurden außerdem a) eine kontinuierliche Prozessevaluation mittels Fokusgruppen an den verschiedenen Klinikstandorten durchgeführt und b) betriebswirtschaftliche Kennzahlen aller teilnehmenden Klinikstandorte erhoben.

Im folgenden Abschnitt stelle ich dar, in welchen unterschiedlichen Rollen ich in beiden Phasen des SEEGEN-Projektes mitgewirkt habe und wie sich hieraus der spezifische Fokus meiner Dissertation ergibt.

1.3 Mein Mitwirken im SEEGEN-Verbund in verschiedenen Rollen

Mit dem offiziellen Start der Verbundprojektlaufzeit begann meine Mitarbeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem Heidelberger Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ unter der Leitung von Jochen Schweitzer. Inhaltlicher Fokus des Teilprojektes war die Frage, wie insbesondere mittlere Führungskräfte im Krankenhauskontext ihre psychische Gesundheit bewahren können. Kern des Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ stellte demnach eine an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasste gesundheitsfördernde Intervention dar.

Meine Tätigkeit umfasste **in Phase I** die Gesamtkoordination des Teilprojektes, die Rekrutierung der Studienteilnehmenden an verschiedenen Standorten eines teilnehmenden Klinikverbands, die Durchführung der „Dilemmakompetenz“-Intervention an ebendiesen Standorten – zum Teil als aktive Seminarleiterin, zum Teil als teilnehmende Beobachterin².

In **Phase II** habe ich mich hauptamtlich der Fertigstellung meiner Dissertationsschrift gewidmet und meine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin an meine Nachfolgerin Janna Küllenberg übergeben. An zwei verschiedenen Stellen habe ich in Phase II jedoch weiterhin

² Für die beschriebenen Tätigkeiten war zu gleichen Teilen meine Projektkollegin Marieke Born zuständig. Hauptverantwortlicher für die Gesamtkoordination des Teilprojektes in Phase I war Jochen Schweitzer.

(ehrenamtlich) aktiv im SEEGEN-Verbund mitgewirkt: Zum einen durch die Mit-Initiierung und Co-Moderation eines verbundinternen Diskussionsprozesses über gesundheits- und wissenschaftspolitische Hindernisse bei der bisherigen Projektdurchführung und was sich hieraus ableiten lässt, zum anderen durch meine Tätigkeit als Trainerin für den Interventionsbaustein „Dilemmakompetenz“ am Standort Heidelberg.

Eine ausführliche Beschreibung meiner Tätigkeiten und meines Engagements im Rahmen des SEEGEN-Verbunds findet sich in Kapitel *Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen* am Ende der vorliegenden Arbeit.

1.4 Bisherige Ergebnisse des Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ und Beobachtungen zum Projektverlauf in Phase I

Die Phase I des SEEGEN-Projektes konnte bereits erfolgreich abgeschlossen werden (Mulfinger et al. 2019). Bezüglich des Teilprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ liegen bereits zufriedenstellende (Teil-)Ergebnisse mit unterschiedlichen Fokussen vor, die die Wirksamkeit des Dilemmakompetenz-Trainings belegen:

Vor dem Training konnte insgesamt eine hohe Beanspruchung durch Dilemmasituationen bei den Studienteilnehmenden festgestellt werden, die sich unter anderem in diffusen negativen Gefühlen, Ärger und Wut, Ratlosigkeit und Ohnmacht bis hin zur Verzweiflung sowie insgesamt einer hohen erlebten Belastung seitens der mittleren Führungskräfte ausdrückte (Birke 2020; Greiving 2020; Hilz-Ward 2019).

Nach dem Training konnte gezeigt werden, dass das individuelle Erleben der Teilnehmenden im Dilemma positiv geprägt war, etwa durch Akzeptanz und Gelassenheit. Auch auf interaktioneller Ebene ließen sich positive Entwicklungen, wie beispielsweise vermehrtes gegenseitiges Verständnis und verbesserte Kommunikation, beschreiben (Arend 2020). Ebenso konnten Arend (2020) und Pfisterer (2021) zeigen, dass mittlere Führungskräfte nach dem Training bedeutend mehr von bewusst gewählten als von reflexhaften Umgangsstrategien im Dilemma berichteten. Dies ergaben ebenfalls Analysen von Born (2020). Zudem zeigte sich über die Gesamtstichprobe aller Trainingsteilnehmenden eine Verbesserung der berichteten Resilienz gegenüber Stressreaktionen, der kognitiven psychischen Beeinträchtigung sowie der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (Born 2020).

Rekrutierungserfahrungen. Im Rahmen des Rekrutierungsprozesses des Teilprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ erlebte das Projektteam erhebliche Herausforderungen. Zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen, die zugleich Projektmitarbeiterinnen waren, darunter auch die Autorin, widmeten sich über einen Zeitraum von vier Monaten intensiv der Rekrutierung von Studienteilnehmenden an verschiedenen Klinikstandorten (für eine ausführliche Beschreibung des Rekrutierungsprozesses siehe Kapitel *Rekrutierung* sowie *Eigenanteil*).

Das Ziel, aus einer Gesamtanzahl von ca. N = 230 mittleren Führungskräften an allen vier untersuchten Klinikstandorten insgesamt mindestens n = 60 Trainingsteilnehmende (n = 15 pro Standort) zu rekrutieren, konnte unter erheblichem zeitlichem Aufwand, der das offizielle Arbeitspensum der Projektmitarbeiter*innen häufig deutlich überstieg, erreicht werden. Bereits während des Rekrutierungsprozesses zeigten sich weitaus mehr Krankenhausbeschäftigte an einer Studienteilnahme interessiert, bekundeten aber häufig eine Unmöglichkeit der Teilnahme aufgrund der erlebten Restriktionen innerhalb ihres Arbeitskontextes (zu wenig Zeit, eine zu dünne Personaldecke, usw.). Es ist zudem zu vermuten, dass sich verantwortliche Vorgesetzte potenzieller interessierter Proband*innen (beispielsweise Chefärzt*innen,

Pflegedienst- und Klinikleitungen) teilweise gegen eine Teilnahme ihrer Mitarbeitenden aussprachen und diese somit einschränkten oder verhinderten.³

Dropout-Phänomene und deren Gründe. Insgesamt entschieden sich mehrere Studienteilnehmende, das Dilemmakompetenz-Training abzubrechen ($n = 13$) oder besuchten es nur selten ($n = 9$)⁴. Dies entspricht 19 bzw. 13 Prozent der Gesamtstichprobe. Analysen von Born (2020) zufolge liegt kein Zusammenhang zwischen einer geringen Teilnahme oder sogar einem Abbruch des Trainings und der subjektiven Bewertung der Trainingsmodule durch die Teilnehmenden⁵ vor. Es lässt sich also ausschließen, dass die betroffenen Teilnehmenden sich für eine seltene Teilnahme oder ein Ausscheiden aus dem Training entschieden, weil ihnen das Training nicht gefiel. Es ließ sich sogar Gegenteiliges beobachten: Die Modulbewertung durch die Teilnehmenden, die sich vom Training abmeldeten, und diejenigen, die nur selten am Training teilnahmen, war teilweise sogar besser⁶ als die Bewertung durch häufig Teilnehmende (Born 2020).

Vielmehr berichtete die Mehrheit der Proband*innen, die das Training selten besucht oder abgebrochen hat, dass ihnen eine Teilnahme Klinikbedingt nicht möglich gewesen sei. In diesem Zusammenhang schilderten Proband*innen ihre hohe Arbeitslast, personelle Engpässe und teilweise nicht genügend Unterstützung durch Kolleg*innen, um ihren Dienstausschfall während der Trainingszeit zu kompensieren (Born 2020).

Für das Heidelberger Projektteam stellten sich die arbeitsbedingten Herausforderungen der Krankenhausbeschäftigten zusammenfassend so massiv dar, dass die Rekrutierung von Trainingsteilnehmenden schwerfiel und sich knapp ein Drittel der rekrutierten Teilnehmenden im Laufe der Studie aufgrund von Arbeitslast, Zeitdruck und Personalknappheit wieder vom Training abmeldete oder selten zu diesem erschien.

Differenzielle Wirksamkeitsanalyse mit Blick auf Profession und Geschlecht. Während der Durchführung der Dilemmakompetenz-Trainings entstanden Überlegungen und Ideen dazu, ob bestimmte Subgruppen der Trainingsteilnehmenden (besonders weibliche Führungskräfte und bestimmte Berufsgruppen) das Dilemmakompetenz-Training durch ihre besonders hohe arbeitsbedingte Belastung möglicherweise unterschiedlich rezipieren und von ihm profitieren. Gemäß dem Idiom *different strokes for different folks* schien plausibel, dass unterschiedliche Subgruppen möglicherweise verschieden stark belastet sind, insgesamt unterschiedliche Bedürfnisse haben und auf dieser Basis unterschiedliche Unterstützungsbedarfe hinsichtlich ihrer Dilemmakompetenz aufweisen. Dies bildete den Grundstein für eine differenzielle Wirksamkeitsanalyse der Dilemmakompetenz-Intervention.

³ An mehreren Stellen schilderten uns Trainingsteilnehmende, darunter solche, die das Training frühzeitig abbrechen oder nur selten teilnahmen, Versuche ihrer Vorgesetzten, die Trainingsteilnahme zu unterbinden. Aus Datenschutzgründen werden diese Einzelfälle nicht ausführlicher dargestellt, um mögliche Rückschlüsse auf Einzelpersonen und daraus entstehende Nachteile für diese zu verhindern.

⁴ Gemäß Born (2020) wird die Teilnahmen an drei oder weniger Modulen von insgesamt acht Modulen ohne eine aktive Abmeldung vom Training als seltene Teilnahme kategorisiert.

⁵ Nach jedem Modul bewerteten die Trainingsteilnehmenden das besuchte Modul mithilfe eines Paper-Pencil Evaluationsbogens auf einer fünfstufigen Skala („sehr gut“, „gut“, „in Ordnung“, „nicht so gut“, „gar nicht gut“). Eine ausführliche Auswertung dieser Evaluation wird in der Dissertation von Born (2020) vorgenommen und soll in dieser Arbeit nicht näher behandelt werden.

⁶ Da sich die Mehrzahl der Studienabbrecher*innen nach dem dritten Modul abmeldeten, wurde für den Vergleich zwischen Studienabbrecher*innen und and anderen Trainingsteilnehmenden die Modulbewertung von Modul 3 herangezogen. Für den Vergleich zwischen selten teilnehmenden Proband*innen und häufig Trainingsteilnehmenden zeigte sich eine bessere Bewertung der Module 1 und 2 durch die selten Teilnehmenden (vgl. Born 2020).

Verbund-interne Diskussion über Rekrutierungsherausforderungen. Innerhalb des Gesamtverbands wurden die im Teilprojekt erlebten Herausforderungen bezüglich der Rekrutierung von Studienteilnehmenden sowie der Dropout-Quote und ihrer analysierten Gründe diskutiert. Resultat dieser Gruppendiskussion auf Gesamtverbundebene bildete der Entschluss, den Fokus – auch bereits vor Abschluss der Phase II – neben verhaltensorientierten Maßnahmen, für die viele Beschäftigte schlicht nicht genügend Zeit haben, auf die belastenden Rahmenbedingungen zu legen.

Anschlussforschung der Autorin. Bei der Autorin entstand über diesen Diskussionsprozess zunehmend die Frage, welche Verantwortung Forschenden in der Krankenhausforschung zukommt. Ich entschied sodann dieser Frage mithilfe vertiefender empirischer Forschungsmethoden nachzugehen und eine Expert*innenbefragung innerhalb des Forschungsverbands durchzuführen. Ich entwickelte einen semi-strukturierten Interviewleitfaden und führte 10 Expert*inneninterviews, die ich anschließend auswertete (siehe Kapitel *Methode*).

Im Lichte der gegenwärtigen Corona-Pandemie erhält die Diskussion über die Belastung von Krankenhauspersonal neue Aktualität und erhöhte Aufmerksamkeit. Hierzu passt, dass im November 2020 ein gemeinschaftlicher Artikel verschiedener SEEGEN-Akteur*innen über die erwähnte, im Verbund geführte Diskussion als Titel des Deutschen Ärzteblatts veröffentlicht werden konnte (Gündel et al. 2020). Im folgenden Abschnitt stelle ich zusammenfassend dar, welche Bedeutung die Corona-Pandemie für die ohnehin bereits belastenden Arbeitsbedingungen von Krankenhauspersonal hat.

1.5 Zusätzliche Verschärfung durch die Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie führt zu zusätzlicher finanzieller Belastung für die Krankenhäuser. Deutschlandweit wurden im Zuge der Pandemiebekämpfung Operationspläne umorganisiert, sodass im Frühjahr 2020 durchschnittlich 41 Prozent der stationären Operationen ausfielen (Bialas et al. 2020). Krankenhausbetten blieben leer, die Personaldecke wurde weiter ausgedünnt. Diese ausbleibenden Einnahmen aus dem Regelbetrieb fehlen den Krankenhäusern.

Karl Blum, Vorstand des Deutschen Krankenhausinstituts und Mitglied des SEEGEN-Verbands, prognostizierte am 29.12.2020 in einem Interview mit der Tagesschau (Norddeutscher Rundfunk 2020a) für „weniger als ein Drittel [aller deutschen] Krankenhäuser noch ein positives Jahresergebnis“. Nur noch 20 Prozent aller Kliniken in Deutschland würden die eigene wirtschaftliche Lage als gut beurteilen (vgl. Blum et al. 2020).

Die Ausgleichsprämien des Gesundheitsfonds, die ihrerseits erhebliche Defizite bei den gesetzlichen Krankenkassen zur Folge haben (Maybaum 2020), und Rettungsschirme der Bundesregierung, würden nicht ausreichen, um diese finanziellen Engpässe auszugleichen.

Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, warnt: Dies führe irgendwann dazu, dass die Reserven aufgebraucht seien. In der Konsequenz würden Löhne und Gehälter nicht mehr bezahlt werden können (Norddeutscher Rundfunk 2020a). Bundesgesundheitsminister Jens Spahn verspricht derweil, die Liquidität der Krankenhäuser in der Krise zu sichern (Norddeutscher Rundfunk 2020b). Gesundheitsökonom Thomas Busse befürchtet trotz finanzieller Unterstützung der Bundesregierung, dass sich die betriebswirtschaftliche Notlage deutscher Krankenhäuser durch die Corona-Pandemie weiter verschlechtern wird und eine Welle von Überführungen von Krankenhäusern in die private Trägerschaft erwartbar ist, da beispielsweise den Kommunen nach der Corona-Krise das Geld für Investitionen in Krankenhäuser fehlen wird (Busse 2020). Private Trägerschaften seien immer auch mit bedenklichen zu erfüllenden Trägerinteressen für die Krankenhäuser verbunden, so Busse (2020).

Auf Mitarbeiter*innenebene wird der gegenwärtige Fachkräftemangel des ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Personals (vgl. Ostwald et al. 2010) in der Corona-Pandemie zum zentralen Problem. Zudem zeigt eine aktuelle Analyse in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung, dass viele der Berufsgruppen, die im Zuge der Coronapandemie mit dem Prädikat „systemrelevant“ ausgezeichnet wurden, zu den am schlechtesten Entlohnten und am wenigsten Wertgeschätzten zählen (Koebe et al. 2020), darunter insbesondere Pflegekräfte und Reinigungspersonal.

1.6 Entwicklung meiner Studienfragen

Aufbauend auf meiner über drei-jährigen Mitarbeit im Gesundheitsforschungsverbund SEE-GEN und speziell im Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ untersuche ich in meiner Arbeit in zwei zeitlich und inhaltlich aufeinander aufbauenden Studien die folgenden Fragen:

1. *Studie 1: Einfluss von Profession und Geschlecht der Studienproband*innen im Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“*
Ob und wie unterschiedliche Berufsgruppen und Geschlechter sich auf ein von unserer Arbeitsgruppe entwickeltes Dilemmakompetenz-Training unterschiedlich einlassen und unterschiedlich davon profitieren, untersuche ich anhand von Fragebogendaten und Einzelinterviews vor und nach dem Training mit insgesamt 56 Trainingsteilnehmenden aus den Berufsgruppen Medizin, Pflege, Service und Verwaltung.
2. *Studie 2: Rahmenbedingungen des Forschungsprojektes und die Verantwortung der Forschenden in der Krankenhausforschung*
Wie ein Expert*innenkreis von 10 Gesundheitsforschenden aus fünf Universitätskliniken und drei medizinischen Disziplinen (Arbeitsmedizin, Psychosomatik, Medizinische Psychologie) selbstkritisch die Angemessenheit seiner Implementations- und Evaluationsstrategien reflektiert, untersuche ich mittels 10 Einzelinterviews mit den Forschenden. Zugleich beschreibe ich aus teilnehmender Beobachtung den Prozess, mit dem diese Forschenden gesundheitspolitische Konsequenzen aus ihren Ergebnissen und Beobachtungen abzuleiten versuchen.

Meine Arbeit kombiniert also in diesen beiden aufeinander aufbauenden Studien Methoden traditioneller Sozialforschung im Gesundheitswesen (statistische Auswertung von Fragebögen und inhaltsanalytische Auswertung von Einzelinterviews) mit Methoden einer praxisorientierten und selbstreflexiven Handlungsforschung (wechselseitige Anregung zwischen Praxis und Forschung in einem Forschungsteam). Viele Ergebnisse des Teilprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“, die ich zu gleichen Teilen mit meiner Projektkollegin Marieke Born erarbeitet habe, wurden in der Promotionsstudie meiner Projektkollegin Marieke Born umfassend dargestellt. Fokus ihrer Arbeit ist die Untersuchung allgemeiner Bewältigungsstrategien von Dilemmata und ihre Veränderbarkeit durch die Teilnahme an dem durchgeführten Dilemmakompetenz-Training.

Meine Arbeit konzentriert sich hingegen in Studie 1 auf die differentiellen, nicht für alle Teilnehmenden gleichermaßen geltenden Aspekte Berufsgruppenzugehörigkeit und Geschlecht. Hier untersuche ich, ob verschiedene Zielgruppen das Dilemmakompetenz-Training unterschiedlich rezipieren und unterschiedlich von seinen Anregungen profitieren, mich dabei auf Profession und (sekundär) auf Geschlecht konzentrierend. Damit sollen zielgruppenspezifische Stärken und Schwächen des Trainings identifiziert werden, um perspektivisch eine zielgruppengerechte(re) Anpassung des Trainings zu ermöglichen. Weiterer Bestandteil meiner Arbeit sind wichtige Forschungserfahrungen aus der Arbeit in unserem Teilprojekt sowie dem Gesamtverbund, die ich in Studie 2 auswerte.

Viele Beobachtungen und Diskussionen unserer Arbeitsgruppe im Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Heidelberg, zu denen in Phase I Ulrike Bossmann und Julika Zwack, in Phase II Janna Küllenberg und Kirsten Bikowski, in beiden Phasen Jochen Schweitzer gehörten, werden so zum Gegenstand einer systematischen Reflexion über Veränderungsforschung im System Krankenhaus.

2 Studie 1: Wie geschlechts- und professionsspezifisch ist Dilemmakompetenz? Eine differentielle Studie mit mittleren Führungskräften in Krankenhäusern mit Fokus auf Geschlecht und Profession der Teilnehmenden

2.1 Über die Absichten dieser Studie

Das Prädikat systemrelevant zu sein wurde im Frühjahr 2020 in besonderer Weise Beschäftigten im Gesundheitswesen zugesprochen. Die pandemische Krise bringt zutage und verdeutlicht abermals, wie elementar die Arbeit von Ärzt*innen, Pflegepersonal, Reinigungs- und Verwaltungskräften im Krankenhausbetrieb ist.

Mehrheitlich wird das Gesundheitssystem und insbesondere der Mikrokosmos Krankenhaus von weiblichen Arbeitnehmerinnen getragen. Dabei sind Frauen in besonderer Weise durch Arbeitsanforderungen und -strukturen belastet, auch Frauen in Führungspositionen weisen im Vergleich zu Männern besonders hohen arbeitsbedingten Stress auf (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020b). Ebenso ungleich verteilt ist der Arbeitsstress zwischen bestimmten Berufsgruppen: So sind Servicekräfte in besonderer Weise durch prekäre Arbeitsbedingungen und Stigmata belastet.

Eine besondere Herausforderung, die Führungskräften aller Berufsgruppen in allen Branchen zukommt, ist das Entscheiden in Situationen, in denen es keine hundertprozentig stimmige Lösung geben kann (Zwack und Schweitzer 2009): sogenannte Dilemmata. In Dilemmasituationen müssen Führungskräfte zwischen Optionen wählen und eine Entscheidung, die auch anders hätte getroffen werden können, gegenüber sich selbst, ihrem Team sowie Weisungsbefugten vertreten.

Entscheidungsdilemmata tragen somit besonders bei bereits besonders belasteten Beschäftigten dazu bei, dass sich die erlebte Belastung zuspitzt. Die folgende Studie untersucht die beiden Annahmen, dass im überdurchschnittlich stark belastenden Gesundheitswesen die weiblichen Führungskräfte stärker als die männlichen und die statusniedrigeren Berufsgruppen (das sind zugleich, wie sich herausstellen wird, die mit dem höheren Frauenanteil) stärker als die statushöheren Berufsgruppen nicht nur stärker belastet sind, sondern auch Dilemmasituationen stärker und belastender erleben. Ob das der Fall ist, soll in dieser Studie 1 untersucht werden. Und falls ja: profitieren dann Frauen und statusniedrigere Berufsgruppen von einem speziellen Dilemmakompetenz-Training für (mittlere) Krankenhausführungskräfte, das in seiner bisherigen Konzeption noch geschlechts- und professionsunspezifisch aufgebaut ist, mehr oder weniger oder anders? Antworten auf diese Fragen würden ggf. helfen, ein solches Dilemmakompetenz-Training zielgruppenspezifischer anzulegen, als dies bislang der Fall ist.

Vorab werden im Folgenden zunächst die Belastungen dieser verschiedenen Zielgruppen im Licht der bisherigen Literatur beschrieben.

2.2 Geschlechterparität im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist einer der wichtigsten Beschäftigungszweige in Deutschland (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2019). Derzeit arbeiten 5,7 Millionen Menschen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, damit ist etwa jede*r achte Erwerbstätige in dieser Branche tätig (Bundesministerium für Gesundheit 2021). Krankenhäuser bilden einen elementaren Teil des Gesundheitswesens und stellen den Arbeitskontext von insgesamt 1,2 Millionen Erwerbstätigen dar.

2.2.1 Mehrheitlich weibliche Leistungsträger*innen innerhalb des Gesundheitswesens und des Krankenhauses

Von allen Beschäftigten des Gesundheitswesens sind insgesamt 75,7 Prozent Frauen. Nahezu identisch hoch ist der Anteil der Frauen, die in deutschen Krankenhäusern tätig sind: 75,2% aller Krankenhausangestellten sind weiblich (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021a), wobei Frauen in allen Tätigkeitsbereichen des Krankenhauses stark vertreten sind:

Zur Repräsentanz von Frauen in nichtärztlichen Berufen enthielt der letzte Bericht des Statistischen Bundesamts zum Jahr 2018 (2020b) keine vollständigen Angaben. Analysen aus dem Vorjahr (2018b) verdeutlichen jedoch, dass Frauen in allen Tätigkeitsfeldern mehrheitlich vorkommen: Das **klinische Hauspersonal**, darunter Gebäudereinigungs- und Küchenpersonal, umfasste 2017 in deutschen Krankenhäusern insgesamt 14723 Beschäftigte, darunter 93,9 Prozent Frauen. Im Bereich der **Hygienefachkräfte** (insgesamt 2118) stellten Frauen ebenfalls mit 76,5 Prozent die deutliche Mehrheit dar. Ebenso ist der **Verwaltungsbereich** zahlenmäßig von Frauen dominiert: 72,7 Prozent der insgesamt 80266 Verwaltungskräften im Jahr 2017 waren weiblich. Zudem waren von allen 418676 im Jahr 2018 in deutschen Krankenhäusern tätigen **Gesundheits- und Krankenpfleger*innen** 83,2 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b). Damit bemisst sich der Frauenanteil aller 967439 Beschäftigten im **nichtärztlichen Bereich** kombiniert auf insgesamt 81,0 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018b).

Im **ärztlichen Bereich** hat der Frauenanteil von 2007 bis 2016 deutlich zugenommen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2019), sodass der Bereich aktuell nahezu paritätisch besetzt ist: Im Jahr 2018 waren von allen 191122 in Krankenhäusern tätigen Ärzt*innen 46,4% weiblich (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b).

2.2.2 Prognose: Stetiger Zuwachs von Frauen

Der Frauenanteil im gesamten Gesundheitswesen ist über die vergangenen Jahre kontinuierlich angestiegen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021a). Zudem ist ein großer Anteil der nachwachsenden Generation, die perspektivisch im Gesundheitswesen tätig sein wird, weiblich. Dies zeigt sich insbesondere für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie den ärztlichen Bereich:

Der Anteil weiblicher Pflegeschülerinnen im Ausbildungsjahr 2017/2018 für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lag laut dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019) bei 81,6 Prozent. Von allen im Krankenhaus tätigen Auszubildenden im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege waren 2018 79,6 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b).

Im Jahr 1998 gab es in Deutschland erstmalig mehr weibliche Medizinstudierende, seither ist ihre absolute und proportionale Anzahl kontinuierlich angestiegen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020c). Bereits 2018 arbeiteten insgesamt mehr Assistenzärztinnen (55,7%) als Assistenzärzte in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b).

Zudem waren im Wintersemester 2019/2020 deutschlandweit 62,5 Prozent der Studierenden im Fach Humanmedizin weiblich (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020c).

Darüber hinaus ist die Nachwuchsgeneration auch in anderen Berufszweigen des Gesundheitssystems weiblich geprägt, so sind knapp drei Viertel aller Studierenden mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie weiblich (PricewaterhouseCoopers GmbH 2016).

Der hohe Anteil von Frauen im Gesundheitssystem wird somit professionsübergreifend perspektiv bestehen bleiben oder sich sogar noch verstärken.

2.2.3 Trotzdem insgesamt weniger Frauen in Führungspositionen

Obgleich die deutliche Mehrheit der Leistungsträger*innen im Krankenhaus weiblich ist, ist der geringe Anteil von Frauen in Führungspositionen vielfach beschrieben (Beerheide 2017; Müller et al. 2016; Schmidt-Koddenberg et al. 2005). Laut einer Analyse der deutschen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers GmbH (PwC) (2016) beläuft sich der Anteil von Frauen in Führungspositionen im Krankenhaus auf insgesamt 34,6 Prozent.

In Bezug auf die Besetzung von Führungspositionen lassen sich laut der Analyse durch die PwC GmbH (2016) unterschiedliche geschlechtsspezifische Verteilungsmuster in bestimmten Fachbereichen beschreiben: In der Pflege werden Führungspositionen beispielsweise der OP-Leitung (63,8 Prozent) oder der Pflegedienstleitungen (64,6 Prozent) häufiger von Frauen besetzt. Im IT-Bereich und im kaufmännischen sowie medizinischen Controlling übernehmen Frauen deutlich seltener die Führung (13,0 bzw. 37,1 Prozent). Im Qualitätsmanagement sowie der PR- und Öffentlichkeitsarbeit hingegen sind Frauen durchschnittlich häufiger in Führungspositionen vertreten (61,1 bzw. 58,4 Prozent). Ebenso sind leitende Hygienebeauftragte häufiger Frauen (57,8 Prozent).

Unterscheidung zwischen mittlerer Führungsebene und Top-Management. Der Anteil der Frauen unterscheidet sich zwischen mittlerer und oberer Führungsebene, so gibt es insgesamt mehr weibliche mittlere (38,9%) als obere Führungskräfte (15,3 Prozent) (PricewaterhouseCoopers GmbH 2016). Im ärztlichen Bereich, in dem aktuell zahlenmäßig vergleichsweise eine Geschlechterparität herrscht (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b), wird dies besonders deutlich. Auf allen ärztlichen Führungsebenen sind Ärztinnen deutlich weniger vertreten, der Frauenanteil nimmt jedoch proportional zum Anstieg der Hierarchieebene ab: Von allen 2017 im Krankenhaus tätigen Oberärzt*innen waren 32,7 Prozent Frauen, der Frauenanteil der Chefärzt*innen lag sogar nur bei 13,0 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b). Ärztliche Leitungsfunktionen bekleideten nochmals deutlich weniger Frauen (9,2 Prozent) als Männer (PricewaterhouseCoopers GmbH 2016). In der zitierten Studie werden ärztliche Leitungsfunktionen nicht näher spezifiziert, vermutlich sind hiermit ärztliche Direktor*innen von Gesamtkliniken gemeint.

Regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands. Auf Basis einer 2016 durchgeführten vergleichenden Analyse des Anteils von Frauen in mittleren und oberen Führungspositionen in Krankenhäusern in verschiedenen Regionen innerhalb Deutschlands liegt Baden-Württemberg mit einem Frauenanteil von 32,6 Prozent knapp unter dem bundesweiten Durchschnittswert von 34,6 Prozent (PricewaterhouseCoopers GmbH 2016).

Keine systematische und kontinuierliche Berichterstattung. Bislang erfolgt die flächendeckende Berichterstattung des Frauenanteils in Führungspositionen aufgeschlüsselt nach Tätigkeitsbereichen innerhalb des Krankenhauses nicht kontinuierlich. Abgesehen von einer Recherche zu weiblichen Führungskräften im Gesundheitssystem, mit der die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC 2015 ein unabhängiges und nicht näher benanntes Forschungsinstitut

beauftragt hat (PricewaterhouseCoopers GmbH 2016), gibt es keine systematischen und auf eine Berichtskontinuität ausgerichteten Datenerhebungen hierzu (Müller et al. 2016).

Ebenso geringer Frauenanteil in medizinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien. Auf dieser Basis forderte die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Februar 2020 einen Bericht durch die Bundesregierung über den Anteil von Frauen in einzelnen Berufsgruppen (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 2020). Fokus dieser Anfrage bildete zudem vor allem die Forderung an die Bundesregierung, der fehlende Repräsentanz von Frauen in Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen zu erklären und dieser entgegenzuwirken.

In ihrem Antwortschreiben bestätigte die Bundesregierung, dass Frauen sowohl berufsübergreifend in Führungspositionen als auch in Selbstverwaltungsgremien innerhalb des Gesundheitssystems unterrepräsentiert sind. Zudem konstatierte die Bundesregierung, dass ein paritätisches Verhältnis von Männern und Frauen in zentralen Funktionen notwendig sei, um gesundheitspolitische Entscheidungen geschlechtssensibel und damit gerecht treffen zu können. Ziel sei es somit, den Frauenanteil in Führungspositionen der Krankenkassen, ihrer Verbände, Organisationen der Ärzt*innenschaft, weiteren Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie der Gremien der Selbstverwaltung zu erhöhen (Deutsche Bundesregierung 2020a).

Die Bundesregierung verwies in diesem Zusammenhang auf die kürzliche Einführung gesetzlicher Quotenregelungen für Entscheidungsgremien des GKV-Spitzenverbands sowie der Medizinischen Dienste. Zudem würde mithilfe des Bundesgleichstellungsgesetzes die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Leitungsfunktionen des öffentlichen Dienstes des Bundes, darunter auch Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen auf Bundesebene (Kassenärztliche Bundesvereinigungen, GKV-Spitzenverband, bundesunmittelbare Krankenkassen) bis 2025 angestrebt. Eine Förderung von Studien zum Einfluss von paritätischer Besetzung medizinischer und versorgungspolitischer Führungsstrukturen durch die Bundesregierung sei jedoch nicht geplant.

Die Vehemenz, mit der Frauen in Führungspositionen im Gesundheitssystem gefördert werden, wird von verschiedenen Stellen als unzureichend empfunden (Korzilius 2019). In diesem Zusammenhang haben verschiedene politisch aktive Frauen⁷, die beratend oder in leitenden Funktionen wie etwa dem Präsidium des deutschen Ärztinnenbundes im Gesundheitswesen tätig sind, die Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“ ins Leben gerufen (Reichert 2020). Ziel der Initiative ist es, die Repräsentanz von Frauen in Leitungsfunktionen, darunter auch in Selbstverwaltungsgremien, zu erhöhen. Die Verabschiedung des zweiten Führungspositionen-Gesetzes durch das Bundeskabinett am 6. Januar 2021, das auch für die Körperschaften der Sozialversicherungen eine verbindliche Frauenquote festgelegt, wurde von der Initiative Spitzenfrauen Gesundheit begrüßt (Tophoven et al. 2021), gleichzeitig sollte eine Quotenregelung nur als erster Schritt gewertet werden (Bethkenhagen 2020; Tophoven et al. 2021).

Stärkere Belastung von Frauen durch arbeitsbezogenen Stress. Aufgrund der Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen erscheinen gesetzliche Beschlüsse wie beispielsweise die Quotenregelung (Tophoven et al. 2021) und Bestrebungen, weitere politische Entscheidungen zu erwirken, die weibliche Leistungsträgerinnen unterstützen, sehr nachvollziehbar und sinnvoll. Zusätzlich ergeben politische Initiativen zur Stärkung weiblicher Erwerbstätiger vor dem Hintergrund Sinn, dass Frauen eine besonders hohe Belastung durch

⁷ Gründerinnen der Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“ sind Cornelia Wanke (Journalistin und Beraterin im Gesundheitswesen), Antje Kapinsky (Berliner Politikbüro der Techniker Krankenkasse), Christina Tophoven (Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer) und Christiane Groß (Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes).

arbeitsbezogenen Stress berichten (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020b). So berichten Frauen unter anderem häufiger, an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu arbeiten, sich durch die Arbeitsmenge überfordert zu fühlen sowie Schwierigkeiten beim Abschalten von der Arbeit zu erleben. Zudem berichten Frauen häufiger von emotional belastenden Situationen im Arbeitskontext sowie gesundheitliche Beschwerden, die mit arbeitsbezogener Belastung assoziiert sind (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020b).

Dadurch, dass Frauen deutlich seltener als Männer Führungspositionen ausfüllen, sind sie in der Folge aufgrund ihres Minderheitenstatus einer höheren Sichtbarkeit ausgesetzt und stehen damit häufig unter einer dauerhaften Beobachtung von außen (Tonn 2016, S. 91). Fehler, darunter „falsch“ getroffene Entscheidungen, werden dadurch teilweise unverhältnismäßig harsch bewertet, was den bereits vorhandenen Leistungsdruck zusätzlich erhöht und mit negativen Konsequenzen für Psyche und Leistungsfähigkeit der betroffenen weiblichen Führungskräfte einhergeht (vgl. Kanter 1977; Kanter 1987).

Folgen von arbeitsbezogenem Stress. Erlebter Stress am Arbeitsplatz ist mit einem erhöhten Risiko für stressassoziierte Gesundheitsstörungen, darunter Angst- und depressive Störungen, assoziiert (Angerer et al. 2014). Von diesem Risiko sind Frauen basierend auf den Analysen der BAuA (2020b) besonders stark betroffen.

Grundsätzlich weisen erwerbstätige Frauen eine höhere Prävalenz psychischer Belastung mit Krankheitswert auf als Männer, darunter Angst- und depressive Störungen (Robert Koch-Institut 2020). Dies spiegelt sich auch in der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage wider: Der Anteil an Fehlzeiten am Arbeitsplatz, der durch psychische und Verhaltensstörungen bedingt ist, ist bei Frauen nachweislich höher (Badura et al. 2017). Zudem ist der Anteil der Frühberentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit durch eben diese Beeinträchtigungen bei Frauen höher (Deutscher Rentenversicherung Bund 2020; 2021), was unter anderem mit erhöhten psychosozialen Arbeitsanforderungen und -belastungen in Verbindung gebracht wird (Deutscher Rentenversicherung Bund 2014). Zudem steigt der durch verminderte Erwerbsfähigkeit bedingte Anteil der Frühberentungen bei Frauen stärker als bei Männern (Robert Koch-Institut 2020). So verursachen psychische und Verhaltensstörungen bei Frauen insgesamt die höchsten Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt 2019a).

Untersuchungen legen nahe, dass aktuell besonders Frauen mit Arbeitsstress assoziierte psychische Belastungen erleben: Im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) gaben 2012 in etwa gleich viele Frauen wie Männer an, dass die eigenen Arbeitsbedingungen stark bis sehr stark gesundheitsgefährdend seien, dabei ließ sich insbesondere bei Frauen eine deutliche Zunahme im Vergleich zu einer Erhebung aus dem Jahr 2010 feststellen (Robert Koch-Institut 2014). Dieses Gesundheitsmonitoring wurde in den nachfolgenden Jahren nicht fortgeführt beziehungsweise fokussiert in den Folgejahren keine vergleichbaren Parameter (vgl. Lampert et al. 2018), sodass an dieser Stelle keine Vergleiche zur aktuellen Lage gezogen werden können. Es scheint jedoch plausibel, dass der Anteil der Frauen, die ihre Arbeitsbedingungen als gesundheitsgefährdend einschätzen, weiter angestiegen ist. Gemäß der GEDA Studie aus den Jahren 2014/2015 bewerteten Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand weniger gut als Männer. Als Gründe hierfür werden Bildungsunterschiede zuungunsten von Frauen sowie die hohe Prävalenz von Frauen in besonders herausfordernden Arbeitskontexten, wie beispielsweise dem Krankenhaus diskutiert (Lampert et al. 2018).

Laut dem BKK Gesundheitsreport (2019) weisen Frauen mit Führungsverantwortung höhere Belastungen auf als Männer mit einer derselben Verantwortung. Im Jahr 2018 gab es mehr weibliche als männliche Führungskräfte, die arbeitsbedingte Belastungen aufwiesen, darunter

psychische Belastungen bis hin zu Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie des Atmungssystems (Knieps und Pfaff 2019, S. 188).

Wohlbefinden am Arbeitsplatz als wichtige Ressource. Das Wohlbefinden am Arbeitsplatz, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, die erlebte Wertschätzung für die geleistete Arbeit sowie die erlebte Selbstwirksamkeit im ausgeübten Beruf gelten unter anderem als wichtige Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit (Bengel und Lyssenko 2012; Chevalier und Kaluza 2015; Robert Koch-Institut 2015).

Stärkere Belastung durch Vereinbarkeitsprobleme von Familie und Beruf. Vereinbarkeitsprobleme von Familie und Erwerbsarbeit, die sich stärker auf Frauen auswirken, können sowohl als erklärender wie verschärfender Faktor bezüglich der Belastung von Frauen gewertet werden. Überraschender Weise scheinen Frauen laut dem bundesweiten Stressreport (2020b) seltener von Vereinbarkeitsproblemen betroffen zu sein. Zum einen kann an dieser Stelle die Repräsentanz der befragten erwerbstätigten Frauen infrage gestellt werden: Frauen pausieren die Erwerbstätigkeit nach Familiengründung häufiger als Männer (Statistisches Bundesamt 2019c) und sind somit möglicherweise in Befragungen von ausschließlich Erwerbstätigen unterrepräsentiert. Weiterhin lässt sich vermuten, dass die berichtete geringere Belastung mit der hohen Anzahl von Frauen in Teilzeitarbeitsmodellen zusammenhängt. Frauen sind nachweislich häufiger als Männer in Teilzeitmodellen beschäftigt (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020b), insbesondere, nachdem sie Mütter geworden sind (Statistisches Bundesamt 2019b). Bestätigt wird diese Annahme durch die Analysen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020b), die belegen, dass Frauen in Führungspositionen überdurchschnittlich häufig von Vereinbarkeitsproblemen berichten.

Hinzu kommt, dass der Zusammenhang zwischen Vereinbarkeitsproblemen und psychischer Belastung, darunter Depressions- und Angststörungssymptome sowie eine geringere Lebenszufriedenheit, international bei Frauen nachweislich stärker ausgeprägt ist (Greenhaus et al. 2006). In Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass Probleme, Familie und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren, bei Frauen zu einem erhöhten Risiko für depressive Symptome führen (Peter et al. 2016).

Verschärfung der Belastung(sverhältnisse) durch Corona. Die Herausforderungen und Belastungen, mit denen erwerbstätige Frauen konfrontiert sind, haben sich unter der COVID-19-Pandemie nochmals verschärft. Zum einen liegt das an der hohen Prävalenz von Frauen in systemrelevanten Berufen, darunter auch in den beschriebenen Bereichen des Gesundheitswesens, sowie der geschlechtstypischen Arbeitsaufteilung hinsichtlich familiärer Sorgearbeit und beruflicher Tätigkeit. Frauen waren bereits vor Corona nachweislich häufiger für die Sorgearbeit innerhalb der Familie zuständig und demnach Mehrfachbelastungen und widersprüchliche Anforderungen durch unbezahlte Sorge- und Erwerbsarbeit ausgesetzt (Becker-Schmidt und Knapp 2000, S. 55) bei gleichzeitig weniger Erholungsmöglichkeiten (Voß 2004). Erste Studienergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere Frauen von psychischen und sozialen Folgen der Pandemie betroffen sind (Bünning et al. 2020; Pieck 2020; UN Women 2021).

2.3 Professionen im Krankenhaus

Neben der Tatsache, dass erwerbstätige Frauen vielfach eine höhere arbeitsbezogene Belastung berichten als erwerbstätige Männer (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020b), sind zudem verschiedene Berufsgruppen innerhalb des Krankenhausbetriebs mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. So lassen sich bestimmte Belastungs-herde skizzieren, von denen unterschiedliche Berufsgruppen besonders betroffen sind.

Die Arbeits- und Belastungssituation verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus wurden bislang unterschiedlich ausführlich beschrieben. So fokussiert sich bisherige Forschung und Berichterstattung primär auf den pflegerischen und ärztlichen Bereich, weniger auf das Personal, das im hauswirtschaftlichen und Verwaltungsbereich tätig ist. Trotz ihrer Relevanz für die Aufrechterhaltung des Klinikbetriebs, konzentriert sich die Forschung bislang wenig auf diese Berufsgruppen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund bedauerlich, dass der Effekt von Arbeitsstress auf psychische Störungen für Professionsgruppen mit niedrigem betrieblichen Status nachweislich besonders stark ist (Rugulies et al. 2012).

2.3.1 Servicepersonal

Um nachfolgend die Belastungen von Mitarbeiter*innen Servicebereich zu beschreiben, sollen vorab die Tätigkeitsbereiche und Aufgaben dieser Berufsgruppe dargestellt werden: Das Servicepersonal im Krankenhaus besteht aus klinischem Hauspersonal, Mitarbeitenden des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes sowie dem technischen Dienst (Simon 2020). Aufgrund der uneinheitlichen definitorischen Darstellung dieser Berufsgruppe und ihrer Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) konnte leider nicht auf offizielle Berichte zurückgegriffen werden, stattdessen wurden im Internet veröffentlichte Stellenausschreibungen analysiert. Laut einer Stellenausschreibung eines städtischen Krankenhauses in Leipzig von 2018⁸ übernimmt das klinische Hauspersonal in Krankenhäusern schwerpunktmäßig Tätigkeiten im Reinigungsbereich und der Speisenversorgung. Hinzu kommen Erledigungen von Transportaufgaben, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie die Entsorgung anfallender Abfälle sowie verwaltungsnahen Aufgaben wie etwa der Archivierung von Patient*innenakten. Der Aufgabenbereich von Führungskräften im Servicebereich umfasst die Organisation der Reinigungsarbeit, darunter Personalauswahl und -führung, Dienstplanung für die Reinigungskräfte und Vorarbeiter*innen, Durchführung von Qualitätskontrollen sowie die Organisation von Schulungen. Serviceführungskräfte, insbesondere in Führungspositionen, tragen besondere Verantwortung für die Umsetzung und Einhaltung von Hygiene- und Arbeitssicherheitsvorgaben⁹. Diesem Verantwortungsbereich kommt im Krankenhausbetrieb besondere Bedeutung zu, da eine Nichteinhaltung von Hygienestandards negative Auswirkungen wie die Verbreitung krankheitserregender Keime und damit verbundene existenzielle Risiken für Patient*innen und Krankenhauspersonal haben kann (Zuberi 2013).

Bestimmte Merkmale der Arbeitsstruktur im Servicebereich führen zu einer besonderen Belastung für Beschäftigte.

Outsourcing. Allem voran lässt sich ein globaler Trend bei Krankenhäusern beobachten, Servicebereiche auszugliedern, indem Krankenhäuser Tochterfirmen gründen oder Leiharbeitsfirmen beauftragen und sich so der Tarifbindung entziehen, um Personalkosten einzusparen. Innerhalb deutscher Krankenhäuser gab es vor allem zwischen 1990 und 2000 einen starken Anstieg der Auslagerung von FCSL-Beschäftigten (food, cleaning, security, logistics) (Goldschmidt und Schmieder 2015), sodass im Jahr 2007 bereits 40 Prozent der Servicebeschäftigten ausgelagert waren (Augurzky und Scheuner 2007; Jaehrling 2008).

⁸ Es handelt sich hierbei um eine Stellenausschreibung für eine Teilzeitkraft im Bereich klinisches Hauspersonal des Klinikums St. Georg, die am 01.04.2018 über das Stellenportal www.krankenhaus-stellen.de inseriert wurde (KHS-Nr: 13989).

⁹ Zur Überprüfung wurden verschiedene Stellenausschreibungen gesichtet, exemplarisch kann hier eine Ausschreibung für Objektleitungen im Bereich Gebäudereinigung und Hygiene genannt werden, die am 04.02.2021 durch die Firma Geiger Facility Management Akademie & Recruiting GmbH über das Jobportal www.jobs.laimoon.com inseriert wurde.

Arbeitsverdichtung. Den ansteigenden Arbeitsanforderungen an die Servicekräfte steht der Wettbewerbsdruck der Leiharbeitsfirmen gegenüber (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2009). Den Beschäftigten wird ein zunehmendes Maß an Leistung und Flexibilität abverlangt, während gleichzeitig weniger Personal für ein erhöhtes Arbeitsaufkommen zuständig ist (European Federation of Cleaning Industries (EFCl) 2019). In der Konsequenz dieser Arbeitsverdichtung berichten insbesondere Reinigungskräfte ein zu hohes Arbeitsaufkommen und zudem einen hohen Zeitdruck (Krzeslo et al. 2014).

Schichtarbeit. Zudem ist die Arbeit von Servicekräften, insbesondere Reinigungspersonal, häufig außerhalb regulärer Arbeitszeiten in Schichtdiensten organisiert (Charles et al. 2009). Bislang gibt es keine systematischen Untersuchungen zur Auswirkung dieser Arbeitsorganisation auf Servicepersonal, professionsunspezifische negative Auswirkungen sind jedoch nachgewiesen (Wiener 2013).

Schlechtere Arbeitsbedingungen: weniger Gehalt, weniger Urlaub. Insgesamt unterliegen die Servicemitarbeiter*innen durch den Auslagerungstrend schlechteren Arbeitsbedingungen. Die Leistungen der Beschäftigten haben sich im Zeitraum 1995 bis 2015 innerhalb Deutschlands mehr als verdoppelt, während die Löhne nur sehr viel weniger angestiegen sind (European Federation of Cleaning Industries (EFCl) 2019). Aktuell erhalten ausgelagerte Servicekräfte durchschnittlich bis zu 10 Prozent weniger Gehalt und haben zudem weniger Anspruch auf Erholungs- und Zusatzurlaub (Kluge 2006, S. 11).

Abwertung, geringes Ansehen, Stigma. Zudem genießen Beschäftigte im Servicebereich häufig kein hohes Ansehen, vielmehr werden Servicebereiche, darunter Reinigung, Küche, Verwaltungshilfen häufig als weniger wichtige Hilfsdienste für das Kerngeschäft der Patient*innenversorgung angesehen (Eigenstetter et al. 2018; European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2009). Trotz der hohen Relevanz ihrer Tätigkeit sind Servicemitarbeiter*innen häufig mit Stigmatisierung und Abwertung konfrontiert (Zuberi 2013, S. 90). Im Rahmen einer belgischen Studie berichteten Reinigungskräfte, vielfach von Krankenhauspersonal aus anderen Bereichen ignoriert oder anderweitig respektlos behandelt zu werden (Krzeslo et al. 2014), was durch die Auslagerung an Leiharbeitsfirmen zusätzlich noch verstärkt werde (Zuberi 2013, S. 89). Die Ausgliederung des Servicebereichs führt zu einer zunehmenden Zergliederung des Krankenhauses auf Mitarbeiter*innenebene (Simon 2020, S. 177) und hat häufig eine Verschlechterung des Betriebsklimas und eine erschwerte Kommunikation zwischen Servicekräften und anderen Fachbereichen zur Folge.

Ebenso wird von einem respektlosen Umgang vonseiten der Patient*innen sowie geringer gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber Servicepersonal berichtet (Woods und Buckle 2006). Auch von Berufskolleg*innen und Vorgesetzten erfahren Reinigungskräfte wenig Unterstützung (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2009). Es ist davon auszugehen, dass die Situation in deutschen Krankenhäusern ähnlich ist. In einer in Deutschland durchgeführten Befragung von Reinigungskräften gab die deutliche Mehrheit (74,1 Prozent) an, anders als andere Berufsgruppen nicht über relevante betriebsinterne Neuigkeiten informiert zu werden (Zock 2005).

Zwack et al. (2012) gehen von einem Stufenmodell der Wertschätzung aus, indem es „Wertschätzungsempfänger*innen“ darum geht, auf verschiedenen „Stufen“ wahrgenommen zu werden: in ihrer Anwesenheit, in ihrer beruflichen Funktion sowie in ihrer ganzen Person, auch jenseits der beruflichen Rolle. Es lässt sich vermuten, dass sich Servicepersonal häufig schon im Sinne der ersten Stufe nicht wertgeschätzt fühlt, so berichtet beispielsweise Reinigungspersonal häufig, auf dem Flur von Kolleg*innen anderer Fachbereiche nicht einmal begrüßt zu werden (vgl. Krzeslo et al. 2014).

Psychische und körperliche Belastung. Laut Zock (2005) sind Servicekräfte somit zahlreichen psychosozialen Stressoren ausgesetzt, durch die insbesondere Frauen innerhalb dieser Berufsgruppe stark belastet sind. Die Kombination aus geringerem Verdienst, Arbeitsintensivierung/-verdichtung, Schichtdienst führt dazu, dass insbesondere ausgelagerten Servicekräften ein gesunder, aktiver Lebensstil erschwert wird (Zuberi 2013, S. 120). Hinzu kommen besondere körperliche Belastungen. Laut einer Befragung von 212 Reinigungskräften an 25 deutschen Krankenhäusern berichteten 15 Prozent der Beschäftigten Hautbeschwerden (Eigenstetter et al. 2018). Zudem weisen Reinigungskräfte häufiger Erkrankungen der Atemwege, darunter Asthma und chronische Bronchitis, auf als anderen Berufsgruppen (Zock et al. 2002). Vor allem der Bereich der Sterilisation ist außerdem von einer besonders hohen Verletzungs- und Ansteckungsgefahr betroffen. Laut Vaz et al. (2010) führt das Reinigen und Aufbereiten von OP-Instrumenten häufig zu Verletzungen beim Personal.

Im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen weisen Reinigungskräfte die meisten Fehlzeiten und zudem die zweitmeisten durch Hausärzt*innen verordneten Arzneimitteltagesdosen auf. Besonders weibliche Reinigungskräfte sind häufig von Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, aufgrund derer im Jahr 2019 überdurchschnittlich viele Frauen ambulant behandelt wurden (Knieps und Pfaff 2019, S. 182). Insgesamt sind Reinigungskräfte aufgrund von Gesundheitsstörungen jedoch vergleichsweise weniger häufig in ambulanter Behandlung als andere Berufe (Knieps und Pfaff 2019, S. 182). Durch häufiges Stehen und ungünstige Körperhaltungen, die beim Verrichten der Arbeit eingenommen werden müssen, gilt vor allem Reinigungs- und Kantinenpersonal laut einer Analyse der Hans-Böckler-Stiftung (Wittig-Goetz 2008, S. 3 ff.) als besonders gefährdet, Muskel- und Skeletterkrankungen zu entwickeln. Der Report DBG-Index „Gute Arbeit“ (2019) zur Erfassung des arbeitsbezogenen Gesundheitszustands von Arbeitnehmer*innen auf Basis von insgesamt 6574 befragten Beschäftigten weist große Unterschiede zwischen den befragten Berufsgruppen aus: Besonders Reinigungskräfte berichten, ihre Gesundheit seit stark bis sehr stark beeinträchtigt, nur rund ein Drittel (35 Prozent) aller Reinigungskräfte weist eine gute arbeitsbezogene Gesundheit auf.

Keine Unterstützungsformate für Servicekräfte. Bislang gibt es wenige Unterstützungsangebote und stresspräventive Maßnahmen, die die Belange von Servicekräften gezielt adressieren (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2009, S. 49). Zum einen fehlt vielfach das Bewusstsein für die negativen Auswirkungen auf Organisationsebene, zum anderen tendieren Servicebeschäftigte dazu, ihre Belastung geringer einzuschätzen oder gar nicht zu berichten (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2009, S. 49). Ebenso limitiert ist die wissenschaftliche Begleitung von Interventionsprojekten mit dem Ziel, den Unterstützungsbedarf dieser Berufsgruppe kontinuierlich besser verstehen und ihre Arbeitsrealität verbessern zu können. So implementierte eine Forscher*innengruppe der Universität Hannover 2010 im Rahmen einer Fallstudie einen Gesundheitszirkel, um geschlechtsspezifische Belastungsfaktoren von Reinigungskräften eines Krankenhauses zu identifizieren (Wattendorff 2010). Solche Projekte sind jedoch bislang Randerscheinungen und keine langfristig angelegten Unterstützungsmaßnahmen.

Insbesondere mit Blick auf die Covid-19-Pandemie kommt Reinigungskräften auch zukünftig eine tragende Rolle für den Erhalt des Krankenhausbetriebes zu. Das EFCI spricht sich in einem Positionspapier (European Federation of Cleaning Industries (EFCI) 2020) dafür aus, in zukünftigen Präventionsangeboten besonders auch diese Berufsgruppe zu bedenken.

2.3.2 Verwaltung

Führungskräfte des Verwaltungsbereichs sind im Krankenhausbetrieb vor allem für das Qualitätsmanagement sowie das DRG-Controlling zuständig (Hölterhoff et al. 2011a). Aufgabe von Qualitätsmanager*innen ist es, die Qualität von Organisationsprozessen sicherzustellen, kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern (Biel 2008). Im Krankenhaus sind vor allem die Bereiche Patient*innensicherheit, Arbeitsschutz und Hygiene von großer Bedeutung (Sens et al. 2007). Als Controller*innen sind Verwaltungsführungskräfte zuständig für die Planung, Steuerung und Ergebniskontrolle von vereinbarten Zielen des Krankenhausbetriebs. In der mittleren Führungsebene sind Controller*innen für die strategische Leistungsplanung zuständig, darunter die Bestimmung zu erbringender Leistungen für bestimmte wirtschaftliche Erlöse, Verlustkalkulationen sowie enger Austausch mit der kaufmännischen Geschäftsführung bezüglich der Gesamtentwicklung des Krankenhauses (Schirmer 2003). Zudem sind sie dafür verantwortlich, Mitarbeitenden außerhalb des Controllings das notwendige Wissen zu vermitteln, um betriebswirtschaftlich sinnvoll handeln zu können sowie dafür, bei Bedarf zwischen Controlling und anderen Fachbereichen zu moderieren (Lehmann 2012, S. 53).

Sowohl Controller*innen als auch Qualitätsmanager*innen unterstützen in ihrer Tätigkeit das obere Management und tragen zur Transparenz und Messbarkeit von Leistungsparametern bei (Biel 2008). Hierbei liegt der Fokus des Controllings auf betriebswirtschaftlichen Parametern, der des Qualitätsmanagements auf operationalen Kriterien, wie beispielsweise Hygienevorschriften (vgl. Popp et al. 2004).

Zunehmende Wichtigkeit des Verwaltungsbereichs. Aufgrund der zunehmend wichtigen Stellung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern kommt dem Verwaltungs- und Controllingbereich im Krankenhaus eine immer größere Bedeutung zu (Hölterhoff et al. 2011a).

Das Institut DGB-Index „Gute Arbeit“ veröffentlicht auf Basis repräsentativer bundesweiter Befragungen von Arbeitnehmer*innen zu ihren Arbeitsbedingungen jährlich einen Index, der die Arbeitsqualität verschiedener Branchen abbildet. In den Jahren 2020 und 2019 differenzierte der Jahresreport nicht nach verschiedenen Berufsgruppen (DGB-Index Gute Arbeit 2019; 2020), aus diesem Grund wurde auf einen 2018 veröffentlichten Report zurückgegriffen. Laut der Befragung 2018 von insgesamt 8011 Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen zu ihren Arbeitsbedingungen wurde die höchste Arbeitsqualität für Verwaltungskräfte des öffentlichen Dienstes festgestellt. Das Gesundheitswesen, darunter alle Berufsgruppen, weist hingegen die schlechteste Arbeitsqualität auf (DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 16). Es kann somit vermutet werden, dass im Krankenhaus tätige Verwaltungskräfte ihre Arbeitsbedingungen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus besser, und im Vergleich zu Verwaltungskräften des öffentlichen Dienstes schlechter bewerten.

Das Tätigkeitsfeld von Verwaltungskräften ist in besonderem Maße von den Digitalisierungsprozessen der modernen Arbeitswelt sowie herausfordernden interprofessionellen Kommunikationsaufgaben bei gleichzeitig häufig geringer Wertschätzung gekennzeichnet. Dies beschreibe ich im Folgenden näher.

Digitalisierung. Eine 2016 durchgeführte Befragung des Instituts DGB-Index „Gute Arbeit“ (DGB-Index Gute Arbeit 2016) zur Bewertung von Digitalisierungsprozessen durch Beschäftigte zeigt, dass die Weiterentwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien zwar zu schnelleren Arbeitsabläufen führt, jedoch von der Mehrheit der Mitarbeitenden weniger als Fortschritt eingeordnet wird. So stellen 44 Prozent der Verwaltungskräfte des öffentlichen Dienstes keine Veränderung ihrer Arbeitsbelastung durch die Digitalisierung fest, 51 Prozent bewerten ihre Arbeitsbelastung sogar als eher größer, nur 5 Prozent fühlen sich durch Digitalisierungsprozesse in ihrer Arbeitsbelastung entlastet.

Bislang gibt es keine Forschung zu Verwaltungskräften im Krankenhaus. Insgesamt zeigen sich jedoch bei Beschäftigten im Gesundheitswesen sehr ähnliche Tendenzen: 35 Prozent geben an, ihre Arbeitsbelastung sei durch Digitalisierungsprozesse nicht verändert worden, 58 Prozent der Beschäftigten berichten von einer erhöhten Arbeitsbelastung, nur 7 Prozent bewerten Digitalisierung als eine Arbeitsentlastung (DGB-Index Gute Arbeit 2016, S. 8).

Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass es beim Verwaltungspersonal in Krankenhäusern vergleichbare Tendenzen gibt, d.h. eine mehrheitliche Bewertung von Digitalisierung von Verwaltungskräften nicht als Arbeitsentlastung, sondern vielmehr -mehrbelastung. Die Weiterentwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien bedeutet im Gesundheitswesen hauptsächlich elektronische Kommunikation über E-Mail oder andere interne digitale Plattformen (Intranet) sowie die Arbeit mit unterstützenden elektronischen Geräten wie beispielsweise zur Erfassung von Diagnosen (DGB-Index Gute Arbeit 2016, S. 6).

Zusammenarbeit mit anderen Bereichen. Leitende Verwaltungskräfte beschreiben die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Pflegepersonal vergleichsweise als am ineffektivsten, am wenigsten zufriedenstellend und nicht durch gegenseitiges Verständnis geprägt. In der Konsequenz berichten sie am häufigsten, Stress und Demotivation zu erleben (Erpenbeck und von Rosenstiel 2007).

Geringes Ansehen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Im Rahmen einer 2014 durchgeführten Umfrage berichtete knapp ein Drittel der 3513 befragten Verwaltungsbeschäftigten von geringer Wertschätzung innerhalb des Arbeitsumfeldes: 31 Prozent gaben an, keine bis wenig Wertschätzung vonseiten ihrer Vorgesetzten zu erfahren, wobei Frauen (37 Prozent) dies häufiger schilderten als Männer (30 Prozent) (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2014, S. 8 f.).

Von denjenigen Beschäftigten, die angaben, keine oder wenig Wertschätzung zu erfahren, verneinte die Mehrheit die Frage „Wird Kollegialität in Ihrem Betrieb gefördert?“. 64 Prozent gaben an, dass Kollegialität gar nicht oder nur wenig gefördert werde, 27 Prozent berichteten zudem, dass sie keine oder wenig Hilfe von Kolleg*innen bekämen, wenn sie diese benötigten (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2014, S. 24 f.). Es wird an dieser Stelle nicht zwischen Kolleg*innen des eigenen Arbeitsbereichs und fachübergreifenden Kolleg*innen unterschieden.

Eine Dissertationsstudie aus dem Jahr 2016 belegt den positiven Einfluss von erlebter Wertschätzung auf die Gesundheit sowie die Leistungsbereitschaft von Verwaltungskräften (Holzagt 2016, S. 185). Es handelt sich also um einen wichtigen Faktor, der das Erleben von Verwaltungspersonal stark mitbestimmt.

Es lässt sich vermuten, dass sich Verwaltungskräfte im Sinne des Stufenmodells der Wertschätzung nach Zwack et al. (2012) besonders häufig in ihrer beruflichen Funktion (zweite Stufe des Modells) nicht wertgeschätzt fühlen. Im Krankenhaus erlebt das pflegerische und ärztliche Personal Dokumentationstätigkeiten häufig lästige Zusatzaufgabe, die sie von ihren primären Aufgaben, allen voran der Patient*innenversorgung, abhält (Bräutigam et al. 2014; Simon 2020). So kommt es vermutlich häufig dazu, dass Verwaltungskräfte, die gegenüber den Behandler*innen auf die Durchführung dieser Dokumentation drängen müssen, bei verwaltungsfremem Krankenhauspersonal eher geringes Ansehen genießen.

Ebenso genießen Verwaltungskräfte auch außerhalb des Krankenhauses ein eher geringes Ansehen. Laut einer Bürger*innenbefragung des Deutschen Gewerkschaftsbunds dbb Beamtenbund und Tarifunion zum gesellschaftlichen Ansehen verschiedener Berufsgruppen kommt Verwaltungspersonal im öffentlichen Dienst am wenigsten Anerkennung durch die Bevölkerung zu: nur 38 Prozent der Befragten gaben an, Verwaltungspersonal gegenüber eine hohe

oder sehr Wertschätzung zu haben, während Ärzt*innen und Pflegepersonal am höchsten geschätzt wurden – 89 beziehungsweise 88 Prozent der Befragten gaben an, eine hohe oder sehr hohe Wertschätzung für diese Berufe zu haben (DBB Beamtenbund und Tarifunion 2017). Von den insgesamt 33 Berufsgruppen, die entsprechend ihrer gesellschaftlichen Anerkennung gelistet wurden, landeten EDV-Mitarbeiter*innen auf Platz 23. Da Verwaltungspersonal innerhalb des Krankenhauses in der Befragung durch den dbb Beamtenbund nicht als Berufsgruppe aufgeführt wird, scheinen EDV-Mitarbeitende am ehesten als vergleichbar.

Psychische Belastung. Bei Beschäftigten in der Verwaltung wurden laut BKK-Gesundheitsreport (Knieps und Pfaff 2019, S. 185) besonders häufig Zusatzdiagnosen gestellt, die auf arbeitsbedingte Belastungen hinweisen und Anlass für Vorsorgemaßnahmen geben. Dies spiegelt sich in den vergleichsweise hohen Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen wieder: Verwaltungsbeschäftigte weisen vergleichsweise hohe Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen auf (Knieps und Pfaff 2019, S. 135), wobei Frauen deutlich höhere Fehlzeiten aufweisen als Männer.

Insgesamt weist vor allem solches nichtmedizinisches Krankenhauspersonal hohe Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen auf, dessen Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt (Knieps und Pfaff 2019, S. 133). Es sind somit vor allem diejenigen Verwaltungsbeschäftigten betroffen, die viel mit Mitarbeiter*innen, fachübergreifenden Kolleg*innen und Patient*innen interagieren. IT-Fachkräfte, deren Tätigkeit durch einen technischen Fokus und weniger durch soziale Interaktionen gekennzeichnet ist, sind vergleichsweise weniger von solchen krankheitsbedingten Fehlzeiten betroffen. Diese Unterschiede erweisen sich als sehr deutlich, sowohl bei Männern als auch bei Frauen: Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen differieren hier um mehr als das Dreifache (Knieps und Pfaff 2019, S. 134), wobei Frauen im IT-Bereich stärker betroffen sind als Männer.

Laut eines Reports des DGB-Index Instituts „Gute Arbeit“ (DGB-Index Gute Arbeit 2018) zählt das Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen als jene, in der Beschäftigte am häufigsten interaktiv arbeiten: Insgesamt arbeiten neun von zehn Mitarbeitenden in dieser Branche interaktiv, 82 Prozent sehr häufig und 7 Prozent oft. Grundsätzlich gilt der Verwaltungsbereich als weniger stark durch interaktive Zusammenarbeit geprägt, so geben insgesamt 60 Prozent der Beschäftigten innerhalb der öffentlichen Verwaltung an, bei ihrer Arbeit oft oder sehr häufig in Kontakt mit anderen betriebsinternen und -externen Personengruppen zu sein (DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 6).

Es liegen keine Angaben über das Ausmaß vor, in dem die Arbeit von Verwaltungskräften speziell im Krankenhaus durch Interaktion mit anderen Personengruppen geprägt ist. Es lässt sich jedoch vermuten, dass im Krankenhaus tätiges Verwaltungspersonal bei seiner Arbeit durchschnittlich weniger Kontakt zu anderen Personengruppen, darunter Patient*innen, hat als Beschäftigte im pflegerischen und ärztlichen Bereich. Dennoch ist zu vermuten, dass die Mehrheit der im Krankenhaus tätigen Verwaltungskräfte oft bis sehr häufig in Kontakt mit anderen Personengruppen steht.

Burnout. Laut einer US-amerikanischen Studie zur Erfassung des Burnout Risikos von Krankenhauspersonal erweisen sich vor allem Verwaltungskräfte als gefährdet beziehungsweise bereits betroffen (Schult et al. 2018). So berichten Verwaltungskräfte im Vergleich zu Berufsgruppen mit direktem Patient*innenkontakt, darunter Ärzt*innen und Pflegepersonal, häufiger von Depersonalisierung, emotionaler Erschöpfung sowie ausbleibenden Erfolgsgefühlen in Bezug auf berufliche Tätigkeiten. Gleichzeitig sind Verwaltungskräfte, deren Arbeit direkten Kontakt zu Patient*innen beinhaltet, nachweislich weniger von Burnout Symptomen betroffen als solche ohne direkten Patient*innenkontakt (Schult et al. 2018).

Burnout wird im Arbeitskontext als eine Folge einer langzeitigen Überlastung definiert und als Ergebnis einer Reihe von nicht erfüllten Erwartungen, einem Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung verstanden (Nawrath 2005, S. 89). Aus diesem chronischen Stress am Arbeitsplatz resultiert das Gefühl des ausgebrannt Seins, das unter anderem zu einer negativen Einstellung zum Job und einer reduzierten Leistungsfähigkeit führen kann (Jaggi 2021, S. 25). Es wird durch eine Vielzahl an Faktoren begünstigt, darunter arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen wie Zeitdruck, geringe Entscheidungsspielräume, schlechtes Betriebsklima, fehlende Reflexionsmöglichkeiten über arbeitsbezogene Belastungen sowie individuelle Faktoren wie beispielsweise destruktive Konfliktbewältigung (Nawrath 2005, S. 91).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Burnout in einer Stellungnahme im Mai 2019 als arbeitsbezogenes Phänomen, dass zu Gesundheitsschäden führen kann (World Health Organization 2019). Durch seine hohe Überlappung mit anderen Konstrukten, darunter Stress, Arbeitsunzufriedenheit und Depressivität, lässt sich Burnout nur schwer definieren (Jaggi 2021, S. 27). In der aktuellen internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) ist Burnout im Kapitel Z 73 „Probleme und Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ als Inklusivum gelistet (Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)) (Dilling et al. 2015).

Monotonie und psychische Sättigung. Hinzu kommen negative Auswirkungen repetitiver, wenig abwechslungsreicher Arbeitsabläufe, darunter auf der einen Seite das Phänomen der Monotonie (Bartenwerfer 1957), das mit erhöhter Müdigkeit, starken Leistungsschwankungen und einem Abfall der Reaktionsfähigkeit einhergeht, zum anderen die psychische Sättigung (Hacker und Richter 1984, S. 74) die mit Nervosität, Unruhe, einem Gefühl des "Auf-der-Stelle-Tretens" einhergeht und ebenfalls einen Leistungsabfall zur Folge hat. Laut einer Veröffentlichung des Bundesverbands der Unfallkassen über psychische Belastungen am Arbeitsplatz tritt psychische Sättigung insbesondere bei Beschäftigten im Verwaltungsbereich auf, deren Fähigkeiten häufig die Arbeitsanforderungen übersteigen (Kunz 2005, S. 50).

Körperliche Belastung. Laut einer Befragung von Krankenhauspersonal verschiedener Berufsgruppen in Spanien berichten Verwaltungskräfte am häufigsten von arbeitsbedingter Fatigue und Kopfschmerz (Gómez-Acebo et al. 2013). Zudem findet die Arbeit von Verwaltungspersonal größtenteils in Büroräumen statt, dies ist zumindest für die Verwaltung im öffentlichen Dienst belegt: Über 90 Prozent der Arbeitsplätze sind als Bildschirmarbeitsplätze ausgelegt (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen 2015), an denen, zusätzlich befördert durch voranschreitende Digitalisierung und computerbasierte Tätigkeiten, bis zu 85 Prozent der Arbeitszeit sitzend geleistet wird (Wittig-Goetz 2008, S. 4). Hinzu kommt, dass knapp die Hälfte der Beschäftigten während der Arbeit häufig bis sehr häufig eine ungünstige und damit gesundheitsschädigende Körperhaltung einnimmt (Roth 2014, S. 41).

Die negativen Auswirkungen von langem Sitzen sind gut belegt: Neben Bewegungsmangel gilt Dauersitzen als relevanter Risikofaktor, der sich ähnlich stark gesundheitsschädigend auswirken kann wie Alkohol- und Nikotinkonsum (Ekblom-Bak et al. 2010). Ein kürzlich veröffentlichter Bericht von Kittelmann et al. (2021) enthält Empfehlungen zur Gestaltung von Arbeitsplätzen für Beschäftigte, die unter anderem besonders viel im Sitzen arbeiten, darunter dynamische Sitzmöbel, höhenverstellbare Tische sowie die Unterweisung von Beschäftigten, um auf besondere Gefährdungen hinzuweisen. Ebenso enthält der durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung herausgegebene Leitfaden zur Gestaltung von Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen (2019) präzise Empfehlungen, unter anderem zur Bildschirm- und Tastaturneigung, Arbeitsplatzbeleuchtung sowie zum Raumklima. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Arbeitsplatz vieler Verwaltungskräfte nicht oder nicht immer diesen Vorschlägen entspricht und somit zu besonderen körperlichen Belastungen führen kann.

Führungskompetenz. Laut einer Erhebung zu Führungskompetenzen von Krankenhauspersonal mit Personalverantwortung wurden Verwaltungskräften von der Mehrheit der Mitarbeitenden die gewünschten Führungskompetenzen zugesprochen: 57 Prozent der Verwaltungsführungskräfte verfügten laut der 3500 befragten Mitarbeiter*innen über die gewünschten Führungsqualitäten, darunter Kommunikationsfähigkeit und Entscheidungskompetenz, während 63 Prozent der Befragten die Führungsfähigkeiten von ihren ärztlichen Vorgesetzten bemängelten (von Eiff 2000). Verwaltungsführungskräfte selbst nannten laut von Eiff (2000) neben der fachlichen Qualifikation Kommunikations- Entscheidungskompetenzen als wichtigste Zusätze, um ihre Rolle als Führungskraft erfolgreich ausführen zu können.

2.3.3 Pflege

Die Arbeits- und Belastungssituation von pflegerischem und ärztlichem Personal im Krankenhaus wurden bisher vergleichsweise am ausführlichsten beforscht. Im Folgenden beschreibe ich die Berufsgruppe der Pflegenden, indem ich Aufgabenbereiche von pflegerischen Stationsleitungen darstelle und Faktoren skizziere, die ihre Arbeitswelt kennzeichnen und besonders herausfordernd machen.

Aufgabenspektrum. Pflegerische Stationsleitungen sind verantwortlich für die Planung und Organisation des Pflegebereichs und die Führung von examinierten und nicht examinierten Pflegekräften. Dazu zählen Personalplanung, -führung und -entwicklung sowie Budgetplanung.

Im Sinne der Personalplanung ist das Ziel, Mitarbeitende entsprechend ihrer Qualifikation, Fähigkeit und ihres Leistungsvermögens optimal einzusetzen. Hierfür nehmen Stationsleitungen die Einteilung der Stationsmitarbeitenden vor, planen Schichten und erstellen Dienst- und Urlaubspläne. Als Führungskräfte mit Personalverantwortung wirken sie an der Auswahl, Einarbeitung und Beurteilung von Pflegepersonal mit. Darüber hinaus stellen sie die Qualifizierung des Personals ihrer Abteilung, im Sinne der Aus- und Weiterbildung, sicher. Zudem sind sie für die Informationsweitergabe innerhalb der Pflgeteams zuständig und somit für die Organisation und Leitung von Teammeetings.

Ebenso sind Stationsleitungen für die Qualitätssicherung ihres Bereichs zuständig, darunter die fortlaufende Kontrolle und Optimierung von Pflegestandards, die Überprüfung von Arbeitsabläufen durch Leistungskontrollen sowie ihre Dokumentation, und die Qualitätssicherung durch Visiten, Analysen der Dokumentationen, Beschwerdemanagement sowie Vorbereitung von Qualitätsprüfungen. Zudem sind sie für die Planung, Beschaffung und Lagerung von benötigten Materialien zuständig¹⁰.

Bei alledem fungieren Stationsleitungen oft als ein verbindendes Glied zwischen Pflege, Management und Patient*innen sowie ihren Angehörigen. Zudem stehen sie fortlaufend in engem Kontakt zu ärztlichem Personal innerhalb des Krankenhauses sowie auch zu externen Ärzt*innen, Arztpraxen und anderen Dienstleistern. Häufig stellen Pflegende zudem eine wichtige Schnittstelle zwischen Ärzt*innen und Patient*innen dar (Jorde 2019, S. 42).

Viel Verantwortung. Eine Pflegekraft ist hierzulande in ihrer Arbeitsschicht für durchschnittliche 13 Patient*innen zuständig (Aiken et al. 2012), nachts sogar häufig für doppelt so viele

¹⁰ Um eine möglichst aktuelle Beschreibung der Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche von Stationsleitungen zu geben, wurden aktuelle Stellenausschreibung des Online-Jobportals der Personalmanagement GmbH career people (www.career-people.de), welche in Kooperation mit der Agentur für Arbeit Kiel Führungskräfte im Medizin- und Pflegebereich vermittelt, gesichtet und abgeglichen (Stand: 20.02.2021).

(Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2017, S. 16). Das 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) (Deutscher Bundestag 2018) sieht bis 2021 im Rahmen eines „Sofortprogramm Pflege“ die Einführung neuer Pflegepersonaluntergrenzen vor – interessanter Weise wurden diese gerade beschlossenen Personaluntergrenzen zu Beginn der Corona-Pandemie wieder ausgesetzt. Dies und auch die inhaltliche Gestaltung des Gesetzes wird vielfach kritisiert (vgl. Hassenkamp 2020): So gelten Personaluntergrenzen nur für bestimmte Fachbereiche mit besonders hohem Pflegeaufwand, etwa für intensivmedizinische und kardiologische Stationen (Böhler und Kubsova 2020, S. 103 f.). Zudem verschärft es den Versorgungsengpass paradoxer Weise häufig noch zusätzlich, weil Krankenhausstationen Betten sperren müssen, wenn vorgegebene Personalschlüssel nicht eingehalten werden können. Insgesamt erleben Pflegekräfte die zunehmende Arbeitslast, darunter auch die Zuständigkeit für mehr Patient*innen als sie tatsächlich gemäß ihrer Ansprüche versorgen können, als belastend (vgl. Bräutigam et al. 2014).

Geringes Ansehen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Der Vielfalt, Komplexität und Relevanz ihrer Aufgaben folgt kein gleichermaßen hohes gesellschaftliches Ansehen. Auch wenn Pflegenden selbst das Image ihrer Profession deutlich schlechter einschätzen als es laut der NEXT-Studie (Hasselhorn et al. 2008) die befragte Bevölkerung tut, so kommt dem Pflegeberuf dennoch häufig nicht die Wertschätzung zu, die er verdient. Vereinzelt Aussagen deutscher Politiker*innen¹¹ suggerieren: „Wer nichts wird, wird Pflegekraft“ (vgl. Jorde 2019, S. 27). Aktuelle Analysen belegen, wie weit verbreitet die ausbleibende Anerkennung für Pflegepersonal in der Gesellschaft ist (Koebe et al. 2020), und auch innerhalb des Krankenhauses fühlen sich Pflegekräfte mehrheitlich nicht wertgeschätzt und äußern Unzufriedenheit über den geringen Stellenwert, der ihnen zugerechnet wird (Buxel 2011). In einer vergleichenden Befragung von ärztlichem Personal und Pflegekräften zeigte sich, dass Pflegenden stärker als ihre ärztlichen Kolleg*innen Kommunikationschwierigkeiten berichten und fehlende Wertschätzung durch die jeweils andere Berufsgruppe erleben (Bartholomeyczik et al. 2008, S. 35). Zu den typischen Belastungsherden von Pflegenden zählen unter anderem Kommunikationschwierigkeiten und fehlende Kooperationsbereitschaft zwischen Pflegenden anderer Berufsgruppe im Krankenhaus sowie geringe soziale Unterstützung vonseiten der Kolleg*innen und Arbeitgeber*innen (Höhmann et al. 2016, S. 77).

Schlechtes Gehalt. Hinzu kommt, dass Pflegekräfte in Deutschland im Verhältnis zu der hohen Verantwortung, die sie tragen, vergleichsweise schlecht entlohnt werden (Bräutigam et al. 2014, S. 27). Eine detaillierte und systematische Erfassung der Gehälter findet innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden jedoch bisher nicht statt (Springer Medizin 2016). Ergebnisse einer Befragung im Rahmen der Initiative „GehaltsCheck“, die durch den Berufsverband Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen (bad) gestartet wurde, zeigen, dass Gehälter in Abhängigkeit von Region, Arbeitgeber*in und Qualifikation der Beschäftigten stark variieren (Springer Medizin 2016).

Laut einer bundesweiten Befragung der Hans-Böckler-Stiftung von insgesamt 2507 Krankenhausmitarbeitenden zur Bewertung der Qualität des Arbeitsplatzes Krankenhaus gibt die Mehrheit der Pflegenden an, ihre Vergütung entspreche nicht der erbrachten Arbeitsleistung: 68 Prozent der Pflegenden bewertet die Vergütung gemessen an der eigenen Leistung als zu gering, während nur 37 Prozent der Ärzt*innen dieser Ansicht sind. Zudem ist knapp die Hälfte

¹¹ Gemeint sind hiermit zwei exemplarische Vorkommnisse, darunter zum einen die Aussage des ehemaligen Arbeitsministers Norbert Blüm 1999 „Pflegen kann jeder“ (vgl. Stenografischer Bericht der Bundestagssitzung 1999, S. 5279). Zum anderen schlug die spätere Arbeitsministerin Ursula von der Leyen nach der Schließung der Drogeriekette Schlecker 2012 und drohender Arbeitslosigkeit vieler gekündigter Kassiererinnen vor, diese unter anderem zu Pflegepersonal umzuschulen (vgl. Dribbusch 2012).

des Pflegepersonals (49 Prozent) in Sorge, durch die derzeitige Arbeit ihre Rente sichern zu können, während nur 11 Prozent der Ärzt*innen diese Sorge haben (Bräutigam et al. 2014, S. 39). Dies belegen auch aktuelle Untersuchungen, nach denen Zweidrittel der Pflegekräfte ihr Gehalt als unzufriedenstellend bewerten (Zander und Busse 2017). Nach ihren beruflichen Zukunftserwartungen gefragt, geben Pflegekräfte mehrheitlich an, zukünftig noch mehr Verantwortung übernehmen zu müssen, dabei jedoch weniger Entscheidungsspielräume zu haben und gleichzeitig nicht besser bezahlt zu werden (Bräutigam et al. 2014, S. 54).

Zu Beginn des Jahres 2020 hat die Pflegekommission erstmals einen Mindestlohn für dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal beschlossen, der ab September 2021 bundesweit in Kraft treten wird (Deutsche Bundesregierung 2020b). Dieser beträgt zunächst 15 Euro pro Stunde und steigt ab April 2022 auf 15,40 Euro pro Stunde, was bei einer 40-Stunden-Woche ein Gehalt von 2.678 Euro ergibt.

Demografischer Wandel. Bedingt durch den demografischen Wandel, den gesamtgesellschaftlichen Rückgang an privaten Wohnkontexten mit mehreren Generationen, wird es zukünftig immer mehr alte Menschen mit Pflegebedarf geben, die kinderlos sind oder deren Kinder und andere Familienangehörige sie nicht versorgen können (Jorde 2019, S. 43).

Fachkräftemangel. Der bereits vorhandene Mangel an qualifizierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen bemisst sich aktuell auf circa 80000 (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2018) und wird sich zukünftig noch verstärken (Jorde 2019, S. 49) (Schwinger et al. 2020). Angesichts des Mangels an qualifiziertem Nachwuchs (Becker 2012), zunehmend älterer, multimorbider Patient*innen und einer Ausweitung dessen, was diagnostisch und therapeutisch geleistet werden kann, steigt die Relevanz der Pflege und gleichzeitig verschärft sich ein bereits vorhandener Personalmangel (Bräutigam et al. 2014, S. 59).

Der Tatsache, dass sich seit der vergangenen 10 Jahre vermehrt junge Menschen für den Pflegeberuf entscheiden (Wallenfels 2020), steht die Herausforderung entgegen, dass sich laut einer prognostischen Berechnung (siehe Becker 2012, S. 17) im Jahr 2020 jede*r viert*e Schulabgänger*in für eine Ausbildung im Pflegeberuf hätte entscheiden müssen, um den Personalbedarf abzudecken. Der Fachkräftemangel ist also nach wie vor aktuell (Schäfer 2021).

Altersdemografie der Pflegenden. Der demografische Wandel zeigt sich ebenso in der Altersstruktur der Pflegenden selbst: Aktuell ist knapp die Hälfte (46 Prozent) aller examinierter Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern älter als 45 Jahre, 19 Prozent sogar älter als 55 Jahre und weniger als 10 Prozent jünger als 25 Jahre (Blum et al. 2019b, S. 24), wobei aus einem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse hervorgeht, dass das Durchschnittsalter von Frauen in Pflegeberufen 50 und von Männern 39 Jahre beträgt (Techniker Krankenkasse 2019, S. 18).

Körperliche Belastung. Die Tätigkeit von Pflegepersonal ist in besonderem Maße durch schwere und einseitige körperliche Beanspruchung geprägt, beispielsweise durch die Lagerung von Patient*innen (Schwinger et al. 2020). Zudem sind Pflegenden durch regen Patient*innenkontakt besonders hohen Infektionsrisiken ausgesetzt (Höhmann et al. 2016, S. 77). Laut eines Berichts zur Prävention arbeitsbedingte Muskel- und Skeletterkrankungen (2008) stellt dauerhaftes Stehen im Arbeitsalltag eine erhebliche körperliche Belastung dar, von der besonders auch Pflegekräfte betroffen sind, die während ihrer Tätigkeit häufig stundenlang stehen müssen. Zwar gilt Stehen in aufrechter Körperhaltung als weniger belastend für die Bandscheiben als Sitzen, dennoch strapaziert Stehen über einen langen Zeitraum Muskeln, Bänder, Sehnen und Gelenke sowie den Kreislauf und besonders die Gefäße ebenfalls stark. Unwohlsein, Unkonzentriertheit und Fatigue sind häufige Folgen von langandauerndem Stehen (Wittig-Goetz 2008, S. 5).

Psychische Belastung. Dabei sind Pflegende nicht nur einem besonders hohen Risiko ausgesetzt, körperliche Beschwerden zu entwickeln, darunter Muskel und Skelettprobleme, sondern ebenso für psychische Belastungen, vor allem Depression und Burnout (Brause et al. 2013; Brause et al. 2015; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2020a; Buxel 2011; Isfort und Weidner 2018). Schadenhofer und Stummer (2011) konnten in einer Studie zu geschlechtsspezifischen Vulnerabilität für Burnout bei Gesundheits- und Krankenpflegenden zudem feststellen, dass weibliche Pflegekräfte unter einer höheren emotionalen Belastung leiden als männliche Pfleger.

Laut einem Bericht des Robert Koch Instituts (2020) sind sowohl körperliche als auch seelische Belastungen zu einem entscheidenden Teil auf die vorherrschenden Arbeitsbedingungen zurückzuführen. So sind Pflegekräfte mit hohen körperlichen Anforderungen konfrontiert, müssen beispielsweise schwer heben und sind während ihrer Tätigkeit häufig chemischen Substanzen ausgesetzt. Zusätzlich sind sie vielfach von gesundheitsschädigenden Arbeitszeitmodellen betroffen, darunter häufig unregelmäßige Schichtrotationen, Nachtarbeit, häufige Überstunden und fehlenden Pausen (Robert Koch-Institut 2020, S. 174). Im Rahmen einer Untersuchung zur Arbeitssituation von Pflegenden gab zudem ein Drittel der insgesamt 297 befragten Pflegekräfte an, häufig für erkrankte Kolleg*innen einspringen und somit unvorhersehbar und spontan weitere Arbeitsschichten übernehmen zu müssen (Brause et al. 2013). Insbesondere Wochenend- und Nachtschichten sowie Bereitschaftsdienste und unvorhersehbares „Einspringen“ gelten als wichtige Belastungsursachen (Zander und Busse 2012, S. 111 f.).

Laut dem BKK Gesundheitsreport 2019 sind insbesondere bei Personen in nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, allen voran Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, die Prävalenzen für psychische Belastungen sehr hoch (Knieps und Pfaff 2019, S. 201). Es zeichnet sich ab, dass vor allem Berufsgruppen betroffen sind, deren Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt, wozu die Pflege eindeutig zählt.

Zunehmend verkürzte Liegezeiten von Patient*innen im Krankenhaus führen insbesondere beim Pflegepersonal zu einer weiteren Arbeitsverdichtung (Robert Koch-Institut 2020, S. 174). Es ist davon auszugehen, dass dies die Belastungssituation der Pflegenden zusätzlich verschärft: Die Pflege sind damit konfrontiert, dass sie den Ansprüchen, die sie persönlich und fachlich an die Versorgung der Patientinnen und Patienten stellen, oftmals nicht mehr gerecht werden können (Robert Koch-Institut 2020, S. 175). Laut einer Befragung von Brause et al. (2013) berichtet die Hälfte der befragten Pflegekräfte, dass sich der zunehmende Zeitdruck im Krankenhausbetrieb negativ auf ihre Arbeit auswirke und die Versorgungsqualität in Mitleidenschaft ziehe.

Ökonomische Rationalisierungsprozesse verkleinern den Handlungsspielraum von Pflegenden beim Ausführen ihrer Tätigkeiten, verringern ihr Selbstwirksamkeits- und Autonomieerleben zunehmend, dass Pflegekräfte ihre Arbeitsaufgaben gemäß der für sie bedeutsamen Arbeitsmotive erfüllen können. Insbesondere die Tatsache, zu wenig Zeit für Patient*innen und Angehörigen zu haben, hat erhebliche Arbeitsunzufriedenheit zur Folge und fördert die Burnoutprävalenz bei Pflegekräften (Aiken et al. 2012; Zander und Busse 2012, S. 119).

Durch das Konglomerat aus den beschriebenen Belastungsfaktoren, zunehmender Arbeitsverdichtung, veränderter Aufgabenverteilungen, als gering erlebten Handlungs- und Gestaltungsspielräumen während der Arbeit sowie zu wenig Zeit für einzelne Patient*innen zeigen sich Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders stark belastet (Höhmann et al. 2016, S. 77). Diese Belastungen zeigen nicht nur kurz-, sondern auch langfristige negative Folgen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten (Höhmann et al. 2016, S. 75).

Konsequenzen körperlicher und psychischer Belastungen. Der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (2019) zeigt, dass zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeitstage bei Pflegenden Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen zählen (ebd., S. 66). Insbesondere Frauen in Pflegeberufen sind von Krankschreibungen aus diesen Gründen überdurchschnittlich stark betroffen und folglich häufiger und länger krankgeschrieben als in anderen Berufsgruppen (ebd., S. 24). Insbesondere Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen haben im Zeitraum 2006 bis 2015 stark zugenommen. Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2016, setzt sich dieser Trend bis heute fort (Techniker Krankenkasse 2019, S. 67).

Hohe Fluktuation trotz hoher Motivation. Einerseits zeigen Studien eine hohe Motivation und eine starke Berufsbindung von Pflegekräften: Die Mehrheit der Pflegenden hat ein hohes Interesse, den eigenen Beruf langfristig auszuführen (vgl. Höhmann et al. 2016, S. 81 f.). Auf der anderen Seite können sich aktuell viele Pflegekräfte laut einer Befragung des DGB-Index Instituts nicht vorstellen, ihre berufliche Tätigkeit bis zum Rentenalter auszuüben (DGB-Index Gute Arbeit 2019). Die Auswertung der DGB-Befragung (2019) bezieht alle nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe mit ein, sodass die ermittelten 39 Prozent, die sich nicht vorstellen können, ihre aktuelle Tätigkeit bis zum Renteneintritt fortzuführen, möglicherweise verzerrt ist. Laut Buxel (2011) und Isfort et al. (2007) ist von diesen Zweifeln sogar jede zweite Pflegekraft betroffen. Dabei denkt jede fünfte Pflegekraft regelmäßig darüber nach, den Beruf zu verlassen, am häufigsten betroffen sind Pflegenden in Krankenhäusern (Hasselhorn et al. 2005, S. 140). In einer Befragung von frühzeitig aus ihrem Beruf ausgeschiedenen Pflegekräften zu ihren Beweggründen stellt die zu hohe Arbeitsbelastung einen der Hauptgründe für eine vollzogene Kündigung durch Pflegekräfte dar (Isfort und Weidner 2018). Diesen bewussten Berufsausstieg erklären Pflegekräfte laut Höhmann et al. (2016) hauptsächlich mit alternativen, attraktiveren Berufsmöglichkeiten und damit, dass sie schlicht nicht mehr können.

2.3.4 Ärzteschaft

Hohe Arbeitslast. Laut dem Statistischen Bundesamt (2021b) arbeitete im Jahr 2018 knapp ein Drittel (32 Prozent) aller Ärzt*innen bundesweit regelmäßig mehr als 48 Stunden pro Woche. Im Vergleich hierzu wiesen nur sechs Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen eine solch hohe Wochenstundenzahl auf. Von Schicht- und Wochenenddiensten waren Ärzt*innen im Vergleich zu Gesundheits- und Krankenpfleger*innen deutlich seltener betroffen: Nur 16 Prozent der Ärzt*innen arbeiteten regelmäßig im Schichtdienst, 55 Prozent regelmäßig samstags und sonntags – bei Pflegenden waren dies hingegen 60 bzw. 75 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021b).

Zeitdruck und seine Folgen. Belastungsfaktoren, die das Erleben von Krankenhausärzt*innen laut Stern (1996) besonders stark kennzeichnen, sind unter anderem Zeitdruck und -knappheit sowie das Überziehen der regulären Arbeitszeit. Jurkat et al. (2003) konnten in einer Interviewstudie mit Krankenhausärzt*innen einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Erleben von intrapsychischen Bedürfniskonflikten und sowohl Zeitdruck als auch dem Überziehen regulärer Arbeitszeiten feststellen: Unter hohem Zeitdruck und Überstunden verschärfen sich die Berichte über ein „Zurückstecken“ der Ärzt*innen bezüglich ihrer eigenen Bedürfnisse – gefolgt von einem verstärkten Belastungserleben, negativen Emotionen und erhöhtem Krankenstand.

Keine Zeit für Arbeitspausen. Der empfundene Zeitmangel gilt unter allen Krankenhausbeschäftigten als belastender Faktor, jedoch berichten Ärzt*innen laut einem Report der Hans-Böckler-Stiftung (2014) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus am häufigsten, ihre Arbeitspausen nicht nehmen zu können: Ein Viertel der über 200 befragten Ärzt*innen

geben an, täglich auf ihre Pausen während der Arbeitszeit verzichten zu müssen (Bräutigam et al. 2014, S. 40).

Höchste Burnout-Ausprägung im Vergleich mit anderen Krankenhausprofessionen. Eine Studie von Limbrecht-Ecklundt et al. (2015) zur Erfassung des (Un-)Gleichgewichts zwischen Arbeitsaufwand und Anerkennung sowie Auswirkungen auf die psychische Gesundheit konnte bei Ärzt*innen teilweise eine erhöhte Belastungen nachweisen. Häusler et al. (2018) stellten fest, dass ein solches erlebtes Ungleichgewicht die Burnout Ausprägung bei Ärzt*innen nachweislich erhöhte – bei anderen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhaus, darunter Pflegekräfte und Verwaltungspersonal, konnte dies nicht nachgewiesen werden. Insgesamt wiesen Ärzt*innen im Vergleich zu Pflegenden und Verwaltungskräften die höchsten Burnout Ausprägungen auf (Häusler et al. 2018)

Viel Patient*innenkontakt, bei dem eigene Gefühle kontrolliert werden müssen. Laut einer Umfrage des DGB-Index „Gute Arbeit“ (2018) geben 89 Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitswesen an, dass ihre Arbeit oft bis sehr häufig den Kontakt mit Patient*innen oder anderen betriebsexternen Personengruppen beinhaltet. Der DGB-Bericht beinhaltet keine Aufschlüsselung einzelner Berufsgruppen, es ist jedoch anzunehmen, dass vor allem Personal betroffen ist, dessen Kernaufgabe die direkte Patient*innenversorgung darstellt, darunter pflegerisches und ärztliches Personal in Krankenhäusern.

Von den Beschäftigten, die im Rahmen ihrer Tätigkeit oft bzw. sehr häufig mit Patient*innen und betriebsexternen Personengruppen zu tun haben, geben insgesamt 35 Prozent an, ihre eigenen Gefühle bei der Verrichtung ihrer Arbeit verbergen zu müssen, 18 Prozent berichten, häufig interaktionelle Konflikte mit den genannten Kontaktpersonen bewältigen zu müssen (DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 9), auch hier ist anzunehmen, dass unter anderem die Ärzt*innenschaft betroffen ist.

Zudem spiegelt der Bericht die überdurchschnittlich starken emotionalen Belastungen wieder, die hieraus resultieren, so berichtet knapp ein Drittel (27 Prozent), dass es im Umgang mit Kontaktpersonen oft bis sehr häufig zu negativen, psychisch belastenden Erlebnissen kommt (DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 10). Zu solchen belastenden Interaktionen komme es vor allem dann, wenn Beschäftigte widersprüchliche Anforderungen bewältigen müssten (ebd., S. 11).

Hohes Belastungsniveau löst „Abwärtsspiralen“ aus. Die hohen psychischen Belastungen von Ärzt*innen setzen eine Abwärtsspirale in Gang: Unter der psychischen Belastung der Ärzt*innen leidet nachweislich die Qualität der Patient*innenversorgung (Wallace et al. 2009), wobei entstehende Behandlungsfehler wiederum zu einem erhöhten Depressionsrisiko bei betroffenen Ärzt*innen führen (West et al. 2006).

Patient*innen haben immer höhere Ansprüche. Aus dem DGB-Index „Gute Arbeit“ Bericht (2018) geht insgesamt¹² hervor, dass ein „Zuviel“ an zu erledigender Arbeit bei einem „Zuwenig“ an zur Verfügung stehender Zeit und Personal den erlebten Arbeitsstress am intensivsten erhöht (S. 14). Gleichzeitig scheint im Krankenhausbereich die hohe Erwartungshaltung der zu versorgenden Patient*innen ebenfalls einen erheblichen Stressor dazustellen. Hofmann (2020) fasst in seiner Befragung von ärztlichen Kolleg*innen zusammen, dass sich

¹² Dem DGB-Index „Gute Arbeit“ Bericht (2018) liegt eine bundesweite Repräsentativumfrage von 8011 Arbeitnehmer*innen verschiedener Branchen zugrunde. Die Angaben der wichtigsten Beschäftigtengruppen fließen dabei jeweils zu dem Anteil in das Gesamtergebnis der Umfrage ein, der ihrem bundesweiten Anteil an der gesamten Arbeitnehmer*innenschaft entspricht. Somit können vorliegende Gesamtergebnisse als repräsentativ für das Urteil der Beschäftigten in Deutschland gelten.

Patient*innen zunehmend besser informiert und mit einer Haltung der Anspruchsberechtigung zeigen, aus der eine ausgeprägtere „Serviceerwartung“ resultiert. So spiegelten sich laut Hofmann (2020) in den Kosteneinsparungs- und Rationierungsprozessen seitens des Krankenhauses auf Patient*innenseite möglicherweise ein Misstrauen („Wird mir etwas vorenthalten?“).

Zusätzliche Belastung von Ärztinnen durch Geschlechterdiskriminierung. Teilweise erfahren weibliche Ärztinnen im Krankenhaus eine zusätzliche Belastung durch Geschlechterdiskriminierung am Arbeitsplatz (Kass et al. 2006; Thompson-Burdine et al. 2019), die unter anderem in weniger Unterstützung durch Vorgesetzte, weniger kooperative Arbeitsbeziehungen zu Pflegepersonal und Gehaltsunterschiede zuungunsten von Frauen.

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands fällt bei Ärzt*innen vergleichsweise besser aus. Trotz der beschriebenen Belastungen schätzen laut der Umfrage des DGB-Index „Gute Arbeit“ (2019) Berufsgruppen im Krankenhaus mit einem hohen Akademikeranteil ihren Gesundheitszustand besser und weniger negativ durch Arbeitsbelastungen beeinträchtigt ein. Besonders deutlich zeigt sich dies im Vergleich zu Reinigungskräften, die ihre Gesundheit größtenteils bedeutend schlechter einschätzen. (DGB-Index Gute Arbeit 2019, S. 8).

Gute Bezahlung. Entgegen der vonseiten der Ärzt*innenvertretung häufig angeführten schlechten Gehaltssituation von Krankenhausärzt*innen zeigt sich das durchschnittliche Gehalt deutscher Oberärzt*innen in Krankenhäusern im europäischen Vergleich als attraktiv (Blum et al. 2011): Nur in den Niederlanden, der Schweiz und – außerhalb Europas – in Großbritannien verdienen Ärzt*innen mit einer Leitungsfunktion, die vergleichbar mit dem deutschen oberärztlichen Niveau ist, mehr als in Deutschland. Hinzukommt, dass Ärzt*innen ihr Einkommen über Zusatzdienste, beispielsweise Bereitschaftsdienste, zusätzlich erheblich steigern können und neuere Dienstverhältnisse zudem immer häufiger auch Vergütungsanteile in Form von Erfolgsbeteiligungen der Ärzt*innen beinhalten (Blum et al. 2011). Eine weitere Vergleichsstudie von Gehältern im Gesundheitswesen innerhalb der OECD-Länder ergibt, dass deutsche Ärzt*innen¹³ Rang fünf von 36 belegen und damit vergleichsweise sehr gut verdienen – während Pflegekräfte im OECD-Vergleich auf Rang neun von 36 liegen (Quomedical 2020).

2.4 Gemeinsame Belastungsfaktoren: Ökonomisierungsprozesse und politische Unentschiedenheit

Die Ökonomisierung des Gesundheits- und Krankenhausesektors und die Auswirkungen für das Krankenhauspersonal wurden in zahlreichen Abhandlungen ausführlich beschrieben (Klinke 2008; Simon 2020).

Mit Ökonomisierung gemeint ist die Übernahme von Markt- und Wettbewerbslogiken in einem Bereich, der Gesundheitsversorgung, die bislang eine wohlfahrtstaatliche Ausrichtung hatte (Hielscher et al. 2013). Diese Übernahme passiert nicht zufällig oder gar ungewollt, sondern aufgrund politischer Entscheidungen.

An dieser Stelle sollen die entscheidenden gesundheitspolitischen Schritte hin zu einem „ökonomisierten“ Krankenhaus und die Auswirkung auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland

¹³ Die Studie durch die digitale Gesundheitsplattform Quomedical (2020) fokussierte drei Arten von medizinischen Fachkräften, die während der Corona-Pandemie besonders gefragt sind, darunter Allgemeinmediziner*innen. Somit handelte es sich vermutlich um ausschließlich niedergelassene Ärzt*innen, deren mögliche (vorherige) Leitungsfunktion im Krankenhaus nicht näher spezifiziert wird. Dem Zweck der ungefähren Darstellung der Oberärzt*innengehälter im Ländervergleich sowie innerhalb Deutschlands im Vergleich zum Personalpersonal ist trotzdem gedient.

grob skizziert und einschneidende Folgen des Ökonomisierungsprozesses für das Arbeitserleben und die (arbeitsbezogene) Gesundheit von Krankenhausbeschäftigten zusammenfassend dargestellt werden.

2.4.1 Wie kam es zur Ökonomisierung des Krankenhauses?

Seit den 1990er Jahren erfolgten massive gesundheitspolitische Sparmaßnahmen, die Krankenhäusern eine effizientere Leistungsbringung abverlangten (Molzberger 2020, S. 4). Dabei kam es zu einer „Doppelwirklichkeit“ (Bode 2010, S. 203), in der medizinische Versorgungsqualität gesteigert werden, und medizinische Leistungen gleichzeitig wirtschaftlich effizient sein sollte.

Die Krankenhausfinanzierung wurde durch verschiedene Gesetzesinitiativen verändert (vgl. Gerlinger 2014; Simon 2016), darunter die Einführung globaler Budgetobergrenzen für Gesundheitsausgaben und eines neuen Vergütungsverfahrens für stationäre Krankenhausleistungen im Jahr 2003, welches die bisherige Vergütung auf Basis tagesgleicher Pflegesätze ablöste (Molzberger 2020, S. 25).

Es wurde ein flächendeckendes Fallpauschalensystem eingeführt, um medizinische Leistungen, d.h. die Diagnosestellung sowie Therapieleistungen, fortan auf Basis von diagnosebezogener Fallgruppen („diagnose-related groups“, kurz DRGs) zu klassifizieren und berechenbar zu machen. Durchschnittlicher Kostenwerte, die einzelnen medizinischen Leistungen zugeordnet wurden, bilden somit die Grundlage für die Vergütung.

Bislang waren den Krankenhäusern ihre erbrachten Leistungen rückwirkend, gemäß der tatsächlich anfallenden Behandlungskosten von den Krankenkassen vergütet worden. Nun verhandelten Krankenhäuser und Krankenkassen prospektive Vergütungsverträge miteinander, in denen festgeschrieben war, welche Leistungen erbracht und abgerechnet werden können. Die DRGs sind somit Einheitspreise für die Leistungen von Krankenhäusern, deren Kosten pauschal erstattet werden, wenn die Krankenhäuser ihre Leistungen gemäß der Fallgruppensystematik kodieren (Molzberger 2020, S. 26).

Während DRGs ursprünglich der Qualitätssicherung durch Vergleichsmöglichkeit zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen dienen sollten (Fetter et al. 1991), hat die gesetzliche festgeschriebene Preiszuordnung dazu geführt, dass sie weniger Kennzahlen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung, sondern mehr Waren wurden (Samuel et al. 2005).

So passen Krankenhäuser ihre Versorgung heute vielfach möglichst lukrativen DRGs an (Vogd 2017). Somit dient das Vergütungsverfahren gemäß Fallpauschalen dazu, „Effizienzreserven“ (vgl. Augurzky et al. 2009) von Krankenkassen und Krankenhäusern auszuschöpfen. Leistungen und Ressourcenverbrauch verschiedener Krankenhäuser und sogar unterschiedliche Fachbereiche innerhalb einzelner Krankenhäuser können miteinander verglichen werden, wodurch ein klarer Anreiz hin zur Effizienzsteigerung gesetzt wird (Molzberger 2020). Zudem entstehen Anreize zur Über-, Fehl- oder Unterversorgung (Vogd 2017).

2.4.2 Folgen in der Krankenhauslandschaft

In dem beschriebenen Vergütungssystem sind Krankenhäuser von einem komplexen Berechnungssystem abhängig, wodurch antizipierte DRG-Gewinne durch veränderte Mittelwertberechnungen im Folgejahr wegbrechen können. Dadurch stehen Krankenhäuser dauerhaft unter einem existenziellen wirtschaftlichen Druck (Vogd 2017). Diesem Druck versuchen Krankenhäuser standzuhalten, so entstehen beispielsweise durch die reduzierten Liegezeiten bei gleichbleibenden Fallzahlen vielfach verlustreiche Überkapazitäten, die einzelne Krankenhäuser durch Personal- und Bettenabbau zu kompensieren versuchen.

Darüber hinaus verändert sich unter diesem Druck die Krankenhauslandschaft (Nock et al. 2013, S. 14). Heute stehen einer jährlichen Patient*innenfallzahl von 19,5 Millionen insgesamt 1925 Krankenhäuser gegenüber (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b). Im Jahr 1991 lag die Anzahl der Krankenhäuser noch bei 2411, bei einem deutlich geringeren durchschnittlichen Patient*innenaufkommen von 14,6 Millionen. Seither ist die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland trotz steigender Patient*innenfallzahlen kontinuierlich gesunken. Dabei hat sich die durchschnittliche Verweildauer von Patient*innen im Verlauf von 1991 bis heute halbiert und beträgt aktuell ca. sieben Tage (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b).

Laut einer Erhebung durch die Roland Berger GmbH (2018) ist die absolute Anzahl der Krankenhäuser in Baden-Württemberg zwischen 2010 und 2016 um 23 gesunken, was einem jährlichen Rückgang von einem Prozent entspricht. Besonders stark von Schließungen betroffen waren Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Zeitgleich wurde im Jahr 2016 eine neue Rekordzahl von 2,2 Millionen stationär behandelte Patient*innen erreicht. Dabei ist die durchschnittliche Verweildauer von Patient*innen parallel zum bundesweiten Trend auch in Baden-Württemberg weiter gesunken und lag im Jahr 2016 mit ca. sechs Tagen sogar unter dem Bundesdurchschnitt (Roland Berger GmbH 2018, S. 7).

Bundesweit steigt die Zahl der Krankenhäuser, die Defizite schreiben, seit über zehn Jahren an – im Jahr 2019 waren es 44 Prozent aller Allgemeinkrankenhäuser (Blum et al. 2020; Blum et al. 2019a) und es weitere Verschlechterungen zu erwarten (Blum et al. 2020, S. 52). Dies kann laut Vogd (2017) als Konsequenz einer Politik gesehen werden, die Krankenhäuser unter Stress setzt, um durch einen Kapazitätsrückgang schließlich die Schließung von Krankenhäusern zu bewirken.

Der zunehmende wirtschaftliche Druck und die Konkurrenz zwischen einzelnen Krankenhäusern um Patient*innen wirkt sich, wie im voran gegangenen Abschnitt detailliert beschrieben, negativ auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit aller Berufsgruppen innerhalb des Krankenhaussystems aus (Gündel et al. 2020). Dies liegt zu einem erheblichen Teil daran, dass die aktuelle Gesundheitspolitik die Krankenhäuser sich selbst überlässt und daraufsetzt, dass der wirtschaftliche Wettbewerb regulieren wird, welches Krankenhaus überlebt oder welches nicht. Dies wird jedoch bedauerlicher Weise vonseiten der Politik bis dato nicht offen kommuniziert. Vielmehr wird eine explizite Entscheidung vermieden, indem weder ein verantwortbarer Plan zur Gestaltung einer zukünftigen Krankenhauslandschaft noch die Entscheidung, die Krankenhäuser im Wettbewerb um die „besten“ betriebswirtschaftlichen Bilanzen sich selbst zu überlassen, vorgelegt wird (Gündel et al. 2020).

2.4.3 Auswirkungen auf Mitarbeiter*innenebene im Krankenhaus

Folglich lastet der Druck auf einzelnen Krankenhäusern und wird innerhalb dieser an die Mitarbeiter*innen weitergegeben. In der Konsequenz muss immer mehr Arbeit in zunehmend weniger Zeit erledigt werden (Nock et al. 2013).

Die schwerwiegendsten Auswirkungen des DRG-Systems zeigen sich in den Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten (Simon 2020, S. 172), dabei steht einer recht kleinen Zahl von „Gewinnern“ eine Vielzahl an „Verlierern“ gegenüber: Während auf der „Gewinnerseite“ die oberste Führungsebene, insbesondere die Geschäftsführung, Vorstände und Chefärzt*innen, deutlich an Einflussnahme, Gestaltungsspielräumen und Gehalt hinzugewonnen hat, haben sich die Arbeitsbedingungen der „Verlierer“, d.h. der Beschäftigten aller anderen Berufsgruppen und -bereiche maßgeblich verschlechtert (Simon 2020, S. 173).

So hat beispielsweise die deutliche Mehrheit der Krankenpfleger*innen unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht mehr das Gefühl, eine gute Arbeit leisten zu können und berichtet,

hierdurch an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu stoßen, was sich auch gesundheitlich auswirkt, zum Beispiel durch verstärkte Rücken-, Glieder- und Kopfschmerzen sowie Nervositätsempfinden (Nock et al. 2013, S. 32).

Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs untersteht auch das Handeln einzelner Führungskräfte im Krankenhaus häufig wirtschaftlichen Anreizen. Im Rahmen einer Befragung zu den Auswirkungen der Ökonomisierung geben Krankenpfleger*innen in Führungspositionen mehrheitlich an, bei der Ausführung ihrer Arbeit stets darauf achten zu müssen, Kosten einzusparen (Nock et al. 2013, S. 25).

Am Beispiel der Ärzt*innen zeigt sich: Während diese innerhalb des früher wohlfahrtstaatlich ausgerichteten Gesundheits- und Krankenhausesektors eine große Handlungsautonomie genossen (vgl. Freidson 1975), hat mittlerweile eine „neue Rationalität“ (Molzberger 2020, S. 4) Einzug in das Krankenhaus erhalten, die den berufsethischen Werten der Ärzt*innen häufig widerspricht (vgl. Simon 2000).

Gleichzeitig wird dieser Berufsgruppe weiterhin eine hohe Entscheidungsverantwortung gemäß dem hippokratischen Eid zugedacht, was sich auch darin widerspiegelt, dass Ärzt*innen für ihr Handeln juristisch belangt werden können. Somit müssen Krankenhausärzt*innen in ihrem beruflichen Alltag häufig den Spagat zwischen fachlichem Anspruch bzw. fachlicher Verpflichtung und wirtschaftlichem Druck aushalten.

Bisherige Forschung zu den Auswirkungen der durch die Ökonomisierungsprozesse verschärften Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern fokussiert hauptsächlich die Berufsgruppen der Pflegenden und Ärzt*innen, während das Servicepersonal bislang kaum Beachtung erfährt (Simon 2020, S. 175). Vor allem Servicekräfte zählen jedoch zu den größten „Verlierern“ der vergangenen 30 Jahre im Krankenhausbereich, besonders seit Einführung des DRG-Systems (Simon 2020, S. 176). Im Servicebereich wurden zwischen 2003 und 2017 die meisten Stellen abgebaut (Simon 2020, S. 176; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018b). Zeitgleich zu diesem Abbau von Stellen mit direktem Beschäftigungsverhältnis zu den Krankenhäusern, wurden Servicekräfte vermehrt über ausgegründete Tochterunternehmen angestellt. Das Outsourcing setzt die Beschäftigten weiter unter Druck: Zu häufig deutlich niedrigeren Löhnen müssen Servicekräfte erhöhte Leistungsvorgaben erfüllen (Simon 2020, S. 177).

Die große Spannung zwischen der professionellen Handlungsautonomie und -verantwortung auf der einen, und ökonomischen Zwängen auf der anderen Seite (vgl. Molzberger 2020, S. 4) kann auf alle Berufsgruppen im Krankenhaus übertragen werden.

So müssen Führungskräfte zunehmend Entscheidungen treffen, die schmerzhaft Abstriche für ihr professionelles Selbstbild, beispielsweise als Krankenpfleger*in, zugunsten einer besseren Profitabilität mit sich bringen (Nock et al. 2013, S. 32). Hierdurch verschärft sich die Landschaft der Entscheidungen, die Führungskräfte im Krankenhaus treffen müssen.

2.5 Entscheiden im Dilemma als gemeinsame Herausforderung

2.5.1 Unterscheidung: Widersprüche, Konflikte und Dilemmata in Organisationen

Schweitzer et al. (2016) unterscheiden zwischen Widersprüchen, Konflikten und Dilemmata, die Mitarbeitenden in Organisationen, darunter auch Krankenhäusern, begegnen. Sobald sich zwei oder mehr Werte oder Handlungsalternativen gegenseitig ausschließen, liegt ein Widerspruch vor: Es gilt, gleichzeitig entsprechend beider Werte zu handeln, was zeitgleich nicht zu verwirklichen ist. Ein Konflikt entsteht aus diesem Widerspruch für eine*n Mitarbeiter*in, wenn zwischen diesen Werten oder Handlungsoptionen entschieden werden muss. Ein Dilemma

entsteht hieraus, sobald jedwede Entscheidung mit erheblichen Nachteilen/Preisen/Sanktionen assoziiert ist. In diesem Fall kann von einer unentscheidbaren Entscheidung (von Foerster 2003) gesprochen werden.

Ein Dilemma ist also eine Entscheidungssituation, bei der zwischen zwei Handlungsalternativen entschieden werden muss, die nicht zeitgleich ausgeführt werden können (Hülsmann 2004, S. 145). Für alle Alternativen sprechen hierbei gleichermaßen gute Gründe, gleichzeitig sind sie mit negativen Konsequenzen assoziiert. Wenn es mehr als zwei Handlungsalternativen gibt, zwischen denen entschieden werden muss, spricht Hülsmann (2004, S. 146) von Polylemma.

Laut Schweitzer et al. (2016) werden solche Dilemmasituationen von den Entscheider*innen als besonders anstrengend erlebt, wenn ein sogenannter „Double-bind“ vorliegt: In diesem Fall darf noch nicht einmal offen benannt werden, dass ein Dilemma vorliegt und dass es keine hundertprozentig stimmige Lösung geben kann.

Es wird deutlich: nicht jedes Problem ist zugleich ein Dilemma. Dilemmata sind jedoch ein relevanter Ausschnitt der vielschichtigen Herausforderungen, die eine moderne, komplexe und interdisziplinär vernetzte Arbeitswelt an Mitarbeitende stellt.

2.5.2 Dilemmata gehören zu Organisationen

Organisationen, darunter auch Krankenhäuser, sind so konstruiert, dass durch verschiedene Fachbereiche, Abteilungen usw. verschiedenste Tätigkeiten erledigt werden können. Die Ausgestaltung unterschiedlicher Subsysteme und Bereiche, die für verschiedene Aufgaben zuständig sind, nennt Luhmann funktionale Differenzierung (Luhmann 1977). Diese einzelnen (Fach-)Bereiche und Abteilungen folgen dabei ihren eigenen Agenden (Vogd 2017). Somit können Organisationen verschiedene und sogar widersprüchliche Interessen gleichzeitig verfolgen. Damit sind sie in der Lage, genau das zu tun, was einzelnen Akteur*innen wie beispielsweise Ärzt*innen, Pflegende, Servicekräfte und Verwaltungspersonal nicht oder nur sehr schwer gelingt: Teilweise widersprüchliche Ziele gleichzeitig verfolgen. Organisationen verteilen somit Widersprüche auf unterschiedliche Funktionsbereiche, schaffen sie damit aber nicht aus der Welt (Zwack 2017).

Beispielsweise können Krankenhäuser gleichzeitig für optimale Patient*innenversorgung antreten und gleichzeitig das Ziel verfolgen, eine „schwarze Null“ am Ende Jahres zu erwirtschaften. Das Krankenhaus schafft dies, indem es unterschiedliche Subsysteme bildet, einzelne Abteilungen und Bereiche, die ihre jeweils „subsystemspezifischen“ Ziele verfolgen.

Diese für den Einzelnen außerordentliche Fähigkeit verdeutlicht den Vorteil, den Zusammenschlüsse wie Organisationen haben (können). Mehr noch: Diese Fähigkeit gibt Organisationen ihre Daseinsberechtigung, ohne die es Organisationen – aus systemtheoretischer Perspektive – nicht gäbe (Simon 2013; Simon 2015). Organisationen, darunter auch Krankenhäuser, existieren überhaupt nur, weil es ihnen gelingt, unterschiedliche Ziele „unter einem Dach“ miteinander zu vereinen, die einzelne Akteur*innen zumindest zeitgleich nicht ausführen können.

Dilemmata entspinnen sich nicht nur, aber vor allem im Kontext von Organisationen, welche in diesem Sinne als Orte der Paradoxieentfaltung gelten (Luhmann 1993; Simon 2015). Werden sogenannte performative Paradoxien auf Organisationsebene, d.h. gegensätzliche Ziele wie beispielsweise wirtschaftliche Leistung versus Mitarbeiter*innengesundheit (Smith und Lewis 2011), nicht durch die oberste Leitungsebene entschieden, manifestieren sie sich in Rollenkonflikten und widersprüchlichen Arbeitsanforderung mittlerer Führungskräfte (Glaser et al. 2019). Durch die vielen verschiedenen Berufsgruppen und Funktionsbereiche, darunter der ärztliche Dienst, die Pflege, die Personalverwaltung sowie hauswirtschaftliche Bereiche, sind

insbesondere Krankenhäuser von vielen gegensätzliche Interessen geprägt (Glaser und Weigl 2011). So sind Beschäftigte aller Professionen innerhalb des Krankenhauses im Kontext ihrer Arbeit regelmäßig mit Entscheidungssituationen konfrontiert, welche die Kriterien eines Dilemmas erfüllen, und müssen mit diesen umgehen.

2.5.3 Bedeutung und Besonderheit mittlerer Führungskräfte

Führungskräfte sind in besonderer Weise von Dilemmata betroffen, indem sie Ziele auf Managementseite und auf Mitarbeiter*innenseite verfolgen müssen, die häufig nicht miteinander vereinbar sind (Hülsmann 2004, S. 144). Der Versuch, unterschiedlichen Ansprüchen, die einander logisch ausschließen, zeitgleich gerecht zu werden, stellt sich dabei als ein existentielles Dilemma dar (Hülsmann 2004, S. 147).

Es ist die Hauptaufgabe von Führungskräften innerhalb ihrer Organisation, solche widersprüchlichen Aufträge zu managen (Clegg et al. 2002). Dabei kommt der Fähigkeit von Führungskräften zum „Dilemma-Management“ (Müller-Stewens und Fontin 1997, S. 7) eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Organisation als Ganzes zu, denn die Kompetenz mit paradoxen Aufträgen umzugehen gilt als Unterscheidungsmerkmal zwischen erfolgreichen und erfolglosen Organisationen (Denison et al. 1995).

Rolle und Aufgaben mittlerer Führungskräfte. Insbesondere mittleren Führungskräfte wird ein anspruchsvolles Potpourri bestehend aus verschiedenen Rollen zuteil: So fungieren sie als Unternehmer*innen, Kommunikator*innen, sind involviert in das operative Geschäft und bilden das stabile Bindeglied zwischen den Hierarchieebenen (Embertson 2006). Ihr Verantwortungsbereich umfasst sowohl fachspezifische operative Tätigkeiten als auch Management- und Führungsaufgaben (Hölterhoff et al. 2011b). Kern der Managementaufgaben ist das Sicherstellen eines möglichst reibungslosen organisatorischen Ablaufs des jeweiligen Fach- bzw. Stationsbereichs. Führungsaufgaben umfassen in Bezug auf die Mitarbeitenden die ganze Bandbreite an Personalführungsaufgaben, darunter z. B. Personalauswahl-, beurteilung sowie -entwicklung, und die Übersetzung der durch die oberste Führungsebene vorgegebenen Ziele und Strategiebeschlüsse in den eigenen Fachbereich (Hölterhoff et al. 2011b). So müssen mittlere Führungskräfte strategische Entscheidungen, die durch die Krankenhausleitung getroffen werden, anschließend an ihre Mitarbeitenden weitergeben und tragen somit Mitverantwortung für die Umsetzung solcher Strategiebeschlüsse auf Mikroebene.

Aufgrund ihrer Schnittstellenposition zwischen operativen Mitarbeitenden, z.B. Assistenzärzt*innen und der ihnen übergestellten Führungsebene, beispielsweise Chefärzt*innen und der Klinikleitung kommt ihnen eine besondere Rolle in der vertikalen Kommunikation und Beziehungsgestaltung zu (Hölterhoff et al. 2011a). Aber auch auf der horizontalen Ebene haben mittlere Führungskräfte eine entscheidende Beziehungsfunktion: Aufgrund ihres Mitwirkens im operativen „Tagesgeschäft“ und der damit verbundenen Nähe zu ihren Mitarbeitenden sind sie wichtige Ansprechpartner*innen für die Belange ihrer Belegschaft. Führungskräften, darunter auch mittleren Führungskräften, kommt in Krankenhäusern eine tragende Rolle in der Fürsorge für ihre Mitarbeitenden zu: Indem sie beispielsweise Austausch zwischen den Mitarbeitenden über belastende Themen ermöglichen, können sie den negativen Auswirkungen der strukturell bedingten Arbeitsbelastung zumindest teilweise entgegenwirken (Gündel et al. 2020). Zudem erfordert eine Führung, die in engem Austausch mit geführten Mitarbeitenden arbeitet, ein hohes Maß an sogenanntem emotionalen Selbstmanagement voraus, das heißt Mitarbeitenden nicht spüren zu lassen, wenn man selbst als Führungskraft stark belastet ist (Vogd 2017). Die Aufgabe mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus für „gute Stimmung“ zu sorgen wird seit langem beschrieben (vgl. Rohde 1962). Darüber hinaus kommt mittleren

Führungskräften auch eine Repräsentationsfunktion nach „außen“ zu (Hölterhoff et al. 2011a), etwa vor Patient*innen und deren Angehörigen, externen Dienstleistern, usw..

Belastende „Sandwich-Position“. Durch ihre „Sandwich-Position“ zwischen Mitarbeitenden einerseits und den eigenen Vorgesetzten andererseits wird von mittleren Führungskräften erwartet, verschiedensten Auftraggeber*innen gleichzeitig gerecht zu werden (Fifka und Kraus 2013, S. 44). Dabei besteht die Herausforderung darin, „den Spagat zwischen Oben und Unten zu meistern [und] das System zu balancieren“¹⁴ (Hölterhoff et al. 2011a). Dabei sind mittlere Führungskräfte häufig mit „inneren“ existenziellen Dilemmata konfrontiert, indem sie Loyalitätsfragen entscheiden müssen: An welcher Stelle bin ich wem gegenüber loyal, mit wem solidarisiere ich mich?¹⁵ (Hölterhoff et al. 2011a).

Die besondere Position mittlerer Führungskräfte innerhalb des Krankenhauses birgt hohe Anforderungen an ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre Belastbarkeit (Hölterhoff et al. 2011a), so führt der Versuch, den Interessen der verschiedenen Seiten gerecht zu werden und dabei entstehende Widersprüche auszugleichen häufig zu großen Ambivalenzen¹⁶, die es auszuhalten gilt.

Diese Sandwich-Position beinhaltet „the vision at the top and the pain at the bottom“ (Caye et al. 2010, S. 1): Trotz der Rolle als „Puffer, der den Druck in jede Richtung abfedert“, steigender Arbeitsbelastung und zunehmender Führungsverantwortung wird mittleren Führungskräfte vergleichsweise wenig Wertschätzung entgegengebracht (Hölterhoff et al. 2011b). Dies spiegelt sich auch in ihrem Selbstverständnis wieder: Mittlere Führungskräfte im Krankenhaus erleben sich selbst deutlich weniger explizit als Führungskräfte als vergleichsweise das mittlere Management in Industrie- und Handelsbetrieben (Hölterhoff et al. 2011b). Gering erlebte berufliche Anerkennung bei gleichzeitig hohen Anforderungen sowie wahrgenommener Rollenstress, das heißt ein erlebter Druck, verschiedenen professionellen Rollen gleichzeitig gerecht zu werden, zählen einer zusammenfassenden Analyse von Rau und Henkel (2013) zufolge zu bedeutsamen Faktoren, die das Risiko für psychische Beeinträchtigungen bis hin zu Erkrankungen erhöhen.

Benötigte Unterstützung von mittleren Führungskräften. Um insbesondere mittlere Führungskräfte zu unterstützen, benennen Hölterhoff et al. (2011b) unter anderem die Förderung eines klaren Verständnisses der eigenen Rolle sowie genügend Möglichkeit zur Reflexion der eigenen Arbeit, darunter die an sie gestellten Arbeitsaufträge sowie die eigenen Positionierung, um mit dem hohen Entscheidungsdruck umzugehen. Reflexionsräume, besonders auch professions- und hierarchieübergreifend, empfehlen auch Gündel et al. (2020), um regelmäßig den eigenen Standpunkt und das eigene Befinden zu evaluieren. Außerdem benennen

¹⁴ Originalzitat aus Hölterhoff (2000) von Prof. Dr. Werner Vogd (Universität Witten-Herdecke): „Der Mittelmanager muss die untere Ebene schützen, aber auch den Druck weitergeben, der von oben kommt. Seine Aufgabe ist es, den Spagat zwischen oben und unten zu meistern, die untere Ebene bei der Stange zu halten und gleichzeitig das System zu balancieren.“

¹⁵ Originalzitat aus Hölterhoff (2000) von Dr. Katharina Lichtmanegger (Hernstein Institut für Management und Leadership): „Die Sandwich-Position ist ein strukturelles Problem. Es herrscht Druck von oben und von unten. Der Mittelmanager stellt sich die Fragen: ‚Wohin bin ich loyal? Mit wem solidarisiere ich mich?‘“

¹⁶ Originalzitat aus Hölterhoff (2000) von PD Dr. Michael Faust (Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen): „Die doppelte Loyalität zu Topmanagement und zu Mitarbeitern bzw. Kollegen führt zu Konflikten und zu Ambivalenzen.“

Hölterhoff et al. (2011b) Trainingsangebote, die mittlere Führungskräfte in für sie wichtigen Kompetenzen, wie beispielsweise Kommunikation, schulen, als wichtigen Baustein.

So kommt beispielsweise Ärzt*innen im Krankenhaus zunehmend die Rolle von Manager*innen zu, bereits im Zuge der assistenzärztlichen Tätigkeit gewinnt ein Reflektieren des eigenen ärztlichen Handelns im Lichte der Wirtschaftlichkeit, aber auch der Ethik an Bedeutung (Schmitz und Berchtold 2005). Laut einer Langzeitstudie zu Führungsdefiziten verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus wurden Ärzt*innen in Führungspositionen die größten Defizite attestiert (von Eiff 2000): Von den insgesamt 3500 befragten Mitarbeitenden bemängelte die Mehrheit die Führungsfähigkeiten von Ärzt*innen, insbesondere in puncto Kommunikationsfähigkeit und Entscheidungskompetenz.

Insgesamt gewinnen Maßnahmen, die Organisationen ihren mittleren Führungskräften anbieten, um sie in ihren spezifischen Belangen zu unterstützen zunehmend an Bedeutung (Fifka und Kraus 2013, S. 56).

Forschungslücke. Während sich die Forschung seit der 1990er Jahre zunehmend auf Führung im Krankenhaus konzentriert, wird speziell die mittlere Führungsebene im Krankenhausbetrieb bislang wenig adressiert (Hölterhoff et al. 2011a), obgleich insbesondere dieser Führungsebene eine so wichtige Bedeutung für die Koordination der Ziele des Topmanagements mit den Bedürfnissen der Mitarbeiter*innen zukommt (Hölterhoff et al. 2011a).

Salomon und Ziegler (2007) skizzieren, wie bestimmte Abhängigkeitsverhältnisse, die innerhalb des Krankenhauses zwischen verschiedenen Hierarchieebenen, Fachbereichen und Professionen herrschen, Verhaltensweisen und Entscheidungen von Krankenhauspersonal beeinflussen. So werden die Freiheitsgrade bei zu treffenden Entscheidungen und damit die Handlungsautonomie von Ärzt*innen, Pflegenden, administrativem Personal sowie Servicekräften regelmäßig durch Vorgesetzte, wie beispielsweise Chefärzt*innen, Pflegedirektor*innen usw., eingeschränkt. Diese Vorgesetzten wiederum sind ebenfalls in ein System aus Abhängigkeiten eingebunden und müssen die Rahmenbedingungen der Klinikstruktur beachten.

Vielfach resultieren daraus Reibungsverluste in der Patientenversorgung sowie intra- und interpersonelle Probleme (Salomon und Ziegler 2007). Eine typische intrapersonelle Reaktion ist Frustration, die in Gleichgültigkeit und Rückzug in eine unbeteiligte Verantwortungslosigkeit bis hin zur inneren Kündigung münden kann, durch die Potenziale ungenutzt bleiben und Ideen sowie Engagement der Einrichtung verloren gehen (Salomon und Ziegler 2007). Auf Teamebene kommt es zudem häufig zu Spannungen und einer Verschlechterung des Arbeitsklimas.

2.5.4 Dilemma-Entscheidungen als Belastungsfaktor mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus

Die Auswirkungen widersprüchlicher Anforderungen im Arbeitskontext auf das Stresserleben von Beschäftigten sind gut belegt (Glaser und Büssing 1996; Michie und Williams 2003). Führungskräfte im Krankenhaus erleben widersprüchliche Anforderungen in Entscheidungssituationen häufig als belastend, insbesondere wenn organisationale Vorgaben durch den Krankenhausbetrieb, die sie selbst nicht beeinflussen können, sie daran hindern, so zu handeln, wie es selbst gemäß der eigenen ethischen Prinzipien und Werte für richtig halten (Austin et al. 2017; Mitton et al. 2010).

Schmid und Jäger (1986) beschreiben mit ihrem Dilemmazirkel eine prototypische Dynamik, die erlebte Dilemmata häufig auslösen: Betroffene oszillieren zwischen dem Kampf in einer bestimmten Dilemmasituation („Es muss eine Lösung geben“ – Schmid und Jäger bezeichnen dies als „Strampeln“), der Resignation („Es hat alles keinen Sinn“), dem Versuch, die Situation zu vermeiden, und dem Zustand der Verzweiflung. Da die Verzweiflung jedoch aversiv ist, ist

es meist nur eine Frage der Zeit, bis die*der Betroffene erneut das Strampeln anfängt (Zwack 2017). So setzt sich der Dilemmazirkel fort und die*der Betroffene dreht sich unversehens im Kreis ihrer*seiner eigenen Reaktionsmuster.

Als Folgen solcher Belastung lassen sich unter anderem eine verminderte berufliche Lebensqualität und eine hohe Jobfluktuation bei den Betroffenen beschreiben (Austin et al. 2017). Dilemmasituationen werden von mittleren Führungskräften häufig nachweislich als alternativlos und unkontrollierbar wahrgenommen (Bossmann et al. 2016) und führen zu einer erlebten Handlungsunfähigkeit und Hilflosigkeit auf Seiten der Entscheider*innen (Gaudine und Beaton 2002).

Geschlechts- und Professionsunterschiede. Sowohl weibliche als auch männliche mittlere Führungskräfte aller Krankenhausprofessionen sind in ihrem Arbeitskontext häufig dem Spannungsfeld zwischen ihrer Rolle als Führungskraft auf der einen Seite und dem Eingebundensein in das operative Tätigkeitsfeld, im Falle der patient*innennahen Berufe z.B. der Durchführung von Pflege- oder Untersuchungstätigkeiten.

Interessanter Weise unterscheidet sich hierbei das Selbstverständnis weiblicher und männlicher Führungskräfte: Zwar sehen sich Frauen und Männer gleichermaßen als Vorgesetzte, weibliche Führungskräfte begreifen sich selbst jedoch deutlich häufiger auch als operative Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Verantwortungen und Tätigkeitsverpflichtungen (Fifka und Kraus 2013, S. 42), was das Dilemmaerleben zusätzlich verschärft. Dies spiegelt sich auch darin wieder, dass weibliche Führungskräfte den aus ihrer Sandwich-Position resultierenden Druck stärker erleben: Insbesondere den Druck von „unten“, also vonseiten ihrer Mitarbeitenden, empfinden weibliche Führungskräfte deutlich höher als männliche Führungskräfte (Fifka und Kraus 2013, S. 44). Insgesamt beurteilen Frauen und Männer in mittleren Führungspositionen ihre Arbeitsbelastung jedoch ähnlich.

Zudem lässt sich gesamtgesellschaftlich eine Abneigung gegenüber Unentschiedenheit erkennen (Bauer 2018). Unter Berücksichtigung einiger kultureller Unterschiede scheint es Menschen generell schwer zu fallen, Uneindeutigkeit auszuhalten. Ein Pendeln zwischen verschiedenen Entscheidungsoptionen wird demnach häufig als belastend und unangenehm erlebt. Gleichzeitig ist unsere Welt so stark von Widersprüchen und Ambivalenzen¹⁷ geprägt und damit der Umgang mit ihnen eine so zentrale Aufgabe von Menschen, dass Kurt Lüscher (2010) den Begriff des „homo ambivalens“ vorschlägt. Dabei betont Lüscher (2011), dass der Mensch grundsätzlich die Fähigkeit besitzt, Ambivalenz auszuhalten – ob er sie erkennen kann, wie er sie erlebt und mit ihr umgehen kann, sei jedoch abgängig davon von seinen Erfahrungswerten.

Eine vergleichende Analyse aus dem SEEGEN-Projekt zeigt, dass sich die Abneigung gegenüber Unentschiedenheit im Arbeitskontext zwischen verschiedenen Berufsgruppen stark unterscheidet (Drews et al. 2021b): Servicekräfte zeigen ein deutlich höheres Bedürfnis, solche Unentschiedenheit zu vermeiden bzw. Schwierigkeiten, diese auszuhalten als Oberärzt*innen.

Mittlere Führungskräfte aller Berufsgruppen ähneln sich darin, dass sie mit dem unlösbaren Auftrag konfrontiert sind, maximale Leistung bei gleichzeitiger Kosteneffizienz und unter Einhaltung ökonomischer Zielvorgaben des Krankenhauses (Simon 2020, S. 205) zu leisten.

¹⁷ Kurt Lüscher nutzt in seinen Forschungsbeiträgen den Begriff der Ambivalenz. In einem Essay (Lüscher 2018) differenziert er zwischen den Begriffen Ambivalenz und Ambiguität: Der Begriff der „Ambivalenz“, erstmals genutzt von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler um 1910, ist eng verwandt mit dem wesentlich älteren Begriff der „Ambiguität“. Die beiden Begriffe werden bisweilen gleichgesetzt, wobei Ambiguität die Mehrdeutigkeit in den Vordergrund stellt, während bei Ambivalenz das Gegenätzliche zentral ist (S. 39).

Dabei entstehen für die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich geartete Dilemma, abhängig von ihren professionsspezifischen Aufgaben und den genannten typischen Herausforderungen ihres jeweiligen Berufsfeldes.

2.5.5 Krankenhausprofessionstypische Dilemma-Beispiele

Im Folgenden werden beispielhafte Dilemmasituationen zusammenfassend skizziert, wie sie in prototypischer Weise verschiedene Berufsgruppen betreffen.

Oberärzt*innen. Oberärzt*innen müssen auf der einen Seite die Ausbildung von Assistenzärzt*innen sowie eine optimale Patient*innenversorgung gemäß der eigenen Ansprüche gewährleisten und gleichzeitig kosteneffizient im Sinne der Krankenhausorganisation handeln (Hölterhoff et al. 2011b) – dieses ethische Dilemma ist fester Bestandteil ihres beruflichen Alltags (Fischer-Fels 2020). Laut einer Umfrage von Oberärzt*innen zu ihrem Arbeitsalltag und belastenden Faktoren durch den Marburger Bund berichten 77 Prozent der 1247 befragten Oberärzt*innen, nicht ausreichend Zeit für die Weiterbildung ihrer Assistenzärzt*innen zu haben, über 40 Prozent gaben an, in ihrer oberärztlichen Tätigkeit stark durch wirtschaftliche Vorgaben des Krankenhauses beeinflusst zu sein (Hillienhof 2019).

Pflegerische Stationsleitungen. Insbesondere bei leitenden Pflegekräften besteht eine Diskrepanz zwischen ihrem professionellen Selbstbild, der zu erfüllenden Fremderwartung sowie ihren Kompetenzen und zur Verfügung gestellten Ressourcen: So nehmen sich Stationsleitungen selbst in erster Linie als verantwortlich für eine bestmögliche Patient*innenversorgung wahr, während gleichzeitig von ihnen erwartet wird, im Sinne der wirtschaftlichen Zielvorgaben des Krankenhauses zu handeln und beispielsweise auf bestimmte Behandlungsleistungen zu verzichten (Strech et al. 2009) und die Betreuungszeit einzelner Patient*innen stark zu reduzieren (Hölterhoff et al. 2011b). Dabei erhalten Stationsleitungen häufig kaum organisationale Unterstützung in Form von Weiterbildungsangeboten zur Stärkung ihrer Führungskompetenzen (Aitamaa et al. 2016). Dieser Spagat aus eigenen Ansprüchen bezüglich der Versorgungsqualität und dem eigenen Mitwirken auf operativer Ebene bei gleichzeitiger Einhaltung betriebswirtschaftlicher Vorgaben verlangt ihnen häufig Entscheidungen ab, die sie als entgegengesetzt ihres beruflichen Selbstanspruchs und ihrer berufsethischen Werte erleben (Starystach und Bär 2019).

Servicebereich. Von Servicekräften, die in der Reinigung tätig sind, wird erwartet, dass sie auf der einen Seite, Reinigungstätigkeiten gründlich ausführen und die geforderten Hygienestandards einhalten – und dies bei einer dünnen Personaldecke und häufig unzureichend zur Verfügung stehenden Reinigungsmaterialien (Zuberi 2013) – und gleichzeitig die zunehmenden Leistungsanforderungen, beispielsweise eine steigende Anzahl von zu reinigenden Flächen (siehe Simon 2020, S. 177), zu erbringen (vgl. Stanwick 2009).

Verwaltung. Verwaltungskräfte, die für das Krankenhauscontrolling zuständig sind, sind häufig den widersprüchlichen Anforderungen der lückenlosen, wahrheitsgetreuen Dokumentation zur Weiterleitung dieser Information an Dritte (beispielsweise Krankenkassen) auf der einen Seite, und ihrer Verpflichtung gegenüber der kaufmännischen Geschäftsführung auf der anderen Seite ausgesetzt.

Im Controllingbereich wird Verwaltungskräften die Aufgabe der internen betriebswirtschaftlichen Beratung der kaufmännischen Geschäftsführung und somit eine Mitverantwortung für das Erreichen wirtschaftlicher Ziele zuteil: Sie unterstützen als „kaufmännisches Gewissen“, indem sie betriebswirtschaftliche Auswirkungen kalkulieren und optimale Handlungsoptionen empfehlen (Lehmann 2012, S. 50). Gleichzeitig tragen Controller*innen die Verantwortung für

Lieferung und Korrektheit der notwendigen Informationen und Daten (Lehmann 2012), um im Krankenhaus erbrachte Leistungen abrechnen zu können.

Am liebsten sollen also möglichst viele für das Krankenhaus kostengünstige Leistungen abgerechnet werden, um die betriebswirtschaftliche Bilanz zu verbessern. Gleichzeitig soll das Controllingpersonal wahrheitsgemäße Angaben machen. Dabei ist es auf die Kooperation mit verschiedenen Fachbereichen, darunter Pflege und Ärzt*innenschaft, angewiesen, die häufig nicht (nur) unter dem betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkt agieren (Costa 2014). Auf die typische Frage „Wie soll ich denn meine Patient*innen versorgen, wenn ich ständig Geld sparen soll?“, die laut Gruber (2013, S. 61) typischerweise von Ärzt*innen gegenüber dem Controlling gestellt wird, können durch Verwaltungskräfte nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Laut einer Erhebung nennen 40 Prozent der Verwaltungskräfte „widersprüchliche Anforderungen“ als einen bedeutenden Belastungsfaktor ihrer Arbeit, wobei Frauen dies häufiger angeben als Männer und Führungskräfte häufiger als Beschäftigte ohne Leitungsfunktion (Roth 2014, S. 21 ff.).

2.5.6 „Dilemmakompetenz“ bisher unbeachtete Kernkompetenz

Häufig destruktive Bewältigungsmechanismen. Laut Lüscher (2013) sei nicht die Erfahrung von Ambivalenz als solche „krankmachend“, sondern die Unfähigkeit, konstruktiv mit ihr umzugehen. So kommt es bei Dilemmata häufig zu Bewältigungsversuchen, die die Situation für die Mitarbeitenden kurzfristig entlasten, langfristig aber zu einer weiteren Verschärfung der Situation führen (Schweitzer et al. 2016).

Vogd (2018) beschreibt in seiner Analyse zur Entscheidungsfindung in Dilemmasituationen von – insbesondere ärztlichem und pflegerischem – Führungspersonal im Krankenhaus solche Umgangsstrategien auf individueller Ebene wie folgt: Bei Pflegenden und Ärzt*innen lässt sich beobachten, wie Anforderungen und erlebte Belastungen durch die Betroffenen relativiert werden, um dadurch die erlebte Widersprüchlichkeit zu reduzieren (ebd. S. 125). Ein emotionales „sich Entkoppeln“ ist ebenfalls eine beobachtbare Umgangsstrategie (ebd. S. 114) und kann als Versuch der Betroffenen gewertet werden, die eigene erlebte Belastung zu reduzieren. Zudem beschreibt Vogd (2018) den Versuch der Führungskräfte, das erlebte Spannungsfeld zwischen den widersprüchlichen Anforderungen auf der einen und den begrenzten eigenen Kraftreserven auf der anderen Seite durch eigenen Einsatz zu lösen (z.B. „Ich muss mich einfach noch mehr anstrengen!“) (vgl. ebd. 145).

Schweitzer et al. (2016) beschreiben zudem drei besonders typische Formen der Dilemmabewältigung auf interpersoneller Ebene: Personalisierung nennen die Autor*innen die Tendenz, dem Dilemmaerleben personenbezogene Gründe zuzuschreiben (z.B. „Wenn nur die Kollegin Meier nicht wäre, hätten wir keine Schwierigkeiten mehr“). Unter Polarisierung wird diese Tendenz in Bezug auf andere Subsysteme innerhalb der Organisation, d.h. beispielsweise die Nachbarabteilung, verstanden. Der eigene Arbeitsbereich wird in verschärfter Abgrenzung zu anderen Bereichen gedeutet (z.B. „Wir, die tüchtigen Pflegenden, gegen die untätigen, profit-süchtigen Controller*innen“). Hierdurch wird die funktionale Differenzierung extremisiert: Es wird versucht Entlastung zu gewinnen, indem maximale Arbeitsteilung erzeugt wird (Zwack und Bossmann 2017, S. 23). Diese beiden Bewältigungsformen verkennen die zugrundeliegende organisationale Ursache von Dilemmata und machen stattdessen einzelne Kolleg*innen oder andere Fachabteilungen verantwortlich, indem sie diese „dämonisieren“ und so aus einer kollektiven Überforderung ein individuelles Versagen konstruieren (Zwack und Bossmann 2017, S. 22).

Dadurch wird die dritte von Schweitzer et al. (2016) beschriebene Bewältigungsform wahrscheinlicher: Das Weiterschieben von Verantwortung („Das ist Verantwortung der anderen!“). Dieser Abgrenzungskampf um die (Nicht-)Zuständigkeiten (Zwack und Bossmann 2017, S. 23) resultiert häufig in einer Entsolidarisierung sowohl zwischen Kolleg*innen als auch zwischen verschiedenen Fachbereichen.

Trotz der Tatsache, dass Dilemmata zum einen unweigerlich zum Arbeitsalltag in Krankenhäusern gehören, und zum anderen häufig wenig konstruktiv durch die betroffenen Mitarbeitenden bewältigt werden, gibt es erstaunlich wenig Unterstützungsmaßnahmen für Krankenhausmitarbeitende bezüglich dieses Themas.

Aus Sicht der Heidelberger Arbeitsgruppe um Jochen Schweitzer, die im Rahmen des SEEGEN Teilprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ gemeinschaftlich ein Training zum gesundheitsförderlichen/gesundheitserhaltenden Umgang mit solchen Situationen hervorgebracht/entwickelt hat, kann ein solcher Umgang jedoch erlernt werden (vgl. Zwack und Bossmann 2017, S. 32 ff.).

Die Wirksamkeit dieses Trainings zur Stärkung eines kompetenten Umgangs mit Dilemmata im Krankenhauskontext konnte bereits gezeigt werden: So berichten Führungskräfte nach Abschluss der Intervention, weniger reflexhaft auf Dilemmata zu reagieren und stattdessen bewusst gewählte Strategien anzuwenden (Born et al. 2020). Zudem verbesserte sich das berufliche Selbstwirksamkeitsempfinden der Trainingsteilnehmenden (Born 2020).

Was bedeutet Dilemmakompetenz? Ein bewusster Umgang mit Dilemmata stellt sicher, dass herausfordernde Entscheidungssituationen konstruktiv bewältigt werden können. Die beschriebenen Dilemmabeispiele verdeutlichen: Die Schwierigkeit solcher Entscheidungssituationen resultiert daraus, dass es keine hundertprozentig stimmige Lösung gibt (Zwack und Bossmann 2017; Zwack und Schweitzer 2009, S. 32 ff.). Im Umkehrschluss ist eine erlebte Unstimmigkeit zwischen den persönlichen Werten als Vertreter*in der eigenen Profession, aber auch als Mensch ein Erlebensmerkmal von Dilemmata. Ein wichtiger Schritt zurück zu einer *möglichst* stimmigen Entscheidung ist es, sich bewusst an den eigenen inneren Werten zu orientieren, eigene Gefühle und gegebenenfalls somatische Marker bei der Entscheidung zu berücksichtigen, um so bewusst Verantwortung für die getroffene Entscheidung mit all ihren Nachteilen übernehmen zu können.

So herausfordernd Dilemmata erlebt werden, so plädiert Lüscher (2018) dafür, sie konstruktiv zu nutzen: Ein bewusster und konstruktiver Umgang mit Ambivalenzen führe unter anderem dazu, sich selbst auch im Arbeitskontext besser verstehen zu können.

Betriebliche Gesundheitsförderung. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die zum Erhalt und zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmer*innen am Arbeitsplatz durchgeführt werden (European Network for Workplace Health Promotion 2007). Dazu zählen unter anderem auch Maßnahmen zur Stärkung persönlicher, gesundheitsrelevanter Kompetenzen, die es den Mitarbeitenden erleichtern konstruktiv mit Arbeitsbelastung umzugehen (Robert Koch-Institut 2020, S. 139). Solche Maßnahmen ergänzen den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, sind aber im Gegensatz zu diesem eine freiwillige Leistung der Betriebe (ebd. S. 139).

Bisher wenige dilemmaspezifische Unterstützungsangebote. Die Forschungsliteratur bietet Einblicke in diverse Interventionsansätze, die sich der Stärkung von Mitarbeitenden des Gesundheitssystems in ihrem Umgang mit dilemmatischen Entscheidungssituationen widmet. Diese Ansätze fokussieren dabei jeweils unterschiedliche Berufsgruppen, spezifische Dilemmasituationen bzw. bestimmte Aspekte der Entscheidungsfindung, darunter ethische Dilemmata bei pflegerischen Führungskräften (Storch et al. 2009a; Storch et al. 2009b),

dilemmatische Entscheidungen bzgl. Kostenplanung bei knappen Ressourcen bei Führungskräften in Gesundheitsbehörden (Mitton und Donaldson 2003; Mitton et al. 2010), Selbstreflexion im Entscheidungsprozess bei Verwaltungsführungskräfte in Krankenhäusern und im Gesundheitswesen (Blackler und Kennedy 2004). Bis dato gibt es jedoch keine Intervention, die sich speziell an mittlere Führungskräfte verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus richtet, und die auf ihre Wirksamkeit untersucht worden wäre.

Fokus auf Frauen und marginalisierte Berufsgruppen ist erforderlich. Zudem mangelt es bislang an professionsspezifischen und geschlechtssensiblen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Ergebnis intensiver Literaturrecherchen im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens: Bis dato existieren kaum Analysen, die der Identifizierung professionsspezifischer Belastungsherde dienen. Ebenso wenig gibt es Forschung zur Entwicklung und Evaluation von Unterstützungsangeboten, die solche Belastungsherde anschließend fokussieren (siehe Drews et al. 2021b). So sind Unterstützungsmöglichkeiten für Beschäftigte im Krankenhaus bislang wenig geschlechtssensibel konzipiert (Robert Koch-Institut 2020).

Dabei wurde 2015 im Zuge des Präventionsgesetzes (PrävG) (Bundesministerium für Gesundheit 2015) gesetzlich verankert, dass betriebliche Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Verminderung geschlechtsbezogener und sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen (Altgeld 2016). Aus dem jährlichen GKV-Präventionsbericht (2020) geht hervor, dass der Anteil aller Betriebe, die im Jahr 2019 an durch gesetzliche Krankenkassen geförderten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilnahmen, ist im Vergleich zum Vorjahr um 19 Prozent von 19544 auf 23221 Betriebe gestiegen ist. Im Verhältnis zur hohen Anzahl an Beschäftigten in diesem Bereich und ihrer vielzitierten Belastungen wurden im Gesundheitswesen vergleichsweise wenige Maßnahmen (unter 20 Prozent) durchgeführt (zum Vergleich: im verarbeitenden Gewerbe: 29 Prozent; im Dienstleistungsgewerbe: 17 Prozent; in der öffentlichen Verwaltung: 12 Prozent; im Groß- und Einzelhandel 9 Prozent; im Bereich Erziehung und Unterricht: 3 Prozent; im Gastgewerbe: 1 Prozent), die trotz des eingangs ausführlich beschriebenen hohen Frauenanteils in dieser Branche, mehr Männer erreichten als Frauen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2020). Als ein möglicher Grund wird eine eher auf männliche Beschäftigte ausgerichtete Angebotsgestaltung diskutiert (Beck und Lenhardt 2016).

Laut eines kürzlich veröffentlichten Berichts des Robert Koch-Instituts (2020) gibt es deutliche Hinweise auf die spezifischen Bedarfe weiblicher Beschäftigter und eine Notwendigkeit, besonders auch frauenspezifische Perspektiven, Bedürfnisse und Lebenslagen bei der Gestaltung von Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mitzubedenken.

Es besteht also ein Bedarf, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen auszubauen und diese gemäß dem Bedarf von Frauen sowie bestimmter Berufsgruppen zielgruppenorientiert zu konzipieren. Dabei sollten dringend auch Aspekte zum sozialen Hintergrund der Beschäftigten, wie beispielsweise Bildungsniveau und mögliche Migrationsgeschichten, berücksichtigt werden (Altgeld 2016; Badura et al. 2015; Grimm und Brodersen 2016), um so den gesetzlich festgeschriebene Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit und zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten (siehe Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Fragestellung der Studie 1. Die vorliegende Dissertation konzentriert sich somit im Rahmen der Studie 1 auf die Frage, wie wirksam ein Dilemmakompetenz-Training für teilnehmende weibliche und männliche mittlere Führungskräfte unterschiedlicher Berufsgruppen ist und wie dieses Training von diesen Teilnehmenden möglicherweise unterschiedlich rezipiert wird.

2.6 Methode

2.6.1 Forschungsdesign

Um die vorliegenden Forschungsfragen zu untersuchen, wurde ein prospektives multizentrisches Prä-Post-Studiendesign ohne Kontrollgruppe genutzt. Zur Untersuchung der Forschungsfragen ist das bislang wenig beforschte Konzept der Dilemmakompetenz, d.h. der Fähigkeit intra- sowie interpersonell konstruktiv mit Dilemmata umzugehen, von zentraler Bedeutung. Um dieses Konstrukt explorativ zu erkunden und die individuelle Erlebensqualität der Proband*innen in Dilemmasituationen sowie als hilfreich empfundene Umgangsstrategien möglichst vollumfänglich abzubilden, wurde ein Mixed Method Ansatz gewählt. Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Daten wird eine möglichst hohe Validität angestrebt.

Mittels verschiedener Forschungsstränge wurden qualitative und quantitative Daten erhoben:

- (1) Mit allen Trainingsteilnehmenden wurden vor und nach dem Training ausführliche **qualitative Einzelinterview** durchgeführt;
- (2) Zu vier Messzeitpunkten (T0: vor Beginn der Intervention, T1: nach Abschluss des sechsten Moduls, T2: nach Abschluss der gesamten Intervention, T3: Katamnese nach drei Monaten) wurden von allen Trainingsteilnehmenden **quantitative Onlinebefragungsdaten** erhoben;
- (3) Zusätzlich wurde der Arbeitskontext Krankenhaus an allen vier Klinikstandorten mithilfe verschiedener **Fokusgruppen** mit (a) Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen, (b) der Leitungsebene des jeweiligen Klinikstandorts sowie (c) dem standortübergreifenden Betriebsrat untersucht¹⁸.

Abbildung 2 bietet einen Überblick über die zeitliche Abfolge der Datenerhebung.

Ich konzentriere mich in der vorliegenden Dissertationsschrift auf die Auswertung der Daten, die sich auf die Proband*innen beziehen, die das im Rahmen der Studie 1 entwickelte Dilemmakompetenz-Training besucht haben – im Folgenden Trainingsteilnehmer*innen genannt (1) und (2).

¹⁸ Die Daten der durchgeführten Fokusgruppen-Interviews werden im Rahmen der vorliegenden Dissertationsschrift nicht näher beschrieben und ausgewertet.

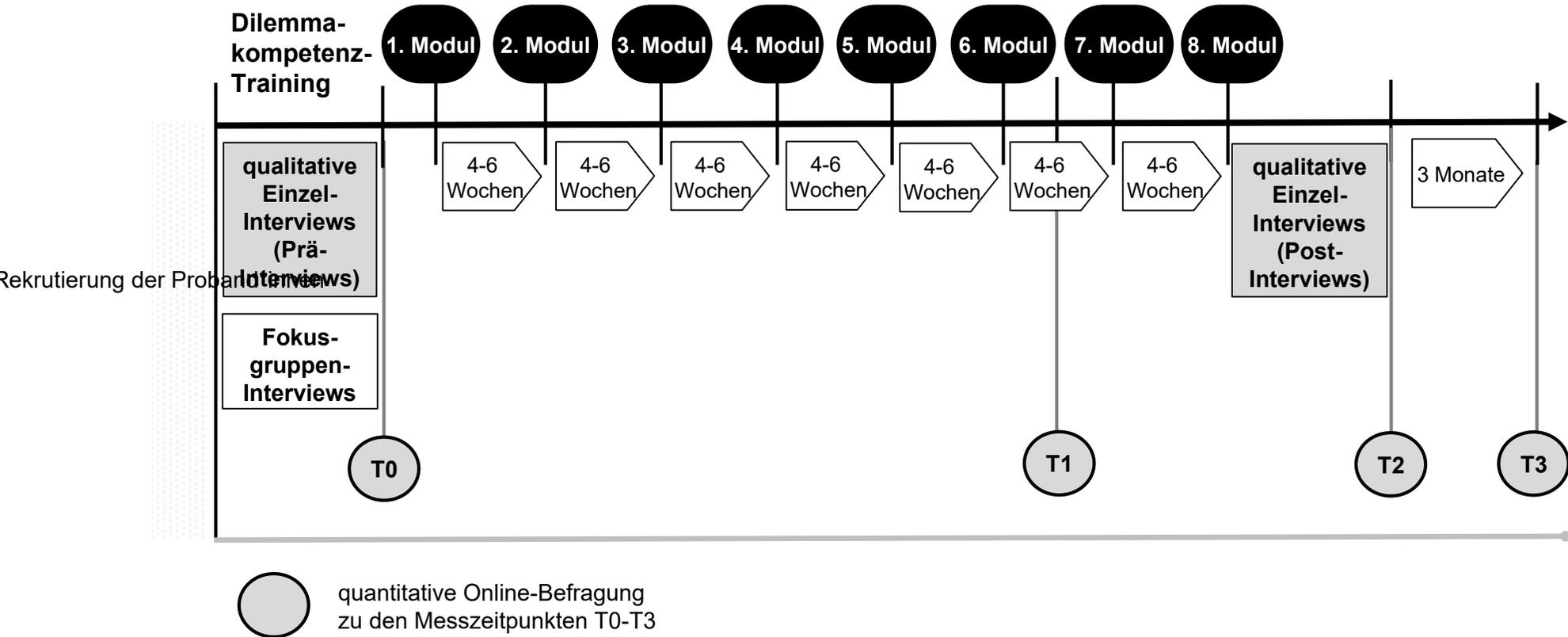


Abb. 2: Studiendesign

2.6.2 Intervention

2.6.2.1 Entwicklung des Trainings

Das theoretische Fundament des Dilemmakompetenz-Training basiert auf den Vorüberlegungen und analysierten Erfahrungen aus langjähriger Beratungspraxis bezüglich widersprüchlicher Anforderungen und paradoxer Aufträge innerhalb von Organisationen durch Julika Zwack, Ulrike Bossmann und Jochen Schweitzer (Bossmann et al. 2014; Zwack et al. 2016).

Die praktische Übersetzung in ein Trainingsformat zur Stärkung eines bewussten und gesundheitsförderlichen Umgangs mit dilemmatischen Entscheidungssituation im Berufskontext erfolgte 2015 bis 2017 durch Julika Zwack und Ulrike Bossmann (Zwack und Bossmann 2017).

Eine spezielle für mittlere Führungskräfte in Industriebetrieben angepasste Intervention wurde bereits erfolgreich durch Bossmann et al. (2016) durchgeführt und zeigte in qualitativen Interviewergebnissen eine positive Wirksamkeit im Sinne eines reduzierten Stresserlebens der Teilnehmenden nach Abschluss des Trainings. Für die vorliegende Studie 1 wurden die Trainingsinhalte mithilfe qualitativer Einzelinterviews mit allen Trainingsteilnehmenden vor Beginn des Trainings an die Bedürfnisse und den Arbeitskontext mittlerer Führungskräfte in Krankenhäusern angepasst und ein gruppenbasiertes Training bestehend aus acht Modulen entwickelt (siehe Bossmann 2020).

2.6.2.2 Didaktik und Modul Inhalte

Alle acht Trainingsmodule wurden jeweils im Tandem durch das Forschungsteam angeleitet und moderiert. Didaktisch erfolgte in allen Modulen ein Wechsel aus theoretischen Inputs, vorbereitet durch das moderierende Trainer*innen-Tandem und angereichert mit praxisnahen Beispielen, Einzel- sowie Kleingruppenarbeit zu bestimmten Themen und Fragestellungen, Fall-Demonstrationen anhand aktueller Dilemmata der Teilnehmenden im Plenum, und dem moderierten Austausch von Erfahrungen sowie der Diskussion von Seminarinhalten zwischen den Teilnehmenden.

Um vorbereitete Inhalte und Arbeitsaufträge zu visualisieren, wurden durch Ulrike Bossmann gestaltete Flipcharts genutzt. Je nach Trainingsmodul und Klinikstandort wurden Flipcharts genutzt, um im Gruppenprozess entstandene Erkenntnisse festzuhalten. Zu Beginn von Einzel- und Gruppenarbeiten sowie als Vorbereitung auf die jeweilige Hausaufgabe am Ende jedes Moduls wurden Arbeitsblätter an die Teilnehmenden ausgehändigt, um Reflexionsprozesse zu vereinfachen und Trainingsinhalte bestmöglich nutzbar für die Teilnehmenden zu machen.

Modul 1: Dilemmata im Organisationsalltag – Erkennen und Verstehen

Im ersten Modul wurden den Teilnehmenden praxisnahe Kriterien zum Erkennen von Dilemmata – als einem relevanten Ausschnitt der beruflichen Herausforderung – vorgestellt. Aus systemtheoretischer Sicht wurde zudem das Entstehen und unausweichliche Fortbestehen von Dilemmata im Krankenhaus vermittelt. Bisherige (individuelle oder kollektive) reflexhafte Reaktionen auf Dilemmata wurden durch die TrainerInnen anerkannt als nachvollziehbare Lösungs- und „Überlebensstrategien“, die durch das Dilemmakompetenz-Training (zurück) in eine bewusste Entscheidung für eine bestimmte Reaktion überführt werden sollte.

Modul 2: Kulturelle Spielregeln und eigene Prämissen – Beobachten und Hinterfragen

Im zweiten Modul wurde den Teilnehmenden die Relevanz von unhinterfragten organisationskulturellen und persönlich-biografischen Annahmen für die Entscheidung zwischen

verschiedenen Handlungsoptionen im Dilemma vermittelt. Die TrainerInnen stellten die Metapher des Prämissennetzes zur Verfügung: Während das Festhalten an allen Prämissen zu einem Gefühl von „im Netz gefangen Seins“ führe, könne ein wahlweises Hinterfragen einzelner Prämissen neue Handlungsspielräume ermöglichen. Im Seminar wurde mit den Teilnehmenden das Beobachten der für die eigene Entscheidung relevanten Prämissen geübt sowie ein imaginiertes „Kulturbrüchlein“ erprobt.

Modul 3: Vertreten unbequemer Entscheidungen

Im dritten Modul wurden den Teilnehmenden verschiedene Kommunikationsstrategien zum konstruktiven Übermitteln getroffener Entscheidungen vorgestellt, die im Seminar anhand von praxisnahen Beispielen erprobt wurden. Ein Schwerpunkt wurde auf erwartbare negative Reaktionen anderer auf die vertretene Entscheidung gelegt, insbesondere Reaktionen, die ein Abrücken von der getroffenen Entscheidung für den Entscheider wahrscheinlich machen. Die TrainerInnen vermittelten die besondere Bedeutung, die sogenannten Schachmattsätzen im Dilemma zukommt: Da es im Dilemma keine objektiv richtige Entscheidung gibt, ist jede Entscheidungsoption angreifbar.

Modul 4: Persönliche Sinnkriterien als Kompass – Wertebasiertes Entscheiden im Dilemma

Im vierten Modul boten die TrainerInnen eine Entscheidungshilfe in dilemmatischen Situationen an: die Unterscheidung zwischen Haben- und Sein-Zielen und die Orientierung an eigenen Werten. In dilemmatischen Entscheidungssituationen, in denen jede Entscheidungsoption einen bestimmten Preis (d.h. eine für den Entscheider negativ konnotierte Auswirkung) hat, kann eine Orientierung an der Frage „Wie will ich sein, während ich keine 100%-stimmige Entscheidung treffe?“ bzw. „An welchem Wert möchte ich festhalten, auch wenn mein Handlungsspiel klein ist?“ ein hilfreiches Erfolgskriterium schaffen, anhand dessen der Betroffene seine Entscheidung ausrichten kann. Die Orientierung an Werten und Sein-Zielen macht ein nachhaltiges Vertreten der getroffenen Entscheidung, das sich stimmig für den Entscheider anfühlt, wahrscheinlicher.

Modul 5: Gefühle im Dilemma als Wegweiser nutzen

Im fünften Modul wurde die Bedeutung von Gefühlen im Dilemma thematisiert. Die TrainerInnen warben für ein differenziertes Wahrnehmen von Gefühlen, dass es folglich erlaubt, den Informationsgehalt von Gefühlen zu nutzen – als Hinweis über das eigene Empfinden sowie als Ratgeber, welches Verhalten im Dilemma angezeigt ist. Zudem wurde insbesondere bei starken negativen Gefühlen die Möglichkeiten von Regulierungsstrategien angeboten. Mithilfe einer körperorientierten Achtsamkeitsübung wurde den Teilnehmenden die Verankerung von Gefühlen in körperlichen Empfindungen vermittelt sowie die Bedeutung von Selbstmitgefühl besonders in stressigen Situationen.

Modul 6: Solidarisierungschancen in Dilemmasituationen

Im sechsten Modul wurden Auswirkungen von im Dilemma naheliegender Entsolidarisierungsverhalten veranschaulicht. Im Seminar wurden Ideen gesammelt, wie individuell, aber auch professions- und abteilungsübergreifend in solidarisches Verhalten investiert werden kann. Bereits im eigenen Team praktizierte Solidarisierungsgesten wurden zusammengetragen und eruiert, an welchen Stellen konkrete Verhaltensweisen zu mehr Solidarität führen könnten.

Modul 7: Umgang mit dem „unangenehmen Rest“ und die Dilemmalandkarte

Schwerpunkt des siebten Moduls war der Umgang mit negativen Gefühlen, mit denen Betroffene im Zuge der Konfrontation mit objektiv unlösbaren Dilemmata häufig zurückbleiben.

Als Möglichkeit, diese Gefühle konstruktiv zu verarbeiten wurde den Teilnehmenden die Idee der Impathie, einer Haltung selbstbezogener Empathie, vermittelt. Die TrainerInnen betonten die Bedeutung von aus einer impathischen Haltung resultierendem Selbstmitgefühl, das sich auch kulturstiftend darauf auswirken kann, wie mit anderen (empathisch) umgegangen wird. In diesem Zuge wurde der Unterschied zwischen Selbstmitgefühl und Selbstmitleid interaktiv erarbeitet. Am Ende des Seminars wurden Wünsche und Themenvorschläge für das Abschlussmodul gesammelt.

Modul 8: Abschlussmodul mit individuellen Themenschwerpunkten je nach Seminargruppe

Das achte Modul wurde Klinikstandort spezifisch auf Basis der im jeweils vorherigen Modul gesammelten Themenwünsche gestaltet. Beispielschwerpunkte waren die Spezifizierung der Erkennungsmerkmale von Problemen versus Dilemmata, eine vertiefende Übungssequenz zum Umgang mit Schachmattsätzen sowie ein exemplarisches Durchspielen bislang unentschiedener Dilemmata im Plenum entlang der Entscheidungshilfen und Reflexionssequenzen, die in den vorangegangenen Modulen erarbeitet wurden.

2.6.2.3 Dosis

An allen vier Klinikstandorten wurde im Zeitraum April 2018 bis März 2019 das Training als Gruppenintervention zur Förderung eines kompetenten Umgangs mit berufsbezogenen Dilemmata angeboten. Das Dilemmakompetenz-Training umfasste jeweils acht dreistündige Module, die in einem durchschnittlichen Abstand von sieben Wochen stattfanden. An einem der vier Standorte wurden aus organisatorischen Gründen nur sieben Module durchgeführt.

2.6.2.4 Weiterentwicklung der Intervention

Hinweise auf als besonders hilfreich empfundene Trainingsinhalte wurden den Abschlussinterviews mit den Trainingsteilnehmer*inne entnommen und anschließend genutzt, um das Trainingskonzept in Vorbereitung auf die Phase II des Forschungsprojektes (2019 – 2021) weiter zu adaptieren. Das Resultat dieser weiteren Anpassung und Kondensierung ist ein zweitägiges Training (insgesamt 12 Trainingsstunden), das im Rahmen der zweiten Forschungsphase clusterrandomisiert auf seine Wirksamkeit untersucht werden soll. Diese gekürzte Trainingsfassung wird voraussichtlich in einer zukünftigen Publikation näher beschrieben und bildet nicht Inhalt der vorliegenden Dissertationsschrift.

2.6.3 Stichprobe

Proband*innen sind N = 56 mittlere Führungskräfte, die an einem von vier Krankenhäusern eines süddeutschen öffentlich-rechtlichen Klinikverbunds als Oberärzt*innen, pflegerische Stationsleitungen, Leitungen in Funktionsbereichen (z.B. Physiotherapie, Herzkathederlabor o.Ä.), Leitungen in Verwaltungsbereichen (z.B. IT, Qualitätsmanagement) und im Servicebereich (Patientenarchiv, Reinigung, Küche) tätig sind.

2.6.3.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Proband*innen, die am Training teilnahmen, erfolgte im Zeitraum November 2017 bis Februar 2018 durch die Autorin und ihre Projektkollegin Marieke Born. An allen vier Klinikstandorten wurde das Projekt nach Absprache mit den dortigen Verantwortlichen während klinikinterner Veranstaltungen wie beispielsweise Stationsleitungssitzungen, stationsinterner Frühbesprechungen, Betriebsstellenleiter*innensitzungen, Serviceleitungstreffen sowie der jährlichen Betriebsversammlung vorgestellt und mit den Anwesenden diskutiert.

An allen Klinikstandorten wurde das Projekt zudem im Rahmen von durch das klinikinterne betriebliche Gesundheitsmanagement organisierten „Gesundheitstagen“ beworben.

Vereinzelt wurden zudem individuelle Treffen mit Chefärzt*innen verschiedener Fachbereiche an allen Klinikstandorten veranlasst, um das Training gezielt im ärztlichen Bereich bei einflussreichen Vorgesetzten der Oberärzt*innen zu bewerben, um so eine möglichst hohe Teilnahme dieser Zielgruppe zu erleichtern. Im Rahmen dieser Treffen wurde das Forschungsprojekt durch das Rekrutierungsteam vorgestellt, mögliche Rückfragen besprochen und gemeinsam Möglichkeiten eruiert, wie das Training am jeweiligen Klinikstandort und in Bezug auf eigene Fachabteilung möglichst arbeitsalltagskompatibel für die potenziellen oberärztlichen Teilnehmenden gestaltet werden könnte.

Parallel zur Rekrutierung erfolgten ausführliche Gespräche mit dem klinikinternen Betriebsrat, dem das Projekt in einer klinikstandortübergreifenden Betriebsratsversammlung präsentiert wurde.

Die Projektvorstellung erfolgte in der Regel mithilfe einer ca. 20-minütigen PowerPoint Präsentation, gefolgt von einer Diskussion möglicher Rückfragen. Bei einer kleineren Zuhörer*innenschaft wurde auf den Einsatz von PowerPoint zugunsten ausgedruckter Handouts verzichtet, auf deren Grundlage der Vortrag interaktiver gestaltet wurde. Am Ende jeder Projektvorstellung wurden Paper-Pencil-Listen ausgeteilt, in denen interessierte Klinikmitarbeiter*innen ihre Kontaktdaten hinterlassen konnten, um im Nachhinein per E-Mail durch das Projektteam kontaktiert und mit detaillierten Teilnahmeinformationen versorgt werden zu können.

2.6.3.2 Einschlusskriterien

Voraussetzung einer Studienteilnahme war die berufliche und arbeitsvertragliche Zugehörigkeit zum eingangs erwähnten Klinikverbund. Die Proband*innen, die am Dilemmakompetenz-Training teilnahmen, mussten als operative Führungskraft in den Bereichen der Oberärzt*innenschaft, der Stations- bzw. Funktionsleitung, der Verwaltung oder als Abteilungsleitungen im Servicebereich tätig sein. Die Zugehörigkeit zur operativen Führungsebene wurde für die vorliegende Studie 1 mit der Personalverantwortung für mindestens eine Person definiert.

Weitere Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren das Beherrschen der deutschen Sprache in Wort und Schrift sowie Auskunftsfreude und Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme an der Studie 1.

2.6.4 Datenerhebung

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lag ein positives Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg vor (S-645/2017). Im Folgenden wird die Erhebung der Daten, darunter qualitative Interviewdaten sowie quantitative Fragebogendaten, näher erläutert.

2.6.4.1 Quantitative Online-Befragung

Die Trainingsteilnehmenden wurden zu vier definierten Messzeitpunkten (T0: vor Beginn des Trainings, T1: nach Beendigung der Intensivphase des Trainings nach dem sechsten Modul, T2: nach Abschluss des gesamten Trainings, T3: drei Monate nach Beendigung des Trainings) eingeladen, ein Fragebogenset bestehend aus verschiedenen Fragebögen auszufüllen. Hierzu erhielten Proband*innen via E-Mail einen Zugangslink zu einer webbasierten Online-Befragung, die sie an Computern an ihrem Arbeitsplatz, über ihr Smartphone oder an anderen privaten Endgeräten ausfüllen konnten.

Um zu gewährleisten, dass die Online-Daten durch das Forschungsteam mit den Interviewdaten personenbezogen zusammengeführt werden konnten, jedoch für Dritte kein Rückschluss

auf einzelne Personen möglich war, wurde die Online-Befragung pseudonymisiert durchgeführt. Zu diesem Zweck erhielt jede*r Teilnehmer*in mit dem Link zur Befragung ein individuelles durch den Fragebogen-Survey generiertes Passwort. Die Online-Datenerhebung erfolgte über die Software EFS Survey in aktueller Version der Firma QuestBack GmbH (2017).

Bei Nicht-Bearbeitung des Fragebogen-Surveys binnen einer Woche erfolgte eine persönliche Erinnerung durch das Forschungsteam per E-Mail sowie telefonisch unter der betriebsinternen Telefonnummer. Die Bearbeitung der Online-Befragung durch die Proband*innen dauerte durchschnittlich 23 Minuten pro Messzeitpunkt.

Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Anzahl sowie Alter der Kinder, Familienstand, höchster Bildungsabschluss, berufliche Ausbildungsabschlüsse, Betriebszugehörigkeit in Jahren, Erwerbssituation und Arbeitsstunden pro Woche) wurden nur zum Messzeitpunkt T0 erfasst. Zu allen weiteren drei Messzeitpunkten (T1-T3) wurde dasselbe Fragebogen-Set eingesetzt.

Instrumente zur Arbeitsbezogenen Beanspruchung

Irritationsskala. Irritation beschreibt subjektiv wahrgenommene emotionale und kognitive Beanspruchungen im Kontext der Erwerbsarbeit im Grenzbereich zwischen psychischer Ermüdung und psychischer Erkrankung. Die Irritationsskala (IS) erfasst die beiden Verhaltensweisen des „nicht abschalten Könnens“ von der Arbeit (kognitive Irritation, KI) sowie agitierte Geiztheitsreaktionen (emotionale Irritation, EI), die hervorgerufen werden durch ein erlebtes Ungleichgewicht zwischen persönlichen Ressourcen und alltäglichen Beanspruchungen. Die Skala erfasst nichtklinische Befindensschwankungen mit acht Items branchenübergreifend valide und reliabel. Der Fragebogen ist für den Einsatz zur Maßnahmenevaluation im gesundheitspsychologischen Bereich und zum Einsatz in der arbeitspsychologischen Stressforschung konzipiert. Cronbachs Alpha der Skala beträgt .81 bis .91 (Mohr et al. 2005). Dies konnte anhand der analysierten Stichprobe bestätigt werden. Zur Bestimmung der internen Konsistenz der Irritationsskala wurde Cronbachs Alpha gemäß Blanz (2015) zu allen Messzeitpunkten berechnet. Reliabilitätsanalysen ergaben eine gute bis exzellente interne Konsistenz der Gesamtskala zu allen Zeitpunkten T0 bis T3, T0: $\alpha = .85$, T1: $\alpha = .83$, T2: $\alpha = .90$, T3: $\alpha = .91$, sowie der Subskalen (KI: zu T0: $\alpha = .81$, zu T1: $\alpha = .84$, zu T2: $\alpha = .85$, zu T3: $\alpha = .85$; EI zu T0: $\alpha = .89$, zu T1: $\alpha = .85$, zu T2: $\alpha = .90$, zu T3: $\alpha = .92$).

Stress-Reaktivitätsskala. Das Konstrukt der Stressreaktivität bezieht sich auf die Disposition einer Person, Belastungen mit schnellen, intensiven und lang andauernden Stressreaktionen zu beantworten. Die erlebte Stressreaktivität wurde mittels der Perceived Stress Reactivity Scale (PSRS) (Schlotz et al. 2011; Schulz et al. 2005) erhoben. Die Skala erhebt neben der generellen auch belastungsspezifische Stressreaktivitäten: Stressreaktivität (1) bei Arbeitsüberlastung, (2) bei sozialen Konflikten, (3) bei sozialer Bewertung, (4) bei Misserfolg, (5) in der Vorbereitungsphase, (6) in der Post-Stress Phase. Die Skala erfasst Stressreaktivität anhand von 23 Items sowohl innerhalb klinischer Stichproben als auch im Rahmen von Evaluationen von Anti-Stress-Trainings mit nicht-klinischen Gruppen valide und reliabel. Cronbachs Alpha der Skala beträgt .91. Anhand der vorliegenden Stichprobe durchgeführte Reliabilitätsanalysen konnten dies bestätigen. Zu allen Messzeitpunkten konnte eine gute interne Konsistenz nachgewiesen werden, T0: $\alpha = .85$, zu T1: $\alpha = .84$, zu T2: $\alpha = .89$, zu T3: $\alpha = .84$.

Interventionsspezifische Instrumente

Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit (Ambiguitätstoleranz). Ambiguitätstoleranz wird in Bezug auf Managemententscheidungen als Fähigkeit von Führungskräften definiert, die Widersprüchlichkeit verschiedener Arbeits- und Handlungsanforderungen erkennen und

aushalten zu können (Müller-Christ und Weißling 2007, S. 186 f.). Das Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit umfasst das Streben nach einer eindeutigen Antwort auf eine Frage oder ein Problem, anstelle von Ungewissheit oder Uneindeutigkeit (Webster und Kruglanski 1994). Die deutsche Kurzversion der Skala (Schlink und Walther 2007) fasst verschiedene Tendenzen wie das Bedürfnis nach Vorhersehbarkeit, Vorliebe für Ordnung und Struktur, Unwohlsein bei Ambiguität, Entscheidungsfreudigkeit und Engstirnigkeit (closed-mindedness) zusammen. Anhand von 16 Items lokalisiert die 16-NCC-Skala mittels einer sechsstufigen Likert-Skala (1 "Stimme gar nicht zu" – 6 "Stimme völlig zu") das individuelle Streben zwischen einem starken Bedürfnis nach Geschlossenheit (high need for cognitive closure) bis hin zu einem starken Bedürfnis Geschlossenheit zu vermeiden (high need to avoid closure). Die 16-NCC-Skala weist zufriedenstellende interne Konsistenz auf, Cronbach's $\alpha = .78$. Dies konnten Reliabilitätsanalysen der vorliegenden Stichprobe bestätigen. Zur Bestimmung der internen Konsistenz der Skala Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit (NCC-16) wurde Cronbachs Alpha zu allen Messzeitpunkten berechnet (vgl. Blanz 2015). Reliabilitätsanalysen ergaben eine akzeptable bis hohe interne Konsistenz zu allen Zeitpunkten T0 bis T3, T0: Cronbachs Alpha = .72; T1: Cronbachs Alpha = .84; T2: Cronbachs Alpha = .84; T3: Cronbachs Alpha = .87.

Instrumente zu langfristigen Trainingseffekten auf die Selbstwahrnehmung:

Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. Das Konzept der beruflichen Selbstwirksamkeit (Schyns und von Collani 2002) repräsentiert die Überzeugung einer Person, eine bestimmte berufsbezogene Tätigkeit kompetent ausüben zu können. In der vorliegenden Studie wurde die Kurzskala (Rigotti et al. 2008) verwendet, die generell über eine hohe interne Konsistenz, (Cronbachs $\alpha = .88$) verfügt. Die Skala umfasst acht Items, wobei die Zustimmung zu einzelnen Aussagen auf einer sechsstufigen Ratingskala (1 "Stimmt völlig" – 6 "Stimmt überhaupt nicht") erfolgt. Zur Bestimmung der internen Konsistenz der Skala Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSWE) wurde Cronbachs Alpha zu allen Messzeitpunkten (insgesamt acht Items, zum Messzeitpunkt T0 aufgrund von fehlerhafter Datenerhebung nur sieben Items) berechnet (vgl. Blanz 2015). Die interne Konsistenz zum Zeitpunkt T0 ist trotz eines fehlenden Items akzeptabel, Cronbachs Alpha = .76. Zum Zeitpunkt T1 bis T3 ergaben Reliabilitätsanalysen jeweils eine hohe interne Konsistenz, T1: Cronbachs Alpha = .83; T2: Cronbachs Alpha = .88; T3: Cronbachs Alpha = .84. Bei dem fehlenden Item zum Messzeitpunkt T0 handelte es sich um Item 6 der BSWE-Skala „Durch meine vergangenen beruflichen Erfahrungen bin ich gut auf meine berufliche Zukunft vorbereitet“.

2.6.4.2 Qualitative Einzelinterviews

Mit allen Trainingsteilnehmer*innen wurde vor und nach der Intervention jeweils ein problemzentriertes leitfadengestütztes Einzelinterview (Helfferich 2019; Witzel 2000) durchgeführt ($n_{\text{Prä-Interviews}} = 69$; $n_{\text{Post-Interviews}} = 56$), zu denen die Proband*innen telefonisch und per Email durch das Forschungsteam eingeladen wurden. Die Durchführung aller Einzelinterviews erfolgte zu gleichen Anteilen durch die Autorin und eine weitere Projektmitarbeiterin.

Das Prä-Interview fand durchschnittlich zwei Wochen vor Beginn der Intervention statt (der zeitliche Abstand zum Interventionsbeginn betrug maximal drei Wochen und mindestens einen Tag) und umfasste eine Durchschnittslänge von 57 Minuten ($\text{Dauer}_{\text{Min}}: 33$ Minuten; $\text{Dauer}_{\text{Max}}: 78$ Minuten).

Ziel der Prä-Interviews war die inhaltliche Exploration von Erfahrungen und bisherigen Umgangsstrategien mit berufsbezogenen Dilemmata. Die Beschaffenheit eines für den Interviewee besonders bedeutsamen Dilemmas, d.h. das Zusammenspiel aus verschiedenen wahrgenommenen widersprüchlichen Anforderungen und den mit verschiedenen

Entscheidungsoptionen assoziierten Preisen, sowie das persönliche Erleben des Interviewees in dieser Entscheidungssituation wurde erkundet. Zudem wurde die Auswirkung für das Dilemma relevanter Kontextfaktoren im Sinne von „verschlimmernden“ und „entschärfenden“ Faktoren exploriert.

Neben der themenbezogenen Exploration diente das Prä-Interview auch der Vorbereitung der Teilnehmenden auf das folgende Dilemmakompetenz-Training im Sinne der Vermittlung eines Grundverständnisses von und einer ersten Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Dilemmata.

Bestandteil jedes Prä-Interviews war zu Beginn eine kurze Joiningphase, in der mittels berufsbezogener biografischer Fragen der Beziehungsaufbau zwischen Interviewee und Interviewerin gestaltet wurde. Das ausführliche Format und die Intensität des Prä-Interviews diente neben der Informationsgewinnung zudem der Stärkung des Commitments der Studienteilnehmenden.

Durchschnittlich zwei Wochen nach Abschluss des Dilemmakompetenz-Trainings fand das Post-Interview mit einer durchschnittlichen Interviewlänge von 34 Minuten statt (Dauer_{Min}: 12 Minuten; Dauer_{Max}: 53 Minuten). Schwerpunkt des Post-Interviews lag darin, zu erkunden, ob und welche Veränderungen im Erleben von Dilemmata und genutzten Umgangsstrategien seit Beginn des Trainings stattfinden konnten. Zudem wurde exploriert, inwieweit die Trainingsteilnahme zur Entfaltung veränderter Verhaltens- und Erlebensmuster beitragen konnte.

Mithilfe einer Skalierungsfrage („Im Hinblick auf Ihren Umgang mit Dilemmata im beruflichen Alltag: Wie sehr hat sich bei Ihnen etwas verändert?“, 1: gar nicht bis 10: sehr stark) schätzten die Interviewees ihren individuellen Veränderungsumfang im Prä-Post-Vergleich ein.

Neben möglichen Auswirkungen von veränderten Verhaltensweisen auf das Arbeitsumfeld wurden Faktoren erfragt, die im Sinne der Gruppendynamik innerhalb der Seminargruppe sowie der Seminargestaltung eine Teilnahme erschwert haben könnten.

Die Einzelinterviews wurden am Klinikstandort der jeweiligen Proband*innen durchgeführt. Zur Interviewdurchführung wurden Räumlichkeiten der Klinik (z.B. Mitarbeiter*innenbüros, Besprechungsräume, betriebsärztliche Büros) genutzt. Hierbei wurde darauf geachtet, ein ausreichendes Maß an Privatsphäre und eine hinreichende räumliche Abgeschiedenheit zum Arbeitsalltag der Interviewees zu gewährleisten, indem ausschließlich geschlossene Räume zur Interviewdurchführung genutzt wurden. Um eine größtmögliche Konzentration der Interviewees während des Interviews zu unterstützen, wurde bei der Einladung zum Interview sowie zu Beginn des Interviews darauf hingewiesen, das klinikinterne Telefon möglichst auf „lautlos“ zu schalten und eingehende Anrufe nur in dringenden Fällen zu beantworten. Alle Einzelinterviews wurden zu gleichen Anteilen durch die Autorin und die Projektmitarbeiterin Marieke Born durchgeführt; beide werteten später jeweils alle Einzelinterviews in Bezug auf unterschiedlichen Fragestellungen aus. An einigen wenigen Interviews nahm zudem eine weitere Projektmitarbeiterin als protokollführende teilnehmende Beobachterin teil.

2.6.4.3 Dropouts

Prä-Interviews wurden mit N = 69 mittleren Führungskräften durchgeführt. Drei Proband*innen sagten ihre Teilnahme vor Beginn des ersten Trainingsmoduls ab. Neun weitere Proband*innen entschieden sich während des Dilemmakompetenz-Trainings (nach dem ersten oder zweiten Modul), ihre Studienteilnahme abubrechen. Eine weitere Probandin entschied sich, nach Abschluss des Trainings gegen die Teilnahme an einem ausführlichen Post-Interview. Insgesamt liegen somit von N = 56 Teilnehmenden quantitative wie qualitative Daten vor, auf die sich alle folgenden Analysen beziehen.

2.6.5 Datenauswertung

2.6.5.1 Quantitative Fragebogendaten

Analysen der Outcome-Maße. Alle Outcome-Maße wurden auf Veränderung über den Studienverlauf, d.h. über vier Messzeitpunkte (T0-T3), hin überprüft. Hierzu wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung sowie Mittelwertvergleiche mithilfe von SPSS (Version 23.0, IBM Corp. (2015)) durchgeführt.

Reliabilitätsanalysen und Prüfung verfahrensspezifischer Voraussetzungen. Vor der Durchführung inferenzstatistischer Analysen wurden alle Outcome-Maße einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Um die interne Konsistenz der Messinstrumente zu überprüfen, wurde Cronbachs Alpha für alle Gesamtskalen berechnet.

Ebenso wurden die vorliegenden Daten auf notwendige Voraussetzungen der genutzten inferenzstatistischen Verfahren hin geprüft. Die Normalverteilung der Outcomevariablen in allen untersuchten Subgruppen der Gesamtstichprobe (weibliche und männliche Führungskräfte sowie vier verschiedene Berufsgruppen) wurde mittels Q-Q-Plots grafisch sowie mithilfe des Shapiro-Wilk-Tests statistisch überprüft. Zudem wurde die Gesamtstichprobe bezüglich aller zu analysierenden Variablen auf Ausreißer untersucht.

Auf Basis der Ergebnisse wurden Varianzanalysen mithilfe non-parametrischer Testverfahren durchgeführt. Mittelwertunterschiede zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften zu den Messzeitpunkten T0-T3 wurden mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests untersucht, vergleichende Varianzanalysen der verschiedenen Berufsgruppen zu den Messzeitpunkten T0-T3 erfolgten mittels des Kruskal-Wallis-Tests. Der Friedman-Test wurde genutzt, um Veränderungen in der Ausprägung der Outcome-Maße innerhalb einzelner Subgruppen über den zeitlichen Verlauf der Studie zu untersuchen.

Umgang mit fehlenden Daten einzelner Proband*innen. Alle durchgeführten Analysen basieren auf den Daten von N = 56 Proband*innen. Vereinzelt lagen Nichtantworten der Proband*innen vor, d.h. zu einzelnen Messzeitpunkten wurde der Onlinefragebogen nicht oder unvollständig beantwortet. So lagen fehlende Werte bei einer Person zum Messzeitpunkt T1, bei einer Person zu den Messzeitpunkten T1 und T3, bei einer weiteren Person zum Zeitpunkt T2, und bei zwei weiteren Proband*innen zum Zeitpunkt T3 vor.

Diese Nichtantworten sind als (Unit) Wave-Nonresponses (Schnell et al. 1999, S. 286) zu werten, die typischerweise in Längsschnittuntersuchungen mit mehreren Erhebungszeitpunkten entstehen. Proband*innen lassen hierbei eine oder mehrere Erhebungszeitpunkte (Units) aus, nehmen an anderen aber wiederum teil.

Mithilfe multipler Imputation (vgl. Rubin 2004) wurden Nichtantworten von insgesamt fünf Proband*innen zu den Messzeitpunkten T1, T2 und T3 geschätzt, um diese Personen in die Datenanalysen miteinbeziehen zu können.

Die Voraussetzung des Verfahrens, dass fehlende Werte als *missing at random* (MAR) gelten, kann angenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit für einen fehlenden Wert der Variable x abhängig von dem Wert einer anderen Variable y ist – was gegen eine Kategorisierung der Nichtantworten als *missing completely at random* (MCAR) spricht. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es keinen systematischen Zusammenhang zwischen den Fällen mit fehlenden Werten und der Grundausprägung der Skalen gibt, bei denen fehlende Werte vorliegen.

Das gewählte Verfahren wird besonders in Fällen empfohlen, in denen fehlende Werte nicht als *missing completely at random* (MCAR) gelten. Fehlende Variablenwerte lassen sich also

anhand vorhandener Variablenwerte schätzen. Das Verfahren der multiplen Imputation basiert auf der Schätzung von Variablen mittels multipler linearer Regression und wurde wie folgt durchgeführt:

Um die Unsicherheit bei der Erzeugung der Imputationswerte zu kontrollieren, wurden insgesamt 10 imputierte Datensätze erzeugt (vgl. Rubin 2004). Jeder dieser Datensätze enthielt jeweils einen Schätzwert für die fehlenden Itemwerte. Um eine möglichst verlässliche Schätzung der fehlenden Itemwerte zu gewährleisten, wurden verschiedene Proband*innen spezifische Prädiktorvariablen miteinbezogen. So wurde jeweils das Geschlecht, die Profession, der Klinikstandort sowie die Häufigkeit, mit der Proband*innen am Training teilnahmen, als Schätzungshilfen integriert. Zudem wurden die vorhandenen Werte derjenigen Outcome-Variablen als Prädiktoren mitaufgenommen, die im Folgenden varianzanalytisch untersucht wurden.

Um zeitgleich die Anzahl der Schätzungsparameter begrenzen und das Schätzungsmodell nicht zu überstrapazieren, wurden Parameter wie folgt ausgewählt: Zur Schätzung fehlender BSWE-Werte wurden alle vorhandenen Itemwerte der Skala sowie die Gesamtskalenwerte von PSRS und IS herangezogen; fehlende IS-Werte wurden anhand vorhandener Itemwerte der Subskalen KI und EI sowie auf Basis der Gesamtskalenwerte von BSWE und PSRS geschätzt; die Schätzung fehlender PSRS-Werte erfolgte mittels vorhandener Werte der Subskalen AR, RA, RsB, RsK sowie unter Einbeziehung der BSWE und IS Gesamtskalenwerte.

Anschließend wurden sodann die erzeugten Schätzungen für jeden fehlenden Wert gemittelt und als geschätzte Itemwerte in den zu analysierenden Datensatz integriert. Auf dieser Basis wurden nun die Gesamtscores einzelner Fragebogenskalen berechnet, auf denen die nachfolgenden Analysen für alle N = 56 Proband*innen beruhen.

2.6.5.2 Qualitative Interviewdaten

Alle Einzelinterviews wurden unter Zusicherung der Pseudonymisierung (vgl. Gläser und Laudel 2010; Medjedović und Witzel 2010) der Interviewpartner*innen mithilfe eines Diktiergeräts aufgezeichnet und als MP3-Dateien gespeichert. Anhand von Transkriptionsregeln (siehe Anhang) wurden die digitalisierten Tonspuren mit Hilfe der Software „f4“ transkribiert.

Die Entwicklung eines Kategoriensystems zur inhaltlichen Auswertung der Interviews erfolgte im Zeitraum September 2018 bis Januar 2019 in enger Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe bestehend aus der Autorin, Marieke Born sowie den Qualifikantinnen Leonie Birke, Lisa Nosen (später ersetzt durch Jennifer Greiving) und Christina Hilz-Ward, die im Rahmen ihrer medizinischen Doktorarbeit bzw. psychologischen Masterarbeit an der Universität Heidelberg bei der Auswertung der Prä-Interviews mitwirkten. Weiterhin wirkten im Zeitraum März 2019 bis Juli 2019 Marlen Pfisterer und Meike Arend als Qualifikantinnen im Rahmen ihrer medizinischen Doktorarbeiten an der Universität Heidelberg bei der Auswertung der Post-Interviews mit. Das Kategoriensystem wurde in Anlehnung an die theoriegeleiteten Leitfäden zur Durchführung der Einzelinterviews erstellt und in regelmäßigen Revisionsprozessen innerhalb der Arbeitsgruppe sukzessive am Datenmaterial induktiv weiterentwickelt.

Es erfolgte eine strukturelle Inhaltsanalyse des Datenmaterials nach Mayring (2011) mithilfe von MAXQDA. Hierzu wurden Einzelinterviews geclustert nach Gender und Professionszugehörigkeit entlang des Kategoriensystems kodiert und ausgewertet. Anschließend erfolgte eine vergleichende Analyse der ausgewerteten Kategorien zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften sowie einzelner Berufsgruppen.

2.7 Ergebnisse

2.7.1 Quantitative Fragebogendaten

2.7.1.1 Stichprobe

Die Stichprobe bestehend aus insgesamt N = 56 Proband*innen umfasste n = 25 Oberärzt*innen, n = 18 pflegerische Stationsleitungen, n = 7 Führungskräfte aus dem Servicebereich und n = 6 Verwaltungsführungskräfte. Insgesamt war die Geschlechtsprävalenz ausgeglichen (siehe Tab. 1), der Anteil weiblicher Führungskräfte innerhalb einzelner Berufsgruppen variierte jedoch wie folgt: Service: 71.4%; Stationsleitungen: 55.6%; Verwaltung: 50.0%; Oberärzt*innen: 40.0%.

Weibliche Führungskräfte wiesen ein Durchschnittsalter von M = 50.71 Jahren (SD = 6.50; Min = 37; Max = 62) auf, männliche Führungskräfte waren im Durchschnitt 44.21 Jahre alt (SD = 7.90; Min = 32; Max = 61).

Oberärzt*innen wiesen ein Durchschnittsalter von M = 46.16 auf (SD = 7.19; Min = 35; Max = 58), Stationsleitungen waren durchschnittlich 47.67 Jahre (SD = 8.69; Min = 32; Max = 62), Verwaltungsführungskräfte 45.17 Jahre (SD = 9.15; Min = 32; Max = 52) und Serviceführungskräfte durchschnittlich 53.57 Jahre alt (SD = 4.72; Min = 46; Max = 61).

Tab. 1: Gesamt und proportionale Größe der Berufsgruppen mit Geschlechterverhältnis

Berufszugehörigkeit		Geschlecht		Total
		Frauen	Männer	
Service	Anzahl	5	2	7
	% of total	8.9 %	3.6 %	12.5 %
Verwaltung / IT	Anzahl	3	3	6
	% of total	5.4 %	5.4 %	10.7 %
Pflegerische Stationsleitungen	Anzahl	10	8	18
	% of total	17.9 %	14.3 %	32.1 %
Oberärzt*innen	Anzahl	10	15	25
	% of total	17.9 %	26.8 %	44.6 %
Total	Anzahl	28	28	56
	% of total	50.0 %	50.0 %	100.0 %

2.7.1.2 Geschlechts- und professionsspezifische Analysen der Outcome-Maße

Es wurde analysiert, ob sich die Ausprägung der verschiedenen Outcome-Maße zu den Messzeitpunkten T0 bis T3 punktuell unterschieden zwischen (1) weiblichen und männlichen Führungskräften und (2) Oberärzt*innen, Stationsleitungen, Service- und Verwaltungsführungskräften.

Zudem wurde untersucht, ob die Veränderungen der Outcome-Maße im Verlauf der Studie unterschiedlich ausgeprägt waren zwischen (1) weiblichen und männlichen Führungskräften sowie (2) verschiedenen Berufsgruppen.

Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit (NCC-16). Die Überprüfung der vorliegenden Daten mittels des Shapiro-Wilk-Tests ergaben eine Nicht-Normalverteilung der NCC-Scores weiblicher Führungskräfte zum Messzeitpunkt T0, $W(28) = .916$, $p = .028$. Zudem waren NCC-Scores verschiedener Berufsgruppen nachweislich nicht normalverteilt, $p < .05$. Ein Ausreißer konnte zu den Messzeitpunkten T0, T2 und T3 analysiert werden.

Weibliche und männliche Führungskräfte im Vergleich. Es konnten keine Unterschiede in den NCC-Scores zu den Messzeitpunkten T0-T3 zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften gezeigt werden (T0: $z = -.402$, $p = .688$; T1: $z = -.837$, $p = .403$; T2: $z = -.016$, $p = .987$; T3: $z = -.508$, $p = .611$).

Über den Studienverlauf konnte anhand des Friedman Tests keine signifikante Veränderung der NCC-Scores gezeigt werden, weder für weibliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 1.315, $p = .726$, $n = 28$) noch für männliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 3.288, $p = .349$, $n = 28$).

Verschiedene Berufsgruppen im Vergleich. NCC-Scores verschiedener Berufsgruppen unterschieden sich zum Messzeitpunkt T2, Chi-Quadrat(3) = 8.054, $p = .045$. Eine anschließende Post-hoc-Testungen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten einen signifikanten Unterschied in der NCC-Ausprägung zwischen Serviceführern und Oberärzt*innen ($z = 2.655$, $p = .008$) sowie Servicekräften und Stationsleitungen ($z = 2.496$, $p = .013$). Bei Serviceführern war die NCC-Ausprägung deutlich höher als Oberärzt*innen und Stationsleitungen, siehe Abb. 3. Die Effektstärken liegen bei $r = .47$ bzw. $r = .50$ und entsprechen starken Effekten (Cohen 1988).

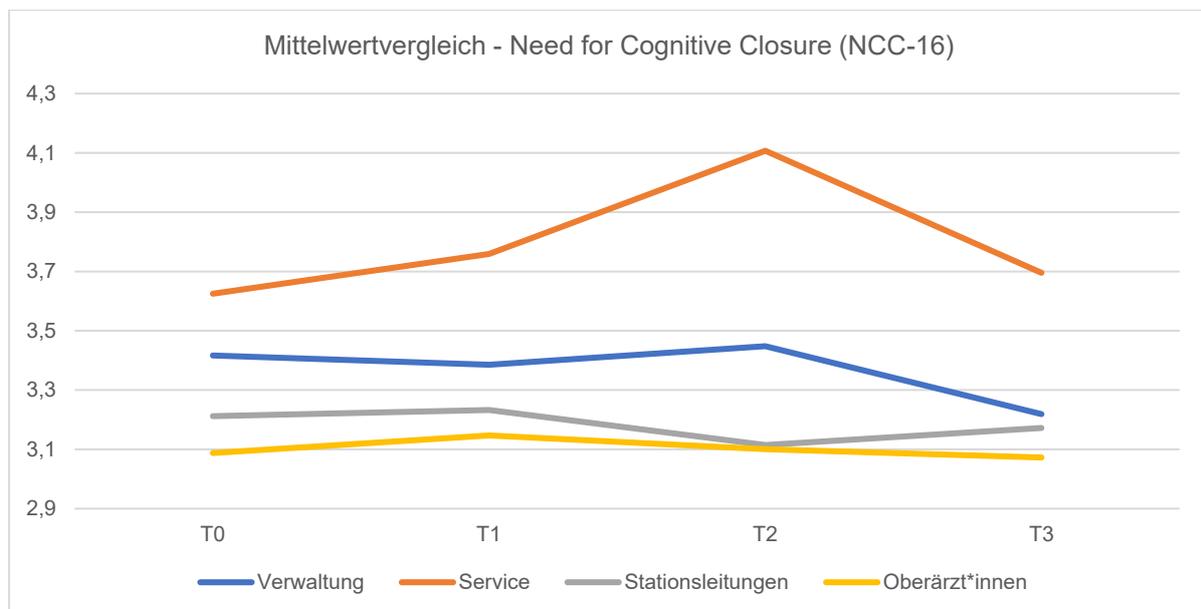


Abb. 3: Mittelwerte der NCC-16 Skala verschiedener Berufsgruppen. *Signifikanter Unterschied zwischen Serviceführern und Oberärzt*innen sowie Stationsleitungen zum Messzeitpunkt T2

Über den Verlauf der Studie konnte für keine Berufsgruppe eine signifikante Veränderung der NCC-Scores gezeigt werden (Service: Chi-Quadrat(3) = 2.829, $p = .419$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = .966, $p = .809$, $n = 6$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 1.068, $p = .785$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 1.830, $p = .608$, $n = 25$).

Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSWE)

Die Normalverteilung der BSWE-Scores verschiedener Berufsgruppen konnte anhand des Shapiro-Wilk-Tests angenommen werden, $p > .05$. Es lagen keine Ausreißer vor. Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit wurden Mittelwerteunterschiede zwischen verschiedenen Subgruppen dennoch mithilfe non-parametrischer Testverfahren untersucht.

Weibliche und männliche Führungskräfte im Vergleich. Weibliche Führungskräfte zeigten geringere BSWE-Scores zum Messzeitpunkt T3 (Mdn = 4.25) als männliche Führungskräfte (Mdn = 4.69), Mann-Whitney-U-Test: $z = -1.784$, $p = .037$, siehe Abb. 4. Die Effektstärke nach Cohen (1988) liegt bei $r = 0.24$ entspricht einem schwachen bis mittleren Effekt.

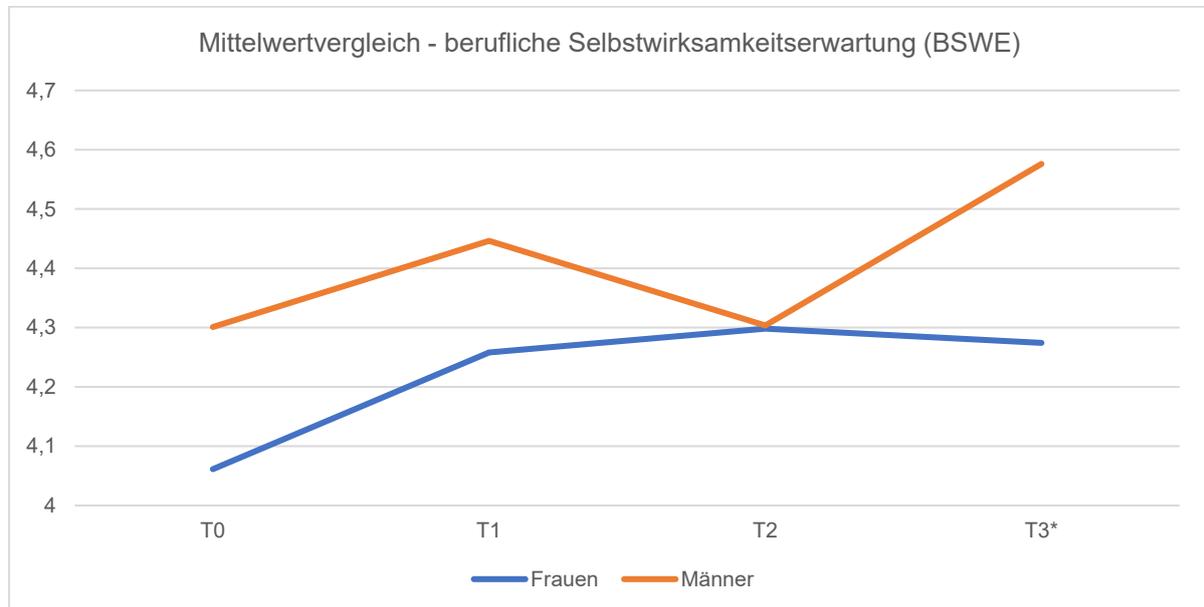


Abb. 4: Mittelwerte der BSWE weiblicher und männlicher Führungskräfte. *Signifikanter Unterschied zum Messzeitpunkt T3

Über den Studienverlauf konnte mittels des Friedman Tests keine signifikante Veränderung der BSWE-Scores gezeigt werden, weder für weibliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 5.922, $p = .115$, $n = 28$) noch für männliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 6.636, $p = .084$, $n = 28$).

Verschiedene Berufsgruppen im Vergleich. BSWE-Scores verschiedener Berufsgruppen zu den Messzeitpunkten T0-T3 unterschieden sich nicht signifikant, (T0: Chi-Quadrat(3) = 3.733, $p = .292$; T1: Chi-Quadrat(3) = 3.054, $p = .383$; T2: Chi-Quadrat(3) = 3.411, $p = .333$; T3: Chi-Quadrat(3) = 1.415, $p = .702$).

Über den zeitlichen Verlauf der Studie konnte für keine Berufsgruppe eine signifikante Veränderung der BSWE-Scores nachgewiesen werden (Service: Chi-Quadrat(3) = 2.956, $p = .398$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 5.542, $p = .136$, $n = 6$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 2.210, $p = .530$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 2.383, $p = .497$, $n = 25$).

Irritationsskala (IS)

Die Überprüfung der Daten ergaben eine Nicht-Normalverteilung der IS-Scores männlicher Führungskräfte zum Messzeitpunkt T3, $W(28) = .894$, $p = .008$. Zudem waren IS-Scores verschiedener Berufsgruppen nachweislich nicht normalverteilt, $p < .05$. Ein Ausreißer konnte zum Messzeitpunkt T3 analysiert werden.

Weibliche und männliche Führungskräfte im Vergleich. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den Scores der IS Gesamtskala zu den Messzeitpunkten T0-T3 zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften gezeigt werden (T0: $z = -1.346$, $p = .091$; T2: $z = -.878$, $p = .193$; T3: $z = -.567$, $p = .288$). Zum Messzeitpunkt T1 weisen weibliche Führungskräfte

beinahe signifikant höhere IS-Scores (Mdn = 3.44) auf als männliche Führungskräfte (Mdn = 2.94) (T1: $z = -1.583$, $p = .057$). Über den gesamten Studienverlauf zeigen weibliche Führungskräfte tendenziell höhere IS-Scores als männliche, siehe Abb. 5.

Die Scores auf der Subskala „Kognitive Irritation“ (KI) unterschieden sich zum Messzeitpunkt T1 signifikant (T1: $z = -2.074$, $p = .019$), weibliche Führungskräfte wiesen höhere Scores auf (Mdn = 4.00) als männliche Führungskräfte (Mdn = 2.80). Zu allen anderen Messzeitpunkt konnte keine Signifikanz nachgewiesen werden (T0: $z = -.797$, $p = .215$, T2: $z = -.962$, $p = .171$, T3: $z = -.757$, $p = .227$). Weibliche Führungskräfte berichteten über den gesamten Studienverlauf höhere KI-Werte, siehe Abb. 4.

Die Scores auf der Subskala „Emotionale Irritation“ (EI) unterschieden sich zu keinem Messzeitpunkt signifikant (T1: $z = -1.217$, $p = .114$; T2: $z = -.640$, $p = .264$; T3: $z = -.559$, $p = .291$). Vor Beginn des Trainings (T0) wiesen weibliche Führungskräfte beinahe signifikant höhere EI-Werte (Mdn = 3.00) als männliche Führungskräfte (Mdn = 2.40) auf (T0: $z = -1.596$, $p = .059$). Tendenziell berichteten weibliche Führungskräfte über den gesamten Studienverlauf höhere EI-Werte als männliche Führungskräfte, siehe Abb. 5.

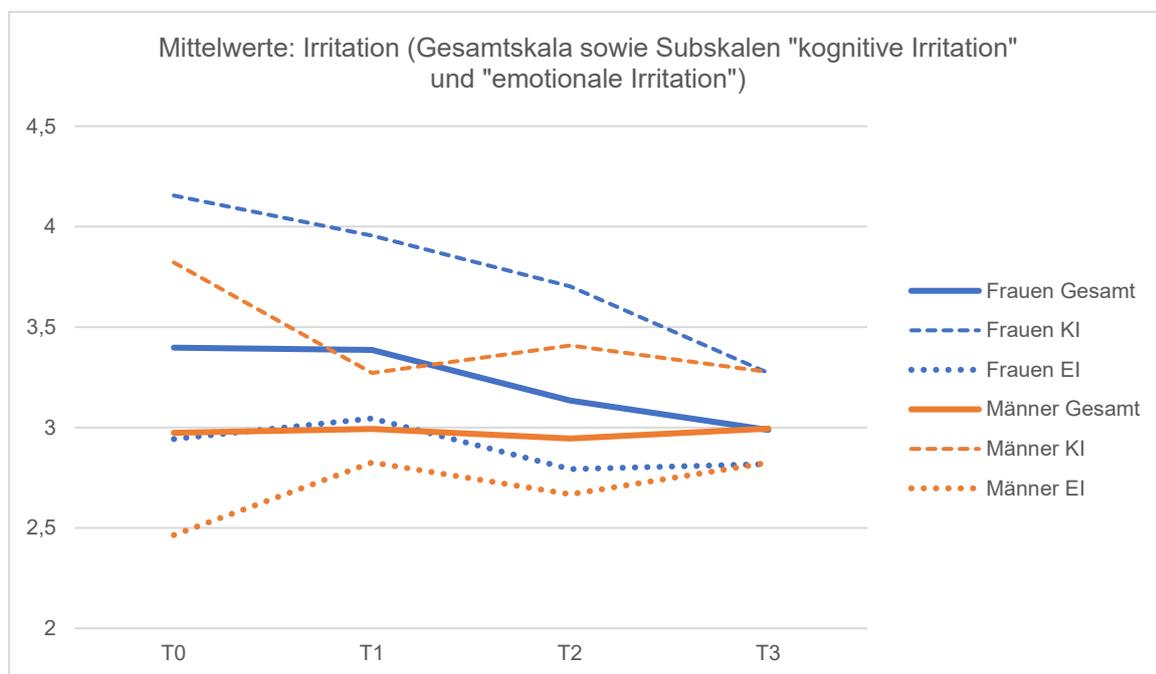


Abb. 5: Mittelwerte der Irritationsskala (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte „kognitive Irritation“ und „emotionale Irritation“) weiblicher und männlicher Führungskräfte. *Signifikanter Unterschied auf der KI-Subskala zum Messzeitpunkt T1

Über den zeitlichen Verlauf der Studie konnte anhand des Friedman Tests keine signifikante Veränderung der IS-Scores gezeigt werden, weder für weibliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 3.958, $p = .266$, $n = 28$) noch für männliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 2.802, $p = .423$, $n = 28$).

Ebenso konnte keine Veränderung der emotionalen Irritation festgestellt werden, weder für weibliche Führungskräfte (EI: Chi-Quadrat(3) = 2.208, $p = .530$, $n = 28$) noch für männliche Führungskräfte (EI: Chi-Quadrat(3) = 3.236, $p = .357$, $n = 28$).

Die kognitive Irritation veränderte sich jedoch signifikant sowohl für weibliche (KI: Chi-Quadrat(3) = 10.004, $p = .019$, $n = 28$) als auch für männliche Führungskräfte (KI: Chi-Quadrat(3) = 11.112, $p = .011$, $n = 28$). Anschließend durchgeführte Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-

Tests) zeigten, dass bei weiblichen Führungskräften eine signifikante Reduktion der kognitiven Irritation zwischen den Messzeitpunkten T0 und T3 erfolgte ($z = .929$, $p = .043$). Mit $r = .18$ handelt es sich hierbei um einen schwachen Effekt (Cohen 1988). Bei männlichen Führungskräften zeigte sich eine signifikante Senkung der kognitiven Irritationswerte vom Messzeitpunkt T0 zu T1 ($z = 1.018$, $p = .019$). Effektstärke nach Cohen (1988) gilt mit $r = .19$ als schwach.

Verschiedene Berufsgruppen im Vergleich. Scores auf der IS Gesamtskala unterschieden sich zu keinem Messzeitpunkt zwischen Oberärzt*innen, Stationsleitungen, Service- und Verwaltungsführungskräften (T0: Chi-Quadrat(3) = 4.048, $p = .256$; T1: Chi-Quadrat(3) = .806, $p = .848$; T2: Chi-Quadrat(3) = 2.210, $p = .530$; T3: Chi-Quadrat(3) = .609, $p = .894$).

Ebenso zeigten sich keine Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen auf den Subskalen KI (T0: Chi-Quadrat(3) = 2.082, $p = .555$; T1: Chi-Quadrat(3) = 1.414, $p = .702$; T2: Chi-Quadrat(3) = .773, $p = .856$; T3: Chi-Quadrat(3) = 2.615, $p = .455$) und EI (T0: Chi-Quadrat(3) = 4.624, $p = .02$; T1: Chi-Quadrat(3) = 1.813, $p = .612$; T2: Chi-Quadrat(3) = 5.327, $p = .149$; T3: Chi-Quadrat(3) = 1.707, $p = .635$).

Über den Studienverlauf konnte für keine Berufsgruppe eine signifikante Veränderung der IS-Gesamtscores gezeigt werden (Service: Chi-Quadrat(3) = 1.209, $p = .751$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 3.490, $p = .322$, $n = 6$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 1.717, $p = .633$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 5.605, $p = .132$, $n = 25$).

Ebenso zeigte sich keine signifikante Veränderung in der emotionalen Irritation in einzelnen Berufsgruppen (Service: Chi-Quadrat(3) = 3.090, $p = .378$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 2.263, $p = .520$, $n = 6$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 3.457, $p = .326$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 1.857, $p = .603$, $n = 25$).

Die kognitive Irritation der Oberärzt*innen nahm über den Studienverlauf nachweislich ab (Chi-Quadrat(3) = 9.678, $p = .022$, $n = 25$). Auch bei Stationsleitungen zeigte sich eine Verbesserung, die jedoch knapp nicht-signifikant war (Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 7.466, $p = .058$, $n = 18$). Bei Service- und Verwaltungsführungskräfte konnte keine Verbesserung der kognitiven Irritation gezeigt werden (Service: Chi-Quadrat(3) = 3.476, $p = .324$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 3.857, $p = .277$, $n = 6$). Anschließend durchgeführte Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten, dass die kognitive Irritation bei Oberärzt*innen zwischen T0 und T3 abnahm ($z = 1.040$, $p = .026$). Mit $r = .21$ handelt es sich hier um einen schwachen Effekt (Cohen 1988).

Erlebte Stressreaktivität (PSRS)

Die Überprüfung der Daten mittels des Shapiro-Wilk-Tests ergaben eine Nicht-Normalverteilung der PSRS-Scores weiblicher Führungskräfte zum Messzeitpunkt T2, $W(28) = .912$, $p = .022$ und T3, $W(28) = .893$, $p = .008$. Zudem waren PSRS-Scores verschiedener Berufsgruppen nachweislich nicht normalverteilt, $p < .05$. Zu den Zeitpunkten T1 und T3 konnten insgesamt zwei Ausreißer analysiert werden.

Weibliche und männliche Führungskräfte im Vergleich. Weibliche Führungskräfte zeigten vor dem Training (T0) höhere PSRS Gesamtscores (Mdn = 25.50) im Vergleich zu männlichen Führungskräften (Mdn = 20.50), T0: $z = -1.880$, $p = .030$. Zu keinem Messzeitpunkt konnten signifikante Unterschiede nachgewiesen werden (T1: $z = -1.395$, $p = .083$; T2: $z = -1.084$, $p = .141$; T3: $z = -1.035$, $p = .153$). Über den gesamten Studienverlauf zeigten weibliche Führungskräfte tendenziell höhere Scores als männliche Führungskräfte, siehe Abb. 6.

Auf der **Subskala „Anhaltende Reaktivität“ (AR)** zeigten sich zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen FK (T1: $z = -1.151$, $p = .127$; T2:

$z = -.914, p = .183$; T3: $z = -.955, p = .172$). Allerdings zeigten weibliche Führungskräfte vor dem Training (T0) beinahe signifikant höhere Scores (Mdn = 4.00) als männliche Führungskräfte (Mdn = 3.00), T0: $z = -1.620, p = .053$.

Ebenso zeigte sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf der **Subskala „Reaktivität bei Arbeitsüberlastung“ (RA)**: T0: $z = -1.481, p = .070$; T1: $z = -.274, p = .395$; T2: $z = -.274, p = .394$; T3: $z = -1.121, p = .133$.

Auch auf der **Subskala „Reaktivität bei Misserfolgen“ (RM)** konnten keine Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften gezeigt werden (T0: $z = -.675, p = .253$; T1: $z = -1.132, p = .131$; T2: $z = -.512, p = .308$; T3: $z = -.492, p = .313$).

Auf der **Subskala „Reaktivität bei sozialer Bewertung“ (RsB)** zeigten weibliche Führungskräfte zu den Messzeitpunkten T1 und T2 signifikant höhere Werte (Mdn T1 = 5.00; Mdn T2 = 4.00) als männliche FK (Mdn T1 = 4.00; Mdn T2 = 3.00) (T1: $z = -2.202, p = .014$; T2: $z = -1.945, p = .026$), siehe Abb. 5. Vor dem Training (T0) und zur Katamnese (T3) konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden (T0: $z = -1.339, p = .092$; T3: $z = -1.560, p = .060$).

Auf der **Subskala „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ (RsK)** zeigten weibliche Führungskräfte vor dem Training (T0) höhere Werte (Mdn = 7.00) als männliche Führungskräfte (Mdn = 6.00) (T0: $z = -2.108, p = .017$), siehe Abb. 5. Zu allen anderen Messzeitpunkten konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (T1: $z = -.290, p = .388$; T2: $z = -.888, p = .190$; T3: $z = -.116, p = .456$).

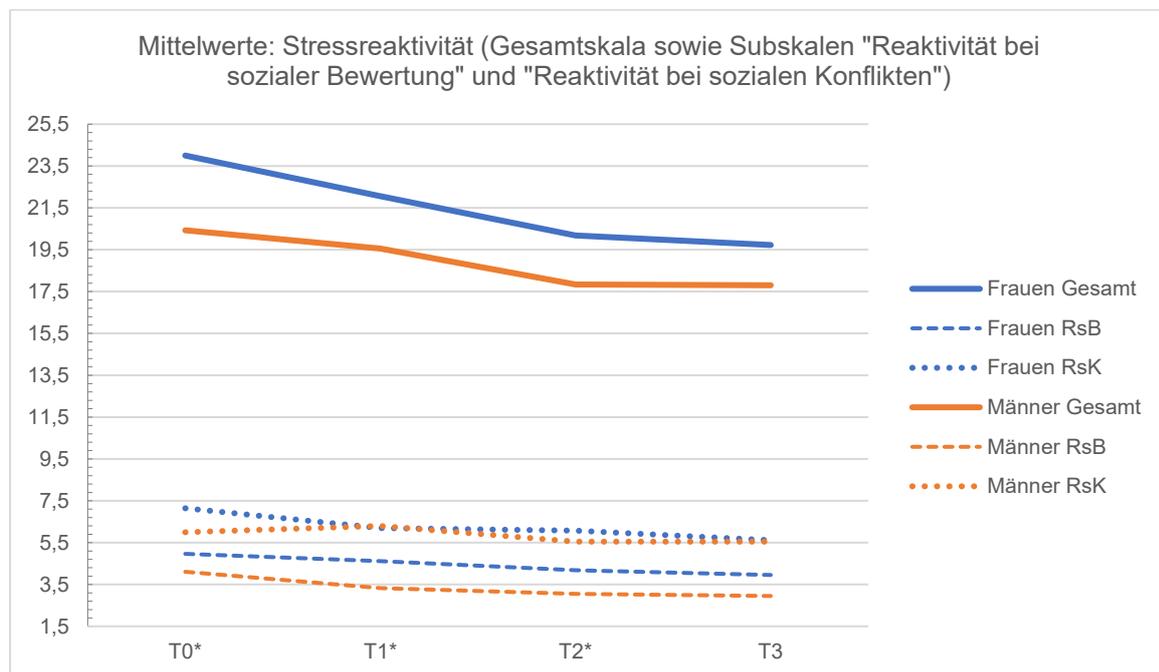


Abb. 6: Mittelwerte der PSRS-Skala (Gesamtwerte sowie Subskalenwerte „Reaktivität bei sozialer Bewertung“ und „Reaktivität bei sozialen Konflikten“) weiblicher und männlicher Führungskräfte. *Signifikanter Unterschied auf der Gesamtskala sowie der RsK-Subskala zum Messzeitpunkt T0 und auf der RsB-Subskala zu den Messzeitpunkten T1 und T2

Über den zeitlichen Verlauf der Studie konnte eine signifikante Verbesserung der PSRS Gesamtscores für weibliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 9.168, $p = .027, n = 28$) und für männliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 13.414, $p = .004, n = 28$) gezeigt werden. Post-

hoc-Testungen nach Dunn-Bonferroni ergaben, dass bei weiblichen Führungskräften eine signifikante Senkung der PSRS-Werte zwischen den Messzeitpunkten T0 und T3 vorlag ($z = .957$, $p = .047$). Bei männlichen Führungskräften verbesserten sich die PSRS-Werte signifikant von T1 zu T3 ($z = 1.036$, $p = .016$). Dies entspricht Effektstärken von $r = .18$ bzw. $r = .20$, womit nach Cohen (1988) schwache Effekte vorliegen.

Die anhaltende Reaktivität veränderte sich über den Studienverlauf nicht, weder für weibliche (Chi-Quadrat(3) = 5.933, $p = .115$, $n = 28$) noch für männliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 4.903, $p = .179$, $n = 28$).

Ebenso konnten keine signifikanten Veränderungen über die Zeit in der Reaktivität bei Arbeitsüberlastung gezeigt werden (weibliche Führungskräfte: Chi-Quadrat(3) = 1.825, $p = .609$, $n = 28$; männliche Führungskräfte: Chi-Quadrat(3) = 5.120, $p = .163$, $n = 28$).

Die Reaktivität bei Misserfolgen konnte signifikant verbessert werden, sowohl bei weibliche (Chi-Quadrat(3) = 12.437, $p = .006$, $n = 28$) als auch bei männlichen Führungskräften (Chi-Quadrat(3) = 17.509, $p = .001$, $n = 28$). Post-hoc-Testungen zeigten eine Verbesserung von T0 zu T2 für männliche Führungskräfte ($z = 1.250$, $p = .002$). Bei weiblichen Führungskräften verbesserte sich die Reaktivität bei Misserfolgen zwischen den Messzeitpunkten T1 und T3 ($z = .957$, $p = .047$).

Die Reaktivität bei sozialer Bewertung konnte für männliche Führungskräfte nachweislich verbessert werden (Chi-Quadrat(3) = 13.014, $p = .005$, $n = 28$), nicht jedoch für weibliche Führungskräfte (Chi-Quadrat(3) = 6.468, $p = .091$, $n = 28$). Post-hoc-Testungen ergaben eine signifikante Verbesserung für männliche Führungskräfte von T0 zu T3 ($z = 1.036$, $p = .016$).

Bei weiblichen Führungskräften zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Reaktivität bei sozialen Konflikten über den Studienverlauf (Chi-Quadrat(3) = 22.062, $p < .001$, $n = 28$). Bei männlichen Führungskräften konnte kein signifikanter Effekt gezeigt werden (Chi-Quadrat(3) = 4.828, $p = .185$, $n = 28$). Post-hoc-Testungen ergaben eine Verbesserung für weibliche Führungskräfte von T0 und T1 ($z = 1.054$, $p = .014$) sowie von T0 zu T3 ($z = 1.446$, $p < .001$).

Verschiedene Berufsgruppen im Vergleich. Die PSRS Gesamtscores von Oberärzt*innen, Stationsleitungen sowie Führungskräfte aus den Bereichen Service und Verwaltung unterschieden sich zu keinem Messzeitpunkt (T0: Chi-Quadrat(3) = 3.329, $p = .344$; T1: Chi-Quadrat(3) = .836, $p = .841$; T2: Chi-Quadrat(3) = 4.070, $p = .254$; T3: Chi-Quadrat(3) = .412, $p = .938$).

Auf der **Subskala „Anhaltende Reaktivität“ (AR)** zeigten sich zum Katamnesezeitpunkt professionsspezifische Unterschiede (T3: Chi-Quadrat(3) = 8.641, $p = .034$).

Anschließende Post-hoc-Testungen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten einen signifikanten Unterschied in der AR-Ausprägung zwischen Oberärzt*innen und Verwaltungsführungskräften ($z = 2.565$, $p = .010$). Verwaltungskräfte wiesen deutlich höhere AR-Scores auf als Oberärzt*innen, siehe Abb. 7. Die Effektstärke liegt bei $r = .46$ und entspricht nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt.

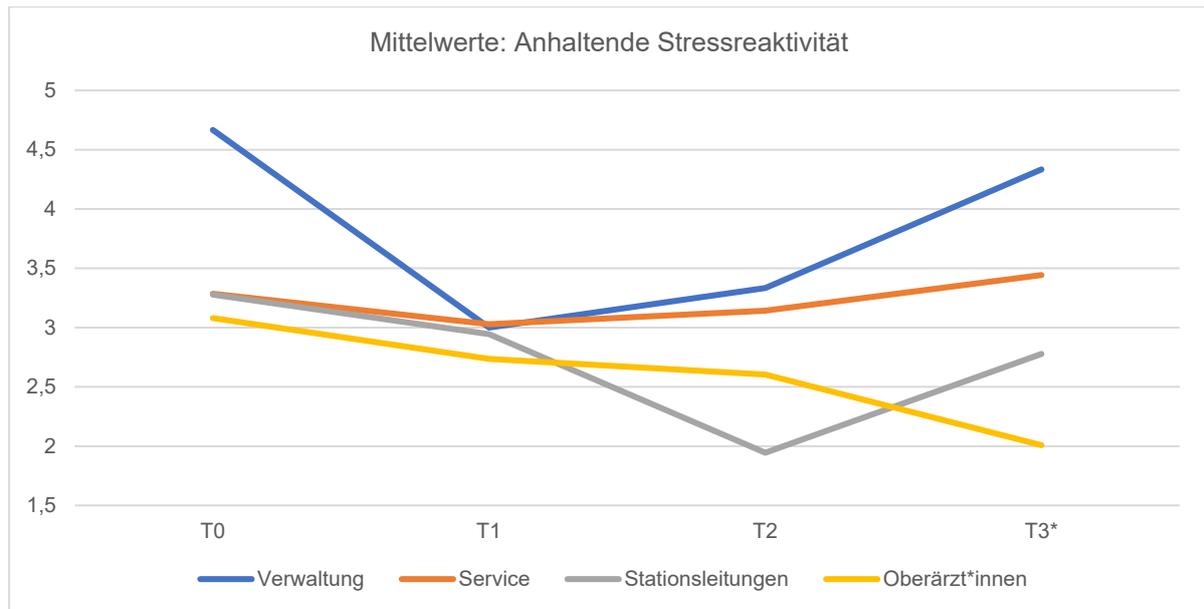


Abb. 7: Mittelwerte der PSRS Subskala „Anhaltende Reaktivität“ (AR) verschiedener Berufsgruppen. *Signifikanter Unterschied zwischen Oberärzt*innen und Verwaltungsführungskräften zum Messzeitpunkt T3

Zu allen anderen Messzeitpunkten konnten keine professionsspezifischen Unterschiede gezeigt werden T0: Chi-Quadrat(3) = 2.561, $p = .464$; T1: Chi-Quadrat(3) = .228, $p = .973$; T2: Chi-Quadrat(3) = 4.178, $p = .243$).

Auf der **Subskala „Reaktivität bei Arbeitsüberlastung“ (RA)** zeigten sich zu keinem Messzeitpunkt signifikanten Unterschieden zwischen den verschiedenen Berufsgruppen: T0: Chi-Quadrat(3) = 1.805, $p = .614$; T1: Chi-Quadrat(3) = .903, $p = .825$; T2: Chi-Quadrat(3) = 3.106, $p = .376$; T3: Chi-Quadrat(3) = .609, $p = .894$.

Ebenso zeigten sich keine professionsspezifischen Unterschiede auf der **Subskala „Reaktivität bei Misserfolgen“ (RM)**: T0: Chi-Quadrat(3) = .457, $p = .928$; T1: Chi-Quadrat(3) = .746, $p = .862$; T2: Chi-Quadrat(3) = 2.488, $p = .478$; T3: Chi-Quadrat(3) = .767, $p = .857$.

Auch auf der **Subskala „Reaktivität bei sozialer Bewertung“ (RsB)** zeigten Oberärzt*innen, Stationsleitungen, Service- und Verwaltungsführungskräfte keine unterschiedlichen Scores: T0: Chi-Quadrat(3) = 5.326, $p = .149$; T1: Chi-Quadrat(3) = 1.181, $p = .757$; T2: Chi-Quadrat(3) = 3.808, $p = .283$; T3: Chi-Quadrat(3) = 2.368, $p = .500$.

Zum Katamnesezeitpunkt (T3) konnten signifikante Unterschiede auf der **Subskala „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ (RsK)** zwischen verschiedenen Berufsgruppen gezeigt werden (T3: Chi-Quadrat(3) = 8.021, $p = .046$).

Post-hoc-Testungen mithilfe Dunn-Bonferroni-Tests zeigten einen signifikanten Unterschied in der RsK-Ausprägung zwischen Oberärzt*innen und Verwaltungskräften ($z = -2.330$, $p = .020$). Bei Oberärzt*innen war die RsK-Ausprägung deutlich höher als bei Verwaltungskräften, siehe Abb. 8. Die Effektstärken liegt bei $r = .42$ und entspricht einem mittleren Effekten (Cohen 1988).

Zu allen anderen Messzeitpunkten konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (T0: Chi-Quadrat(3) = 3.902, $p = .272$; T1: Chi-Quadrat(3) = 1.997, $p = .573$; T2: Chi-Quadrat(3) = 5.601, $p = .133$).

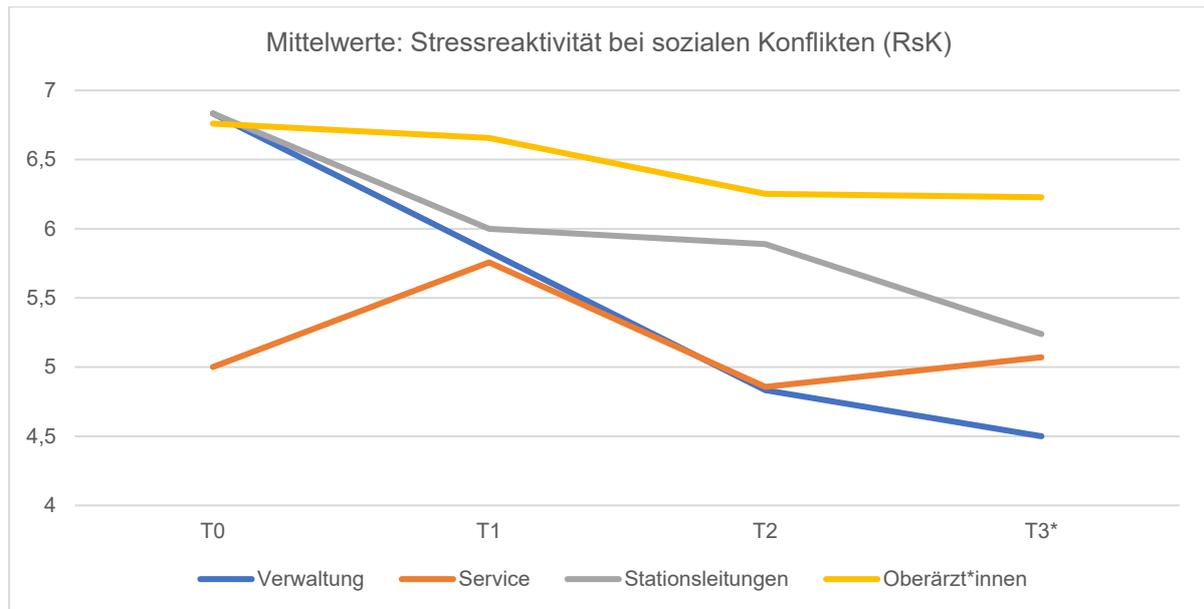


Abb. 8: Mittelwerte der PSRS Subskala „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ (RsK) verschiedener Berufsgruppen. *Signifikanter Unterschied zwischen Oberärzt*innen und Verwaltungsführungskräften zum Messzeitpunkt T3

Für Stationsleitungen und Oberärzt*innen konnte über den Studienverlauf eine signifikante Veränderung der PSRS-Gesamtscores gezeigt werden (Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 14.070, $p = .003$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 7.821, $p = .050$, $n = 25$). Für Verwaltungs- und Servicekräfte konnte dies nicht gezeigt werden (Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 7.158, $p = .067$, $n = 6$; Service: Chi-Quadrat(3) = 1.388, $p = .708$, $n = 7$). Anschließende Post-hoc-Testungen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten eine signifikante Abnahme der PSRS-Werte der Stationsleitungen zwischen T1 und T2 ($z = 1.167$, $p = .040$). Mit $r = .28$ handelt es sich hier um einen mittleren Effekt (Cohen 1988). Bei Oberärzt*innen konnte eine Abnahme der PSRS-Gesamtscores von T0 zu T3 gezeigt werden ($z = .960$, $p = .050$). Die Effektstärke von $r = .19$ entspricht nach Cohen (1988) einem schwachen Effekt.

Über den zeitlichen Verlauf konnten Verbesserungen der anhaltenden Reaktivität bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen festgestellt werden (Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 10.956, $p = .012$, $n = 25$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 8.185, $p = .042$, $n = 18$). Für Verwaltungs- und Servicekräfte konnte dies nicht gezeigt werden (Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 2.217, $p = .529$, $n = 6$; Service: Chi-Quadrat(3) = .098, $p = .992$, $n = 7$). Post-hoc-Analysen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten eine Abnahme der anhaltenden Reaktivität der Oberärzt*innen von T0 zu T3 ($z = 1.020$, $p = .031$). Bei Stationsleitungen konnte die Abnahme der anhaltenden Reaktivität von T0 zu T2 knapp signifikant gezeigt werden ($z = 1.056$, $p = .052$). Mit einer Effektstärke von $r = .20$ bzw. $r = .25$ handelt es sich hierbei um schwache bis mittlere Effekte (Cohen 1988).

Die Reaktivität bei Arbeitsüberlastung verbesserte sich über den Studienverlauf bei keiner Berufsgruppe nachweislich (Service: Chi-Quadrat(3) = 5.066, $p = .167$, $n = 7$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 2.518, $p = .472$, $n = 6$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 1.357, $p = .716$, $n = 18$; Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 5.186, $p = .159$, $n = 25$).

Über den Studienverlauf hinweg konnte bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen die Reaktivität bei Misserfolgen reduziert werden (Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 12.302, $p = .006$, $n = 25$; Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 8.368, $p = .042$, $n = .039$). Für Verwaltungs-

und Servicekräfte war dies nicht der Fall (Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 4.327, $p = .228$, $n = 6$; Service: Chi-Quadrat(3) = 1.800, $p = .615$, $n = 7$). Post-hoc-Analysen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten eine Abnahme der Reaktivität bei Misserfolgen der Oberärzt*innen von T0 zu T2 ($z = .980$, $p = .044$). Bei Stationsleitungen konnte eine Abnahme der Reaktivität von T0 zu T2 knapp signifikant gezeigt werden ($z = .833$, $p = .053$). Mit Effektstärken von $r = .20$ handelt es sich um schwache Effekte (Cohen 1988).

Die Reaktivität bei sozialer Bewertung nahm bei Oberärzt*innen über den Studienverlauf nachweislich ab (Chi-Quadrat(3) = 9.930, $p = .019$, $n = 25$). Für andere Berufsgruppen konnte dies nicht gezeigt werden (Stationsleitungen: Chi-Quadrat(3) = 4.420, $p = .220$, $n = 18$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 7.380, $p = .061$, $n = 6$; Service: Chi-Quadrat(3) = 1.373, $p = .712$, $n = 7$). Anschließende Post-hoc-Analysen (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigten eine Abnahme der Reaktivität bei Misserfolgen der Oberärzt*innen von T0 zu T3 ($z = 1.060$, $p = .022$). Mit einer Effektstärke von $r = .21$ liegt hier ein schwacher Effekt (Cohen 1988) vor.

Die Reaktivität bei sozialen Konflikten konnte bei Stationsleitungen über den zeitlichen Verlauf der Studie reduziert werden (Chi-Quadrat(3) = 11.474, $p = .009$, $n = 18$). Für andere Berufsgruppe konnte keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden (Oberärzt*innen: Chi-Quadrat(3) = 3.044, $p = .385$, $n = 25$; Verwaltung: Chi-Quadrat(3) = 4.684, $p = .196$, $n = 6$; Service: Chi-Quadrat(3) = .931, $p = .818$, $n = 7$). Dunn-Bonferroni post-hoc-Tests zeigten eine Abnahme der Reaktivität bei sozialen Konflikten der Stationsleitungen von T0 zu T3 ($z = 1.306$, $p = .014$). Mit einer Effektstärke von $r = .31$ handelt es sich hier um einen mittleren Effekt (Cohen 1988).

2.7.1.3 Zusammenfassung der quantitativen Analysen

Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit (NCC-16)

Das Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit einzelner Subgruppen konnte über das Training hinweg nicht verändert werden. Im Vergleich waren die NCC-Werte von Oberärzt*innen geschlechtsunabhängig niedriger als die von Serviceführungskräften: Im Trend über die gesamte Studiendauer, signifikant nach der Intensivphase des Trainings (zum Messzeitpunkt T2).

Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSWE)

Die berufliche Selbstwirksamkeit der einzelner Subgruppen konnte im Studienverlauf nicht verbessert werden. Frauen gaben im Trend an, sich über den gesamten Studienverlauf weniger selbstwirksam zu fühlen als Männer, dieser Unterschied war professionsunabhängig zur Kattamnese signifikant.

Stresserleben (dargestellt durch die Irritations- und Stressreaktivitätsskala)

Emotionale und kognitive Irritation. Die emotionale Irritation einzelner Subgruppen konnte über das Training hinweg nicht verbessert werden. Die kognitive Irritation verbesserte sich nachweislich und geschlechtsunabhängig, jedoch nachweislich nur bei der Berufsgruppe der Oberärzt*innen.

Weibliche Führungskräfte wiesen im Trend über den gesamten Studienverlauf eine höhere kognitive wie emotionale Irritation auf als männliche Führungskräfte, in Bezug auf die kognitive Irritation erwiesen sich Frauen nach der Intensivphase des Trainings als signifikant belasteter.

Erlebte Stressreaktivität. Die erlebte Stressreaktivität einzelner Subgruppen konnte geschlechtsunabhängig über den Verlauf der Studie verbessert werden. Die Verbesserung

konnte jedoch nur für Oberärzt*innen und Stationsleitungen gezeigt werden, nicht aber für Verwaltungs- und Servicekräfte.

Im Speziellen konnte bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen (jeweils geschlechtsunabhängig) die anhaltende Stressreaktivität (AR) und die Stressreaktivität bei Misserfolgen (RM) verringert werden.

Geschlechts- und professionsabhängige Ergebnisse zeigten sich zudem bei der Reaktivität bei sozialer Bewertung (RsB) und der Reaktivität bei sozialen Konflikten (RsK):

Die Reaktivität bei sozialer Bewertung verbesserte sich signifikant bei männlichen Oberärzten. Die Reaktivität bei sozialen Konflikten konnte signifikant bei weiblichen Stationsleitungen verbessert werden.

Weibliche Führungskräfte erwiesen sich insgesamt zum Zeitpunkt vor dem Training als signifikant stressreaktiv belasteter als männliche Führungskräfte, dies setzte sich im Trend bis zur Katamnese fort.

Im Speziellen zeigten Frauen punktuell im Studienverlauf eine höhere Reaktivität bei sozialer Bewertung (RsB) und vor dem Training eine höhere Reaktivität bei sozialen Konflikten (RsK).

Oberärzt*innen wiesen zum Katamnesezeitpunkt eine geringere anhaltende Reaktivität (AR) (mittleren Effekt) und eine höhere Reaktivität bei sozialen Konflikten (RsK) als Verwaltungsführungskräfte auf (schwachen Effekt).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Weibliche Führungskräfte zeigten sich gestresster (PSRS, IS) und erlebten sich weniger selbstwirksam (BSWE) als männliche Führungskräfte. Zudem zeigt sich die Berufsgruppe der Oberärzt*innen ambiguitstoleranter als alle anderen Berufsgruppen, der größte Unterschied besteht zwischen Oberärzt*innen (geringe NCC-Ausprägung) und Servicekräften (hohe NCC-Ausprägung).

2.7.2 Qualitative Einzelinterviews

2.7.2.1 Prä-Interviews: Geschlechts- und professionsspezifische Unterschiede

Unmittelbares Erleben von Dilemmata.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Ärger und Belastung in Bezug auf Dilemmata wurden sowohl von weiblichen als auch männlichen Führungskräften berichtet, wobei weibliche häufiger als männliche Führungskräfte von *Belastung* berichteten (Frauen: 50.0%, n = 14; Männer: 42.9%, n = 12). Es konnten keine qualitativen Unterschiede in den Beschreibungen der Belastungen zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften gefunden werden.

Ärger wurde im Vergleich häufiger von männlichen Führungskräften genannt (Frauen: 53.6%, n = 15; Männer: 67.9%, n = 19).

Mehr als die Hälfte der männlichen Führungskräfte berichtete, Dilemmata mit *Akzeptanz* zu begegnen (51.9%, n = 14), während nur weniger als ein Drittel aller weiblichen Führungskräfte von Akzeptanz in Bezug auf Dilemmata berichtete (32.1%, n = 9).

Mehr als die Hälfte der weiblichen Führungskräfte berichtete davon, sich häufig *durch andere abgewertet* zu fühlen (57.1%, n = 16), während nur knapp ein Drittel der männlichen Führungskräfte dies berichtete (32.1%, n = 9).

Zudem berichteten weibliche Führungskräfte häufiger als männliche Führungskräfte davon, ein *schlechtes Gewissen und Schuldgefühle* zu haben, sich *ratlos und ohnmächtig* zu fühlen, *sich selbst abzuwerten* sowie *Angst und Traurigkeit* zu empfinden (siehe Abb. 9).

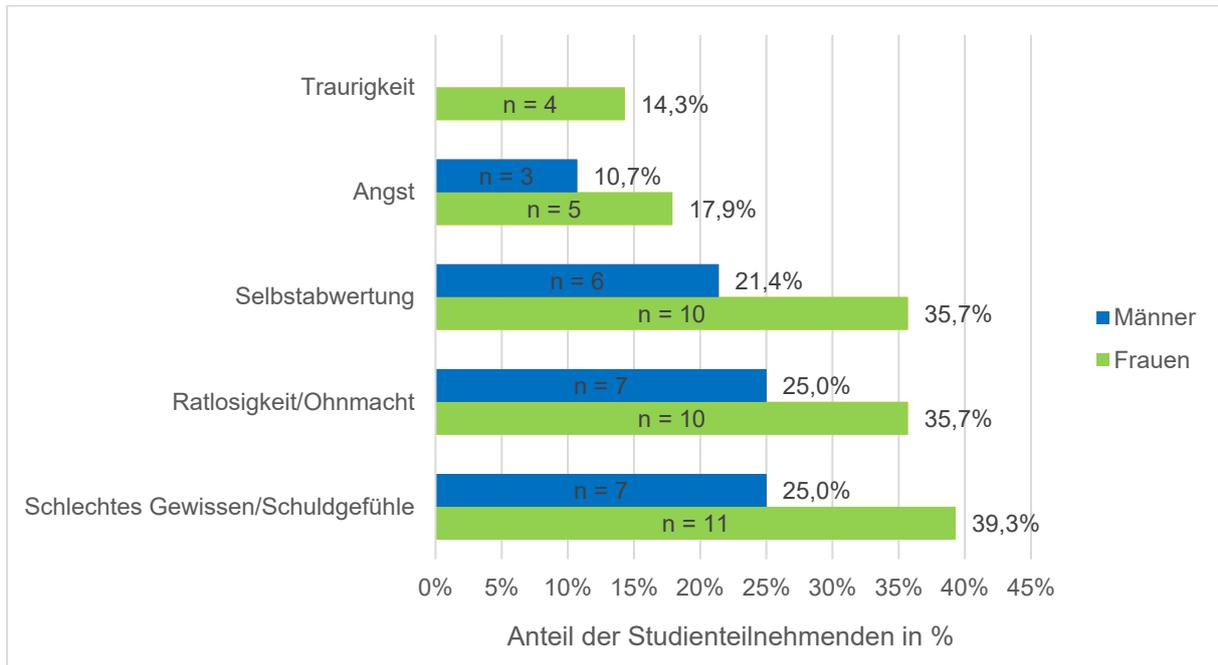


Abb. 9: Dilemmaerleben von weiblichen und männlichen Führungskräften

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionsgruppen. Ärger gehörte bei allen Berufsgruppen zu den am häufigsten genannten Erlebensqualitäten in Bezug auf Dilemmata: Oberärzt*innen und Serviceführungskräfte benannten Ärger als ihre häufigste Empfindung (Oberärzt*innen: 64.0%, n = 16 ; Serviceführungskräfte: 71.4%, n = 5), bei Führungskräften aus der Pflege und der Verwaltung war Ärger die zweithäufigste Empfindung in Verbindung mit Dilemmata (Pflege: 50.0%, n = 9, Verwaltung: 66.7%, n = 4).

Pflegerische Stationsleitungen und Führungskräfte aus den Bereichen Verwaltung und Service gaben an, dass *Abwertung durch andere* eine bedeutende Rolle für sie spielen (Pflege: 55.6%, n = 10; Verwaltung: 66.7%, n = 4; Service: 42.9%, n = 3), Oberärzt*innen nannten dies deutlich seltener (32.0%, n = 8). Die Hälfte der Verwaltungskräfte (n = 3) berichtete zudem von Selbstabwertung.

Oberärzt*innen berichteten bereits vor dem Training von hoher *Akzeptanz* in Bezug auf die erlebten Dilemmata:

„[...] wenn das einigermaßen jetzt gut über die Bühne geht, wie auch immer, dann freue ich mich, dass ich das irgendwie geschafft habe. Aber wenn das nicht gut ausgeht, dann (.) habe ich jetzt schon das Gefühl, ich habe (.) es so versucht, wie es geht und kann damit eigentlich auch ganz gut leben ehrlich gesagt.“ (Oberarzt, qs1719, Sinsheim)

Alle anderen Berufsgruppen berichteten vor dem Training deutlich seltener als Oberärzt*innen davon, Dilemmasituationen akzeptieren zu können.

Verwaltungsführungskräfte beschrieben Dilemmata vor dem Training am häufigsten als belastend (66.7%, n = 4), gefolgt von Servicekräften (57.1%, n = 4), Pflegekräften (50.0%, n = 9) und Oberärzt*innen (36.0%, n = 9).

Die Empfindungen, die häufiger von weiblichen Führungskräften berichten wurden (siehe Abb. 2), nannten auch verschiedene Berufsgruppen unterschiedlich häufig.

Schlechtes Gewissen und Schuldgefühle (insgesamt von 32.1%, n = 18 aller Interviewees genannt) wurde am häufigsten von pflegerischen Stationsleitungen berichtet. Die Hälfte aller Stationsleitungen (n = 9) berichtete Schuldgefühle, darunter mehr weibliche Pflegekräfte (n = 5) als männliche. Zudem gab ein Drittel der Verwaltungsführungskräfte (n = 2, beide weiblich) und mehr als ein Viertel der Oberärzt*innen (28.0%, n = 7, davon n = 4 weiblich) an, Schuldgefühle zu haben.

Pflegekräfte berichten also im Vergleich mit anderen Berufsgruppen am häufigsten von Schuldgefühlen. Über alle Berufsgruppen hinweg, ist eine klare Geschlechterprävalenz zu erkennen: Weibliche Führungskräfte in allen Berufsgruppen berichten häufiger von Schuldgefühlen.

Ein ähnliches Muster zeigte sich bei *Ratlosigkeit und Ohnmacht*. Unter den insgesamt 30.4% Interviewees (n = 17), die angaben, sich ratlos und ohnmächtig zu fühlen, waren die Pflegekräfte die deutliche Mehrheit (n = 9), darunter mehr weibliche Pflegekräfte (n = 5) als männliche. Die Hälfte aller pflegerischen Stationsleitungen, ein Drittel der Verwaltungsführungskräfte (n = 2, beide weiblich) und knapp ein Viertel der Oberärzt*innen (24.0%, n = 6, davon n = 4 weiblich) berichtete von Ratlosigkeit und Ohnmacht.

Verglichen mit anderen Berufsgruppen berichten Pflegekräfte am häufigsten davon, sich ratlos und ohnmächtig zu fühlen. Weibliche Führungskräfte aller Berufsgruppen berichten häufiger von Ratlosigkeit und Ohnmacht als männliche Führungskräfte.

Selbstabwertung (insgesamt von 28.6%, n = 16 aller Interviewees genannt) wurden am häufigsten von Verwaltungsführungskräften berichtet. Die Hälfte aller Führungskräfte aus der Verwaltung (n = 3, davon alle weiblich) gab an, sich im Zusammenhang mit Dilemmata selbst abzuwerten. Zudem berichteten 44.4% (n = 8, davon n = 5 weiblich) der Stationsleitungen, 28.6% (n = 2, davon alle weiblich) der Serviceführungskräfte und 12.0% (n = 3, darunter n = 2 weiblich) der Oberärzt*innen von Selbstabwertung.

Weibliche Verwaltungsführungskräfte gaben am häufigsten an, sich selbst abzuwerten. Über alle Berufsgruppen hinweg berichteten weibliche Führungskräfte häufiger als männliche von Selbstabwertung.

Von *Angst* berichteten insgesamt 14.3% (n = 8) aller Interviewees, unter ihnen hauptsächlich Oberärzt*innen. Knapp ein Viertel aller Oberärzt*innen (24.0%, n = 6) berichteten im Zusammen mit Dilemmata von Angst, darunter 50.0% weibliche Oberärztinnen. Zudem gab je eine weibliche Führungskraft aus den Bereichen Service (14.3%) und Pflege (5.6%) an, Angst zu empfinden.

Verglichen mit anderen Berufsgruppen berichteten Oberärzt*innen am häufigsten von Angst, gleichwohl weibliche Ärztinnen wie männliche Ärzte. Führungskräfte anderer Berufsgruppen, die von Angst berichteten, waren alle weiblich.

Traurigkeit (insgesamt von 7.1%, n = 4 aller Interviewees angegeben) wurde von 28.6% (n = 2) aller Serviceführungskräfte und von 8.0% (n = 2) aller Oberärztinnen genannt. Traurigkeit wurde ausschließlich von weiblichen Führungskräften genannt (siehe Abb. 2).

Auswirkungen auf Berufsalltag und Privatleben.

Insgesamt berichteten die Interviewees von negativen Auswirkungen des sich-im-Dilemma-Befindens sowohl auf ihren beruflichen Alltag (z.B. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Abnahme der Arbeitsqualität, Angst vor der Arbeit und/oder Kolleg*innen) als auch auf ihr Privatleben (z.B. belastete soziale Beziehungen aufgrund von Gereiztheit, gedankliche Beschäftigung mit ungelösten Dilemmata auch nach Arbeitsschluss).

Von denjenigen Interviewees, die Angaben zu Auswirkungen auf Berufsalltag und Privatleben durch Dilemmata machten (76.8%, n = 43), berichten insgesamt 76.7% (n = 33) von Auswirkungen auf ihr Privatleben, 62.8% (n = 27) von Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag.

Insgesamt gaben 14,0% (n = 6) aller Interviewees, die Angaben zu Auswirkungen machten, explizit an, Dilemmata hätten keinen Einfluss.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Von denjenigen Interviewees, die von negativen Auswirkungen auf ihr Privatleben berichteten, waren 54.5% (n = 18) männlich. Von denjenigen Interviewees, die von negativen Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag berichteten, waren 55.5% (n = 15) weiblich.

Die Häufigkeit der berichteten negativen Auswirkungen unterscheidet sich also kaum zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften, mit einer marginalen Tendenz, in der männliche Führungskräfte häufiger als weibliche Führungskräfte von negativen Auswirkungen auf ihr Privatleben berichten und weibliche Führungskräfte häufiger von Auswirkungen auf ihren Berufsalltag berichten.

Von denjenigen Führungskräften, die angaben, Dilemmata hätten keinen Einfluss auf Privat- und Berufsleben, waren 83.3% (n = 5) männlich. Männliche Führungskräfte verneinten den Einfluss von Dilemmata auf ihren privaten sowie beruflichen Alltag also häufiger als weibliche Führungskräfte.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionsgruppen. Über alle Berufsgruppen hinweg, äußerten sich deutlich mehr als die Hälfte aller befragten Führungskräfte zu Auswirkungen auf ihr Privat- und Berufsleben. Gemessen an der Gruppengröße äußerten sich Oberärzt*innen hierzu am häufigsten (88.0%, n = 22), gefolgt von Führungskräften der Verwaltung (83.3%, n = 5) und dem Servicebereich (71.4%, n = 5). Pflegerische Stationsleitungen äußerten sich im Vergleich am wenigsten zu diesem Thema (61.1%, n = 11).

Alle Berufsgruppen berichteten häufiger von negativen Auswirkungen auf ihr Privatleben als auf ihren Berufsalltag. Deutliche Unterschiede zeigten sich bei Verwaltung (privat: 80.0%, n = 4; beruflich: 60.0%, n = 3), Service (privat: 60.0%, n = 3; beruflich: 40.0%, n = 2) und der Pflege (privat: 81.8%, n = 9; beruflich: 54.5%, n = 6), während Oberärzt*innen in nahezu gleicher Ausprägung von Auswirkungen auf ihr Privatleben und ihr berufliches Arbeiten berichteten (privat: 77.3%, n = 17; beruflich: 72.7%, n = 16).

Oberärzt*innen verneinten als einzige Berufsgruppe negative Auswirkungen von Dilemmata auf ihren beruflichen Alltag. Von den insgesamt 88.0% (n = 22) der Oberärzt*innen, die sich zu Auswirkungen äußerten, gab über ein Viertel (27.3%, n = 6) an, ihr Berufsalltag sei nicht durch Dilemmata beeinflusst, darunter 83.3% männliche Oberärzte (n = 5). Von allen Interviewees, die angaben, Dilemmata würden ihr Privatleben nicht beeinflussen, lag der Anteil der Oberärzt*innen bei 66.7% (n = 4), darunter 75.0% männliche Oberärzte (n = 3).

2.7.2.2 (Zwischen-)Zusammenfassung: Prä-Interviews

Zusammenfassend lässt sich sagen: Ärger als Reaktion auf Dilemmasituationen stellt den gemeinsamen Nenner aller Berufsgruppen dar. Abwertung durch andere spielt bei Pflegenden, Service- und Verwaltungskräften eine Rolle, bei Ärzt*innen deutlich seltener.

Weibliche Führungskräfte fühlen sich stärker als männliche Führungskräfte durch Dilemmasituationen belastet, nach ihren Entscheidungen häufiger abgewertet, erleben mehr Schuldgefühle, Angst und Traurigkeit. Männliche Führungskräfte, vor allem Oberärzte, gaben häufiger als weibliche Führungskräfte an, den Dilemmacharakter von Situationen zu akzeptieren, reagieren gleichzeitig aber häufiger ärgerlich.

2.7.2.3 Post-Interviews: Geschlechts- und professionsspezifische Unterschiede

Unmittelbares Erleben von Dilemmata.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Im Post-Interview schilderten sowohl weibliche wie männliche Führungskräfte ihr Erleben von Dilemmata als von *Akzeptanz, angenehmen Gefühlen* und *Gelassenheit* geprägt (siehe Abb. 17).

Weibliche Führungskräfte berichteten im Post-Interview häufiger von *Belastung* als männliche Führungskräfte (Frauen: 67.9%, n = 19; Männer: 53.6%; n = 15). Es konnten keine qualitativen Unterschiede in den Beschreibungen der Belastungen zwischen weiblichen und männlichen Führungskräften gefunden werden.

Gleichzeitig gaben weibliche Führungskräfte häufiger an, Dilemmata mit *Akzeptanz* (Frauen: 96.4%, n = 27; Männer: 78.6%, n = 22) und *Gelassenheit* (Frauen: 85.7%, n = 24; Männer: 71.4%, n = 20) zu begegnen. Ebenso berichteten weibliche Führungskräfte nach dem Training im Vergleich zu männlichen Führungskräften häufiger von *angenehmen Gefühlen* im Zusammenhang mit Dilemmata (Frauen: 89.3%, n = 25; Männer: 71.4%, n = 20).

So berichten weibliche Führungskräfte zum Post-Zeitpunkt häufiger von *positiven Gefühlen* (Erleichterung, Entlastung, Gefühl von gewappnet Sein), die durch das erlernte Dilemmaverständnis ermöglicht wurden.

Eine Oberärztin berichtet von Entlastung:

„Naja, also diese Situation oder diese Gedanken: ‚Ich kann es nicht so lösen, egal, was ich, wie ich mich drehe und wende, ich kann es nicht so lösen, dass alle zufrieden sind. Also muss ich eine Lösung finden, mit der möglichst viele möglichst viel zufrieden sind. Und möglichst ich auch noch.‘ (...) Aber es wird, ich kann nachdenken so viel wie ich will, ich komme nicht auf eine Lösung, die für alle prima ist. Und das entlastet halt auch. (...) Oder vielleicht auch, dass man hinterher jemandem sagen kann: ‚Ok, ja, ich hätte es auch anders entscheiden können, es wäre genauso schlecht gewesen, oder genauso insuffizient, oder genauso unvollkommen. Aber jetzt habe ich mich halt aus den und den Gründen dafür entschieden.‘“ (Oberärztin, dg47, Sinsheim)

Eine Führungskraft aus dem Servicebereich beschreibt Erleichterung:

„Na gut ich habe es jetzt- habe es gerade gestern mit jemandem darüber gehabt. (...) Auch über ein Problem, das ein Dilemma ist. Und das habe ich eigentlich eher (...) ziemlich mit Humor gesehen. Also ich musste da auch lachen. Ich habe gesagt „Ja, das ist ein Dilemma“, ne? Aber es ist ja gesteuert von oben, weil ja von oben keine Entscheidung kommt. Und täglich grüßt das Murmeltier. Und habe das dann eher mit (...) Humor genommen, ja.“ (weibliche Serviceführungskraft, qr1718, Schwetzingen)

Eine weitere Oberärztin schildert, dass sie sich durch ein vertieftes Dilemmaverständnis gestärkt fühle:

„Also ich fühle mich auch innerlich besser, ähm, gewappneter, in manchen Situationen. Wie gesagt natürlich nicht immer, das gelingt nicht immer. Und auch jetzt muss man das natürlich dann abwarten, wie sich das jetzt letztendlich dann wirklich weiterentwickelt. Aber ich fühle mich einfach besser, bestärkter irgendwie.“ (Oberärztin, j11012, Weinheim)

Eine Führungskraft aus dem Servicebereich beschreibt die positiven Auswirkungen ihrer akzeptierenden Haltung:

„Aber ich finde das auch nicht mehr so schlimm, dass ich nicht die stimmige Lösung finden kann. Abends denke ich irgendwie ‚das habe ich gut hingekriegt‘“ (weibliche Serviceführungskraft, bc23, Eberbach)

Die Hälfte der Verwaltungsführungskräfte (n = 3) sowie 14.3% der Führungskräfte aus dem Servicebereich (n = 1) und 11.1% der Stationsleitungen (n = 2) berichteten zum Post-Zeitpunkt, sich durch andere Personen in ihrem beruflichen Umfeld abgewertet zu fühlen. Keine*r der Oberärzt*innen berichteten hiervon.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionsgruppen. Nach dem Training berichteten alle Berufsgruppen von Akzeptanz, angenehmen Gefühlen und/oder Gelassenheit in Bezug auf Dilemmasituationen.

Dilemmata wurden zum Post-Zeitpunkt von verschiedenen Berufsgruppen als unterschiedlich belastend beschrieben. Am häufigsten berichteten Stationsleitungen von Belastung in Zusammenhang mit Dilemmata (72.2%, n = 13), gefolgt von Verwaltungsführungskräften (66.7%, n = 4), und Oberärzt*innen (60.0%, n = 15). Serviceführungskräfte beschrieben Dilemmata zum Post-Zeitpunkt im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am seltensten als belastend (28.6%, n = 2).

Alle Berufsgruppen berichteten zum Post-Zeitpunkt von Ärger in Zusammenhang mit Dilemmata, darunter die Hälfte aller Verwaltungsführungskräfte (n = 3) und weniger als die Hälfte aller Führungskräften aus den Bereichen Service (42.9%, n = 3), Pflege (38.9%, n = 7) und Ärzt*innenschaft (44.0%, n = 11).

Die Hälfte der Verwaltungsführungskräfte (n = 3) sowie 14.3% der Führungskräfte aus dem Servicebereich (n = 1) und 11.1% der Stationsleitungen (n = 2) berichteten zum Post-Zeitpunkt, sich durch andere Personen in ihrem beruflichen Umfeld abgewertet zu fühlen. Keine*r der Oberärzt*innen berichteten hiervon.

Wirkmechanismen. (Was bewirkt, dass es den Menschen hinterher anders geht als vorher?)

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Sowohl weibliche als auch männliche Führungskräfte gaben als wichtigsten Wirkmechanismus des Trainings an, ein verbessertes Verständnis über ihre eigenen inneren Prozesse (emotional sowie kognitiv) und typischen Reaktionsmuster in Bezug auf Dilemmata (z.B. das Bewusstsein persönlicher Prämissen, Reflexion über die Auswirkungen der eigenen Handlungen auf anderen, usw.) erlangt zu haben (Frauen: 92.9%, n = 26; Männer: 85.7%, n = 24).

An zweiter Stelle nannten weibliche Führungskräfte den Vergleich mit anderen Trainingsteilnehmenden sowie ein durch das Training angeregtes Solidarisierungsempfinden gegenüber anderen Kolleg*innen (82.1%, n = 23).

Männliche Führungskräfte bewerteten den Vergleich mit anderen Trainingsteilnehmenden sowie Solidarisierung innerhalb der Seminargruppe als weniger bedeutsam (siehe Abb. 10).

Weibliche Führungskräfte gaben zudem deutlich häufiger als männliche Führungskräfte an, die Beiträge anderer Trainingsteilnehmenden im Sinne eines Lernens am Modell für sich selbst nutzen zu können (Frauen: 39.3%, n = 11; Männer: 10.1%, n = 3).

Männliche Führungskräfte berichteten stattdessen, besonders von der durch das Training gewonnenen Einsicht, Dilemmata nicht lösen zu können, profitiert zu haben (78.6%, n = 22).

Führungskräfte beider Geschlechter nannten als dritt wichtigsten Wirkfaktor die durch das Training geförderte Perspektivübernahme (75.0%, n = 21).

Von Empowerment durch das Training und einem gesteigerten Selbstwirksamkeitsgefühl berichteten mehr weibliche Führungskräfte als männliche (siehe Abb. 10).

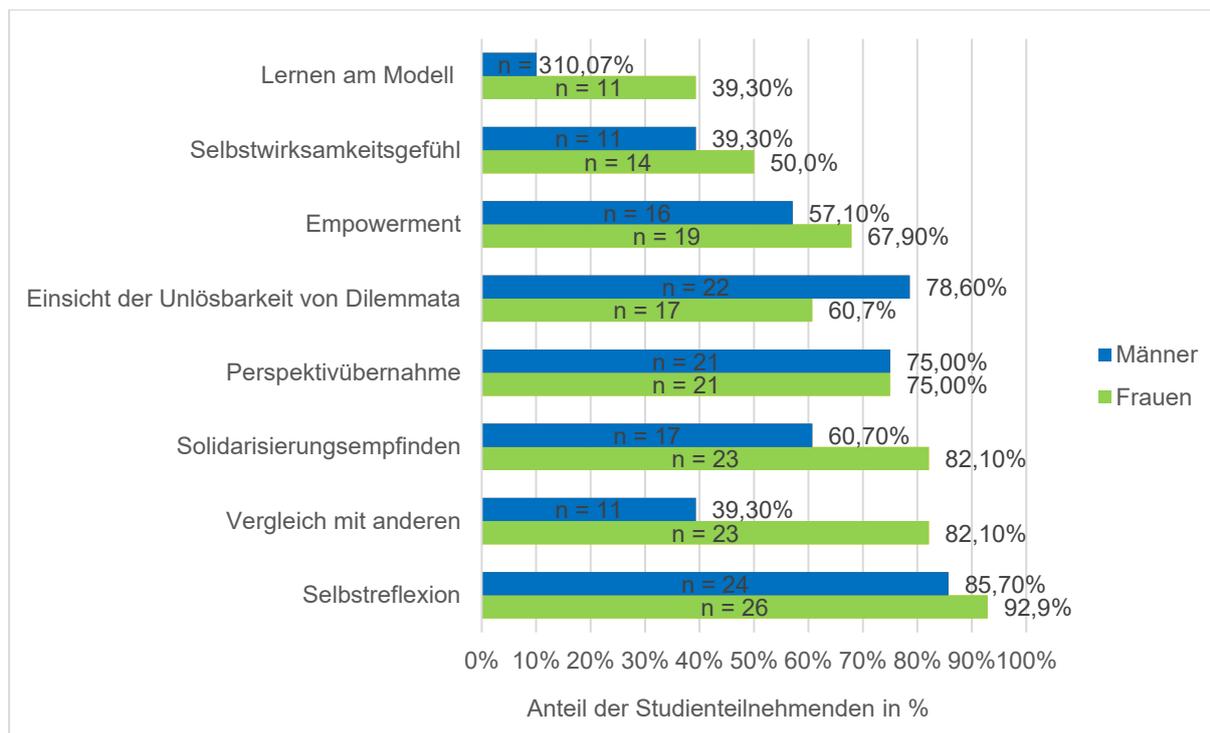


Abb. 10: Wirkfaktoren des Trainings berichtet durch weibliche und männliche Führungskräfte

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionsgruppen. Von den Verwaltungs- und Serviceführungs Kräften sowie den Oberärzt*innen wurde ein verbessertes Verständnis über die eigenen inneren Prozesse und typische Reaktionsmuster in Zusammenhang mit Dilemmata als wichtigster Wirkfaktor berichtet (siehe Abb. 4).

Stationsleitungen bewerteten die durch das Training gewonnene Einsicht der Unlösbarkeit von Dilemmata als noch hilfreicher.

Auch Verwaltungsführungskräfte nannten diese Einsicht als wichtigen Wirkfaktor (83.3%, n = 5), gefolgt von Oberärzt*innen (80.0%, n = 20). Serviceführungs Kräfte benannten diesen Wirkfaktor im Vergleich als weniger hilfreich (57.1%, n = 4)

Durch das Training geförderte Perspektivübernahme bewerteten vor allem Verwaltungsführungskräfte (100.0%, n = 6), Oberärzt*innen (80.0%, n = 20) und Stationsleitungen (72.2%, n = 13) als wirksam.

Serviceführungs Kräfte bewerteten Perspektivübernahmen im Vergleich als weniger hilfreich (42.9%, n = 3).

Der Vergleich mit anderen schien besonders für Führungskräfte aus der Verwaltung und dem Servicebereich entscheidend zu sein (Verwaltung: 83.3%, n = 5; 71.4%, n = 5). Auch 66.7% (n = 12) der Stationsleitungen gaben an, den Vergleich mit anderen Trainingsteilnehmenden besonders hilfreich zu empfinden. Weniger relevant schien der Vergleich mit anderen für Oberärzt*innen. Weniger als die Hälfte (48.0%, n = 12) der Oberärzt*innen nannten dies als wichtigen Wirkfaktor.

Empowerment durch das Training schien am bedeutendsten für Serviceführungskräfte (71.4%, n = 5), gefolgt von Verwaltungskräften (66,7%, n = 4), pflegerischen Stationsleitungen (61.1%, n = 11). Oberärzt*innen nannten Empowerment im Vergleich als am wenigsten bedeutend (60.0%, n = 15).

Über die Hälfte der Führungskräfte in allen Berufsgruppen nannten ein gestärktes Solidarisierungsempfinden durch das Training als wichtigen Wirkfaktor, am häufigsten äußerten dies Verwaltungsführungskräfte (83.3%, n = 5) und Oberärzt*innen (80.0%, n = 20).

Validierung und Wertschätzung durch die Trainer*innen und andere Seminarteilnehmende zu erfahren benannten vor allem Führungskräfte aus der Verwaltung (83.3%, n = 5) und dem Servicebereich (71.4%, n = 5) als hilfreich.

Die Beiträge anderer Trainingsteilnehmenden im Sinne eines Lernens am Modell für sich selbst nutzen zu können gaben vor allem Verwaltungsführungskräfte und Stationsleitungen als wertvoll an.

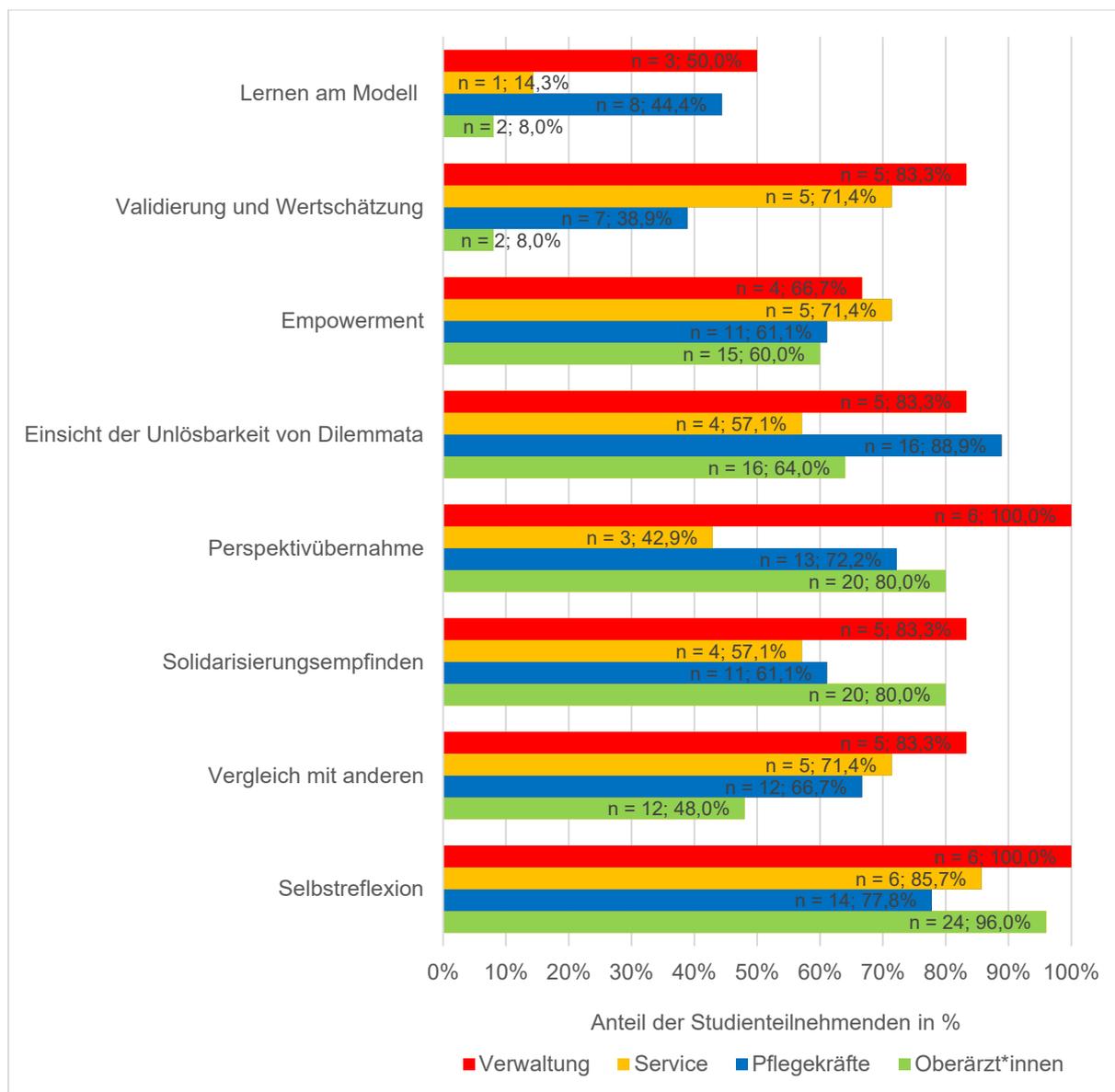


Abb. 11: Wirkfaktoren des Trainings berichtet durch verschiedene Berufsgruppen

Gender-Bewusstsein. Im Post-Interview wurde exploriert, inwieweit Führungskräfte einen Zusammenhang zwischen Entscheidungsprozesse im Dilemma und dem Geschlecht der*des Entscheiderin*Entscheidungers herstellten. So wurde Führungskräfte gefragt, ob sie die Art und Weise Dilemmata mental zu konzeptualisieren, sie emotional erleben und zu bewerten sowie Entscheidungen zu treffen für abhängig von dem Geschlecht hielten.

Des weiteres wurden Führungskräfte gebeten, einzuschätzen, inwieweit sie ihre eigene Art Dilemmata zu konzeptualisieren, zu erleben und zu bewerten als typisch für ihr eigenes Geschlecht bewerteten.

Zudem wurde den Führungskräften im Interview eine Hypothese bezüglich eines möglichen Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Entscheidungsprozessen im Dilemma präsentiert, nach der männliche Führungskräfte Dilemmata eher als logisches Problem und weibliche Führungskräfte eher als soziale Verstrickung erlebten. Anschließend wurde erkundet, inwieweit Führungskräfte dieser Hypothese zustimmten.

Zur Frage also, ob Geschlecht grundsätzlich im Dilemma eine Rolle spiele, ob die eigene Erlebensweise als geschlechtstypisch bewertet wurde und inwieweit einer Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmaerlebensweise zugestimmt wurde, ergaben sich unterschiedliche Antwortmuster.

Von allen befragten Führungskräften gaben 73.2% (n = 41) an, dass Geschlecht im Dilemma grundsätzlich eine Rolle spiele. Knapp die Hälfte aller Führungskräfte (44.6%, n = 25) gab zudem an, die eigene Erlebensweise von Dilemmata als typisch für ihr Geschlecht zu bewerten. Insgesamt stimmte über die Hälfte aller Führungskräfte (55.4%, n = 31) der Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmaerleben zu. Die Hälfte aller Interviewees gab zudem an, die Hypothese anhand eigener Erlebensweisen bestätigt zu sehen.

Zudem konnten unterschiedliche Antwortmuster abhängig vom Geschlecht und der Professionszugehörigkeit der Führungskräfte analysiert werden.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Mehr weibliche als männliche Führungskräfte schätzen den Einfluss des Geschlechts von Entscheider*inne im Dilemma als grundsätzlich relevant ein (siehe Abb. 12). Ebenso gaben mehr weibliche als männliche Führungskräfte an, sich selbst als geschlechtstypisch zu bewerten.

Zudem stimmten weibliche Führungskräfte der Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmata häufiger zu als männliche Führungskräfte und bewerteten ihre eigene Erlebensweise in Dilemmasituationen häufiger als konform mit der Hypothese denn als non-konform (siehe Abb. 12).

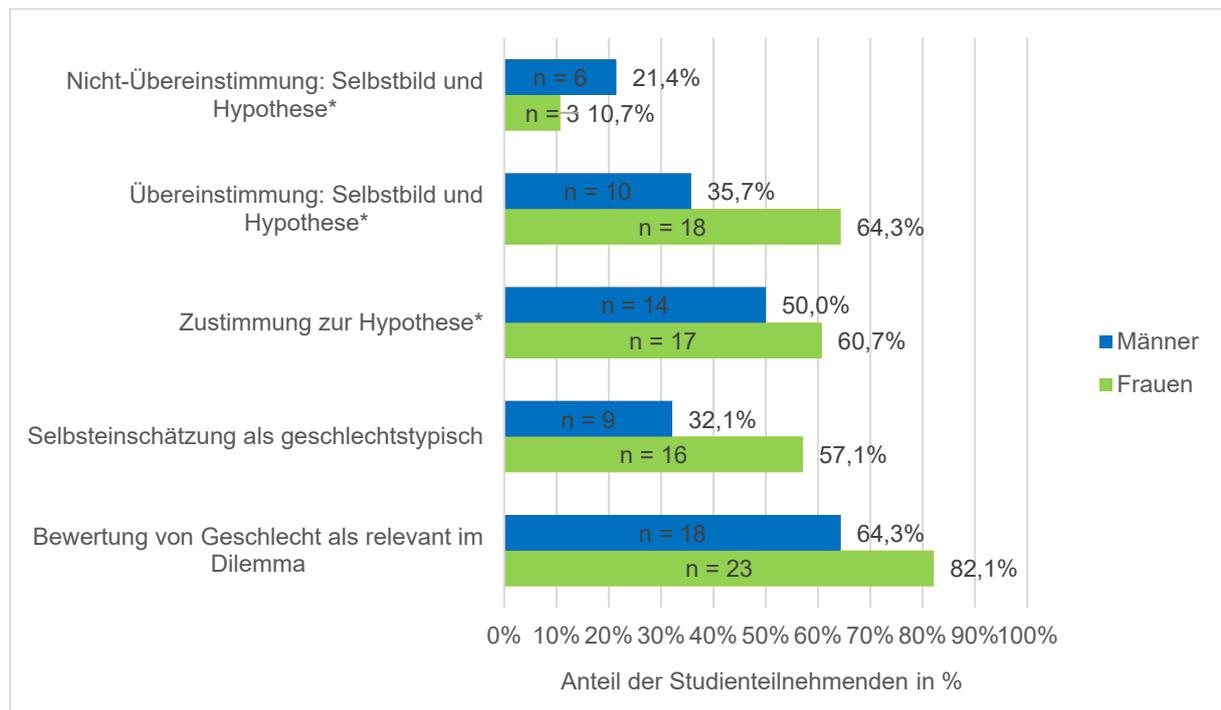


Abb. 12: Einschätzung der Relevanz von Geschlecht im Dilemma durch weibliche und männliche Führungskräfte. *Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmata

Gemeinsamkeiten und -unterschiede der Professionsgruppen. Die deutliche Mehrheit der Führungskräfte aller Berufsgruppen schätzte den Einfluss des Geschlechts von Entscheider*innen im Dilemma als grundsätzlich relevant ein. Innerhalb aller Berufsgruppen gaben

Führungskräfte häufiger an, sich selbst als geschlechtstypisch in ihrem Dilemmaerleben einzuschätzen als sich als geschlechtsuntypisch zu bewerten (siehe Abb. 13).

Die Mehrheit der Führungskräfte aus den Bereichen Verwaltung, Service und Pflege stimmte der Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmata zu (siehe Abb. 6). Zudem stimmte knapp die Hälfte aller Oberärzt*innen (48.0%, n = 12) der Hypothese zu, ähnlich viele Oberärzt*innen widersprachen der Hypothese explizit (44.0%, n = 11, davon 8 Männer).

Führungskräfte aller Berufsgruppen bewerteten ihre eigene Erlebensweise in Dilemmasituationen häufiger als konform mit der Hypothese denn als nonkonform (siehe Abb. 13).

Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen widersprachen der Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmata am häufigsten Oberärzt*innen, ebenso gaben Oberärzt*innen vergleichsweise am häufigsten an, sich selbst nicht konform mit der Hypothese zu bewerten.

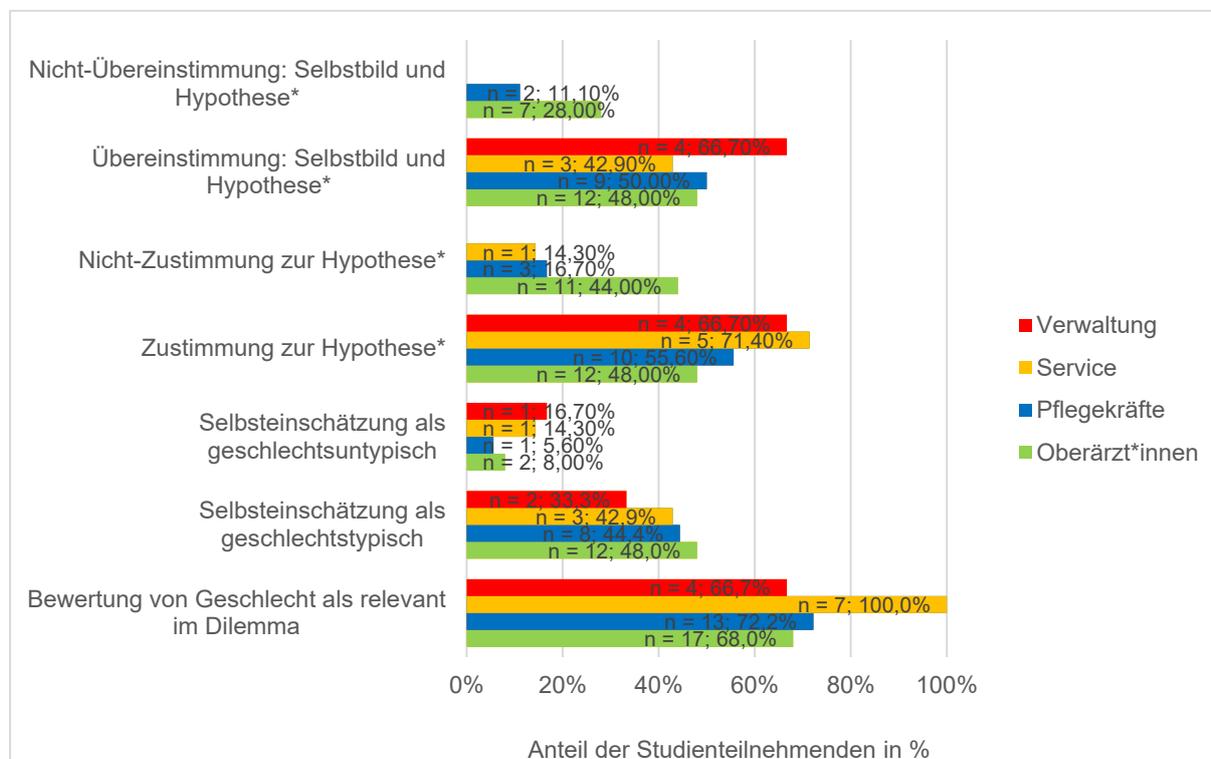


Abb. 13: Einschätzung der Relevanz von Geschlecht im Dilemma durch verschiedene Berufsgruppen. *Hypothese zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemmata

Professions-Bewusstsein. Im Post-Interview wurde erkundet, inwieweit Führungskräfte einen Zusammenhang zwischen Entscheidungsprozesse im Dilemma und der Berufszugehörigkeit der*des Entscheiderin*Entscheiders herstellten. Führungskräfte wurden gefragt, ob sie die Art und Weise Dilemmata mental zu konzeptualisieren, sie emotional erleben und zu bewerten sowie Entscheidungen zu treffen für abhängig von der Berufsgruppe hielten.

Zudem wurden Führungskräfte gebeten, einzuschätzen, inwieweit sie ihre eigene Art Dilemmata zu konzeptualisieren, zu erleben und zu bewerten als typisch für ihre eigenes Berufsgruppe bewerteten.

Die Aussagen aller Führungskräfte bezüglich der Frage, ob die Berufszugehörigkeit im Dilemma grundsätzlich eine Rolle spiele, waren ausgewogen. Von allen befragten Führungskräften bewerteten 51.7% (n = 32) die Berufszugehörigkeit in Bezug auf Erlebens- und Umgangsweise mit Dilemmata als relevant, gleichsam gaben ebenso viele Führungskräfte (51.7%, n = 32) an, die berufliche Zugehörigkeit für nicht relevant zu halten.

Von allen Befragten machte nur ein Viertel (n = 14) Angaben dazu, ob sie sich selbst in ihrer Erlebens- und Umgangsweise mit Dilemmata als typisch für ihre jeweilige Berufsgruppe empfanden. Von denjenigen, die Angaben machten, schätzte sich über die Hälfte (71.4%, n = 10) als professionsgruppentypisch ein.

Es konnten keine unterschiedlichen Antwortmuster abhängig vom Geschlecht und der Professionszugehörigkeit der Führungskräfte analysiert werden.

Welche Trainingsaspekte waren für wen hilfreich? Auf die Frage hin, was die Führungskräfte am Dilemmakompetenz-Training als besonders oder als weniger hilfreich empfunden haben, berichteten insgesamt 87.5% (n = 49) der Interviewees, das *multiprofessionelle Trainingssetting* als hilfreich erlebt zu haben.

Zudem gab die Hälfte aller Führungskräfte (67.9%; n = 38) an, dass der Austausch und die *Interaktion innerhalb der Trainingsgruppe* besonders hilfreich für sie war. Führungskräfte berichteten beispielsweise, dass das eigene Repertoire an Lösungsideen durch den Austausch mit Kolleg*innen erweitert wurde:

„Also ich fand es zwischendurch gut, was wir immer gemacht haben, den kollegialen Austausch. [...] ich hatte zum Beispiel einmal ein Gespräch mit dem Dr. X, [in dem] er mir seine Dilemmasituation geschildert hat. Und wir haben sonst keine große Zusammenarbeit. (...) Und ich ihm meine schildern konnte.“ (Interviewerin: Was hat das gemacht?) Was hat das gemacht? Es zeigt mir vielleicht Lösungsvorschläge, an die ich überhaupt nicht gedacht habe. Weil es er von einer ganz anderen Seite aus betrachtet.“ (männliche Stationsleitung, vx2224, Sinsheim)

„Also schon ein entscheidender Punkt: Man schaut ja immer, wie gehen die anderen mit Dilemmata um. Was haben die für Dilemmata und wie gehen Sie damit um. Und (...) das ist ja auch das, was mir wirklich in Erinnerung geblieben ist von dem Training.“ (Oberarzt, ru1821, Eberbach)

„Klar, jeder versucht für sich selbst Lösungen zu finden, aber sich mal anzuhören ‚Ah, es gibt möglicherweise noch die Lösungsmöglichkeit, möglicherweise noch eine andere Lösungsmöglichkeit‘, also das fand ich interessant.“ (Oberärztin, pr1618, Sinsheim)

Zudem beschrieben Führungskräfte, dass der Austausch mit anderen Trainingsteilnehmenden ihnen das Gefühl gegeben habe, nicht alleine in ihrer belastenden Situation zu sein:

„Auch so der Austausch mit den Kollegen. (...) Wenn man so alleine kämpft, denkt man immer, man ist der Einzige, der solche Probleme hat. Nein, die hat jeder in irgendeiner Form.“ (männliche Stationsleitung, eg57, Weinheim)

„Ich fand es unglaublich toll, von vielen Kolleginnen und Kollegen, die dann halt wirklich dann viele Sachen auch geteilt haben; und auch unglaublich offen geteilt haben, was dann auch so manche Aha-Effekte gebracht hat [...] wo ich mich dann teilweise auch

mal an der einen oder anderen Stelle wiedererkannt habe und dann: ‚Stimmt eigentlich. Genauso geht es mir manchmal auch.‘ Aber ich hätte es dann nicht so in Worte fassen können, also das ist manchmal auch ganz hilfreich, wenn so Situationen beschrieben wurden oder auch hergeleitet oder auch so dieses Gefühl, teilweise war es dann ‚Boah, aber nicht schlecht, wie man damit umgehen kann.‘ [...] Man merkt dann auch, dass man nicht so alleine als Einzelkämpfer unterwegs ist. Sondern dass die anderen ganz genauso mit ähnlichen Problemen dann konfrontiert sind.“ (Oberärztin, cd34, Schwetzingen)

„Naja, also an dem Training fand ich halt auch schön, dass man mit anderen in gleicher Lage zusammen war. Also man hat gesehen, es geht nicht einem alleine so, und man konnte sich da austauschen. Und das macht natürlich auch etwas. Man trifft die Leute ja dann zwangsläufig auch tagtäglich wieder im OP oder an den verschiedenen Funktionen. Und, ja, da hat man so ein stilles Verständnis irgendwie.“ (Oberärztin, jl1012, Weinheim)

Überdies schilderten Führungskräfte, dass der Austausch das Verständnis über die Problemlagen von Kolleg*innen gefördert und damit eine Perspektivübernahme erleichtert habe:

„Diese Gruppensachen, klar, das muss ich auch ehrlicherweise sagen, das fand ich auch sehr gut. Das war sehr hilfreich. Da wir eben in einem geschützten Rahmen da waren, oder sind, also der Kontakt zu den Kollegen hat sich natürlich deutlich intensiviert irgendwie. Und auch zu erfahren, dass ja doch irgendwie jede Abteilung die gleichen Probleme hat. Was man so vorher gar nicht so auf dem Schirm hatte, ja, sondern da geht es eher nur so ‚Oh, die Anästhesisten wieder‘ - dabei haben die eigentlich genau das gleiche Problem, dass das Programm nicht durchgeht. Und dass irgendwie (..) was man so gar nicht im Blick hatte, sondern nur einfach Scheuklappen.“ (Oberärztin, rs1819, Weinheim)

85.7% (n = 48) der Führungskräfte gaben an, dass vor allem bestimmte *Trainingsinhalte* als hilfreich erlebt wurden.

Alle Inhalte, die schwerpunktmäßig während der Trainingsmodule thematisiert wurden, wurden als hilfreich beschrieben: die organisationstheoretische Erklärung über die Entstehung von Dilemmata (Modul 1), die Auswirkung von persönlichen und organisationalen Prämissen sowie die Veranschaulichung anhand des Auftragskarussells (von Schlippe 2009) (Modul 2), die Kommunikation von Entscheidungen sowie das Prinzip von „Schachmattsätzen“ (Modul 3), die Thematisierung von persönlichen Werten (Modul 4) und Gefühlen (Modul 5), Solidarisierungsmöglichkeiten (Modul 6) sowie das Konzept der Empathie (Neubrand 2014) (Modul 7).

Ebenso häufig (85.7%, n = 48) wurde die im Training angewandte *Didaktik und Methoden* (z.B. Inhaltliche Diskussionen im Plenum, gezielte Kleingruppen- und Tandemübungen, Demonstrationen von bspw. Kommunikationsstrategien durch die Trainer*innen, praxisnahe Fallbeispiele) genannt.

Insgesamt gaben 87.5% (n = 49) der Führungskräfte an, dass *weiteres Training* hilfreich gewesen wäre, um spezifische Kompetenzen (z.B. das Vertreten von getroffenen Entscheidungen) mehr zu schulen.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Sowohl weibliche als auch männliche Führungskräfte gaben an, das Trainingssetting, die

methodische und didaktische Umsetzung sowie die Trainingsinhalte als hilfreich empfunden zu haben.

Mehr männliche als weibliche Führungskräfte machten Angaben dazu, was sie als weniger hilfreich empfunden hatten (Frauen: 53.6%, n = 15; Männer: 75.0%, n = 21). Auch inhaltlich unterschieden sich die Aussagen über die als weniger hilfreich empfundenen Trainingsaspekte von männlichen und weiblichen Führungskräften. So berichteten männliche Führungskräfte häufig, das Tempo, mit dem innerhalb der Trainingsgruppen gearbeitet wurde, sei ihnen zu langsam gewesen. Zudem wurde die Thematisierung von persönlichen *Gefühlen* im Zusammenhang mit Dilemmata als unangenehm beschrieben:

„Dass ich eigentlich jemand bin, der nur unfreiwillig über Gefühle spricht. Also das ist so ein Punkt. Aber das hat glaube ich nichts mit dem Seminar an sich zu tun, sondern einfach eine persönliche (.) Sache für mich ist. Dass ich (.) wenig Gefühle zeige oder auch zulasse. Und in einem Seminarpunkt ging es auch wirklich primär darum. Und da war ich dann auch etwas- also das hat mir nicht so gut gefallen, muss ich gestehen. Aber das ist halt was Persönliches. [...] Also ich habe ja die Reaktion von den anderen gesehen. Und da die wirklich positiv (..) reagiert haben und es war teilweise für mich schwer nachvollziehbar, wie viele Gefühle ein einzelner Mensch haben kann (lacht). War es natürlich dann für andere sicherlich gut. Aber für mich persönlich einfach nicht. Weil das ist wirklich eine Typsache.“ (männliche Verwaltungsführungskraft, st1920, Schwetzingen)

Weibliche Führungskräfte berichteten hingegen häufig von *Hemmungen sich innerhalb der Trainingsgruppe zu öffnen* und persönliche Anliegen zu teilen. Sie beschrieben teilweise die Sorge, dass dies außerhalb der Trainingssettings Nachteile nach sich ziehen könnte.

„Vielleicht so wie im alltäglichen Leben, ne? (lacht) Gibt es da halt genauso Menschen, mit denen kann man besser, und mit welchen, da kann man schlechter. Also, puh (...) Ja, es ist halt immer so ein Stückweit Vertrauen und sich das dann - wie weit kann ich mich auf ein Gegenüber einlassen, auch wenn ich die Person gar nicht kenne oder nur vom Sehen kenne oder wie auch immer.“ (Oberärztin, cd34, Schwetzingen)

„Ja, man sagt dann vielleicht doch nicht so offen alles. Weil man nicht weiß, ob es der andere dann nicht doch irgendwie weiterträgt. (Interviewer: Und es in einem bestimmten Moment auch gegen einen verwenden könnte?) Ja, ganz genau!“ (Oberärztin, j11012, Weinheim)

Zudem beschrieben weibliche Führungskräfte, es in Tandemübungen teilweise als schwierig empfunden zu haben, ihr Gegenüber zurück zu den Trainingsinhalte zu führen, wenn die*der Übungspartner*in thematisch abschweifte:

„Ich hatte auch das Gefühl, zum Beispiel in den Zweiergesprächen ganz oft habe ich das Gefühl gehabt, (.) die haben jetzt gerade gar nicht kapiert, was hier- also was wir sozusagen einüben sollen, ja? Sondern die nutzen das. Mache ich sicher auch. Mache ich auch jetzt, ja? Also man nutzt dann diese Gelegenheit, seinen Scheiß loszuwerden, so mal platt gesagt. Das war übrigens was, was mich teilweise gestresst und genervt hat. Je nachdem, an wen man geraten ist [...] war [das] für mich manchmal schwierig,

weil ich mich halt nicht so gut abgrenzen kann, ja?“ (weibliche Verwaltungsführungskraft, mn1314, Schwetzingen)

Gemeinsamkeiten und -unterschiede der Professionsgruppen. Ausnahmslos alle Führungskräfte aus den Bereichen Service und Verwaltung berichteten weiteren Trainingsbedarf. Bei Oberärzt*innen und im Pflegebereich wurde dies seltener, jedoch ebenfalls von der großen Mehrheit der Führungskräfte berichtet: 84.0% (n = 21) der Oberärzt*innen und 83.3% (n = 15) der Pflegekräfte gaben an, dass beispielsweise weiteres Üben von erlernten Strategien hilfreich sei.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, wurden die Inhalte des Trainings am hilfreichsten von den Oberärzt*innen (92.0%, n = 23) empfunden, gefolgt von pflegerischen Stationsleitungen (83,3%, n = 15) und Verwaltungsführungskräften (83.3%, n = 5). Am wenigsten hilfreich wurden Trainingsinhalte von Führungskräften aus dem Servicebereich beschrieben (71.4%, n = 5).

Das multiprofessionelle Trainingssetting und ein Sich Kennenlernen und Austauschen mit anderen Berufsgruppen erwähnten alle Berufsgruppen als hilfreich. Oberärzt*innen gaben am häufigsten an, dies als wertvoll empfunden zu haben (92.0%, n = 23), gefolgt von Stationsleitungen (88.9%, n = 16) und Verwaltungsführungskräften (83.3%, n = 5). Serviceführungskräfte gaben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am seltensten an, das multiprofessionelle Setting als hilfreich empfunden zu haben (71.4%, n = 5).

Von allen Berufsgruppen wurden das Trainingssetting oder die methodisch-didaktische Aufbereitung und Durchführung des Trainings als am hilfreichsten bewerten.

Nur die Verwaltungsführungskräfte bewertete die Inhalte des Trainings als ebenso hilfreich wie das Trainingssetting (siehe Abb. 14).

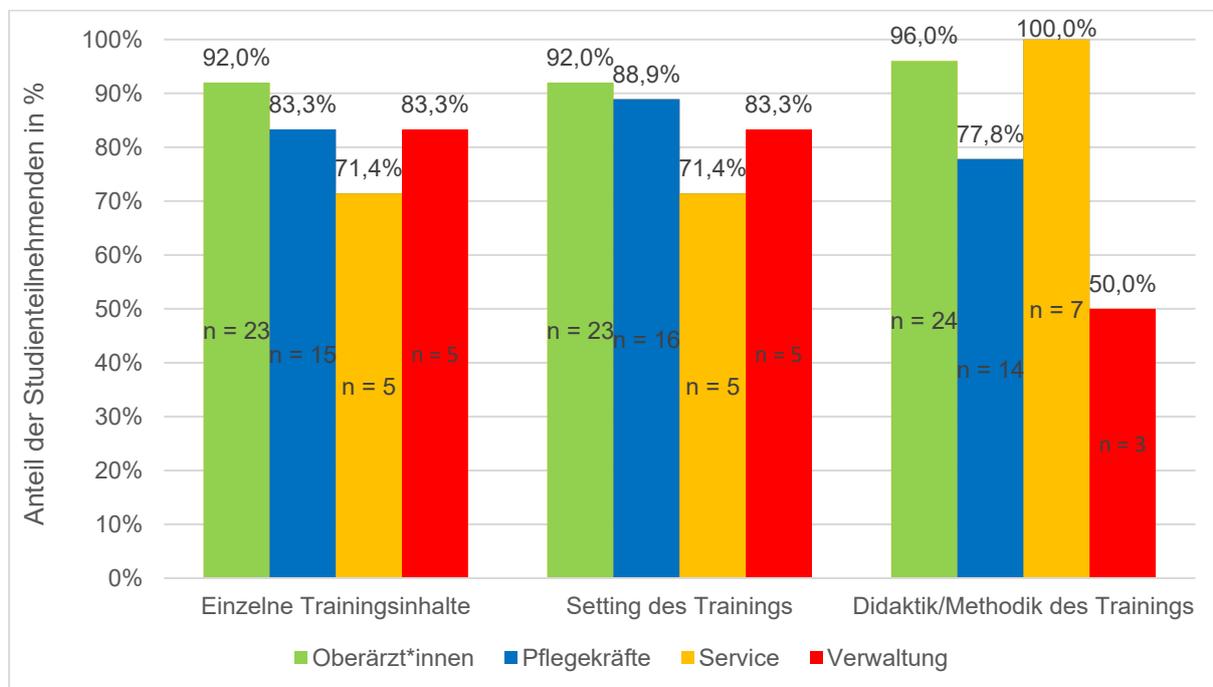


Abb. 14: Bewertung des Trainings als hilfreich durch unterschiedliche Berufsgruppen

Angaben zu Trainingsaspekten, die weniger hilfreich empfunden wurden, wurden von verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche häufig gemacht: Oberärzt*innen äußerten Kritik

am häufigsten (83.3% n = 15), gefolgt von Stationsleitungen (55.6%, n = 10) und Verwaltungsführungskräften (50.0%, n = 3). Führungskräfte aus dem Servicebereich äußerten Kritik im Vergleich mit anderen Berufsgruppen am seltensten (28.6%, n = 2).

Besonders von Oberärzt*innen und Serviceführungskräften wurden deutlich unterschiedliche Aspekte als nicht hilfreich bewertet:

Führungskräfte aus dem Servicebereich berichteten, sich beispielsweise durch die gewählten Beispiele innerhalb der Trainingsseminare nicht gut repräsentiert gefühlt zu haben:

„Das, was ich halt traurig fand, dass sehr vieles mit der Medizin zu tun hatte. Also mit Pflege und Ärzten, (.) wo wir, die ja eine Dienstleistung erbringen, wie die Technik oder die Küche, (.) dass wir da- (..) also wir haben uns da so ein bisschen Ding gefühlt, so ein bisschen (...) (Interviewerin: Nicht angedockt?) Ja, genau.“ (männliche Serviceführungskraft, vw2223, Schwetzingen)

Männliche Oberärzte hingegen gaben an, das Tempo innerhalb der Trainingsgruppen sei ihnen zu langsam gewesen:

„Ich bin immer noch vom Typ lösungsorientiert; verstehe, dass immer sehr, sehr viele dieser Fragen sich darum drehen, nicht eine Lösung finden zu sollen, sondern verschiedene Aspekte des Dilemmas zu beschreiben. Da ich bis zu einem gewissen Grad auch, wahrscheinlich durch meinen Arbeitsalltag, Schubladen-Denker sein muss, habe ich irgendwann für mich das wirklich akzeptiert „Ja, es gibt Dilemmata. Ja, wir kommen alle nicht raus. [...] Das habe ich auch bei meinen Kollegen teilweise, glaube ich, gemerkt, dass man manchmal schon nach der Hälfte der Zeit, so (Interviewee atmet deutlich aus) (Interviewerin: Das Gefühl hatte, man hat den Kern erfasst?) Ganz genau. Wir haben es verstanden, jetzt könnte man noch etwas anderes machen.“ (Oberarzt, cf36, Sinsheim)

„Die Grund-Matrix des Dilemmas hätte ich jetzt persönlich etwas verkürzt und hätte gesagt ‚Ein Dilemma ist einfach eine Situation, aus denen Ihr nicht rauskommt, egal wie Ihr versucht, Euch zu winden. Ihr müsst es akzeptieren, dass das ein Dilemma ist. Und wir versuchen, Euch jetzt Verdeutlichungsstrategien zu geben.‘ Aber vielleicht ist das der zu un-psychologische Ansatz letztendlich.“ (Oberarzt, zb262, Sinsheim)

„Ich glaube, weiß nicht, manchmal ist es halt einfach, dass man sagt ‚Zack, zack!‘ und so. Das sind so - weiß nicht, wenn man ein bisschen, manchmal war es, am Anfang war es ein bisschen langatmig zum Teil, also wo man gesagt hat ‚Man könnte schneller, einfach schneller die Message rüberbringen und dann halt üben.‘“ (Oberarzt, fi69, Sinsheim)

2.7.2.4 (Zwischen-)Zusammenfassung: Post-Interviews

Zusammenfassend schildern alle Subgruppen vor allem Akzeptanz, angenehme Gefühle und Gelassenheit in Bezug auf Dilemmasituationen. Abwertung durch andere wird seltener berichtet als vor dem Training. Weibliche Führungskräfte berichten häufiger von Belastung als männliche Führungskräfte, akzeptieren den Dilemmacharakter von Situation gleichzeitig auch häufiger.

Von allen Subgruppen wird die im Training angeregte Selbstreflexion als hilfreich empfunden und ein verbessertes Verständnis über eigene innere emotionale und kognitive Prozesse sowie typische Reaktionsmuster im Dilemma als wichtiger Wirkfaktor erlebt.

Für weibliche Führungskräfte und die Berufsgruppe Service ist das Verständnis über die Unauflösbarkeit von Dilemmata weniger hilfreich, vielmehr wird der Vergleich mit anderen Trainingsteilnehmenden (auch im Sinne eines „Lernen am Modell“), die erlebte Solidarisierung und das Empowerment als hilfreich empfunden.

Die Mehrheit aller Führungskräfte davon mehr weibliche als männliche, denkt, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Dilemmasituationen gibt. Die Hälfte, davon ebenfalls mehr weibliche Führungskräfte, bestätigt die Annahme, dass Frauen im Dilemma tendenziell mehr als Männer versuchen, allen Anforderungen gerecht zu werden, u.a. um mögliche sozialen Konsequenzen zu vermeiden, und beschreibt das eigene Verhalten im Dilemma dementsprechend. Oberärzt*innen widerlegen einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dilemma-Umgang am häufigsten. Die Hälfte aller Führungskräfte denkt, dass die Professionszugehörigkeit Einfluss darauf hat, wie Dilemmata erlebt und wie auf sie reagiert wird.

Insgesamt beschreiben Führungskräfte das multiprofessionelle Setting des Trainings und den Austausch mit Kolleg*innen (anderer Fachbereiche) sowie die methodische Aufbereitung der Trainingsinhalte besonders hilfreich.

Männlichen Führungskräften ist Tempo im Training häufiger zu langsam und die Thematisierung von Gefühlen unangenehm. Weibliche Führungskräfte trauen sich weniger als männliche, sich in der Trainingsgruppe zu öffnen. Servicekräfte fühlen sich häufig nicht gut durch die im Training genutzten Beispiele repräsentiert, finden theoretische Trainingsinhalte weniger hilfreich, und äußern gleichzeitig deutlich weniger Kritik am Training als anderen Berufsgruppen, insbesondere Oberärzt*innen. Die deutliche Mehrheit wünscht sich weiteres Training in Bezug auf den Umgang mit Dilemmasituationen, vor allem Service- und Verwaltungskräfte.

2.7.2.5 Vergleich der Prä-Post-Interviewdaten: Geschlechts- und professionsspezifische Veränderungen durch das Training

Um empirisch zu überprüfen, inwieweit das Dilemmakompetenz-Training zu Veränderungen im Umgang mit Dilemmata bei den Proband*innen geführt hat, wurden die Prä- und Post-Interviewdaten miteinander verglichen.

Globale Einschätzung der Proband*innen. Wie bereits von Born (2020) beschrieben, konnte bei einer deutlichen Mehrheit der Proband*innen zum Zeitpunkt des Post-Interviews eine eindeutige Veränderung im Umgang mit Dilemmata (57,1%) oder Hinweise auf eine Veränderung (30,4%) festgestellt werden. Bei jeder*m achten Proband*in (12,5%) konnte keine bzw. eher keine Veränderung festgestellt werden.

Bei 89.3% der Frauen und 85.7% der Männer konnte eine Veränderung festgestellt werden. Von allen Proband*innen, bei denen Veränderungen festgestellt werden konnten, waren somit 51.0% Frauen und 49.0% Männer. Bei 10.7% der Frauen und 14.3% der Männer konnte keine Veränderung festgestellt werden. Somit lag der Frauenanteil der Proband*innen, bei denen keine Veränderung festgestellt werden konnte, bei 42.9%, der Männeranteil bei 57.1%. Bei Frauen wurden also häufiger als bei Männern eine Veränderung festgestellt; bei Männern wurde häufiger als bei Frauen eine explizite Nicht-Veränderung festgestellt.

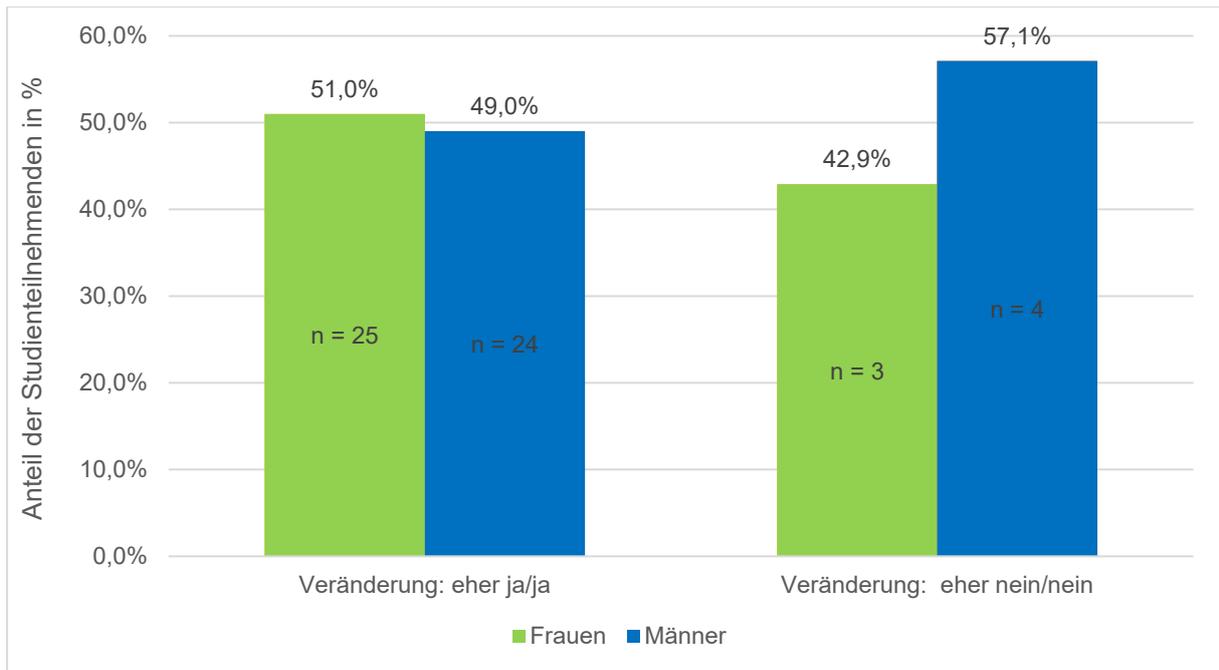


Abb. 15: Globale Einschätzung der Trainingsteilnehmenden zur Prä-Post-Veränderung des Umgangs mit Dilemmata je nach Geschlecht

Bei 96,0% der Oberärzt*innen, 77,8% der pflegerischen Stationsleitungen, 71,4% der Service-Führungskräfte sowie bei allen Führungskräften aus der Verwaltung (100,0%) konnten Veränderungen festgestellt werden.

Keine Veränderung konnte festgestellt werden bei 4,0% der Oberärzt*innen, 22,2% der Stationsleitungen und 28,6% der Serviceführungskräfte.

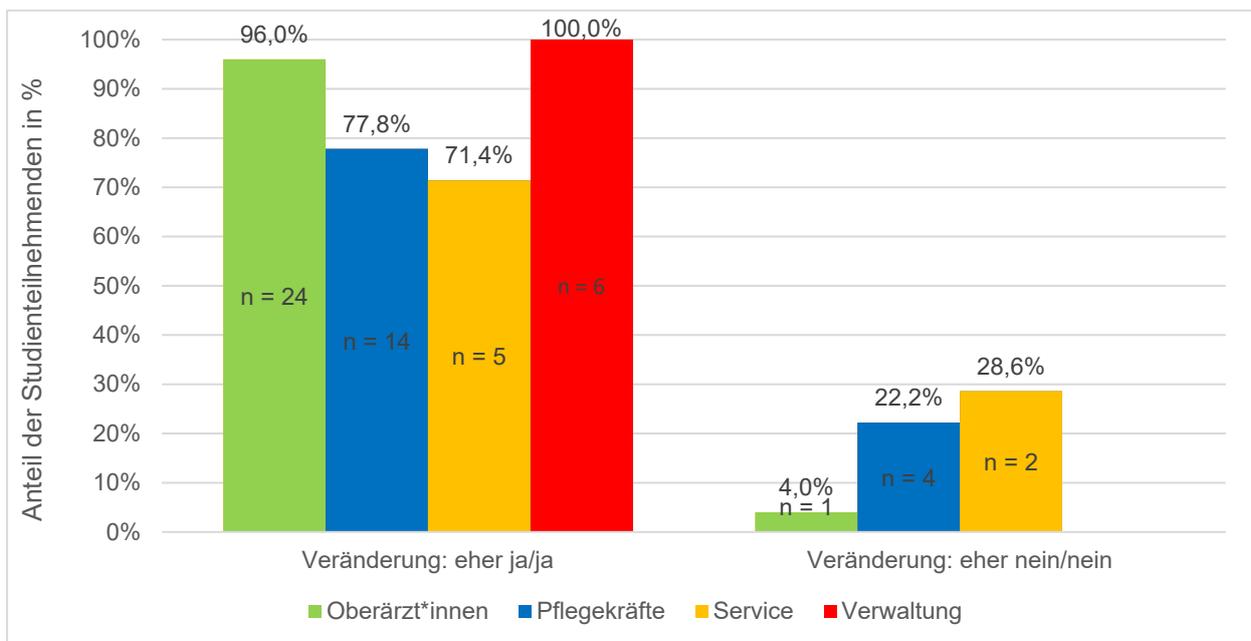


Abb. 16: Globale Einschätzung der Trainingsteilnehmenden zur Veränderung des Umgangs mit Dilemmata je nach Berufszugehörigkeit

Veränderung des Dilemmaerlebens. Vor Beginn des Dilemmakompetenz-Trainings beschrieben die Proband*innen in Bezug auf das eigene Dilemmaerleben insgesamt vor allem Ärger (60.7%, n = 34), Belastung (46.4%, n = 26) und das Gefühl, durch andere abgewertet zu werden (44.6%, n = 25). Nach Abschluss des Trainings berichteten die Proband*innen vor allem Akzeptanz (87.5%, n = 49), angenehme Gefühle (80.4%, n = 45) und Gelassenheit (78.6%, n = 44). Ärger wurde nach Trainingsabschluss deutlich weniger genannt (42.9%, n = 24) ebenso wie Abwertung durch andere (10.7%, n = 6). Die berichtete Belastung nahm insgesamt jedoch zu (60.7%, n = 34).

Vor dem Training berichteten knapp die Hälfte aller Führungskräfte (49.1%, n = 27) von körperlichen Belastungssymptomen in Zusammenhang mit Dilemmata, wie beispielsweise Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzrasen oder Übelkeit. Nach dem Training gaben nur noch 14.3% (n = 8) aller Führungskräfte an, unter körperlichen Symptomen zu leiden.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Sowohl Frauen als auch Männer berichteten nach dem Training mehr Akzeptanz, angenehme Gefühle und Gelassenheit, bei Frauen zeigte sich jedoch eine deutlichere Zunahme (Akzeptanz: +64.3/26.7% bei Frauen/Männern, angenehme Gefühle: +82.2/71.4% bei Frauen/Männern, Gelassenheit: +85.7/71.4% bei Frauen/Männern). Während Männern vor dem Training häufiger von Akzeptanz berichteten, geben zum Post-Zeitpunkt Frauen häufiger an, Dilemmata mit Akzeptanz zu begegnen. Frauen berichteten vor und nach dem Training eine höhere Belastung im Vergleich zu Männern, wobei sich dieser Unterschied nach dem Training noch deutlicher zeigte.



Abb. 17: Prä-Post-Veränderung des Dilemmaerlebens von Frauen und Männern

Gemeinsamkeiten und -unterschiede der Professionsgruppen. Im Vergleich berichteten pflegerische Stationsleitungen die deutlichsten positiven Erlebensveränderungen (Akzeptanz: +72.2%; angenehme Gefühle: +88.8%), Oberärzt*innen berichteten im Vergleich die geringsten Veränderungen (Akzeptanz: +32.0%, angenehme Gefühle: +68.0%).

Im Prä-Post-Vergleich zeigen sich unterschiedliche Veränderungen je nach Berufsgruppe: Verwaltungskräfte berichten nach dem Training in der gleichen Häufigkeit von Belastung wie vor dem Training (67.7%, n = 4), jedoch werden Belastungsauslöser im Prä-Post-Vergleich unterschiedlich beschrieben.

Das folgende prototypische Beispiel soll veranschaulichen, wie sich die Belastungsherde der Verwaltungsführungskräfte im Prä-Post-Vergleich verändert haben. Vor dem Training wurde Belastung häufig anhand des hohen Zeitdrucks beschrieben, beispielsweise wie folgt:

„[...] dann habe ich schon ein furchtbar schlechtes Gewissen (..) weil ich ja nach gleich wieder dann "Oh Gott, oh Gott, was kommt morgen, was kommt übermorgen?", ne? So "Ich muss das nachholen, ich habe nur so und so viel Zeit, ich muss, ich muss, ich muss.". Und ich stelle ja da eigentlich schon die Weichen für die nächste Attacke.“ (weibliche Verwaltungsführungskraft, jk1011, Eberbach)

Nach dem Training wurde vermehrt berichtet, dass ein erhöhtes Bewusstsein über Dilemmata als belastend empfunden werde:

„Und dass im Rahmen des Trainings dann- sind einem wieder die Dilemma[ta] bewusst geworden und man hat sich überlegt „Was kann ich anders machen?“. Und das hat mich, muss ich sagen, in der ersten Phase schon belastet. (.) Wo ich da gedacht habe so „uh, scheiße, das sind ja doch mehr [Dilemmata] als ich gedacht hätte“, ne?“ (Verwaltung, In1214, männlich, Weinheim)

Servicekräfte berichten nach dem Training von weniger Belastung (28.6%, n = 2) als vor dem Training. Bei pflegerische Stationsleitungen und Oberärzt*innen scheint die Belastung über den Trainingsverlauf angestiegen (Pflege: 72.2%, n = 13; Oberärzt*innen: 60.0%, n = 15), wobei beide Berufsgruppen die Belastung vor dem Training anders beschreiben als nach dem Training.

Die folgenden prototypischen Beispiele aus den Bereichen Pflege und Ärzt*innenschaft sollen veranschaulichen, wie sich die Belastung im Prä-Post-Vergleich verändert hat. Vor dem Training wurde Belastung häufig anhand der hohen zu tragenden Verantwortung beschrieben, beispielsweise so:

„Vor allem ist für mich das Schlimme [...] dieser Druck, weil du musst deine Station am Laufen halten und musst parallel noch einen Dienstplan machen. Das, also da fühle ich mich schon teils überfordert.“ (männliche Stationsleitung, sv1922, Eberbach)

„Aber (.) also wie dünn dieses Drahtseil ist, auf dem man manchmal (.) tanzt, das ist einem- das ist mir schon oft bewusst.“ (Oberärztin, dg47, Sinsheim)

Nach dem Training wurde vor allem eine Form der Belastung beschrieben, die teilweise durch im Training erlernte Reflexionsmöglichkeiten begünstigt wurden, wie beispielsweise das Bewusstwerden persönlicher Werte oder die Reflexion über Preise, die mit einer getroffenen Entscheidung verknüpft sind:

„Für mich ist es [...] eine Katastrophe. So weil ich nicht (..) viele Dinge waren für mich vorher, glaube ich, keine gangbare Möglichkeit. Oder Dinge, die ich- wo ich einfach nicht bereit war, (..) manche Dinge einzusehen. Weil ich einfach denke, das ist so falsch, das kann nicht sein. Meine persönlichen Werte, die ich so habe (.) das ist auch nicht immer leicht für mich.“ (männliche Stationsleitung, rt1820, Sinsheim)

„Sondern erst wenn klar wird, es geht tatsächlich nicht, es allen recht zu machen, und es geht tatsächlich nicht, eine aus meiner Sicht sinnvolle Lösung (..) zu forcieren, sondern man merkt, dass es tatsächlich darum geht, dass irgendeiner der Beteiligten Kompromisse machen muss, die ihm schwerfallen. Egal, ob ich das jetzt bin oder jemand anderes oder der Patient, dann finde ich es sehr belastend.“ (Oberarzt, cf36, Sinsheim)

Verbesserung körperlicher Belastungssymptome. Nach körperlichen Symptomen in Zusammenhang mit der eigenen Belastung durch Dilemmata gefragt, berichteten Führungskräfte nach dem Training deutlich weniger Symptome als vor dem Training. Während vor dem Training knapp die Hälfte aller Führungskräfteangaben, körperlichen Belastungssymptome, darunter Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzrasen und Übelkeit, zu erleben (49.1%, n = 27), berichteten dies nach dem Training nur noch 14.3% (n = 8).

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Sowohl weibliche als auch männliche Führungskräfte berichteten im Prä-Post-Vergleich eine Abnahme an körperlichen Belastungssymptomen. Es gab keine relevanten Unterschiede zwischen verschiedengeschlechtlichen Führungskräften. Vor dem Training berichtete knapp die Hälfte aller weiblichen sowie männlichen Führungskräfte von körperlichen Symptomen (Frauen: 46.4%, n = 13; Männer: 51.9%, n = 14), nach dem Training nur noch jeweils 14.3% (n = 3).

Gemeinsamkeiten und -unterschiede der Professionsgruppen. Ebenso berichteten Führungskräfte aller Berufsgruppen nach dem Training von weniger körperlichen Belastungssymptomen als vor dem Training. Verschiedene Berufsgruppen zeigten jedoch unterschiedlich deutliche Verbesserungen.

Die stärkste Verbesserung konnte bei Oberärzt*innen festgestellt werden. Vor dem Training hatten 40.0% (n = 10) der Oberärzt*innen von körperlichen Belastungssymptomen berichtet, im Prä-Post-Vergleich konnte eine Verbesserung um 80.0% gezeigt werden, d.h. von allen Oberärzt*innen berichteten zum Post-Zeitpunkt nur noch 8.0% (n = 2), körperlichen Symptomen zu erleben.

Von 66.7% (n = 4) der Serviceführungskräfte, die vor dem Training von körperlichen Symptomen berichteten, gab zum Post-Zeitpunkt nur noch ein Viertel an, somatische Belastungssymptome zu erleben.

Ein Drittel der Verwaltungsführungskräfte (n = 2) berichtete vor dem Training von Belastungssymptomen. Nach dem Training gab nur noch die Hälfte von ihnen an, körperlichen Belastungssymptome zu erleben.

Pflegerische Stationsleitungen zeigten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen die am wenigsten ausgeprägte Verbesserung körperlicher Belastungssymptome. Von 61.1% (n = 11) der Stationsleitungen, die vor dem Training körperliche Symptome berichteten, wurden Belastungssymptome zum Post-Zeitpunkt nur noch von einem Drittel berichtet.

Abnahme der empfundenen Abwertung durch andere. Insgesamt berichteten Führungskräften vor dem Training deutlich häufiger, sich in ihrem beruflichen Umfeld durch Vorgesetzte oder Kolleg*innen anderer Fachbereiche abgewertet zu fühlen. Während vor dem Training fast die Hälfte aller Führungskräfte (45.5%, n = 25) von Abwertung durch andere berichtete, gaben nach dem Training insgesamt nur noch sechs Führungskräfte (10.7%) an, sich abgewertet zu fühlen.

Gemeinsamkeiten und -unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften. Sowohl weibliche als auch männliche Führungskräfte berichteten nach dem Training deutlich seltener von Abwertung durch andere Personen in ihrem beruflichen Umfeld als vor dem Training. Insgesamt gaben männliche Führungskräfte sowohl vor als auch nach dem Training deutlich seltener als weibliche Führungskräfte an, sich abgewertet zu fühlen, die Verbesserung im Prä-Post-Vergleich zeigte sich bei Männern jedoch deutlicher (Prä-/Post-Häufigkeiten bei Frauen: 57.1%, n = 16; 17.9%, n = 5; bei Männern: 32.1%, n = 9; 3.6%, n = 1).

Gemeinsamkeiten und -unterschiede der Professionsgruppen. Führungskräfte aller Berufsgruppen berichteten im Prä-Post-Vergleich eine Abnahme der empfundenen Abwertung durch andere in ihrem beruflichen Umfeld. Verschiedene Berufsgruppen berichteten jedoch von einer unterschiedlich starken Abnahme.

Am wenigsten Abwertung durch andere berichteten vor dem Training vergleichsweise die Oberärzt*innen. Im Prä-Post-Vergleich zeigten sie jedoch die deutliche Abnahme, so

berichtete keine*r der Oberärzt*innen zum Post-Zeitpunkt mehr davon, sich durch andere Personen abgewertet zu fühlen.

Von denjenigen Stationsleitungen, die zum Prä-Zeitpunkt von Abwertung durch andere berichtet hatten, berichtete zum Post-Zeitpunkt nur noch jede fünfte Stationsleitung sich abgewertet zu fühlen. Die Geschlechtsprävalenz dieser Stationsleitungen war ausgeglichen.

Zum Post-Zeitpunkt berichtete nur noch ein Drittel derjenigen Serviceführungskräfte von Abwertung durch andere, die dies vor dem Training berichtet hatten. Hierbei handelte es sich um eine weibliche Führungskraft.

Die vergleichsweise geringste Abnahme durch die wahrgenommene Fremdadwertung berichteten Führungskräfte aus der Verwaltung. Die Hälfte aller Führungskräfte berichtete zum Post-Zeitpunkt von Fremdadwertung, darunter nur weibliche Führungskräfte

2.7.2.6 Zusammenfassung der Interviewanalysen

Vor dem Training wurden in Bezug auf Dilemmasituationen vor allem Ärger, Belastung und das Gefühl, durch anderen abgewertet zu werden berichtet. Auch physische Belastungssymptome wurden vielfach berichtet.

Nach dem Training werden Ärger und Abwertung durch andere deutlich seltener geschildert, physische Belastungssymptome wie Schlafstörungen und Kopfschmerzen werden deutlich seltener berichtet.

Stattdessen werden nach dem Training vorwiegend Akzeptanz, angenehme Gefühle und Gelassenheit in Bezug auf Dilemmasituationen geschildert.

Das Training hat bei weiblichen Führungskräften etwas häufiger als bei männlichen Führungskräften zu positiven Veränderungen geführt, zudem lässt sich bei männlichen Führungskräften etwas häufiger eine explizite Nicht-Veränderung durch die Interviewrater*innen feststellen. Gleichzeitig berichten Frauen vor und nach dem Training von mehr Belastung als Männer, dieser Unterschied ist zum Zeitpunkt des Post-Interviews noch größer.

Am häufigsten kann eine Veränderung durch das Training bei Verwaltungskräften und Oberärzt*innen festgestellt werden, am seltensten bei Servicekräften.

Im Prä-Post-Vergleich zeigen sich unterschiedliche Veränderungen bezüglich der berichteten Belastung durch Dilemmata, die je nach Berufsgruppe variieren: Bei Servicekräften sinkt die Belastung, alle anderen Berufsgruppe berichten gleich häufig oder häufiger von Belastung – allerdings haben sich die Belastungsauslöser der Teilnehmenden über den Trainingsverlauf qualitativ verändert: Während vor dem Training vermehrt von Belastung durch Rahmenbedingungen wie beispielsweise Zeitdruck und zu tragende Verantwortung berichtet wurde, wird nach dem Training häufiger geschildert, dass ein geschulteres Bewusstsein für Dilemmasituationen und eine erhöhte Selbstreflexion (z.B. über entscheidungsweisende persönliche Werte) als belastend empfunden wird.

Das Training erweist sich für Führungskräfte aller Berufsgruppen und jeden Geschlechts als hilfreich und positive Erlebensveränderungen herbeiführend. Für Oberärzt*innen scheint es insgesamt mehr positive Veränderungen mit sich zu bringen als für Servicekräfte. Für weibliche in etwa gleich viel wie für männliche Führungskräfte, jedoch erweist sich das durch das Training gewonnene „Dilemma-Bewusstsein“ als belastender für weibliche Führungskräfte als für männliche Führungskräfte.

2.8 Diskussion

2.8.1 Zusammenfassung der Studienziele, Fragestellungen und Hypothesen

Das Ansinnen der Studie 1 war es, herauszufinden, ob das durchgeführte Dilemmakompetenz-Training für bestimmte geschlechts- und professionsspezifische Subgruppen der Gesamtstichprobe mittlere Führungskräfte im Krankenhaus mehr oder weniger hilfreich ist.

Die Hypothese war, dass sich die Wirksamkeit des Trainings für bestimmte Subgruppen aufgrund ihrer ohnehin schon höheren arbeits- und Dilemma-bedingten Belastung vergleichsweise unterscheidet, gemäß der „Formel“ nicht-ärztliche Führungskräfte profitieren weniger als ärztliche, insbesondere Servicemitarbeitende weniger als Oberärzt*innen und weibliche Führungskräfte weniger als männliche Führungskräfte.

Verbunden mit dieser differentiellen Untersuchung war das Ziel, basierend auf möglichen Ergebnissen bezüglich einer geschlechts- und professionsabhängigen Wirksamkeit, praktische Vorschläge abzuleiten, wie eine zielgruppenorientierte Überarbeitung des Dilemmakompetenz-Trainings aussehen könnte.

2.8.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

2.8.2.1 Professionsspezifische Ergebnisse

Auf Basis der quantitativen Fragebogendaten lassen sich folgende professionsspezifische Ergebnisse zusammenfassen:

Geringeres NCC-Level bei Oberärzt*innen im Vergleich zu Servicekräften. Es zeigten sich professionsabhängige Unterschiede in dem Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit: Oberärzt*innen berichteten geringere Werte als Servicekräfte – nach der Intensivphase des Trainings war dieser Unterschied sogar signifikant. Oberärzt*innen hatten also weniger das Bedürfnis, in uneindeutigen oder ungewissen Situationen eindeutige Antworten zu erzeugen als Servicekräfte.

Keine Verbesserung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung. Für keine der Berufsgruppen konnte im Einzelnen eine nachweisliche Verbesserung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung über den Trainingsverlauf festgestellt werden.

Reduktion der kognitiven Irritation bei Oberärzt*innen. Die emotionale Irritation konnte über das Training hinweg für keine Berufsgruppe nachweislich verbessert werden. Bei den Oberärzt*innen zeigte sich jedoch eine geschlechtsunabhängige Reduktion der kognitiven Irritation über den Trainingsverlauf.

Reduktion des Stressreaktivitätserlebens bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen. Die erlebte Stressreaktivität konnte im Trainingsverlauf für Oberärzt*innen und Stationsleitungen reduziert werden, nicht aber für Verwaltungs- und Servicekräfte. Im Speziellen konnte bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen – jeweils geschlechtsunabhängig – die anhaltende Stressreaktivität (AR) und die Stressreaktivität bei Misserfolgen (RM) verringert werden. Zudem konnte die Stressreaktivität bei sozialer Bewertung (RsB) signifikant bei männlichen Oberärzten reduziert werden, bei weiblichen Stationsleitungen verringerte sich die Reaktivität bei sozialen Konflikten (RsK). Zur Katamnese zeigten sich Oberärzt*innen und Verwaltungskräften unterschiedlich stressreaktiv: Oberärzt*innen wiesen eine geringere anhaltende Stressreaktivität (AR) (mittleren Effekt) und eine höhere Stressreaktivität bei sozialen Konflikten (RsK) auf als Verwaltungsführungskräfte (schwachen Effekt).

Analysen der Interviewdaten ergaben zudem professionsspezifische Ergebnisse, die im Folgenden in Bezug auf das Dilemmaerleben der Teilnehmenden zusammenfassend für die einzelnen Professionsgruppen dargestellt werden:

Pflegerische Stationsleitungen

Pflegerische Stationsleitungen fühlten sich in Dilemmasituationen häufiger ratlos und ohnmächtig, und berichteten häufiger ein schlechtes Gewissen und Schuldgefühle als andere Berufsgruppen – dies betraf hauptsächlich weibliche Stationsleitungen. Insgesamt fühlten sich Pflegende im Dilemma häufig durch andere abgewertet.

*Oberärzt*innen*

Vor allem Oberärzte konnten Dilemmasituationen bereits vor dem Training häufiger akzeptieren als andere. Einerseits berichteten sie am häufigsten, in Dilemmasituationen Angst zu erleben, gleichzeitig beschreiben sie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen seltener explizit ihre Belastung durch Dilemmata und verneinten negative Auswirkungen durch Dilemmata auf ihren Berufsalltag und ihr Privatleben am häufigsten.

Verwaltungskräfte

Verwaltungskräfte werteten sich selbst im Zusammenhang mit Dilemmata am häufigsten ab – dies betraf hauptsächlich weibliche Führungskräfte. Auch Abwertung durch andere spielte eine entscheidende Rolle für Führungskräfte aus der Verwaltung. Verwaltungskräfte berichteten am häufigsten von negativen Auswirkungen von Dilemmata auf ihr Privatleben.

Servicekräfte

Servicekräfte berichteten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten, auf Dilemmasituationen mit Ärger und – etwas weniger häufig – mit Traurigkeit zu reagieren. Von Traurigkeit berichteten ausschließlich weibliche Servicekräfte. Zudem fühlten sie sich insgesamt im Dilemma häufig durch andere abgewertet und berichteten, dass sich Dilemmata negativ auf ihr Privatleben auswirkten.

Im Folgenden wird zusammenfassend dargestellt, welche berufsgruppenspezifische Wirksamkeit des Trainings sich erkennen lässt:

Reduktion bzw. qualitative Veränderung der empfundenen Belastung durch Dilemmata. Die erlebte Dilemma-bedingte Belastung lässt sich bei Servicekräften über den Trainingslauf reduzieren, alle anderen Berufsgruppe berichteten gleich häufig oder häufiger von Belastung – wobei qualitative Unterschiede in der Beschreibung der Belastung auffielen: Während vor dem Training von Belastung durch Rahmenbedingungen wie beispielsweise Zeitdruck und zu tragende Verantwortung berichtet wurde, wird nach dem Training häufiger geschildert, dass ein geschulteres Bewusstsein für Dilemmasituationen und eine erhöhte Selbstreflexion als belastend empfunden wird.

Veränderung des Umgangs mit Dilemmata im Prä-Post Vergleich. Bei Servicekräften wurde am seltensten ein veränderter Umgang mit Dilemmata im Prä-Post Vergleich festgestellt, zudem konnte bei Servicekräften am häufigsten eine explizite Nicht-Veränderungen beobachtet werden. Am häufigsten ließen sich Veränderungen im Umgang bei Verwaltungskräften und Oberärzt*innen feststellen.

Reduktion quantitativer Belastungsmarker. Über das Training hinweg konnte bei Oberärzt*innen sowohl die kognitive Irritation als auch die allgemeine Stressreaktivität reduziert werden. Bei Stationsleitungen konnte ebenso die allgemeine Stressreaktivität reduziert werden.

2.8.2.2 Geschlechtsspezifische Ergebnisse

Auf Basis der quantitativen Fragebogendaten lassen sich folgende geschlechtsspezifische Ergebnisse zusammenfassen:

Geringere berufliche Selbstwirksamkeitserwartung von weiblichen Führungskräften. Weibliche Führungskräfte gaben über den gesamten Studienverlauf im Trend an, sich weniger selbstwirksam zu fühlen als männliche Führungskräfte, dieser Unterschied war professionsunabhängig zur Katamnese signifikant.

Höhere kognitive und emotionale Irritation bei weiblichen Führungskräften. Über den gesamten Studienverlauf wiesen weibliche Führungskräfte im Trend eine höhere kognitive und emotionale Irritation auf als männliche Führungskräfte. Nach der Intensivphase des Trainings berichteten weibliche Führungskräfte eine signifikant höhere kognitive Irritation im Vergleich zu männlichen Führungskräften.

Höhere erlebte Stressreaktivität bei weiblichen Führungskräften. Vor dem Training wiesen weibliche Führungskräfte insgesamt eine signifikant höhere Stressreaktivität auf als männliche Führungskräfte, dies setzte sich im Trend bis zur Katamnese fort. Im Speziellen zeigten weibliche Führungskräfte vor dem Training eine höhere Reaktivität bei sozialen Konflikten (RsK) und während der Trainingsphase eine höhere Reaktivität bei sozialer Bewertung (RsB) als männliche Führungskräfte.

Vergleichende Analysen der Interviewdaten ergaben folgende geschlechtsspezifische Ergebnisse in Bezug auf das Dilemmaerleben der Teilnehmenden:

Weibliche Führungskräfte

Weibliche Führungskräfte aller Berufsgruppen berichteten häufiger von Ratlosigkeit und Ohnmacht, Selbstabwertung, Angst und Traurigkeit im Dilemma als männliche Führungskräfte. Zudem wurden Schuldgefühlen im Dilemma sowie das Gefühl, in Dilemmasituationen von anderen abgewertet zu werden, deutlich häufiger von weiblichen Führungskräften berichtet.

Männliche Führungskräfte

Männliche Führungskräfte zeigten vor dem Training eine größere Akzeptanz gegenüber Dilemmata, reagierten jedoch gleichzeitig häufiger als weibliche Führungskräfte mit Ärger auf Dilemmasituationen. Traurigkeit als unmittelbare Reaktion auf Dilemmasituationen wurde kein einziges Mal von männlichen Führungskräften genannt. Zudem verneinten männliche Führungskräfte den Einfluss von Dilemmata auf ihren privaten sowie beruflichen Alltag häufiger als weibliche Führungskräfte.

Im Folgenden wird zusammenfassend dargestellt, welche geschlechtsspezifische Wirksamkeit des Trainings sich erkennen lässt:

Veränderung der akzeptierenden Haltung und des Dilemmaerlebens. Eine akzeptierende Haltung gegenüber Dilemmata, ein Gefühl von Erleichterung und Entlastung kann vor allem bei weiblichen Führungskräften über den Trainingsverlauf erhöht werden. Zudem lässt sich dem Globalrating der Interviews zufolge bei etwas mehr Frauen als Männern eine Veränderung durch das Training feststellen.

Gleichzeitig zeigen sich weibliche Führungskräfte – über den gesamten Studienverlauf und am deutlichsten nach dem Training – als belasteter durch Dilemmata als männliche Führungskräfte. Qualitative Unterschiede in den Belastungsbeschreibungen konnten zum Post-Zeitpunkt nicht gefunden werden. Dies passt zu erwähnten Ausprägung der beruflichen Selbstwirksamkeit, die bei Frauen – über den gesamten Studienverlauf und am deutlichsten nach dem Training – niedriger ist als bei Männern.

Einschätzung der Einflussfaktoren Geschlecht und Berufszugehörigkeit in Bezug auf Dilemmata. Bezüglich der Frage, ob Geschlecht und Berufszugehörigkeit einen Einfluss darauf haben, wie Dilemmata erlebt werden und wie auf sie reagiert wird, so nimmt die Mehrheit aller Führungskräfte, davon mehr weibliche als männliche, einen Einfluss von Geschlecht an, die Hälfte aller Führungskräfte geht von einem Einfluss der Berufszugehörigkeit aus.

2.8.3 Diskussion der Ergebnisse

2.8.3.1 Quantitative Fragebogendaten

Die Wirksamkeit des Trainings ließ sich für Oberärzt*innen und Stationsleitungen anhand zweier quantitativer Stressparameter belegen:

Reduktion der erlebten Stressreaktivität über den Trainingsverlauf – bei Oberärzt*innen und Stationsleitungen. Im Prä-Post Vergleich zeigten sich Oberärzt*innen und Stationsleitungen nach dem Training weniger stressreaktiv. Interessant ist, dass nur bei weiblichen Führungskräften – am häufigsten aus der Pflege – die Reaktivität bei sozialen Konflikten reduziert werden konnte, Reaktivität bei Misserfolgen hingegen nur bei Männern – am häufigsten aus dem oberärztlichen Bereich.

Dies könnte durch eine größere Orientierung weiblicher Führungskräfte an sozialen Beziehungen im Arbeitskontext und zeitgleich einen größeren Fokus männlicher Führungskräfte auf Erfolgsparameter (vgl. Sidanius et al. 1994) erklärt werden. In einer zusammenfassenden Auswertung von insgesamt mehr als 80 Metaanalysen über sozialpsychologische Geschlechterunterschiede zeigten Richard et al. (2003), dass Männer ihre Leistungen eher auf die eigenen Fähigkeiten zurückführen, während Frauen eher glauben, ihre Leistung sei auf Glück zurückzuführen. Im ärztlichen Kontext konnte dies in einer aktuellen Studie bestätigt werden (Thompson-Burdine et al. 2019). Es liegt also nahe, dass insbesondere männliche Führungskräfte ihre berufliche Leistung eng mit den eigenen Fähigkeiten verknüpfen und somit Misserfolge möglicherweise eine größere Bedrohung darstellen, auf die stressreaktiv reagiert wird.

Hierzu passt, dass männliche Führungskräfte in der vorliegenden Studie 1 im Trend höhere Stressreaktivitätswerte bei Misserfolgen berichteten. Das Dilemmakompetenz-Training hat in Bezug auf diese Dimension männlichen, aber nicht weiblichen Führungskräften geholfen und die Stressreaktivität reduzieren können. Ein erklärender Faktor könnte hier wiederum die starke Fokussierung männlicher Führungskräfte auf Erfolgsparameter (vgl. Sidanius et al. 1994) sein – allerdings sollte diesem Erklärungsversuch mit Vorsicht begegnet werden, da weder ein statistisch signifikanter Effekt vorliegt und es wenig sinnvoll scheint auf dieser „dünnen“ Basis globale Erklärungsmuster anzubieten. Vielmehr wäre erstrebenswert, diesen Aspekt in einer Folgestudie auf seine Geschlechts- und Professionsspezifität hin näher zu untersuchen und dabei zu versuchen, Proband*innen zu einem möglichst breiten Spektrum an unterschiedlichen prototypischen Arbeitssituationen zu befragen. Denn Steffens und Ebert (2016) merken an: Derlei Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Personen in verschiedenen Berufsgruppen sind stark von ihrem jeweiligen Kontext abhängig (ebd., S. 79 ff.), so kann beispielsweise ein männlicher Oberarzt in einer Situation stark stressreaktiv auf einen Misserfolg reagieren, in einer anderen Situation bemisst sich sein Stressempfinden unter Umständen weniger an dem Kriterium von Erfolg versus Misserfolg.

Interessant ist, dass zwischen den beiden Subskalen „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ und „Reaktivität bei Misserfolgen“ deutliche Unterschiede im Wording der abzubildenden Stressreaktivität auffallen. Die Skalierungen der Items der Subskala „Reaktivität bei sozialen Konflikten“ betonen die Belastung bzw. Aktivierung durch erlebten Stress, beispielsweise ist das Item 3 „Wenn ich mit Anderen Konflikte habe, die im Moment nicht zu lösen sind...“ anhand von

drei Optionen zu beantworten: „nehme ich das im allgemeinen so hin“, „belastet mich das meist doch etwas“ und „belastet mich das meist sehr“. Die Items der Subskala „Reaktivität bei Misserfolgen“ fokussieren in ihren Antwortoptionen eher Ärger, so beispielsweise Item 8 „Wenn ich etwas falsch gemacht habe...“ und die dazugehörigen Antwortoptionen „ärgert mich das häufig noch sehr lange“, „ärgert mich das häufig noch eine Weile“, „komme ich im allgemeinen schnell darüber hinweg“ oder Item 13 „Wenn ich ein Ziel nicht erreicht habe...“, das durch eine der folgenden Optionen zu beantworten ist: „ärgere ich mich meist noch lange darüber“, „bin ich zwar meist enttäuscht, komme aber bald darüber hinweg“, „stört mich das im Allgemeinen nur wenig“.

Hierzu passt, dass männliche Führungskräfte – die im oberärztlichen Bereich die Mehrheit darstellen – in Bezug auf Dilemmata häufiger Ärger beschreiben als weibliche Führungskräfte – die im pflegerischen Bereich vermehrt vorkommen. Zudem korrespondiert diese Auffälligkeit mit dem Befund, dass Oberärzt*innen in beiden Interviews häufiger explizit von Ärger berichten als Pflegekräfte.

Reduktion der kognitiven Irritation über den Trainingsverlauf – bei Oberärzt*innen. Im Prä-Post Vergleich zeigten Oberärzt*innen nach dem Training eine geringere kognitive Irritation. Dieser Befund passt zusammen mit bisherigen Analysen von Born (2020), in denen die Trainingswirksamkeit bezogen auf die Gesamtstichprobe ebenfalls anhand einer geringeren kognitiven Irritation, nicht aber einer geringeren emotionalen Irritation nach dem Training gezeigt werden konnte. Trotz der entlastenden Trainingswirkung berichtete dennoch die Mehrheit der Oberärzt*innen auch nach dem Training noch von belastenden Dilemmaerlebnissen. Hier scheinen die im Ergebnisteil analysierten Veränderungen in der Belastungsbeschreibungen von Bedeutung: Der Grund für empfundene Belastung scheint nach dem Training häufiger auf dem hinzugewonnenen Dilemmabewusstsein zu basieren. Dies scheint insbesondere auch die Berufsgruppe der Oberärzt*innen zu betreffen. Ein weiterer möglicher Grund für die anhaltend belastende Wirkung von Dilemmata auf Oberärzt*innen könnte sein, dass diese häufig mit Dilemmasituationen umgehen müssen, deren Auswirkungen z.B. für das (Über-)leben von Patient*innen existentiell sein können, während sie gleichzeitig eine höhere Verantwortung tragen als ähnlich patient*innennahe Berufsgruppen wie Pflegekräfte.

Gleichzeitig verneinten Oberärzt*innen – hauptsächlich männliche Oberärzte – negative Auswirkungen durch Dilemmata auf ihren Berufsalltag und ihr Privatleben am häufigsten. Eine erklärende Hypothese hierzu könnte sein, dass Oberärzt*innen diese Auswirkungen zwar erleben, aber seltener berichten – möglicherweise aus Sorge davor, Schwäche zu zeigen (vgl. Haubl 2012; Steffens und Ebert 2016). Hierzu passt, dass – insbesondere weibliche – Oberärztinnen von Schwierigkeiten berichteten, sich innerhalb der Trainingsgruppe zu öffnen und von ihrer Unzulänglichkeit im Umgang mit Dilemmata zu berichten, aus Sorge vor Unverständnis anderer Teilnehmenden. Die Tatsache allerdings, dass die Einzelinterviews unter der Prämisse der Vertraulichkeit und Zusicherung einer pseudonymisierten Auswertung hingegen in einem kleineren Rahmen nur mit der Interviewerin stattfanden, könnte diese Sorge seitens männlicher Oberärzte wiederum abgeschwächt haben.

Generell ist eine extreme Ausweitung der Arbeitszeit im ärztlichen Bereich der Normalfall (Angerer et al. 2008; Rosta 2007; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021b) und wird von Ärzt*innen – aus Gründen der Sorgfaltspflicht gegenüber Patient*innen oder Sorge, die Gunst des*der Vorgesetzten oder gar die Arbeitsstelle zu verlieren – vielfach akzeptiert (Flintrop 2000). Laut einer Analyse von Poppelreuter (2013) zum Phänomen der Arbeitssucht, die initial durch den Psychologen Wayne Oates als Workaholismus geprägt wurde, sind unter anderem Ärzt*innen prädestiniert dafür, eine Arbeitssucht zu entwickeln. Dies hängt laut Poppelreuter (2013) damit zusammen, dass die Identität von Ärzt*innen so stark mit ihrer Erwerbsarbeit

verknüpft ist. Es scheint somit ebenso plausibel, dass Oberärzt*innen ihre Belastung durch arbeitsbedingte Dilemmata möglicherweise nicht als negative Auswirkung auf ihr Privatleben verstehen bzw. erleben.

Das Dilemma mit nach Hause nehmen – ein Burnout-Vorbote? Über die Hälfte aller Trainingsnehmenden berichteten, die Belastungen durch arbeitsbedingte Dilemmata würden sich negativ auf ihr Privatleben auswirken. Verwaltungskräfte schilderten dies am im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten. Tatsächlich gilt der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben, den unter anderem das „mit nach-Hause-Nehmen“ von Arbeitsbelastung kennzeichnet, als verlässlicher Prädiktor für das arbeitsbedingte Stresslevel und das Entwickeln einer Burnout-Symptomatik (Kocalevent et al. 2019). Zudem liefert eine Schweizer Studie von Häusler et al. (2018) einen interessanten Befund: Der Effekt des empfundenen Work-Privacy-Conflicts, der mittels der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (vgl. Nübling et al. 2006) erfasst wurde, wirkt sich am stärksten bei im Krankenhaus arbeitenden Verwaltungskräfte auf deren Belastungssymptomatik aus.

Es scheint also ratsam, den Aspekt des „mit nach-Hause-Nehmens“ in einer Folgestudie zusätzlich zu einer qualitativen Befragung auch mithilfe dieses validierten Messinstruments zu erfassen. Dies würde zum einen eine genauere Analyse und Bestimmung darüber ermöglichen, welche Berufsgruppen besonders stark betroffen sind, zum anderen ließen sich die Ergebnisse leichter mit anderen Studien vergleichen.

Keine nachweisliche Verbesserung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung in den einzelnen Subgruppen. Innerhalb einzelner Subgruppen konnte keine Steigerung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung über den Trainingsverlauf gezeigt werden. Über die Gesamtstichprobe aller mittleren Führungskräfte hinweg konnte jedoch eine Verbesserung festgestellt werden (Born 2020). Als Grund für ausbleibende Effekte innerhalb einzelner Subgruppen ist ihre jeweils kleine Größe anzunehmen. Bereits Analysen der geschlechtsabhängigen Subgruppen (jeweils $n = 28$) verfügen über eine deutlich geringere statistische Power als Analysen der Gesamtstichprobe ($N = 56$). Um eine Power von $(1 - \beta) = .80$ zu gewährleisten ist für eine Varianzanalyse zweier gleich großer Subgruppen mittels Mann-Whitney-U-Test bei einer Effektstärke von $d = .50$, einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ eine Gesamtstichprobengröße von $N = 106$ und somit eine Subgruppengröße von jeweils $n = 53$ erforderlich. Diese Fallzahlberechnungen wurde mithilfe des Programms G*Power (Version 3.1.9.4, Faul et al. 2009) durchgeführt. Um verlässliche Analyseergebnisse bei insgesamt vier verschiedenen Professionssubgruppen zu erzielen, ist ebenso eine größere Gesamtstichprobengröße erforderlich. Zudem sind zukünftig gleichgroße Subgruppen wünschenswert (siehe *Limitationen der Studie*).

Weibliche Führungskräfte erleben weniger berufliche Selbstwirksamkeit als männliche Führungskräfte. Umso interessanter ist, dass weibliche Führungskräfte über den gesamten Studienverlauf eine geringere berufliche Selbstwirksamkeitserwartung als männliche Führungskräfte berichteten und sich dieser Unterschied nach dem Training als signifikant herausstellt. Zu dem geringeren Selbstwirksamkeitserleben von weiblichen Führungskräften passt, dass diese ebenfalls höhere Ausprägungen der Stressparameter Irritation und Stressreaktivität aufweisen. Zudem passt dieser Befund zu Auswertungen im Rahmen eines sozialpsychologischen Reviews von Richard et al. (2003), nach denen Männer sich im Durchschnitt selbstsicherer fühlen und ein höheres Selbstwertgefühl haben als Frauen. Nicht alle im Rahmen des Reviews analysierten Metaanalysen bezogen sich auf den Arbeitskontext, aufgrund der Vielzahl insgesamt inkludierter Studien ist aber davon auszugehen, dass sich dieses Ergebnis auf den Arbeitskontext übertragen lässt. Somit scheint die geringere berufliche

Selbstwirksamkeitserwartung der in der vorliegenden Studie 1 untersuchten weiblichen Führungskräfte im Vergleich zu männlichen Führungskräften ein typisches Phänomen zu sein.

Interessant ist, dass weibliche im Vergleich zu männlichen Führungskräften ein signifikant höheres Level an kognitiver Irritation, nicht aber an emotionaler Irritation aufwiesen. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich Geschlechterunterschiede auch in Bezug auf emotionale Belastung zeigen. Ergebnisse einer Längsschnittstudie, in der insgesamt 1012 Ärzt*innen (davon Zweidrittel weiblich) zu ihrer arbeitsbedingten Belastung befragt wurden, zeigen, dass Ärztinnen eine größere emotionale Erschöpfung berichten als Ärzte (Kocalevent et al. 2019).

Weiterhin spannend ist die Frage, wie diese beiden Befunden genau zusammenhängen: Bedingt ein geringes Selbstwirksamkeitserleben ein höheres Stresslevel? Oder schlägt sich ein Mehr an erlebtem Stress in einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung nieder? Die vorliegende Studie liefert auf diese Frage keine Antwort. Naheliegend scheint jedoch, dass die berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen einen intrinsischen Faktor abbildet, dem eine Art Puffer-Funktion im Hinblick auf erlebte Belastung zukommt (vgl. Siegrist 2013). Weiterführende Analysen zur Überprüfung eines möglichen moderierenden Effekts von beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung auf die genannten Stressparameter (oder umgekehrt) schien aufgrund der kleinen Fallzahl zu vergleichender Subgruppen nicht sinnvoll. Es bedarf somit weiterer Forschung, um diese näher zu erkunden.

Weibliche Führungskräfte profitieren offensichtlich mehr vom Training als männliche Führungskräfte, gleichzeitig erleben sich nach dem Training weniger selbstwirksam. Analysen zufolge spielt hierbei die individuelle Ambiguitätstoleranz keine Rolle (Drews et al. 2021b).

Um den Zusammenhang zwischen Ambiguitätstoleranz und Stressparametern sowie dem persönlichen Selbstwirksamkeitserleben im Berufskontext weiter zu untersuchen, wäre es wünschenswert, weitere Erhebungen mit Führungskräften und Mitarbeiter*innen ohne Führungsverantwortung im Krankenhauskontext durchzuführen. Befragungen hierfür ließen sich beispielsweise im Rahmen eines großflächigen Online-Surveys an deutschen Krankenhäusern durchführen.

Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit – eine bedeutsame Zutat für die eigene Dilemmakompetenz? Servicekräfte zeigten im Vergleich zu Oberärzt*innen ein größeres Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit, d.h. ein größeres Bedürfnis uneindeutige Situationen aufzulösen, indem sie eine eindeutige Antwort erzeugen.

In Dilemmasituationen gilt es jedoch, Uneindeutigkeit auszuhalten: Auf Basis widersprüchlicher Anforderungen wird eine Entscheidung getroffen, die nie vollständig objektiv begründbar ist und dadurch immer auch anders hätte entschieden werden können (Zwack und Pannicke 2010) – dies birgt zudem die Ungewissheit, wie die getroffene Entscheidung von anderen rezipiert wird.

Kosic (2002) beschreibt eine Abhängigkeit zwischen dem individuellen Need for Cognitive Closure und typischerweise gezeigten Copingstrategien: Personen mit einem hohen Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit zeigen im Vergleich zu Personen mit einem niedrigen solchen Bedürfnis deutlich häufiger ein vermeidendes Coping. Unter der Voraussetzung einer geringen Jobzufriedenheit, zeigen Personen mit einem hohen Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit im Vergleich zu Personen mit einem geringen Bedürfnis zudem häufiger ein problemorientiertes Coping.

Dies lässt sich auf die Befunde der vorliegenden Studie beziehen: Servicekräfte, die die höchsten NCC-Werte aufwiesen, zählen zu einer Berufsgruppe, die durch eine niedrige Jobzufriedenheit gekennzeichnet ist (Zuberi 2013). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass

Servicekräfte dazu neigen, sich einer vermeidenden oder problemorientierten Copingstrategie bedienen, wenn sie mit herausfordernden Entscheidungen konfrontiert sind. In Bezug auf Dilemmata bedeutet dies: Servicekräfte sind vermutlich geneigt, eine Dilemmasituation zu vermeiden oder diese wie ein lösbares Problem zu betrachten, das es aus eigener Kraft aufzulösen gilt. Es ist also zu vermuten, dass Servicekräfte weniger als Oberärzt*innen darin geschult sind, Uneindeutigkeit in Entscheidungssituationen auszuhalten, was sich in ihrem größeren Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit ausdrückt (Drews et al. 2021b).

Lässt sich nun von dem Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit auf die Dilemmakompetenz schließen? Bossmann (2020) hat Dilemmakompetenz erstmals als die Fähigkeit definiert, in berufsbezogenen Dilemmasituationen Entscheidungen zu treffen, indem bewusst ein verantwortbarer Standpunkt eingenommen und anschließend kommunikativ vertreten wird, sodass die*der Entscheider*in mit den Preisen der Entscheidung (z.B. Angriffe auf die getroffene Entscheidung oder Vorwürfe durch andere, emotionale Folgen) leben kann (ebd., S. 142). Bis dato liegt kein evaluiertes Instrument zur quantitativen Erfassung von individueller Dilemmakompetenz vor. Es können also nur Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang auf Basis der im Rahmen des Teilprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ durchgeführten Datenanalysen geliefert werden.

Ausgehend von dem Befund, dass sich das Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit über das Training hinweg auch in Bezug auf die Gesamtstichprobe nicht verändert (vgl. Born 2020), überprüfte Born in ihren Analysen, ob der Baseline-Wert der Ambiguitätstoleranz einen Einfluss darauf hatte, wie stark oder wenig Trainingsteilnehmende vom Training profitieren. Zwischen einer geringen Ambiguitätstoleranz zur Baseline und dem Veränderungsmaß bezüglich Stressreaktivität, kognitiver Irritation sowie beruflicher Selbstwirksamkeit durch das Training konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden (Born 2020). Ebenso wenig konnten Analysen unter Einbezug der Berufszugehörigkeit und des Geschlechts einen moderierenden Effekt der Ambiguitätstoleranz zur Baseline feststellen (Drews et al. 2021b).

Gleichzeitig belegen Befunde der vorliegenden Studie sowie Analysen von Born et al. (2020), dass das durchgeführte Training die Dilemmakompetenz der Teilnehmenden gemäß der Definition von Bossmann (2020) stärken konnte. Dilemmakompetenz umfasst also mehr als die durch die NCC-Skala erfasste Ambiguitätstoleranz. Eine eingehende Erforschung des Zusammenhangs von Dilemmakompetenz und der Toleranz gegenüber ambigen Entscheidungssituationen wäre an dieser Stelle wünschenswert. Insbesondere legen die analysierten professionsspezifischen Unterschiede nahe, hierbei besonderen Fokus auf verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus zu legen und insbesondere auch statusniedrigere Subgruppen wie Servicekräfte in die Untersuchung einzuschließen.

Rugulies et al. (2012) führen die Tatsache, dass mittlere Führungskräfte aus Professionsgruppen mit niedrigem betrieblichen Status stärker gefährdet sind, aufgrund von Arbeitsstress psychische Störungen zu entwickeln, auf deren niedrigere Kontrollüberzeugung zurück, d.h. der erlebten Möglichkeit, selbstbestimmt zu arbeiten. Dilemma(in)kompetenz bzw. Ambiguities(in)toleranz könnten in diesem Zusammenhang weiterer mögliche erklärende Faktoren sein.

2.8.3.2 Qualitative Interviewergebnisse

Insgesamt verändertes Dilemmaerleben nach dem Training. Insgesamt konnte über alle Führungskräfte hinweg gezeigt werden, dass das Dilemmaerleben vor dem Training als belastend beschrieben wurde: Teilnehmende schilderten überwiegend negative Gefühle, darunter Ärger und eine erlebte Abwertung durch Kolleg*innen, Mitarbeitende oder Vorgesetzte. Zudem wurden in Zusammenhang mit Dilemmasituation häufig physische Belastungsreaktionen

wie Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen beschrieben. Nach dem Training zeigte die das Dilemmaerleben von allen mittleren Führungskräften vorwiegend durch Akzeptanz und Gelassenheit geprägt. Vor dem Training überwiegend berichteter Ärger und Abwertung durch Kolleg*innen, Mitarbeitende oder Vorgesetzte sowie physische Belastungsreaktionen wurden seltener berichtet. Dies entspricht Teilanalysen durch Birke (2020), Hiltz-Ward (2019), Arend (2020) und Pfisterer (2021).

Abwertung durch andere und Selbstabwertung – wen es betrifft und was sich durch das Training verändert. Auffallend ist, dass Pflegende, Service- und Verwaltungskräfte häufig berichten, sich in Dilemmasituationen durch andere abgewertet zu fühlen, und dies bei Oberärzt*innen kaum eine Rolle spielt. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend und passt zu vorliegenden Befunden zur erlebten Wertschätzung von Krankenhausmitarbeitenden abhängig von ihrer Professionszugehörigkeit (Buxel 2011; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2014; Zuberi 2013).

Über den Zusammenhang zwischen erlebter Abwertung durch andere und Selbstabwertung lassen sich verschiedene Überlegungen anstellen: Möglicherweise besteht eine direkte Verbindung zwischen ausbleibender Wertschätzung und der Überzeugung, hierfür selbst verantwortlich zu sein im Sinne einer internalen Attribution, mit einer Selbstabwertung als Folge. In einer aktuellen Untersuchung zum Zusammenhang des betrieblichen Status verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus und prosozialem Verhalten konnte zudem gezeigt werden, dass statushöhere Beschäftigte sich gegenüber Kolleg*innen der eigenen und anderer Berufsgruppen deutlich prosozialer verhalten als statusniedrigere Beschäftigte (Liebe et al. 2017). Es könnte also auch ein indirekter Zusammenhang zwischen statusabhängiger Wertschätzung und Selbstabwertung bestehen, in dem sich statusniedrigere Berufsgruppen für ein möglicherweise unsozialeres Verhalten selbst abwerten. Andererseits kann die Nicht-Wertschätzung selbst als un-soziales, gemeinschaftsschädigendes Verhalten gewertet werden. Berichte aus den Interviews zufolge äußerte sich Abwertung durch anderen häufig durch Ignorieren am Arbeitsplatz und eine Entwertung der eigenen Arbeitsleistung.

Ebenso werteten sich häufiger weibliche als männliche Führungskräfte selbst ab oder fühlten sich durch andere abgewertet. Dieser Befund passt zu der viel beschriebenen (Selbst-)Abwertung insbesondere weiblicher Pflegekräfte (Sander 2012, S. 133).

Erfreulich ist hingegen, dass alle betroffenen Führungskräfte nach dem Training deutlich seltener von Abwertung durch andere berichten. Es kann angenommen werden, dass die Trainingsteilnahme zu dieser Entwicklung beigetragen hat.

Wessen Umgang mit Dilemmata verändert sich durch das Training am stärksten bzw. schwächsten? Anhand der Globalratings der Interviewberichte konnte bei Servicekräften im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nur geringe Veränderungen im Umgang mit Dilemmata festgestellt werden. Dies korreliert mit dem Befund einer geringen Veränderungsrate der Servicekräfte bezüglich ihrer beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung über den Trainingsverlauf (siehe Drews et al. 2021). Im Gegensatz hierzu ergaben die Globalratings bei Verwaltungskräften und Oberärzt*innen die deutlichsten Veränderungen im Umgang mit Dilemmata. Auch dieser Befund passt zu den hohen Veränderungsraten der Selbstwirksamkeitserwartung dieser Berufsgruppen (Drews et al. 2021b).

Interessant ist, dass sich Verwaltungskräfte nach dem Training nicht weniger häufig von Belastungen durch Dilemmata berichteten, auch nach dem Training noch häufig negative Gefühle in Bezug auf Dilemmata beschreiben und sich zur Katamnese am häufigsten anhaltend stressreaktiv zeigen. Dieser Befund mag widersprüchlich erscheinen, lässt sich jedoch vor dem Hintergrund, dass bei Verwaltungskräften durch das Training die größte Veränderung im Umgang mit Dilemmasituationen angestoßen wurde, nachvollziehen: Während Verwaltungskräfte vor

Beginn des Trainings vor allem das Konglomerat der an sie gestellten verschiedenen Ansprüche und die verschärfenden Rahmenbedingungen wie Zeitdruck und erlebte Abwertung durch andere beschrieben, schildern sie nach dem Training, dass die Belastung hauptsächlich in ihrem neu hinzugewonnenen Dilemmaabewusstsein liegt. So sind sie nun in der Lage, dilemmatische Situationen zu erkennen, erleben diese Erkenntnis jedoch zum Zeitpunkt des Post-Interviews als belastend.

Über alle Berufsgruppen hinweg, lassen sich bei weiblichen Führungskräften mehr Veränderungen feststellen als bei männlichen Führungskräften. Dieser Unterschied erscheint in den Interviewdaten marginal (51 versus 49 Prozent), lässt sich jedoch in Verbindung mit der Veränderungsrate der beruflichen Selbstwirksamkeit bringen, die bei weiblichen Führungskräften größer ist als bei männlichen (Drews et al. 2021b).

Solidarisierung, Vergleichsmöglichkeit und Austausch mit anderen, Empowerment: Vor allem für weibliche Führungskräfte und Servicekräfte wichtig. Für weibliche Führungskräfte und die Berufsgruppe Service ist das Verständnis über die Unauflösbarkeit von Dilemmata weniger hilfreich im Vergleich zu männlichen Führungskräften und anderen Berufsgruppen. Der Vergleich mit anderen Trainingsteilnehmenden (im Sinne eines „Lernen am Modell“), die erlebte Solidarisierung und das Empowerment wird vielmehr als hilfreich empfunden.

Mäßige Anschlussfähigkeit des Trainings für Servicekräfte. In seiner jetzigen Form weist das Training für Servicekräfte die größten Hürden auf: Insbesondere theoretisch aufbereitete Trainingsinhalte, die Konfrontation mit anderen, größtenteils besser ausgebildeten Berufsgruppen scheint für sie vielfach nicht hilfreich zu sein. Die Tatsache, dass sich Servicekräfte häufig nicht von den im Training genutzten Beispielen wiederfinden konnten und dennoch die Berufsgruppe darstellen, die am wenigsten explizite Kritik am Training geübt hat, verdeutlicht einen Verbesserungsbedarf. Zum einen die Gestaltung und Aufbereitung des Trainings, zum anderen die Möglichkeit, niederschwellig Kritik zu äußern, sollte an die Bedürfnisse von Servicekräften angepasst werden.

Zwar lässt sich bei Servicekräften eine Reduktion der erlebten Dilemma-bedingten Belastung über den Trainingslauf zeigen – es fällt jedoch auf, dass bei allen anderen Berufsgruppen weniger die Häufigkeit der Belastungsbeschreibungen sank, sondern sich vielmehr andere Belastungsauslöser genannt wurden. Dies scheint dem Konzept der Dilemmakompetenz-Stärkung folgend plausibel: So schreibt Zwack (2017), dass die erlebte Verzweiflung über die Unlösbarkeit von Dilemmasituationen unvermeidbar ist, mehr noch: Sie ist wichtig, damit sich die betroffene Person für einen veränderten Umgang entscheiden kann. Es ist fraglich, ob Servicekräfte diesem Dilemma-Konzept folgen konnten und eine Entlastung im Sinne unseres Dilemma-Verständnisses eingetreten ist. Dieser Zweifel wird zusätzlich dadurch unterstützt, dass bei Servicekräften am häufigsten Schwierigkeiten festgestellt wurden, das Dilemma-Konzept zu verstehen. Nach abgeschlossener Kodierung der Interviews wurden diese in Bezug darauf bewertet, ob die interviewte Person das im Interview vorgestellte Dilemma-Konzept auf ihre eigene Situation anwenden konnte und ein Verständnis über den besonderen Entscheidungscharakter ersichtlich wurde. In diesem Rahmen wurde der Hälfte aller Servicekräfte attestiert, das Dilemma-Konzept nicht verstanden zu haben (Hilz-Ward 2019), während Interviewees aus allen anderen Berufsgruppen das Dilemma-Konzept nahezu uneingeschränkt verstanden.

Hinzukommt der Befund, dass Servicekräfte über die gesamte Laufzeit der Studie das größte Bedürfnis nach kognitiver Geschlossenheit zeigten, d.h. am stärksten dazu neigten, in von Unsicherheit und Uneindeutigkeit geprägten Situationen eindeutige Antworten zu erzeugen. Dies hängt möglicherweise mit ihrem (Aus-)Bildungsniveau und ihrer beruflichen Prägung zusammen (Drews et al. 2021b).

Teilnehmende ohne akademischen Abschluss brechen häufiger ihre Trainingsteilnahme ab. Laut Born (2020) unterschieden sich jene Studienteilnehmenden, die das Dilemmakompetenz-Training frühzeitig abbrachen, hinsichtlich ihrer Berufszugehörigkeit nicht von denjenigen, die das Training erfolgreich abschlossen.

Allerdings lässt sich ein anderer Zusammenhang beobachten, der sich als statistisch signifikant herausstellt: Die Studienteilnehmenden, die das Training abbrachen, verfügten seltener über einen akademischen Abschluss als höchsten Bildungsabschluss als über einen Ausbildungsabschluss. In die Gruppe der Trainingsteilnehmenden waren diese Abschlüsse hingegen nahezu gleichverteilt (Born 2020).

Dieser Zusammenhang legt nahe, dass der professionelle Hintergrund der Studienteilnehmenden doch eine Rolle dafür spielt, ob das Training erfolgreich absolviert wurde bzw. werden konnte. Zu den Berufsgruppen, in denen Beschäftigte keinen akademischen Abschluss benötigen, zählen in der vorliegenden Stichprobe hauptsächlich der Service- und Pflegebereich. Trotz eines ausbleibenden Effekts der Berufsgruppe auf den Abbruch des Trainings (vgl. Born 2020), sind vermutlich insbesondere Servicekräfte und Stationsleitungen von einem solchen Ausscheiden aus der Studie betroffen.

Einschätzung der Trainingsteilnehmenden: Hat Geschlecht einen Einfluss auf die Dilemmakompetenz? Die Tatsache, dass vor allem Oberärztinnen dem Einfluss von Geschlecht widersprechen, mag zuteilen dadurch erklärt werden, dass von allen untersuchten Professionen der ärztliche Bereich jener ist, der sich aus einer ursprünglich deutlichen männlichen Prägung zu einer Domäne entwickelt hat, in der aktuell ähnliche viele Frauen wie Männer arbeiten (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020b) und die Nachwuchsgeneration überwiegend weiblich geprägt ist (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020c). Die steigende Prävalenz von Frauen im ärztlichen Bereich führt einerseits zu einer objektiv gerechteren Arbeitswelt, gleichzeitig wird die sogenannte „Feminisierung“ vielfach auch kritisch diskutiert (Koch 2014; Laurence et al. 2020). Vor allem Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten, werden häufig kritisiert und für den Ärzt*innenmangel verantwortlich gemacht (Canbek 2019)¹⁹.

Es liegt somit nahe, dass sich Frauen vor allem im ärztlichen Bereich zum einen selbst „beweisen“ wollen und sich, im Lichte des kritischen Diskurses über Frauen in der Medizin, weniger gerne als „typisch Frau“ darstellen lassen möchten. Um dies genauer zu erforschen, bedarf es einer weiteren Untersuchung, die über die in der vorliegenden Studie verwandten Frage-technik gemäß „Geschlecht könnte einen Einfluss haben, wie ist das bei Ihnen?“.

Überdies ergab eine Befragung zur Einstellung gegenüber der Feminisierung der Medizin (Laurence et al. 2020) unter anderem, dass Befragte dem Geschlecht von Ärzt*innen in Bezug auf verschiedene Aspekte der Patient*innenversorgung eine relevante Rolle zusprachen, ihr eigenes Geschlecht in konkreten Behandlungssituationen jedoch als irrelevant bewerteten. In Bezug auf die vorliegende Forschungsfrage „Hat Geschlecht einen Einfluss auf das Erleben von Dilemmata und den Umgang mit ihnen?“ scheint somit eine Diskrepanz in den Antworten der Proband*innen plausibel in Bezug darauf, ob Proband*innen den Einfluss generell oder bezogen auf sich persönlich in konkreten Arbeitssituationen bewerten.

Insgesamt muss die Art der Befragung jedoch kritisch betrachtet werden: So berichten Steffens und Ebert (2016), dass Befragungen nach möglicherweise geschlechtsspezifischen Phänomenen (in unserem Fall: Dilemmakompetenz) häufig antworten produzieren, die konform mit gängigen Geschlechtsstereotypen sind (ebd., S. 88). Solche Befunde würden dadurch eher

¹⁹ Canbek (2019) analysiert diese Kritik und betont, dass nicht die Zunahme an Frauen in der Medizin zum Ärztemangel führt, sondern vielmehr die traditionelle Rollenzuschreibung, in welcher die Frau für den Haushalt und die Kinder zuständig ist.

die Langsamkeit widerspiegeln, mit der sich sozial geteilte Annahmen über soziale Gruppen verändern (vgl. Abele 2000).

2.8.4 Limitationen der Studie

2.8.4.1 Stichprobe

Geringe Fallzahl. Den analysierten quantitativen und qualitativen Datensätzen lag eine Gesamtfallzahl von $N = 56$ zugrunde. Differentielle Analysen der quantitativen Fragebogendaten sowie der qualitativen Interviewdaten in Bezug auf einzelne Subgruppen basieren dementsprechend auf deutlich kleineren Subgruppengrößen. Dies fällt insbesondere bei Auswertungen in Bezug auf die Berufszugehörigkeit und vier verschiedenen Professionsgruppen ins Gewicht. Hierbei sind vor allem die kleine Subgruppengröße von Führungskräften aus der Verwaltung ($n = 6$) und dem Servicebereich ($n = 7$) zu nennen. Fallzahlberechnungen mittels des Programms G*Power (Version 3.1.9.4, Faul et al. 2009) ergeben – wie bereits erwähnt – eine deutlich höhere Gesamtstichproben- und Subgruppengröße, die nötig sind, um statistische Analysen mit einer verlässlichen Power zu ermöglichen.

Ungleiche große Subgruppen. Hinzukommt, dass die Professionszugehörigkeit innerhalb der Gesamtstichprobe ungleich verteilt und die Professionsgruppen somit unterschiedlich groß waren ($n_{\text{Service}} = 7$, $n_{\text{Verwaltung}} = 6$, $n_{\text{Pflege}} = 18$, $n_{\text{Oberärzt*innen}} = 25$). Die Geschlechtsprävalenz innerhalb der Gesamtstichprobe war ausgewogen (mit jeweils $n = 28$), die Ergebnisse der vergleichenden geschlechtsspezifischen Analysen können somit als weithin reliabel angenommen werden. Insgesamt sollten die vorliegenden Ergebnisse bezüglich möglicher Unterschiede zwischen (a) verschiedenen Berufsgruppen und (b) weiblichen und männlichen Führungskräften mit Vorsicht betrachten und in einem nächsten Schritt mithilfe größerer Fallzahlen repliziert werden. Insbesondere die vergleichenden berufsgruppenspezifischen Analysen können lediglich erste Hinweise auf Phänomene liefern, die unbedingt unter der Voraussetzung gleicher Gruppengrößen im Anschluss überprüft werden sollten.

2.8.4.2 Konzeption und Fokus der qualitativen Einzelinterviews

Während das Prä-Interview darauf abzielte, die Belastungen der Interviewees durch Dilemmasituationen möglichst umfangreich zu explorieren, fokussierte das Post-Interview vor allem auf Veränderungsbeschreibungen bezüglich des Erlebens von und des Umgangs mit Dilemmata. Diese Fokussierung entspricht dem Studiendesign des durchgeführten Forschungsprojektes: Nach einer anfänglichen „Anamnese“ (Prä-Interview) erfolgte eine intensive Trainingsphase, deren Wirksamkeit mittels einer „Nachsorge“ (Post-Interview) überprüft werden sollte.

Hierbei muss kritisch reflektiert werden: Inwieweit bilden qualitativen Ergebnisse, die sich aus dem Prä-Post Vergleich ergeben, die Vorabannahmen und Konstruktionen der Forschenden selbst ab (Kuckartz 2018, S. 203)? Möglicherweise hat die genannte Gestaltung der Interviews mit dazu beigetragen, dass eine deutliche Veränderung durch das Training erkennbar wurde.

Insgesamt wurde vonseiten der Interviewerinnen versucht, non-direktive, offene Fragen zu stellen und die Äußerungen und Beschreibungen der Interviewees – im Rahmen des Interviewleitfadens – möglichst wenig zu beeinflussen, sondern nur stellenweise zu re-fokussieren und durch angebotene Zusammenfassungen inhaltlich zu verdichten (vgl. Helfferich 2019, S. 679 f.). Insbesondere im Post-Interview wurde darauf geachtet, Interviewees individuell anzusprechen und an das jeweilige vorangegangene Prä-Interview anzuknüpfen. So wurde zu Beginn jedes Post-Interviews durch die Interviewerin eine kurze Zusammenfassung des im Prä-Interview beschriebenen Dilemmas gegeben. Hierdurch sollte zum einen die Anschlussfähigkeit der anschließend erfragten Inhalte für die Interviewees gestärkt und der Bezugsrahmen

„Dilemmata im Arbeitskontext“ aktualisiert werden, zum anderen wurde hierdurch versucht, die erlebte Wirklichkeit der Interviewees möglichst präzise abzubilden.

Zudem korrespondieren die qualitativen Ergebnisse mit Befunden aus der quantitativen Erhebung mittels standardisierter Fragebögen, beispielsweise in Bezug auf unterschiedliche Belastungsausmaße zwischen verschiedenen geschlechts- und professionsspezifischen Subgruppen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass ein möglicher Rosenthal-Effekt, d.h. eine Beeinflussung der Ergebnisse durch die Erwartungen der Forschenden (vgl. Pieter et al. 2020), die qualitativen Daten im Vergleich zu den quantitativen Daten nicht mehr betroffen hat.

2.8.4.3 Kategorische Konzeptionalisierung von Geschlecht

Alle geschlechterdifferentiellen Analysen wurden auf Basis eines dichotomischen Geschlechterverständnisses vollzogen. Allen Studienproband*innen war es zu allen Erhebungszeitpunkten möglich, ihr Geschlecht als (1) weiblich, (2) männlich, oder (3) divers zu kategorisieren. Alle 56 Studienteilnehmenden wiesen ihr Geschlecht als eindeutig weiblich oder männlich aus, von der Kategorie „divers“ wurde kein Gebrauch gemacht. Es ist davon auszugehen, dass die geschlechtliche Kategorisierung der Studienteilnehmer*innen in Einklang mit ihrer Selbstwahrnehmung erfolgt ist, wobei nicht erfasst werden konnte, wie sehr die Teilnehmenden sozial erwünscht antworteten.

Dem theoretischen Hintergrund zur Unterschiedlichkeit in der Wahrnehmung und Bewertung von Dilemmata liegt ein dichotomisches Geschlechterverständnis zugrunde. Die Zuordnung bestimmter Erlebensmuster als eher frauen- bzw. männertypisch lässt keinen Spielraum für Intergeschlechtlichkeit. Dies spiegelt sich ebenso in der Datenerhebung wider: So wurden Trainingsteilnehmende im Rahmen der Post-Interviews nach ihrer Einschätzung zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und typischen Reaktions- und Umgangsmustern bezüglich Dilemmata gefragt. Die Formulierung der Frage, geknüpft an eine durch die Interviewerin präsentierte Hypothese dazu, wie weibliche und männliche Führungskräfte prototypischer Weise mit Dilemma umgehen könnten, suggerierte ein dichotomisches Verständnis von Geschlecht. Möglicherweise reproduzierten auf diese Art normative Vorannahmen der Forscherinnen die Aussagen der Interviewees (vgl. Kuckartz 2018), insbesondere mit Blick auf Zuschreibungen von geschlechertypischen Eigenschaften (vgl. Steffens und Ebert 2016). Eine Formulierung dieser Forschungsfrage mit Blick auf Geschlecht als soziale Konstruktion sowie Möglichkeiten eines „Dazwischen“ wäre für die vorliegende Forschungsarbeit gewinnbringend gewesen. Spätestens jedoch sollten Forschungsfragen zukünftiger Untersuchungen, die auf die vorliegende Arbeit aufbauen, genderneutral formuliert werden, um das Erleben der befragten Studienteilnehmenden bestmöglich abzubilden.

2.8.4.4 (Fehlende) Messinstrumente: Need for Cognitive Closure und Dilemmakompetenz

Wie in der *Diskussion der Ergebnisse* erwähnt, bleibt unklar, inwieweit die durch das Konstrukt des Need for Cognitive Closure (NCC) erfasste Ambiguitätstoleranz mit Dilemmakompetenz zusammenhängt. Analysen von Born (2020) und Drews (2021b) können keinen direkten Zusammenhang zwischen beiden herstellen. Allerdings ist zu bedenken, dass zum einen kein validiertes Messinstrument zur quantitativen Erfassung der Dilemmakompetenz genutzt werden konnte, zum anderen kann diskutiert werden, inwieweit das NCC-Konstrukt geeignet für die vorliegende Studie war. Rosen et al. (2014) diskutieren verschiedene Messinstrumente in Ergänzung zum Konstrukt des Need for Cognitive Closure, darunter das Konstrukt der Unsicherheitsorientierung in Entscheidungssituationen (Sorrentino et al. 2003), welches sich

insbesondere für die Untersuchung von Entscheidungsstress unter Berücksichtigung der (Un)sicherheitsorientierung der Entscheider*innen eignet.

Es empfiehlt sich also zum einen, das im Rahmen des Forschungsprojektes „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ entworfene Messinstrument zur Erfassung der Dilemmakompetenz nach Schweitzer et al. (2019) weiteren testtheoretischen Untersuchungen mittels Erprobung an größeren Stichproben zu unterziehen²⁰. Für Folgestudien scheint außerdem ratsam, auf spezifischere Messinstrumente zur Erfassung der Ambiguitätstoleranz in Entscheidungssituationen zurückzugreifen.

2.8.5 Ausblick

Trotz der methodischen Einschränkungen der vorliegenden Studie 1 können Hinweise für die zukünftige Gestaltung von unterstützenden Maßnahmen von Krankenhausbeschäftigten unter Berücksichtigung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten verschiedener Subgruppen abgeleitet werden. Zudem lassen sich die diskutierten Wirksamkeitsbefunde im aktuellen Kontext der Corona-Pandemie reflektieren und sogleich mit weiterführenden Fragen verknüpfen.

2.8.5.1 Ableitungen für zukünftige gesundheitsfördernde Maßnahmen

Zur Frage, wie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gestaltet werden sollten, sollen im Folgenden aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie und im Kontext anderer bisheriger Forschung Vorschläge abgeleitet werden. Diese beziehen sich zusammenfassend auf folgende Attribute bezüglich zukünftiger Maßnahmen und wie diese wünschenswerter Weise zu gestalten sind: geschlechtersensibel, multiprofessionell, Solidaritäts- und Selbstwirksamkeitsfördernd, auf die Bedürfnisse einzelner Zielgruppen angepasst, partizipativ und neben verhaltens- auch verhältnisorientiert.

Bedarf nach geschlechtssensiblen Unterstützungsmaßnahmen

Der Bericht zur Frauengesundheit des Robert Koch-Instituts (2020) empfiehlt bei der Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung darauf zu achten, diese so zu gestalten, dass eine Teilnahme für Frauen trotz ihres häufig eingeschränkten Zeitbudgets, beispielweise durch Kinderbetreuung oder die Pflege von Angehörigen (Pirolt und Schauer 2005; Ritter et al. 2008), möglich ist. Arbeitsbezogene Belastung von Frauen führt das RKI vielfach zurück auf eine erhöhte zeitliche Belastung und psychischen Stress, der insbesondere diejenigen Frauen ausgesetzt sind, die Familie und Erwerbsarbeit miteinander vereinen (müssen). Daher gilt es unter anderem, Maßnahmen zu entwickeln, die die Vereinbarkeit von Familie und beruflicher Erwerbsarbeit für Frauen gezielt verbessern (Robert Koch-Institut 2020). An dieser Stelle können Ergebnisse des SEEGEN Teilprojektes zur „Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus zur Reduktion der psychischen Belastung von Betroffenen und Teams“ perspektivisch genutzt werden, um die Dilemmakompetenz-Trainings anzureichern. Bisher liegen jedoch keine veröffentlichten Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Intervention vor. Besonders erfreulich ist, dass die Arbeitsgruppe um Ute Ziegenhain in Ausarbeitung ihres Manuals „Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus zur Reduktion der psychischen Belastung von Betroffenen und Teams“, das aktuell in Phase II erprobt wird, bereits Komponenten des Dilemmakompetenz-Trainings integriert hat. Im Rahmen des ersten von insgesamt vier Modulen werden widersprüchliche Anforderungen thematisieren, mit denen Krankenhausbeschäftigte mit nicht-erwachsenen Kindern häufig konfrontiert

²⁰ Die erstmals entworfene Dilemmakompetenz-Skala nach Schweitzer et al. (2019) wurde im Rahmen der vorliegenden Studie pilotiert, jedoch in weiterführenden statistischen Analysen nicht berücksichtigt, da keine ausreichende Testvalidität vorlag.

werden. Anschließend wird gemäß des Konzeptes der Dilemmakompetenz (vgl. Schweitzer et al. 2019) ein gesundheitsfördernde Umgang mit diesen Anforderungen erprobt.

Zudem sollten laut Ritter et al. (2008) bisher geschlechtsunspezifisch gestaltete Maßnahmen – wie das in Studie 1 durchgeführte Dilemmakompetenz-Training – auf mögliche geschlechtsspezifische Wirksamkeit hin untersucht werden, um bei der Evaluation von Gesundheitsförderung Geschlechtsaspekte zu berücksichtigen. Dies ist im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit erfolgt – mit dem Ergebnis, dass das Training von weiblichen und männlichen Führungskräften als ähnlich hilfreich empfunden wird, die Selbstwirksamkeit von weiblichen Teilnehmerinnen sogar deutlicher verbessern konnte. Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der als besonders hilfreich empfundenen Aspekte des Trainings: Weibliche Teilnehmerinnen empfanden besonders interpersonelle Trainingsaspekte als hilfreich, so wurde insbesondere der Vergleich mit anderen Teilnehmenden innerhalb der Trainingsgruppe und ein durch das Training gefördertes Solidarisierungsempfinden als hilfreich erlebt. Männliche Teilnehmer empfanden hingegen die auf intrapersonaler Ebene gewonnene Erkenntnis über die Unlösbarkeit von Dilemmata als besonders wirksam. Diese Befunde eignen sich, um das Training für Kontexte, in denen es gleichgeschlechtlichen Gruppen angeboten werden soll, anzupassen.

Bisher zeigt sich, dass Fort- und Weiterbildungsangebote vor allem positive Wirksamkeit bei männlichen Krankenhausbeschäftigten entfalten: Laut einer Befragung der Hans-Böckler-Stiftung von über 2000 Krankenhausbeschäftigten gaben deutlich mehr Männer als Frauen an, ihre mit der Fortbildung verbundenen Ziele, darunter „Ich wollte meine Aufgaben besser bewältigen können“, nach Abschluss der Maßnahme erreicht sehen (Bräutigam et al. 2014, S. 34). Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit, Formate zu entwickeln, die vor allem auch Frauen unterstützen. Die genannten Kennwerte beziehen sich allerdings auf eine nicht näher beschriebene Gesamtheit aller von den befragten Krankenhausbeschäftigten besuchten Fortbildungen, darunter auch fachliche Weiterbildungen. Es wurden also nicht gesundheitspräventive Maßnahmen per se untersucht. Was die durch Bräutigam et al. (2014) untersuchte Zielerreichung der Fortbildungsteilnehmenden betrifft („Ich wollte meine Aufgaben besser bewältigen können“), so ließe sich jedoch auch das Dilemmakompetenz-Training als eine Fortbildung beschreiben, die der Aufgabenbewältigung von Teilnehmenden dient, nämlich dem Entscheiden in dilemmatischen Situationen. Das Dilemmakompetenz-Training stellt somit bereits in seiner jetzigen Fassung eine gelungene Ergänzung der Maßnahmenlandschaft dar, die auch für Frauen stresspräventive Wirksamkeit hat.

Ausbauwürdige Führungskräfteentwicklung für Frauen im Krankenhauskontext

Vor dem Hintergrund der in Studie 1 gezeigten hohen Belastungswerte weiblicher Führungskräfte, die auch nach Training noch deutlich höher sind als bei männlichen Führungskräften, wird deutlich, dass es insbesondere in Bezug auf Frauen einen Unterstützungsbedarf gibt, was Maßnahmen zur Stressreduktion betrifft. Dies wird zusätzlich unterstützt durch Befunde einer im Vergleich zu Männern stärker ausgeprägten emotionalen Belastung von Frauen im ärztlichen und pflegerischen Bereich (Kocalevent et al. 2019; Schadenhofer und Stummer 2011) und einem damit verbundenen höheren Burnout-Risiko für Frauen (Schadenhofer und Stummer 2011).

Die Tatsache, dass sich Frauen trotz gleicher Qualifikation immer noch seltener als Männer in Führungspositionen im Krankenhaus befinden (Beerheide 2017; Müller et al. 2016; PricewaterhouseCoopers GmbH 2016) legt nahe, dass besonders Frauen in Führungspositionen – in denen sie bereits sind oder in die sie noch kommen wollen – besondere Unterstützung benötigen. In diesem Zusammenhang könnte ein Dilemmakompetenz-Training speziell

für Frauen, die sich in Führungspositionen befinden oder diese anstreben, ein sinnvolles Format sein. Ob die genannte Zielgruppe besondere Anliegen bezüglich des Umgangs mit Dilemmata hat, müsste hierfür im Vorfeld mit den potenziellen Teilnehmerinnen exploriert werden, um das Training anzupassen und gegebenenfalls um spezielle Schwerpunktthemen. Bezugnehmend auf Befunde zu Herausforderungen, mit denen Frauen im ärztlichen Kontext regelmäßig konfrontiert sind (z.B. Benachteiligung in Bezug auf Beförderungen, weniger Unterstützung durch Vorgesetzte, unkooperative Arbeitsbeziehungen, unfaire Leistungsverhältnisse) (Thompson-Burdine et al. 2019) ließe sich beispielsweise die Trainingseinheit zum Thema Kommunikationsstrategien im Dilemma um den Umgang mit geschlechterdiskriminierenden Schachmattsätzen ergänzen. Laut Thompson-Burdine et al. (2019) wird in Bezug auf die genannten Frauen betreffenden Herausforderungen das Bilden sogenannter Allys, d.h. solidarischer Zusammenschlüsse unter Betroffenen, als hilfreich beschrieben. Dies deckt sich mit Befunden der vorliegenden Studie 1, deren zufolge insbesondere Frauen ein durch das Training angeregtes Solidarisierungsempfinden als besonders nützlich erlebten. Dementsprechend ließe sich ebenso die Trainingseinheit zum Thema Solidarisierung unter Einbezug der Geschlechterdiskriminierungsthematik erweitern.

All dies würde im Sinne eines Gender Mainstreamings zur Durchsetzung des Gleichheitsgrundsatzes in Artikel 3 Absatz 2 des Grundgesetzes²¹ (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland 1994) beitragen, dessen Bestrebung die Erkenntnis zugrunde liegt, dass es keine geschlechterneutrale Politik gibt und Gesetzte, Unternehmens- und Arbeitsstrukturen und Maßnahmen stets versuchen sollten, den Belangen von Männern und Frauen gleichermaßen gerecht zu werden und so dazu beizutragen, bisherige Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten abzubauen (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2021). Dieser Strategie folgend, sind Geschlechteraspekte auch in Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen (Europäische Gemeinschaften 2005).

Multiprofessionalität über Abteilungen und Hierarchien hinweg fördert Perspektivwechsel und Wertschätzung

Grundvoraussetzung für die Integration von Gleichstellungsaspekten in die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bildet die Tatsache, dass sie Personen über Arbeitsbereiche und gegebenenfalls über Hierarchien hinweg begegnen können (Pieck 2020, S. 62). Das Dilemmakompetenz-Training bietet in seinem Workshopformat die Möglichkeit für eine solche Begegnung.

Ergebnisse der vorliegenden Studie 1 konnten zeigen, dass ein erlebter Perspektivwechsel von den Teilnehmenden als bedeutsamer Wirkfaktor des Trainings beschrieben wurde. Um abteilungs- bzw. gegebenenfalls hierarchieübergreifenden Perspektivwechsel systematisch zu unterstützen, sollten laut Ausführungen von Pieck (2020) zum Zusammenhang von Gesundheit und Geschlechter- und Professionsgerechtigkeit im Arbeitskontext Seminargruppen zu vorabfestgelegten Fragestellungen in wechselnden Konstellationen miteinander ins Gespräch gebracht werden. Dieser Austausch sollte engmaschig moderiert werden, um Wortbeiträge der Teilnehmenden und zugrundeliegende Themen zu verdichten, das Prinzip der Ressourcenorientierung kontinuierlich zu aktivieren und überdies sicherzustellen, dass der Austausch auf Augenhöhe stattfindet (vgl. Pieck 2020).

²¹ Artikel 3: Gleichheit vor dem Gesetz, Absatz 2: „Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“

Hierdurch werden für die teilnehmenden Beschäftigten auch abteilungsferne Arbeitsrealitäten innerhalb der Organisation vorstell- und nachvollziehbar. Erlebensweisen und Situationsdeutungen, die im üblichen Arbeitsalltag aufgrund hierarchisierter und verknappter Kommunikation marginalisiert werden, finden so Eingang in den organisationalen Diskurs (Pieck 2020, S. 63).

In der vorliegenden Studie 1 konnte gezeigt werden, dass sich Trainingsteilnehmende nach Abschluss des Trainings deutlich weniger durch andere abgewertet fühlten. Laut Bindl et al. (2018) werden austauschbasierte Formate häufig selbst als eine Form von Anerkennung und Wertschätzung durch die Beteiligten erlebt und stellen daher eine wichtige Gesundheitsressource in der Arbeitswelt dar.

Entsolidarisierungstendenzen zwischen professionellen Subgruppen im Krankenhaus

Eine Langzeitstudie durch das Centrum für Krankenhausmanagement (von Eiff 2000) zeigt, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus von allen beteiligten Beschäftigten als nicht zufriedenstellend erlebt wird. Alle Berufsgruppen, darunter jede*r zehnte Ärzt*in, jede fünfte Pflegekraft und jede fünfte Verwaltungskraft, sind insbesondere mit der dem Klima der Zusammenarbeit und abteilungs- und professionsübergreifenden Kommunikation unzufrieden.

Schmitz und Berchthold (2008) beschreiben professionskulturelle Unterschiede zwischen Berufsgruppen, die sich durch eine jeweils unterschiedliche Sozialisation – während der Ausbildung sowie der beruflichen Tätigkeit – entstehen. In diesem Zuge prägen die professionellen Subsysteme des Krankenhauses, die Ärzteschaft, die Pflegenden sowie die Verwaltung ein jeweils unterschiedliches Selbstverständnis aus, das wiederum dem der Klinikleitung gegenübersteht. So begreifen sich Ärzt*innen hauptsächlich als Expert*innen ihrer Fachdisziplin und in ihrer Kontroll- und Entscheidungsbefugnis über bestimmte Behandlungen, während sich Pflegenden vor allem dem Ausführen und Koordinieren von Betreuungsprozessen widmen. Ärzt*innen stehen dabei häufiger als Pflegenden auch außerklinische Netzwerk innerhalb ihrer jeweiligen Fachbereiche zu Verfügung, während sich Pflegekräfte eher innerhalb der Organisation Krankenhaus orientieren (Schmitz und Berchthold 2008). Ihr gemeinsamer Nenner ist das Kerngeschäft der Patient*innenversorgung. Demgegenüber steht das Controlling, das sich als zuständig für die Gesamtsteuerung begreift und die Ressourcen kontrolliert. Auf Basis dieser unterschiedlichen Selbstverständnisse haben die Berufsgruppen verschiedene Tendenzen (nicht) miteinander zu kooperieren (Glouberman und Mintzberg 2001): So verbünden sich – je nach Situation und Anliegen – typischerweise Ärzt*innen mit Pflegenden, Ärzt*innen mit Verwaltungskräften, Verwaltungskräfte mit der Klinikleitung oder Verwaltungskräfte mit Pflegenden. Die größte Distanz besteht üblicherweise zwischen Verwaltung und Ärzteschaft. Interessant ist, dass der Bereich der Servicemitarbeitenden in Untersuchungen zu professionskulturellen Unterschieden keine Beachtung findet. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass vor allem diese Berufsgruppe berichtet, unter fehlender Wertschätzung zu leiden – auch wenn dies nicht explizit exploriert wurde, liegt nahe, dass dies in Zusammenhang steht mit einer wenig ausgeprägten Kooperationsfreude seitens anderer Berufsgruppen mit Servicemitarbeitenden.

Davies et al. (2000) plädieren dafür, den Sinn für verschiedene professionsbedingte Subkulturen in Krankenhäusern zu schärfen und Aspekte wie Rivalität und Wettbewerb zwischen den Berufsgruppen bei der Entwicklung von Organisationsentwicklungsprozessen mehr in den Blick zu nehmen. Ebenso scheint es sinnvoll, diese interprofessionellen Dynamiken in der Gestaltung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu beachten und gegebenenfalls zu beeinflussen (vgl. Davies et al. 2000), zumal ein kooperierendes Klima zwischen den

Berufsgruppen, geprägt durch Austausch auf Augenhöhe, per se als ein gesundheitsförderlicher Faktor gilt (Bindl et al. 2018).

Orientierung an subgruppen spezifischen Bedürfnissen

Aus den unterschiedlichen Selbstverständnissen und Subkulturen erwachsen unterschiedliche Belastungen, die dadurch einen professionstypischen Charakter haben können. Schult et al. (2018) illustrieren dies an einem Vergleich von Verwaltungskräften und Ärzt*innen bezüglich ihren Burnout-Risikos: Verwaltungskräfte erweisen sich im Vergleich zu Ärzt*innen seltener emotional erschöpft durch ihre Arbeit, ebenso zeigen sie sich weniger von Depersonalisierung betroffen. Gleichzeitig erfahren sie seltener eine sinnstiftende Erfüllung durch ihren Job. Ärzt*innen hingegen erleben ihren Job häufiger als erfüllend, sind jedoch gleichzeitig häufiger von emotionaler Erschöpfung betroffen, teilweise berichten sie von mehr Depersonalisierung.

Während Verwaltungskräfte sich tendenziell eher unerfüllt und wenig selbstwirksam fühlen, erleben sich Ärzt*innen als selbstwirksam, laufen jedoch Gefahr auszubrennen. Auf dieser Basis empfehlen Schult et al. (2018) Maßnahmen, die sich an den unterschiedlichen Belangen der beiden Gruppen orientieren: Für Verwaltung könnte dies bedeuten, das arbeitsbezogene Sinnerleben zu fokussieren, für Ärzt*innen könnten emotionsregulierende Methoden hilfreich sein.

Gleichzeitig empfehlen Glaser und Weigl (2011), bei Interventionen, die sich auf einzelne Fachbereiche beziehen, beispielsweise das Qualitätsmanagement, darauf zu achten, dass neben den Verwaltungskräften auch angrenzende Bereiche miteinbezogen werden. Um tragfähige Verbesserungen der erlebten Arbeitsbelastung zu erzielen, müssen insbesondere in Krankenhäusern alle an den Arbeitsprozessen Beteiligten mit einbezogen werden (Glaser und Weigl 2011)

Partizipative Maßnahmengestaltung

Pieck (2020) betont, dass Mitarbeitende direkt beteiligt werden müssen, wenn es an die Entwicklung von Gesundheitsfördermaßnahmen geht. Mehr noch: Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bieten Orte für Partizipation in Organisationen, an denen Belastungen verschiedener Subgruppen sichtbar gemacht und organisationale Veränderung ausgehandelt werden kann (Pieck 2020, S. 65).

Hierbei sollte es auch einen partnerschaftlichen Aushandlungsprozess zwischen oberster Leitungsebene und teilnehmenden Führungskräften darüber geben, wie „gute Arbeit“ definiert wird (ebd., S. 61). Nickel (2017) bemängelt, dass es bislang noch keine etablierten Beteiligungsmechanismen in Organisationen gibt (ebd., S. 256).

Ähnlich der Befunden von Bindl (2018) stellt Pieck (2020) fest, dass sich Partizipation selbst als eine Form der Anerkennung positiv auf die Beschäftigte auswirken kann. Indem Mitarbeitende jeden Geschlechts und jeder Berufsgruppe am Dialog über Arbeitsbedingungen beteiligt werden, wachsen die Gesundheitschancen aller (ebd., S. 65). Auch Glaser und Weigl (2011) werten eine partizipative Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf individueller wie organisationaler Ebene als deutliches Signal der Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden, in dem ihnen ein Mitspracherecht eingeräumt und ihre Beteiligung an Veränderungsprozessen betont wird.

Ebenso scheint nach Analysen insbesondere der Servicekräfte betreffenden Hemmnisse bezüglich des Trainings eine ko-kreative Gestaltung der Trainings sinnvoll (Drews et al. 2021b). Für eine Beteiligung des Krankenhauspersonals bei der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung zukünftiger Unterstützungsmaßnahmen sprechen sich auch Billings et al. (2020)

aus: Eine kürzlich durchgeführte Interviewstudie von Krankenhausbeschäftigten in Großbritannien, die den Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen erfragte, ergab einerseits einen großen Bedarf an mittel- und langfristigen Unterstützungsangeboten, gleichzeitig sei das Vertrauen in den Nutzen solcher Maßnahmen dadurch gesunken, dass diese oft nicht die Bedürfnisse der Betroffenen adressierten.

Gleichzeitig sei das Vertrauen in die Krankenhausleitungen gesunken, da selbst punktuelle Unterstützungsangebote, die in Aussicht gestellt wurden, nicht hinreichend zugänglich gemacht wurden (z.B. dauerhaft besetzte telefonische Seelsorge-Hotlines). Zudem wurden die Stigmatisierung psychischer Belastungen sowie die Sorge, sich in gruppenbasierten Interventionen vor den eigenen Kolleg*innen zu öffnen, als hemmende Faktoren erwähnt, der es den Betroffenen erschwere, Angebote wahrzunehmen (Billings et al. 2020).

Solidarische Aufwärtsspiralen erzeugen

Die vorliegenden Ergebnisse der qualitativen Interviews verdeutlichen, dass der Austausch mit unmittelbaren Kolleg*innen der eigenen Abteilung, aber auch fach- und berufsübergreifender Austausch mehrheitlich als hilfreich beschrieben wird. Durch das multiprofessionelle Setting und interaktionelle Übungen, in denen Teilnehmende Erlerntes gemeinsam in Kleingruppen und teilweise in Form von Rollenspielen erproben, ermöglicht das Training ein Lernen am Modell der*der anderen – besonders Servicekräfte und weibliche Führungskräfte betonen dies.

Dies verdeutlicht, dass es nicht nur um Einzelkämpfer*innentum geht. Durch das Training lernen Teilnehmende ihre individuelle Dilemmakompetenz zu erhöhen. So kommt ihnen in ihrem Arbeitsumfeld außerhalb des Trainingssettings möglicherweise eine Vorbildfunktion zu: Sie geben ein Beispiel für einen bewusste(re)n Umgang mit Dilemmasituation und prägen dadurch die Kultur ihres Teams oder ihrer Abteilung wesentlich mit (Zwack et al. 2016).

Hilfreiche Sparringpartner*innen, Inspiration und Vorbild können Teilnehmende aber auch einander innerhalb der Trainingsgruppe sein.

All dies trägt im Sinne von Zwack et al. (2015) dazu bei, „das Sprechen über Dilemmata und Widersprüche des Organisationsalltags salonfähiger zu machen“, wodurch der Korridor dessen, worüber Krankenhausmitarbeitende innerhalb der Organisationskultur akzeptiert sprechen können, größer wird. Dadurch wird zum einen wahrscheinlich, dass einzelne Betroffene zu erkennen geben, wenn sie vor unlösbaren Aufgaben stehen, zum anderen erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass solchen Zugeständnissen wohlwollend begegnet wird.

Alle Bedürfnisse unter einen Hut bringen?

So verheißungsvoll die Interprofessionalität innerhalb gruppenbasierter Maßnahmen scheint, so birgt sich doch auch Herausforderungen. Ein Anliegen der vorliegenden Studie war die Überprüfung professionsspezifischer Unterschiede in der Rezeption des Dilemmakompetenz-Trainings, um hieraus zielgruppengerechte Ableitungen zu fassen. Die Aufgabe einer zukünftigen, an den Bedürfnissen der verschiedenen Subgruppen orientierten Trainingsgestaltung scheint jedoch herausfordernd:

Einerseits nannten Teilnehmende das multiprofessionelle Setting als Wirkfaktor. Zudem scheint eine Segregation der verschiedener Professionsgruppen in professionsspezifische Trainingsgruppen kontraindiziert, weil hierdurch ein ohnehin bereits verbreitetes „Abteilungsdenken“ im Krankenhaus (Weider 2020, S. 154 ff.) befördert wird, anstatt Silodenken entgegenzuwirken. Außerdem wurden vielfach fachübergreifende Dilemmata geschildert, denen Teilnehmende in ihrem beruflichen Alltag begegnen müssen – dies geschieht natürlich unter „Echtbedingungen“ und nicht in derselben künstlichen Segregation wie in einer möglichen

professionsspezifischen Trainingsgruppe. Somit scheint die Interprofessionalität der Trainingsgruppe eine Ressource zu sein, die zudem den Transfer des Erlernten in die berufliche Praxis erleichtern könnte. Andererseits erwiesen sich theoretische Trainingsinhalte insbesondere für Servicekräfte weniger anschlussfähig, was in der Folge dazu geführt haben könnte, dass diese Berufsgruppe weniger vom Training profitiert hat als möglich gewesen wäre.

Betrachtet man die Aufgabe der zielgruppenorientierten Trainingsgestaltung aus Dilemma-Perspektive, so werden widersprüchliche Anforderungen deutlich: Das Training soll für jede Subgruppe so passgenau wie möglich gestaltet werden, während gleichzeitig eine maximale Anschlussfähigkeit für alle Gruppen gewährleistet werden soll. Hier steht der Anspruch der Spezifität dem Anspruch der generalisierten Passung entgegen.

Dies könnte nun in den Versuch münden, das Training weniger theoriebasiert und in einfacherer Sprache aufzubereiten, im Training verwendete Beispiele vermehrt auf den Arbeitskontext der Servicekräfte anzupassen und insgesamt das Tempo in der Inhaltsvermittlung und dem „Durchschreiten“ verschiedener inhaltlicher Themen innerhalb der Trainingsmodule zu reduzieren – und Servicekräften hierdurch möglicherweise mehr gerecht zu werden. Dies scheint eine wichtige Voraussetzung dafür zu sein, dass sich Servicekräfte überhaupt trauen, sich mehr einzubringen und gegebenenfalls auch selbstbewusster Kritik an für sie weniger hilfreichen Inhalten äußern. Der Versuch würde also auch beinhalten, Möglichkeiten für solche Rückkopplungsprozesse zwischen Teilnehmenden und Trainer*innen zu schaffen, beispielsweise durch die Implementierung eines „Kummerkastens“ für alle Belange der Trainingsteilnehmenden rund um die Anschlussfähigkeit des Trainings. Hier könnten Kritik (z.B. „Die Kleingruppen sollten besser durchmischt werden, die Oberärzt*innen bleiben sonst immer unter sich“), Sorgen (z.B. sich ausgegrenzt zu fühlen, dem Training nicht gut folgen zu können) usw. unter der Prämisse der Vertraulichkeit direkt an die Trainer*innen adressiert werden, welche dann mit betroffenen Teilnehmenden in Kontakt treten könnten, um gemeinsam eine Lösung zu finden. All dies hätte möglicherweise den Effekt, Servicekräfte besser unterstützen zu können. Dies sei die Option A.

Gleichzeitig würde der Versuch einer Gestaltung des Trainings gelten, das auch all jenen Teilnehmenden gerecht wird, die nachweislich anders vom Training profitieren und somit andere Schwerpunkte als nützlich empfinden. Aufgrund der deutlichen Unterschiede der beiden Berufsgruppen in den analysierten Daten, wähle ich hier die Gruppe männlicher Oberärzte. In Bezug auf diese Subgruppe würde der Versuch beinhalten, das Training weniger selbsterprobungsbasiert zu strukturieren, stattdessen als Trainerin vermehrt eine Abfolge von zu vollziehenden Schritten hin zu einer gelungenen Dilemmabewältigung zu präsentieren und diese anhand „harter Nüsse“ (besonders schwierig zu bewältigender Dilemmasituationen) in einer exemplarischen Anleitung zur Bewältigung zu überführen. Die Inhaltsvermittlung sollte dabei möglichst komprimiert, unter Aussparung des Themas Gefühle im Dilemma, und in erhöhtem Tempo stattfinden. Dies sei die Option B.

Gemäß der Interdependenz der Optionen (vgl. Zwack 2017) würde ein Verfolgen der Option A automatisch die Notwendigkeit erhöhen, dem mit Option B verknüpften Anspruch mehr Gewicht zu geben. So reduziert eine passgenauere Gestaltung des Trainings für die eine Subgruppe automatisch die Anschlussfähigkeit für die jeweils andere Gruppe.

Hierhin liegen zugleich die Preisen, mit denen beide Optionen assoziiert sind: Das Trainingskonzept, das auf Methoden und Inhalten basiert, die besonders an die Bedürfnisse von Servicekräften angepasst sind, wird unter Umständen weniger attraktiv für die Berufsgruppe der Oberärzte sein – und umgekehrt.

Die Denkschablone des Dilemmas soll an dieser Stelle die Unmöglichkeit illustrieren, eine hundertprozentig stimmige Lösung zu finden (Zwack und Schweitzer 2009). Vielmehr gilt es, einen Kompromiss zu finden, der den Bedürfnissen verschiedener Berufsgruppen *möglichst* nahekommt und der sich auch vor dem Hintergrund einer Tendenz zur Individualisierung von Gesundheit als sinnvolles Gegengewicht umsetzen lässt. Einen Anknüpfungspunkt bietet das durch das Training nachweislich beeinflussbare Selbstwirksamkeitserleben der Teilnehmenden (vgl. Born 2020).

Selbstwirksamkeit statt Selbstmanagement

Im Lichte der bekannten, viel beforschten und diskutierten Belastungen von Krankenhausbeschäftigten, resümieren drei erfahrene Gesundheitsforscher*innen: „Als wichtigste Schlussfolgerung lässt sich festhalten, dass die den genannten psychosozialen Arbeitsbelastungen zuzurechnende Krankheitslast im Prinzip vermeidbar ist“ (Angerer et al. 2014).

In diesem Zusammenhang gibt es Forderungen nach Angeboten zur Förderung eines besseren Selbstmanagements der Betroffenen, so soll beispielsweise ein kluger Umgang mit Zeit vermittelt werden (Klein 2015) oder die individuelle Emotionsregulierung optimiert werden (Hollmann und Geissler 2013, S. 59 ff.). In vielen Studien findet sich die abschließende Bemerkung, dass es mehr Interventionen braucht, die Krankenhauspersonal dabei helfen sollen, die eigene Gesundheit zu erhalten.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, welche Instanz mit einem solchen Appell wirklich adressiert wird. In den geschilderten Wünschen nach Maßnahmen zur Stärkung bestimmter Fähigkeiten scheint überdies ratsam, den Begriff des Selbstmanagements zu reflektieren. Der Begriff des Selbstmanagements ist verwandt mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) von Albert Bandura (1995). Selbstmanagement wird jedoch vermehrt im Sinne einer individuumsbezogenen Vorstellung von Stressbewältigung verwendet. Tobias Hofmann (2020) formuliert dies wie folgt: „In der neoliberalen Denkart meint Selbstwirksamkeit, die Fähigkeit eines Individuums schwierige Situationen aus eigener Kraft zu bewältigen, indem es unter anderem auch soziale Unterstützung organisiert“ (ebd., S. 13). Dabei wird die Frage, wie Einzelpersonen die zur Bewältigung von Herausforderungen notwendige Selbstwirksamkeit aus einem sozialen System heraus entwickeln, kaum beachtet. In dem Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura ist diese Frage jedoch zentral. Durchaus erstrebenswerte Konzepte wie Selbstwirksamkeit können somit in eine zunehmende Individualisierung von Gesundheit, auch von Gesundheit am Arbeitsplatz, eingebunden werden (vgl. Hofmann 2020; Hornung et al. 2020). Ähnlich kritisch lassen sich Maßnahmen betrachten, die die individuelle Resilienz, d.h. Widerstandsfähigkeit, von Beschäftigten fördern sollen (Pieck et al. 2016): So handelt es sich bei Resilienz weniger um eine persönliche Eigenschaft, die individuumsbezogen trainiert werden kann, als dass es vielmehr resilienzfördernde Faktoren gibt, darunter erlebte Selbstwirksamkeit, welche Personen erst in Auseinandersetzung mit anderen und ihrer Umwelt erfahren.

Somit scheint eine wichtige Voraussetzung für das Gestalten nachhaltiger Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch zu sein, sich als Entwickler*in, Trainer*in usw. die eigene Unabhängigkeit zu bewahren: Ziel der Maßnahmen sollte nicht sein, Menschen zum Zwecke eines optimierten Funktionierens innerhalb der Organisation Krankenhaus in ihrem Selbstmanagement zu trainieren. Vielmehr scheint sinnvoll, an eine sinnstiftende, am Gemeinwohl (aller Mitarbeitenden) orientierte Selbstwirksamkeit zu appellieren – nichtsdestotrotz mit dem Fokus auf Eigenverantwortlichkeit, so zum Beispiel im Entscheiden von Dilemmata.

Neben der Fokussierung auf eine eigenverantwortliche Erhaltung der eigenen Gesundheit werden jedoch auch immer häufiger explizit Rahmenbedingungen gefordert, die den

Leistungserbringer*innen überhaupt erst ein gesundes und effektives Arbeiten ermöglichen (vgl. Gündel et al. 2020; Pieck et al. 2016; Raspe et al. 2020).

Neben verhaltensorientierten Maßnahmen braucht es strukturelle Veränderung

Die Ausbildung individueller Dilemmakompetenz im Sinne einer beruflichen Metakompetenz ist sinnvoll (vgl. Zwack 2017) und kann gegebenenfalls organisationskulturelle Veränderungen anregen (Zwack und Pannicke 2010), doch sie macht den Einfluss auf Prozesse innerhalb der Organisation nur indirekt geltend. Hölterhoff et al. (2011a) empfehlen in Bezug auf dilemmatischen Entscheidungskonflikte im Krankenhaus zudem institutionalisierte Eskalationsmechanismen zu definieren, beispielsweise gemeinschaftliche Kostenfallbesprechungen, in denen aktuelle Fälle diskutiert werden und eine transparente Entscheidungskultur etabliert werden kann, die einzelne Führungskräfte in zukünftigen Entscheidungssituation wiederum eine hilfreiche „Hintergrundfolie“ sein kann (ebd., S. 27).

Vor dem Hintergrund, dass sich Beschäftigte zunehmend damit konfrontiert sehen, Zielkonflikte individuell lösen zu müssen, obwohl ihnen dazu die Handlungsspielräume fehlen (Pieck 2020, S. 61), ist eine Mit-Verantwortung der Organisationen unabdingbar.

Betriebliche Gesundheitsförderung kombiniert idealerweise verschiedene Elemente, die unterschiedliche Ebenen adressieren und dabei ineinander greifen: Nach einer Mitarbeiter*innen-zentrierten „Bestandsaufnahme“, beispielsweise im Rahmen problemzentrierter Fokusingterviews mit Mitarbeitenden und ihrer anschließenden Auswertung, sind sowohl verhaltensorientierte Angebote als auch Maßnahmen auf organisationaler Ebene geboten (Robert Koch-Institut 2020, S. 139).

Dabei setzen verhaltensorientierte Maßnahmen wünschenswerter Weise sowohl auf individueller Ebene (beispielsweise in Form von Verhaltenstrainings nach Kaluza (2015)) als auch auf interpersonale Ebene an (z.B. im Sinne von Teamentwicklungen oder Führungskräfte-schulungen). Ziel sollte hierbei zum einen sein, die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Beschäftigten zu erhöhen und zum anderen ein gemeinsames Bewusstsein für die Leistungsgrenzen der Mitarbeitenden zu schärfen und diese Grenzen durchzusetzen (Chevalier und Kaluza 2015, S. 248 ff.). Um eine nachhaltige Wirksamkeit zu gewährleisten schlagen Chevalier und Kaluza (2015) vor, über die Maßnahmen hinaus regelmäßige kollegiale Reflexionstreffen für Führungskräfte zu implementieren, um unter anderem Erfahrungsaustausch zum Gebrauch von erlernten Methoden zu ermöglichen und letztlich dazu beizutragen, dass Führungskräfte dies als Multiplikator*innen zurück in die Organisation tragen (ebd., S. 251).

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass bis dato mehr Burnout-Prävention mit Blick auf die individuelle Ebene, den*die einzelne Mitarbeiter*in in den Fokus nehmend, gibt (Schult et al. 2018). Und dies, obwohl Studien zeigen, dass organisationale Faktoren das Burnout-Risiko stärker beeinflussen als individuelle Verhaltensweisen (Paris und Hoge 2010) und Interventionen auf organisationaler Ebene wirksamer sind (Dunn et al. 2007; Panagioti et al. 2016). Dieser Fokus auf die Individualität der Mitarbeitenden liegt auch darin begründet, dass es einfacher scheint, individuelle Ressourcen und Regulationssysteme zu verändern als strukturpolitische Entscheidungen zu treffen (vgl. Höhmann et al. 2016, S. 77).

Doch alleine mit verhaltensbasierten Maßnahmen, die sich auf einzelne Krankenhäuser beziehen, kann das hohe Belastungsniveau nur begrenzt reduziert werden – insbesondere wenn auf der Makroebene starke Einflüsse für ein Belastungsniveau sorgen, das bereits immens hoch ist und noch weiter ansteigt (Dragano 2019).

2.8.5.2 Reflexion des Dilemmakompetenz-Trainings im Kontext der aktuellen Corona-Pandemie

Zu wenige Unterstützungsangebote für Health Care Professionals

Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie, die für alle Beschäftigten im Krankenhausbetrieb nachweislich eine erhebliche zusätzliche Arbeitsbelastung mit psychischen Belastungsfolgen darstellt (Gilleen et al. 2020; Lai et al. 2020; Rossi et al. 2020), haben Pollock et al. (2020) in einem systematischen Review die Landschaft vorhandener Interventionen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Fachkräften im Gesundheitswesen an vorderster Front während und nach einem Krankheitsausbruch, einer Epidemie oder einer Pandemie geprüft und herausgefunden, dass es bis dato keine verlässlichen Wirksamkeitsstudien zu durchgeführten Interventionen in solchen besonders herausfordernden Zeiten gibt.

Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen unterstreichen die dringende Notwendigkeit, Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Krankenhauspersonal zu entwickeln und niederschwellig zur Verfügung zu stellen (Bao et al. 2020; Billings et al. 2021; Boorman 2009; Brooks et al. 2018), die insbesondere auch in Krisenzeiten unterstützen. Dabei kommt der Corona-Pandemie die vielzierte „Brennglaswirkung“ (vgl. Dörre 2020; Klemm und Knieps 2020) zu, die sie auch in Diskursen über andere gesellschaftliche Bereiche entfaltet: Die besondere Belastung der Pandemie verschärft einen Bedarf, der bereits vor Pandemieeinbruch vorhanden und dringend war.

Weiterentwicklung des Führungsverständnisses im Krankenhauskontext

Die psychische Belastung von Führungskräften im Krankenhaus ist gut belegt (Hölterhoff et al. 2011a). Hinzu kommt, dass in Krankenhäusern vielfach kein ausgeprägtes Bewusstsein für die Bedeutung von Führungskräfteentwicklung vorhanden ist (Glaser und Weigl 2011; Schmitz und Berchtold 2005; Schrappe 2009) und zudem erhebliche Defizite in den Führungskompetenzen von Krankenhausbeschäftigten mit Personalverantwortung zu beobachten ist (von Eiff 2000). Nicht erst seit der COVID-19-Pandemie ist offensichtlich, welche systemrelevante Bedeutung allen Professionsgruppen im Krankenhauskontext zukommt. Glaser und Weigl (2011) halten insbesondere mittlere Führungskräfte in Krankenhäusern für diejenigen, an die zukünftig noch mehr Entscheidungsbefugnisse übertragen werden sollten. Umso wichtiger scheint es, die Leistung von Führungskräften anzuerkennen und nicht als Beiprodukt ihrer operativen Tätigkeit anzusehen. Dazu gehört auch, Mitarbeitende gezielt in Bezug auf Führungstätigkeit zu unterstützen und zu fördern.

Die Stunde des Entscheidens unentscheidbarer Fragen

Im Rahmen der gegenwärtigen Corona-Krise kommt insbesondere im Kontext von Managemententscheidungen dem Entscheiden unter hoher Unsicherheit und unter der Prämisse, dass jede getroffene Entscheidung auch anders hätte entschieden werden können, eine hohe Bedeutung zu. In der Konsequenz wird aktuell besonders häufig in Fachartikeln, Online-Vorträgen, Podcasts o.Ä. (vgl. Groth 2020; Kleve und von Ameln 2021) das Entscheiden unentscheidbarer Fragen thematisiert – im Heinz von Foerster’schen Sinne: „Nur die Fragen, die im Prinzip unentscheidbar sind, können wir entscheiden“ (von Foerster und Bröcker 2007, S. 6 ff.). Luhmann (Luhmann 2000) geht noch weiter und formuliert: „Die Last der fehlenden Information ist die Voraussetzung für die Lust am Entscheiden“ (ebd., S. 188) – lägen alle Informationen vor, gäbe es keine zu treffende Entscheidung mehr. Die Fähigkeit, solche Entscheidungen zu treffen und zu verantworten, ist aus systemtheoretischer Sicht bereits vor und unabhängig einer krisenhaften Situation fester Bestandteil des Anforderungsprofils von Führungskräften. Dennoch vergegenwärtigt die aktuelle Pandemiesituation mit ihren hohen

„Unsicherheitsauflagen“ erneut, wie wichtig eine Kompetenz im Umgang mit unauflösbaren Entscheidungszwickmühlen ist.

Unsicherheit aus systemtheoretischer Perspektive ist eine wichtige Ressource für das Fortbestehen von Organisationen, „denn ohne Unsicherheit bliebe nichts zu entscheiden, die Organisation [...] würde [...] aufhören zu existieren“ (Luhmann 2000, S. 186). Groth (Groth 2020) schlägt vor, dass Organisationen auf Unsicherheiten statt mit Unsicherheitsabsorption (vgl. Luhmann 2000) mit Unsicherheit reagieren. Was abstrakt klingt, soll bedeuten: Unsicherheit soll mit der Haltung begegnet werden, dass diese unvermeidlich ist, dazu gehört und nicht aufgelöst werden kann. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Widersprüchlichkeit in Dilemmasituationen, die ebenso unvermeidlicher Bestandteil jeder Organisation sind (Simon 2015).

Auf Führungskräfteebene dient ein Mehr Dilemmakompetenz als individuelle Entscheidungshilfe und stellt darüber hinaus eine zentrale berufliche Metakompetenz dar (Zwack 2017), die im Lichte der gegenwärtigen Krise umso relevanter scheint.

So wird in Bezug auf Führungskräfte im Krankenhausbetrieb nicht nur ein Bedarf an allgemeinen stresspräventiven Maßnahmen deutlich, sondern insbesondere auch an solchen, die den Umgang mit Dilemmata schulen – der gewählte Fokus der durchgeführten Intervention „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ scheint also sehr zukunftsfähig für die Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderung.

Zur Studie 2

Die Notwendigkeit, in der Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Krankenhausmitarbeitenden neben der Verhaltens- auch die Verhältnisebene mitzudenken und zu adressieren, ist innerhalb des Forschungsverbunds ausführlich diskutiert worden.

Das Projekt „SEEGEN“ war von Beginn an als eine Kombination aus verhaltens- und verhältnisorientierten Bausteinen konzipiert. Mittels der Durchführung einer komplexen Intervention, die alle Hierarchieebenen des Krankenhauses miteinbezieht, wird insbesondere in der Phase II versucht, Veränderung auf individueller Mitarbeiter*innenebene sowie auf organisationaler Ebene zu erwirken.

Doch auch bereits während der Phase I des Forschungsprojektes SEEGEN gaben Forschungserfahrungen und Beobachtungen aus dem „(Krankenhaus-)Feld“ Anlass zu einer Reevaluation des Forschungsvorgehens mit Blick auf bisher Erreichtes (Phase I) und noch zu Erreichendes (Phase II). In diesem Zusammenhang wurde innerhalb des Forschungsverbunds diskutiert: Zum einen über den großen Bedarf an verhältnispräventiven Maßnahmen basierend auf den Beobachtungen innerhalb der beforschten Krankenhäuser in Phase I und zum anderen über den Wunsch, diese Beobachtungen politisch wirksam zu kommunizieren – bereits vorab des Abschlusses von Phase II.

Im Folgenden beschreibe ich (a) den internen Beschäftigungsprozess des SEEGEN-Verbunds mit diesen Diskussionsthemen und (b) die Ergebnisse einer eigens durchgeführten Zusatzstudie (nachfolgend Studie 2 genannt), in der ich die Verbund-Forschenden explizit dazu befragt, welche Schlüsse sie aus ihren Forschungserfahrungen ziehen.

3 Studie 2: Grenzen der Machbarkeit psychosozialer Präventionsangebote für Krankenhausmitarbeitende und deren Beforschung in randomisiert-kontrollierten Studien: Eine Expert*innenbefragung im SEEGEN-Projekt mit Fokus auf Rahmenbedingungen des Projektes und Forschungsvorgehen der Forschenden

3.1 Einleitung

Während der Forschungsarbeit zur Studie 1 sind sowohl im Teilprojekt „Dilemmakompetenz“ wie im Gesamtprojekt SEEGEN deutliche Grenzen der geplanten Durchführung von Interventionen und deren Begleitforschung erkennbar und spürbar geworden. Im Rahmen der Studie 2 werden diese Grenzen der Machbar- und Umsetzbarkeit anhand einer Expert*innenbefragung genauer exploriert, Ergebnisse werden sodann durch die Autorin reflektorische eingeordnet.

Es lassen sich aus Sicht der Autorin zwei verschiedene Arten von beobachteten Grenzen bzw. Hemmnissen beschreiben:

- a) Umsetzungsschwierigkeiten zwischen dem, was im Projekt geplant war und dem, was in der Realität umzusetzen war, oder kurz: *Projektplanung versus Beobachtungen im Feld*
- b) Eine Diskrepanz zwischen dem gesellschaftskritischen Beitrag, den das SEEGEN-Konsortium mit seinem Gesamtprojekt *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus* zu leisten beanspruchte und dem, was inhaltlich maßgeblich forciert wurde, oder kurz: *Selbstbeschreibung und blinde Flecken*

Ich beginne die vorliegende Studie 2, anders als in Studien sonst üblich, zunächst mit drei aus teilnehmender Beobachtung gewonnenen Erfahrungsberichten aus der Projektphase I, leite daraus meine Fragestellungen ab, die ich dann mittels Expert*inneninterviews mit den wichtigsten Akteur*innen des SEEGEN-Projektverbundes untersuche und deren Ergebnisse ich anschließend darstelle.

Da Studie 2 aus dem laufenden Projekt heraus entstand, baue ich diese Studie in zweierlei Hinsicht anders auf als übliche (Promotions-)Studien:

1. Ich stelle dieser Studie, anders als sonst üblich, keinen Theorieteil voraus. Das ist insofern angemessen, als Fragestellung und Methodik nicht aus einem vorangegangenen Theoriestudium hervorgingen, sondern aus der Selbstreflexion innerhalb eines laufenden Projektes. Vielmehr habe ich Theorie „entlang des Weges“ zur Erklärung der vorgefundenen Phänomene rezipiert. Diesem Weg folge ich nun auch in der schriftlichen Darstellung.
2. Auch die Fragestellung stand nicht von Anfang an fest, sondern konkretisierte sich aus einem anfänglichen Unbehagen vieler Projektakteur*innen heraus und basierend auf ihren Beobachtungen über Projekthindernisse. Daher formuliere ich die Fragestellung erst nach dem nun folgenden, vorangestellten, aus teilnehmenden Beobachtungen gewonnenen Erfahrungsberichten.

3.2 Erfahrungsbericht aus teilnehmender Beobachtung im Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“

Kurz vor Ende der Phase I des SEEGEN-Projektes (September 2017-2019) entschied sich das Heidelberger Teilprojektteam, seine Beobachtungen während des bisherigen Forschungsprozesses und daraus abgeleitete Ideen zur sinnvollen Weiterarbeit mit den Verbundkolleg*innen zu diskutieren. Dieser Reflexionsprozess gegen Ende der ersten und vor Beginn der zweiten Projektphase verfolgte die Idee, Erfahrungen während des Forschens zu resümieren, selbstkritisch über das eigene Forschungsvorgehen zu reflektieren und Ideen zu generieren, wie eine angemessene und bestmögliche Weiterführung des SEEGEN-Projektes gelingen kann. Hierzu formulierten Jochen Schweitzer, Marieke Born sowie die Autorin ihre Gedanken in jeweils kurzen Positionspapieren, die anschließend dem Gesamtforschungsverbund zur Verfügung gestellt und mit diesem diskutiert wurden. Im Folgenden werden wichtigste Inhalte dieser Positionspapiere durch die Autorin zusammengefasst.²²

3.2.1 Beobachtungen während des Forschungsprozesses in Phase I

Während des Rekrutierungsprozesses von Proband*innen zur Teilnahme an den Dilemmakompetenz-Trainings ließ sich Zeitmangel der Krankenhausbeschäftigten als ein erstes Hemmnis feststellen. Studienteilnehmer*innen und/oder deren Vorgesetzte vertraten häufig die Ansicht, sich die benötigte Zeit für eine Trainingsteilnahme nicht leisten zu können. Auch während der Trainingslaufzeit war der hohe Zeitdruck, unter dem die Teilnehmenden standen, zum einen für die Trainer*innen spürbar, indem er regelmäßig innerhalb der Seminarsitzungen thematisiert wurde, zum anderen äußerte er sich in den Beweggründen derjenigen, die das Training frühzeitig abbrechen. Den Analysen von Born (2020) zufolge, entschied sich über die Hälfte derjenigen Teilnehmer*innen, die das Training frühzeitig abbrechen, aus Klinik-bedingter zeitlicher Restriktion dazu, das Training abzubrechen bzw. nur selten zu besuchen. Daraus lässt sich für die im Rahmen des Teilprojekts „Dilemmakompetenz“ untersuchten Interventionsteilnehmenden feststellen, dass die zur Verfügung stehende Zeit für eine kontinuierliche Trainingsteilnahme teilweise zu knapp war. Dies deckt sich mit Ausführungen von Glaser und Weigl (2011) zu typischen Hemmnisfaktoren von Interventionsprojekten im Krankenhaus.

Insgesamt konnte überdies beobachtet werden, dass die Bereitwilligkeit zur Studienteilnahme seitens der Studienteilnehmer*innen, ihrer Vorgesetzten sowie der Klinikleitungsebene ein beträchtliches Maß an Überzeugungsarbeit durch die Projektmitarbeiter*innen bedurfte. Es entstand der Eindruck, weniger auf eine aktive Nachfrage der Krankenhäuser zu reagieren, als vielmehr zu versuchen, eine Nachfrage zu erzeugen, die sodann mit Durchführung der Intervention zu bedienen sei.

3.2.2 Aufrechterhaltung bestehender (politischer) Systeme

Aus Perspektive zeitlicher Restriktion im Krankenhaus betrachtet stellt das Interventionsangebot des SEEGEN-Verbunds einen weiteren Stressor für Mitarbeiter*innen dar. Ohne etwas an diesem strukturell bedingten Belastungsherd für die Krankenhausbeschäftigten zu verändern, agiert der Forschungsverbund somit erst einmal unter der im Krankenhausbetrieb weithin akzeptierten Prämisse „Trotz großer Belastung kann im Krankenhaus arbeitenden Menschen noch mehr zugemutet werden“. So lässt sich der Zusammenhang zwischen knappen zeitlichen

²² Die Positionspapiere sind als Arbeitspapiere im Laufe einer verbundinternen Reflexion entstanden und werden daher nicht im Original dem Anhang dieser Dissertationsschrift beigelegt. Ihre Darstellung erfolgt ausschließlich zusammenfassend durch die Autorin, bei Bedarf zitiert die Autorin einzelne Passagen wörtlich. Zur besseren Verständlichkeit wurden bei wörtlichen Zitaten nachträglich Ergänzungen durch die Autorin in [eckigen Klammern] eingefügt.

Ressourcen der Krankenhausbeschäftigten und der erlebten Wirksamkeit für die Forschenden selbst wie folgt beschreiben: Trotz der zur kritischen Reflexion einladenden Inhalte der Dilemmakompetenz-Trainings herrschte im Heidelberger Teilprojektteam während der laufenden Projektzeit zunehmend der Eindruck, ein bestehendes gesundheits- und wissenschaftspolitisches System durch die eigene Mitarbeit aufrecht zu erhalten, „indem ich Proband*innen überredete, mich zu Abschlussgesprächen zu treffen, Fragebögen auszufüllen, obwohl ich mittlerweile wusste, wie hoch der Zeitdruck ist, unter dem diese Menschen arbeiten“ (zitiert nach dem Positionspapier der Autorin).

Die in der ersten Projektphase evaluierten Interventionen verfolgten hauptsächlich einen verhaltenspräventiven Ansatz, das heißt, sie suchten Antworten auf die Forschungsfrage „Wie gelingt es einzelnen Beschäftigten am Arbeitsplatz Krankenhaus gesund zu bleiben?“ mittels der Befragung Einzelner zu ihrer Arbeitsbelastung und dem Versuch, diese durch Unterstützungsmaßnahmen, individuell zu verbessern. Dem Versuch, die Resilienz einzelner zu stärken, ohne gleichzeitig an betriebskulturellen und arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen anzusetzen, haftet jedoch die Logik einer „Individualisierungsagentur der Selbstoptimierung“ (Seel 2013, S. 30) an. Gemäß dieser Logik gilt in etwa: Wenn sich Einzelne ausreichend resilient organisieren, ist für ihr Überleben und Weiterfunktionieren innerhalb der Organisation gesorgt.

Vielfach diskutiert und belegt sind die negativen Auswirkungen der fortschreitenden Ökonomisierung des Krankenhausbetriebes seit den frühen 1990er Jahren (Simon 2007) im Hinblick auf das Belastungserleben von Beschäftigten im Krankenhaus. Dieser Aspekt wurde jedoch in der Konzeption und Durchführung der Interventionen nicht explizit mitgeführt und thematisiert. Wie ein*e Beobachter*in nur das beobachten kann, was er*sie durch ihre Beobachtungsweise entscheidet auszuwählen (Drews et al. 2021a), so führt auch ein bestimmter – in diesem Fall primär individuumsbezogener – Forschungsfokus nur seinem Fokus entsprechende Forschungsergebnisse zutage. Eine belegbare Wirksamkeit der beforschten Interventionen kann also im besten Fall nur belegen, dass kollektiver Überlastung von Krankenhausmitarbeitenden mit verhaltensbezogenen Kurzzeit-Interventionen begegnet werden kann.

Mehr denn je wird während der Corona-Pandemie sichtbar, wie stark sich Entscheidungen der Politik bereits seit Jahrzehnten an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert (Kropp 2020). Ebenso dienen Forschungsergebnisse aus arbeits- und organisationspsychologischen Untersuchungen als Entscheidungsprämissen für Unternehmen und Politik. In diesem Sinne bedarf es einer Reflexion darüber, welche Aussagen und Empfehlungen aus dem SEEGEN-Projekt abgeleitet werden und welchen politischen Handlungsentscheidungen sie damit eine Grundlage bieten. Als wichtiges Ziel des SEEGEN-Projektes wird öffentlich das Gewinnen von „Erkenntnisse[n] über Einsparpotentiale durch betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ formuliert (SEEGEN-Konsortium 2017). Der Grund zur Förderung von Präventionsforschung zur Vermeidung psychischer Belastung am Arbeitsplatz wird gemeinhin wie folgt durch das BMBF (2016a) formuliert: „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind ein wichtiger Grund für krankheitsbedingte Fehltag und Frühverrentung. Daher sollen umfassende, wirksame und zielgruppenspezifische Konzepte zur Vermeidung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz entwickelt und erprobt werden. Im Vordergrund soll die strukturelle Entwicklung der Unternehmen zu ‚gesundheitsfördernden Betrieben‘ stehen“. In diesem Zusammenhang sollen Interventionen entwickelt und evaluiert werden, die vor allem individuelle Bewältigungsressourcen steigern.

3.2.3 Diskrepanz zwischen Selbstbeschreibung und Umsetzung

Vor Beginn des Forschungsprojektes beschreibt das SEEGEN-Konsortium seine eigene Rolle in einem auf den 22.09.2016 datierten Forschungsförderungsantrag an das BMBF unter anderem als Geber „wichtige[r] Impulse für zukünftige praktische Präventionsarbeit“. Weiter heißt es, dass Ergebnisse in einen „gesellschaftlichen Diskurs eingespeist werden sollten“. Wie dies konkret stattfinden soll, wird nicht näher ausgeführt.

Es ist anzunehmen, dass während der praktischen Forschungsarbeit innerhalb einzelner Teilprojektteams wenig Diskussion über abzuleitende gesellschaftspolitische Konsequenzen des SEEGEN-Projektes stattgefunden hat. Dies scheint vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsdichte der involvierten Forschenden und des für den Wissenschaftsbereich typischen Engagements in mehreren wissenschaftlichen Projekten zeitgleich nachvollziehbar. Ebenso erfolgte innerhalb der insgesamt acht Verbundtreffen während der ersten Projektphase keine konkrete Planung einer Überführung von (Zwischen-)Ergebnissen in öffentlich zugängliche Diskurse durch den Verbund. Laut Huber und Weiß (2015) ist eine unzureichende öffentlichkeitswirksame Kommunikation der Ergebnisse aus Interventionsprojekten häufig zu beobachten. Eine Veröffentlichung der Zwischenergebnisse aus dem SEEGEN-Projekt ist mittlerweile in Zusammenarbeit einiger Verbundmitglieder erfolgt (Gündel et al. 2020).

In Zusammenarbeit des Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ mit den teilnehmenden Kliniken wurde vorab vertraglich vermerkt, dass auch nach Abschluss der Förderphase durch das BMBF die Absicht zur Weiterführung der bis dahin erprobten Maßnahmen besteht. Entgegen dieses Versprechens gab es während und nach Abschluss der Dilemmakompetenz-Trainings keine konkreten Ideen dazu, wie Präventionsmaßnahmen weitergeführt werden könnten. Vielmehr waren die teilnehmenden Kliniken den Forschenden „ein gutes Laboratorium, in dem wir sicherlich wertvolle Denkanstöße geben konnten. Einen wirklich ernst gemeinten Versuch, die Arbeitsrealität der Menschen nachhaltig zu verbessern, liefern wir jedoch nicht. Vielmehr lädt das Anreizsystem der Wissenschaft dazu ein, Ergebnisse so aussehen zu lassen, als hätte jede Intervention für sich einen großen Unterschied machen können“ (zitiert nach dem Positionspapier der Autorin).

3.2.4 Kritische Selbstreflexion: Hinterfragen der eigenen Vorgehensweisen

Die Wahl des Forschungsdesigns sowie methodische Vorgehensweisen bilden stets einen Abwägungsprozess zwischen einerseits dem Wunsch nach möglichst genauer Erfassung der zu untersuchenden Forschungsgegenstände mittels sensitiver Forschungsmethoden und gleichzeitig praktikabler Umsetzbarkeit dieser Methoden. Besonders bei Forschung zu komplexen Interventionen in Organisationen, noch dazu mit einem multizentrischen Ansatz, spielt die Praktikabilität eine bedeutende Rolle.

Betreffend der Forschungsmethodik scheint ein gemischt-methodisches Design ein angemessener Versuch, sich dem Forschungsgegenstand – dem Belastungserleben der Proband*innen – zu nähern. Hier scheint es weniger konfliktfördernd, sich mit Verhaltensprävention zu beschäftigen, denn die Analyse der Verhältnisse, innerhalb derer die Interventionen stattfinden, kann als Systemkritik verstanden werden. „Es ist jedoch Teil unseres Forschungsauftrages, zu einer Verhältnisprävention beizutragen. Wir sollten sorgsam prüfen, welche Handlungsspielräume uns hierfür zur Verfügung stehen und wie sehr wie diese (nicht) nutzen, und warum“ (zitiert nach dem Positionspapier der Autorin).

3.2.5 Gesundheitspolitischer Kontext

Die Interventionsmaßnahmen wurden in laufenden Krankenhausbetrieben durchgeführt und evaluiert. Sie waren somit beeinflusst von durch die Forschenden nicht beeinflussbaren Krankenhaus-relevanten Entwicklungen. So kann das Teilprojekt „Dilemmakompetenz“ und damit auch stellvertretend andere Teilprojekte des Verbunds als ein möglicherweise eher unbedeutender Beitrag in einem Potpourri an gleichzeitig wirkenden destabilisierenden Entwicklungen betrachtet werden, zu denen eine verschärfte Tendenz zu negativen Ergebnisbilanzen der Kliniken und ein akuter Fachkräftemangel in der Pflege (vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) 2018), der sich in naher Zukunft noch verschärfen wird (siehe Ostwald et al. 2010), gezählt werden können. Dem Druck gesundheitsökonomischer Kräfte begegnen Krankenhäuser, indem sie ihre Leistungen zu erhöhen und ihre Kosten zu senken versuchen (Flintrop 2011) – vergebens, denn defizitäre Krankenhausbilanzen sind immer weiter verbreitet (Roland Berger Krankenhausstudie 2019; 2020). Gegen diese Fliehkräfte kommen die Maßnahmen des SEEGEN-Verbunds nicht an.

3.2.6 Empfehlungen und Vorschläge für weitere Zusammenarbeit

Das Heidelberger Teilprojektteam schlug daher vor, diese reflexiven Gedanken gemeinsam mit den Verbundpartner*innen zu diskutieren. Hier schien zum einen ein Rückkopplungsprozess mit dem BMBF als Förderungsinstanz des Projektes plausibel, um gegebenenfalls auf kritisch zu bewertende Anreize in der Forschungsförderungskultur hinzuweisen (z.B. RCT-Design als Voraussetzung für eine Förderung). Zudem schien eine Platzierung der Befunde in wissenschaftlichen Fachzeitschriften erstrebenswert, insbesondere auch mit Fokus darauf, was innerhalb der Interventionsstudie nicht gewirkt hat (vgl. Jena 2017).

Darüber hinaus schien es erstrebenswert, den Diskurs auf gesellschaftspolitischer Ebene voranzutreiben und mit verschiedenen Parteien, darunter die Leitungen der am Projekt teilnehmenden Kliniken, die Deutschen Krankenhausgesellschaft, das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie das Bundesministerium für Gesundheit, darüber ins Gespräch zu kommen, wie Beschäftigte im Gesundheitswesen die derzeit unauflösbaren Zielkonflikte zwischen medizinischem Fortschritt, mehr polymorbid alt werdenden Patient*innen, hohen Qualitätsansprüchen, Kostendämpfung und Nachwuchsmangel am besten überleben können.

3.3 Reflexion innerhalb des Forschungsverbundes SEEGEN und Implementation einer gesonderten Arbeitsgruppe

Die im Vorangegangenen inhaltlich zusammengefassten drei Kurzberichte über die Erfahrungen der Mitwirkenden des Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ Jochen Schweitzer, Marieke Born und der Autorin selbst regten zum Ende der ersten Projektphase eine Diskussion innerhalb des SEEGEN-Verbunds an, in der weitere Verbundpartner*innen ihre Forschungserfahrungen und erlebten Hindernisse in Bezug auf ihre Interventionen schilderten.

Es schlossen sich sodann mehrere Forscher*innen des Gesamtverbundes in einer projektinternen Arbeitsgruppe zusammen, um die diskutierten Inhalte weiter zu bewegen. Ziel der Arbeitsgruppe war es, gewonnene Erkenntnisse aus dem Forschungsverbund gezielt in einen gesellschaftspolitischen Diskurs einzuspeisen.

Folgende 10 Personen zählten neben der Autorin als aktive Mitglieder dieser Arbeitsgruppe: Prof. Dr. Andreas Müller, Universität Duisburg-Essen (Teilprojekt 1A), Prof. Dr. med. Peter Angerer, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Teilprojekt 1A), M.Sc. Marieke Born, Universitätsklinikum Heidelberg (Teilprojekt 1B), Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer (TP 1 B), M.Sc. Felicitas Stuber, Universitätsklinikum Tübingen (Teilprojekt 1C), Dr. med. Eva Rothermund,

Universitätsklinikum Ulm (Teilprojekt 1 D), PD Dr. med. Florian Junne, Universitätsklinikum Tübingen (Teilprojekt 1 D), M.A. Manuela Gulde, Universitätsklinikum Ulm sowie Verbundleiter Prof. Dr. med. Harald Gündel, Universitätsklinikum Ulm, und als Vertreter des Deutschen Krankenhausinstituts Dr. Karl Blum.

Die weitere Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe wurde durch die Autorin in Zusammenarbeit mit Marieke Born koordiniert. Drei Monate nach Gründung der Arbeitsgruppe folgte eine erste Telefonkonferenz zur Abstimmung nächster Arbeitsschritte, anschließend fand am 20.01.2020 ein halbtägiges Treffen statt, das der Diskussion zuvor vorgeschlagener Inhalte eines verbundübergreifenden gesellschaftspolitischen Statements und dessen konkreter Umsetzung galt.

Die Fragestellungen der Arbeitsgruppe lauteten:

1. Welche Hindernisse beobachten wir bei Rekrutierung und Durchführung der geplanten Interventionsangebote?
2. Wie lassen sich diese – an unterschiedlichen Forschungs- und Klinikstandorten ganz ähnlichen – Hindernisse verstehen, einerseits aus der Tradition von Krankenhäusern und deren Berufsgruppen und andererseits aus der aktuellen Gesundheitsökonomie?
3. Welche Chancen und welche Nachteile bietet in Situationen großer Mitarbeitendenbelastung und institutioneller Instabilität die Beforschung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen mittels randomisiert-kontrollierter Forschungsdesigns?
4. Welche Verantwortung sehen die Expert*innen der Arbeitsgruppe für sich selbst im Umgang mit ihren Forschungsbeobachtungen und -ergebnissen?

Die Arbeitsgruppe verfolgte das Ziel, bisherige Forschungsergebnisse weiter zu diskutieren und sie in einen gesellschaftspolitischen Diskurs zu überführen. Ziel der Arbeitsgruppe war es nicht, Verbesserungsvorschläge für die Arbeitssituation der Beschäftigten zu machen. Es war zu hoffen, dass solche am Ende der Phase II, nach der Nachbefragung aller Teilnehmenden an allen Interventionsangeboten formuliert werden können.

3.4 Methode

3.4.1 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus einem Expert*innenkreis von insgesamt N = 10 Gesundheitsforschenden des Forschungsverbunds SEEGEN, die sich in der oben skizzierten Weise für ein weiterführendes Engagement und eine Zusammenarbeit innerhalb der genannten verbundinternen Arbeitsgruppe entschieden haben.

3.4.2 Datenerhebung

Wie ein Expert*innenkreis aus Gesundheitsforschenden aus fünf Universitätskliniken und drei medizinischen Disziplinen (Arbeitsmedizin, Psychosomatik, Medizinische Psychologie) selbstkritisch die Angemessenheit seiner Implementations- und Evaluationsforschungsstrategien reflektiert, wurde mittels N = 10 Einzelinterviews mit den Forschenden als Expert*innen untersucht.

Mit allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurden leitfadengestützte telefonische Einzelinterviews durchgeführt, zu denen die Mitglieder während des Arbeitsgruppentreffens am 20.01.2020 eingeladen wurden. Alle Einzelinterviews wurden individuell und in Absprache mit den Mitgliedern terminiert und fanden im Zeitraum 21.01. – 12.02.2020 statt. Die Interviews umfassten eine Durchschnittslänge von 27 Minuten ($Dauer_{Min}$: 22 Minuten; $Dauer_{Max}$: 45 Minuten).

Bei den Einzelinterviews handelte es sich um Expert*inneninterviews als Leitfadeninterviews (Helfferich 2019, S. 682), in denen die Interviewees zu ihren eigenen Erfahrungen während des Forschungsprozesses, zur Angemessenheit angewandter Forschungsmethoden sowie zu ihrem Verständnis über die eigene Verantwortung im Forschungsprojekt befragt werden. Die Expert*inneninterviews hatten eine spezifische Rahmung, indem (a) Forschungserfahrungen der Interviewees exploriert wurden und (b) Interviewees dazu befragt wurden, wie sie diese Erfahrungen in einen wissenschafts- und gesundheitspolitischen Kontext setzen. Aufgrund der heterogenen Fachexpertise sowie unterschiedlicher Forschungserfahrungshorizonte der Expert*innen wurden einzelne Interviewfragen und Formulierungen auf das Rollenwissen einzelner Expert*innen angepasst, um Wissen über Hintergründe und Kontexte möglichst gut abzubilden (Helfferich 2019, S. 681).

Weiterhin beschreibt die Autorin aus teilnehmender Beobachtung den Prozess, mit dem diese Forschenden gesundheitspolitische Konsequenzen aus ihren Beobachtungen abzuleiten versuchen.

3.4.3 Datenauswertung

Die 10 Expert*inneninterviews wurden nach verbaler Einverständniserklärung der Expert*innen mithilfe eines Diktiergeräts aufgezeichnet und als MP3-Dateien gespeichert. Anschließend wurden die digitalisierten Tonspuren durch die Autorin verbatim transkribiert.

Da es bislang noch keine eindeutige Empfehlung für ein Auswertungsverfahren von Expert*inneninterviews gibt (vgl. Bogner et al. 2014), orientiert sich die Auswertung der vorliegenden Interviews an Vorschlägen aus der Fachliteratur und kombiniert diese, um den Informationswert des Datenmaterials bestmöglich zu nutzen. Die Auswertung erfolgt mittels einer Kombination aus den Auswertungsstrategie nach Gläser und Laudel (2010) und Schmidt (1997):

1. Fragestellung und Materialauswahl:

Es handelt sich um inhaltsfokussierte Expert*inneninterviews, die das Expert*innenwissen der Interviewees – je nach ihrer Profession und Affiliation zum Forschungsprojekt – fokussierten und gleichzeitig persönliche Motivlagen und Ziele der Befragten darstellen sollen. Die Interviews suchen Antworten auf die folgenden Fragen zu geben:

- Von welchen Motiven und Ideen ist das eigene Mitwirken am Forschungsprojekt angetrieben?
- Wie schätzen die Befragten den Erfolg des Forschungsprojekts in Bezug auf zuvor formulierte Ziele (z.B. die Verbesserung der Belastungssituation von Betroffenen im Krankenhaus) ein?
- Welche Limitationen sind aus der Sicht der Befragten charakteristisch für das Forschungsprojekt SEEGEN?
- Wie beschreiben Befragte Ihre Erfahrungen bezüglich der Situation im Krankenhaus sowie politische Rahmenbedingungen und deren Einfluss auf die gegenwärtige Situation von Mitarbeitenden im Krankenhaus?
- Worin verstehen die Befragten ihre eigene Rolle und Verantwortung innerhalb des Forschungsprojektes?
- Welche Gründe, sich innerhalb des und mit dem Forschungsverbund SEEGEN (nicht) politisch positionieren zu wollen, werden genannt?
- Welche Verbesserungsideen in Bezug auf das implementierte Forschungsvorgehen werden aus den gemachten Erfahrungen abgeleitet?

2. Erstellung eines Kategoriensystems:

Das Kategoriensystem wurde deduktiv anhand des Interviewleitfadens durch die Autorin konstruiert und materialorientiert, d.h. auf Basis wiederholten, sorgfältigen Sichtens des Interviewmaterials verfeinert.

3. Zusammenstellung der Auswertungskategorien zu einem Kodierleitfaden, sukzessives Erproben des Kodierleitfadens am Datenmaterial sowie Anpassung des Kategoriensystems
4. Kodierung des gesamten Interviewmaterials
5. Quantifizierende Materialübersicht:
Zusammenfassende Darstellung der Kodierungen in Tabellenform, sodass Häufigkeitsverteilungen bestimmter Auswertungskategorien sichtbar werden

Die Auswertung der Expert*inneninterviews wurde als strukturierende Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018; Mayring 2015) unterstützt durch MAXQDA durchgeführt. Die Kodierung des gesamten Datenmaterials erfolgte durch die Autorin, auf den Validierungsprozess anhand der Kodierung einer weiteren Person sowie auf die Bestimmung einer Inter-coder-Reliabilität wurde an dieser Stelle verzichtet. Insgesamt wurden 246 Codings in 60 Codes (fünf Hauptkategorien, 11 Oberkategorien, 44 Unterkategorien) vergeben.

3.5 Ergebnisse

Das erstellte Kategoriensystem besteht aus fünf Haupt- und 11 Oberkategorien. Die Hauptkategorien differenzieren zwischen Forschungsprojekt-bezogenen und übergreifenden Themenbereichen, zu denen die Expert*innen befragt und deren Reflexionen analysiert wurden (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Übersicht über das Kategoriensystem: Hauptkategorien I-IV (ohne die Hauptkategorie „Rest“) sowie Oberkategorien 1-11

I. Ursprüngliche Projektziele	II. Limitationen und Machbarkeit des Projektes	III. Kontexte „Krankenhaus“ und „Gesundheitsforschung“ Beschreibungen und Reflexionen	IV. Eigene Position und Verantwortung
1. Zielüberprüfungen des Forschungsprojektes 2. Allgemeine Erfolgseinschätzung der Wirksamkeit des Forschungsprojekts	3. Limitationen des Forschungsprojektes 4. Nachträgliche Änderungsideen für Forschungsvorgehen 5. Gründe für Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungsideen	6. Über die Krankenhaussituation 7. Über den Forschungsprozess	8. Forschungsmotive für das SEEGEN-Projekt 9. Eigene Verantwortung und Rolle 10. Politische Positionierung aus dem SEEGEN-Verbund 11. Gründe für Nicht-Positionierung

Hauptkategorie I umfasst die Teilprojekt-spezifischen sowie übergreifenden Ziele der Expert*innen im Rahmen des SEEGEN-Forschungsverbunds sowie eine Einschätzung darüber, wie erfolgreich ihre Umsetzung stattgefunden hat (siehe Tab. 3).

Hauptkategorie II fokussiert auf die Machbarkeit des Projektes und bündelt mögliche erlebte Limitationen, Änderungsideen in Bezug auf das Forschungsvorgehen aus heutiger Sicht sowie Gründe dafür, dass diese nicht umgesetzt werden konnten (siehe Tab. 4).

Hauptkategorie III fasst Beschreibungen von und Reflexionen über die Krankenhaussituation sowie den Forschungsprozess zusammen (siehe Tab. 5).

Hauptkategorie IV beinhaltet die Forschungsmotive der Expert*innen, ihr Verantwortungs- und Rollenverständnis sowie die ihnen wichtigsten gesellschaftspolitischen Botschaften, die ihrer Ansicht nach aus dem SEEGEN-Projekt abgeleitet und veröffentlicht werden sollten. Zudem werden von den Expert*innen genannte Gründe summiert, warum auf eine solche politische Positionierung verzichtet werden sollte (siehe Tab. 6).

Tab. 3: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie I "Projektziele"

Projektziele	
1. Zielüberprüfungen des Forschungsprojektes	<ul style="list-style-type: none"> - „Es muss sich etwas ändern“ – Änderungsdringlichkeit transportieren - „Überdenken wir unsere Methoden“ – Kritische Diskussion über Forschungsmethoden auslösen - „Denen einfach mal zuhören“ – Proband*innen unmittelbare, konkrete Unterstützung bieten - „Ergebnisse schaffen und publizieren“ – Praxisnaher Erkenntnisgewinn und Publikationen
2. Allgemeine Erfolgseinschätzung der Wirksamkeit des Forschungsprojektes	<ul style="list-style-type: none"> - „Wir machen hier einen Unterschied“ – Positive Einschätzung - „Das hat eh keinen Zweck“ – Zweifel bzgl. des Erfolgs, z.B. im Hinblick auf Langfristigkeit, Rahmenbedingungen usw.

Tab. 4: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie II "Limitationen und Machbarkeit des Projektes"

Limitationen und Machbarkeit des Projektes	
1. Limitationen des Forschungsprojektes	<ul style="list-style-type: none"> - „Geld knapp, Zeit knapp, Personal knapp“ – Begrenzte Projektressourcen - „Interventionen, für die niemand Zeit hat“ – Paradoxes Angebot - „Unsere Methoden greifen zu kurz“ – Forschungsmethode
2. Nachträgliche Änderungsideen für Forschungsvorgehen	<ul style="list-style-type: none"> - Bessere Gewichtung von Ressourcen und Nutzen - „Wir finden keine Abnehmer*innen für unser Angebot“ – Konstruktive Resignation - „Die Klinikleitung muss Ja dazu sagen“ – Beteiligung der Krankenhäuser - „Wir hätten noch mehr Reflexionsräume anbieten sollen“ – Zusätzliche Ideen, z.B. weitere Interventionsformate, mehr Austausch usw. - „Wir hätten kein RCT machen sollen“ – Forschungsdesign und -methoden / Forschungsfokus (Verhaltens- versus Verhältnisfokus) - „Ich hätte mir mehr Austausch gewünscht“ – Mehr Kooperation im Forschungsverbund - „So wie wir es gemacht haben, war es gut“ – Status quo
3. Gründe für Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungsideen	<ul style="list-style-type: none"> - „Das Projekt gab es nicht her“ – Ressourcen-Knappheit - „Im Nachhinein ist man immer schlauer“ – Erfahrung - „Es stand so nicht im Projektantrag“ – Eingeschränkte Forschungsfreiheit - „Die Krankenhäuser wollen sich nicht wirklich verändern“ – Änderungsbereitschaft der Beteiligten

Tab. 5: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie III "Kontextbeschreibungen und -reflexion"

Kontext: Beschreibung und Reflexion	
1. Über die Krankenhaussituation	<ul style="list-style-type: none"> - „Plötzlich ist man Oberärztin“ – Führungsverständnis im Krankenhaus - „Die Mitarbeitenden sind am Limit“ – Belastung der Krankenhausmitarbeitenden - „In der Wirtschaft läuft das ganz anders“ – Kontrastbeschreibung zu anderen Branchen

	<ul style="list-style-type: none"> - „Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus sind schuld“ – Reflexion der krankenhauspolitischen Rahmenbedingungen - Sonstige Beschreibung
2. Über den Forschungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> - „In der Forschung läuft es folgendermaßen“ – Beschreibung der allgemeinen Forschungslogik - „Ich habe mich nicht sonderlich wirksam gefühlt“ – Eigene Wirksamkeit und Handlungsspielräume - „Wenn ich an unsere Zusammenarbeit im Verbund denke“ – Reflexion der Zusammenarbeit im Forschungsverbund SEEGEN - Sonstige Beobachtungen

Tab. 6: Ober- und Unterkategorien der Hauptkategorie IV "Eigene Position und Verantwortung"

Eigene Position und Verantwortung	
1. Forschungsmotive für das SEEGEN-Projekt	<ul style="list-style-type: none"> - „Ich bin selbst im Krankenhaus sozialisiert“ – Biografische / persönliche Gründe - „Ich musste Drittmittel einwerben“ – Karriereorientierte Gründe - „Weil's mich interessiert“ – Fachliches Interesse - „Das System muss sich ändern“ – Gesellschaftspolitisches Interesse - Positive Nebeneffekte, z.B. das Schaffen von Arbeitsplätzen durch das Projekt
2. Eigene Verantwortung und Rolle	<ul style="list-style-type: none"> - „Qualität und Zielumsetzung des Projekts müssen sichergestellt gestellt werden“ – Wissenschaftliche und projektbezogene Ziele verfolgen - „Vor Ort wirklich wirksam sein“ – langfristige Wirksamkeit an den Forschungsorten, Unterstützung der Proband*innen in bestimmten Themen und Wissensvermittlung - „Der Öffentlichkeit beschreiben, was Sache ist“ – Situation beschreiben und öffentlich auf Missstände hinweisen - „Ich soll Erfüllungsgehilfe der Politik sein“ – Kritik an Rollenerwartungen
3. Politische Positionierung aus dem SEEGEN-Verbund	
4. Gründe für Nicht-Positionierung	<ul style="list-style-type: none"> - „Wir sind keine Experten für die Verhältnisse“ – Kompetenzfrage - „Das macht ein Wissenschaftler nicht“ – Unabhängigkeit als Wissenschaftler*innen wahren - „Was sollen die anderen denken“ – Sorge, sich öffentlich zu positionieren / Image-Sorge - „Dafür haben wir keinen Auftrag“ – Kein Auftrag

Insgesamt umfassen die 11 Oberkategorien 44 Unterkategorien. In allen Oberkategorien waren Mehrfachkodierungen verschiedener Interviewsegmente mit unterschiedlichen Codes möglich, z.B. die Nennung verschiedener Ziele in Verbindung mit dem Forschungsprojekt in der Oberkategorie „Zielüberprüfungen des Forschungsprojektes“. Im Folgenden werden die Häufigkeiten einzelner Codes dargestellt.

3.5.1 Projektziele

3.5.1.1 Zielüberprüfungen des Forschungsprojektes

Das von den befragten Expert*innen am häufigsten genannte Ziel in Verbindung mit dem Forschungsprojekt war, praxisnahen Erkenntnisgewinn zu erzeugen und Publikationen zu generieren (66.7%). Sechs von 10 Expert*innen gaben an, dieses Ziel mit ihrem Mitwirken am SEEGEN-Projekt verfolgt zu haben.

Am zweithäufigsten wurde die Unterstützung der Studienproband*innen als Ziel von vier der Expert*innen genannt (44.4%). Eine Expertin beschrieb dieses Ziel wie folgt:

*„Ich hatte immer das Gefühl, meine Rolle ist es tatsächlich, denen auch nicht irgendwie vorzugaukeln, dass durch dieses Projekt Wunder passieren werden, weil ich das auch einfach nicht in der Hand habe, sondern die [Teilnehmenden] in ihrer Rolle so zu stärken, indem ich sage: ‚Hey, ihr macht es schon toll was, es ist irre was ihr schafft (...)'“ (Expert*in ky21)*

Ein Drittel aller Nennungen umfassten das Ziel, mit dem Forschungsprojekt auf die Änderungsdringlichkeit der politischen Rahmenbedingungen im Krankenhaus hinzuweisen (33,3%). Dieses Ziel wurde von insgesamt drei Expert*innen genannt, von denen eine Person zudem äußerte, mit ihrem Mitwirken am SEEGEN-Projekt das Ziel verfolgt zu haben, eine kritische Diskussion über Forschungsmethoden auszulösen:

*„Ja, ich glaube, im Idealfall hätten wir entscheidende Politikerinnen und Politiker aus der Wissenschaft gebackupt, dass sich etwas verändern muss an der Art wie Krankenhauslandschaft organisiert ist und wie Krankenhaus finanziert ist und im Idealfall hätten wir im Bundesministerium für Bildung und Forschung und in der Forschungsgemeinschaft, die sich mit Interventionsforschung befasst, einen bedeutsamen Impuls gesetzt, dass z.B. die RCT-Designs in dem Bereich weniger Sinn machen. Und von Geldgebern wie dem BMBF und denjenigen, die es ausführen, einfach eine stärkere Toleranz und vielleicht auch Neugier gegenüber anderen Forschungsmethoden [erworben] (...) also im Idealfall ein Paradigmenwechsel in der Interventionsforschung (...)“ (Expert*in zf26)*

Im Verhältnis zu allen anderen Zielnennungen wurde dieses Ziel am seltensten genannt (11,1%). Eine Person äußerte sich im Gespräch nicht zu ihren Zielen bezüglich des Forschungsprojektes.

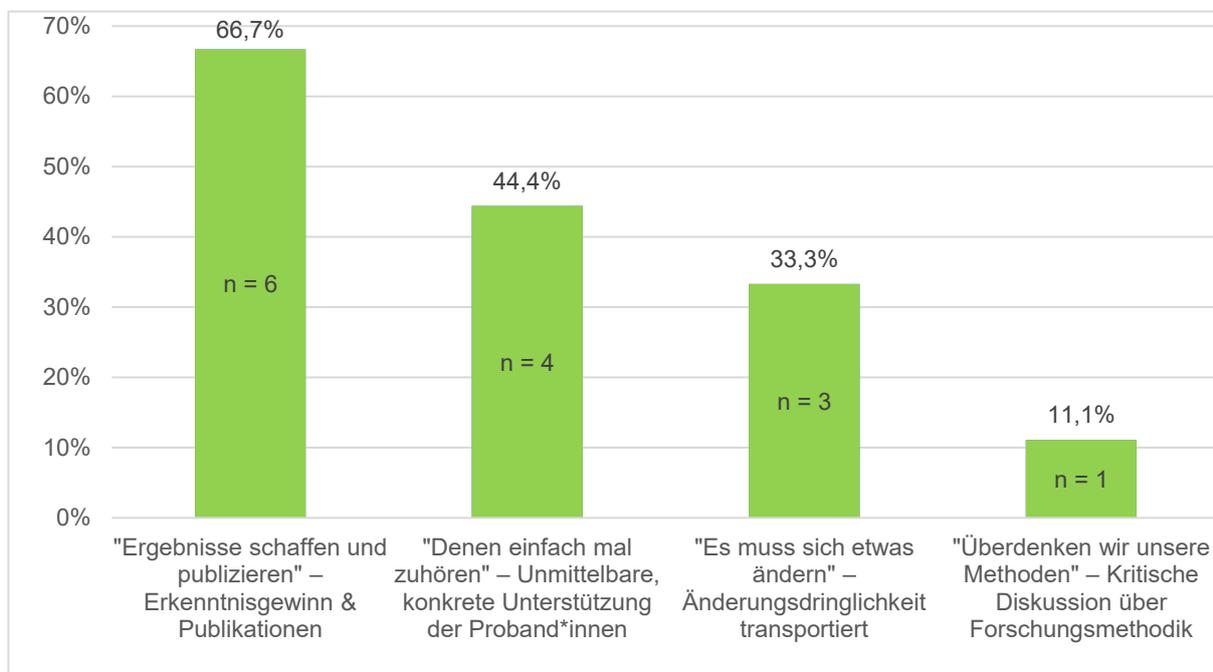


Abb. 18: Projektziele der Expert*innen

3.5.1.2 Allgemeine Erfolgseinschätzung der Wirksamkeit des Forschungsprojektes

Neun der 10 Expert*innen machten Angaben dazu, wie wirksam sie das Forschungsprojekt in Bezug auf ihnen wichtige Ziele einschätzen. Der Großteil der Expert*innen (66,7%) schätzte

die Wirksamkeit des Forschungsprojektes negativ ein (n = 3) oder machte im Verlauf des Gesprächs unterschiedliche Angaben zu dieser Frage, das heißt, explizierte unter anderem auch eine zuteilen negative Einschätzung (n = 3). Weitere drei Expert*innen schätzten die Wirksamkeit des Forschungsprojektes in Bezug auf ihnen wichtige Ziele eindeutig positiv ein.

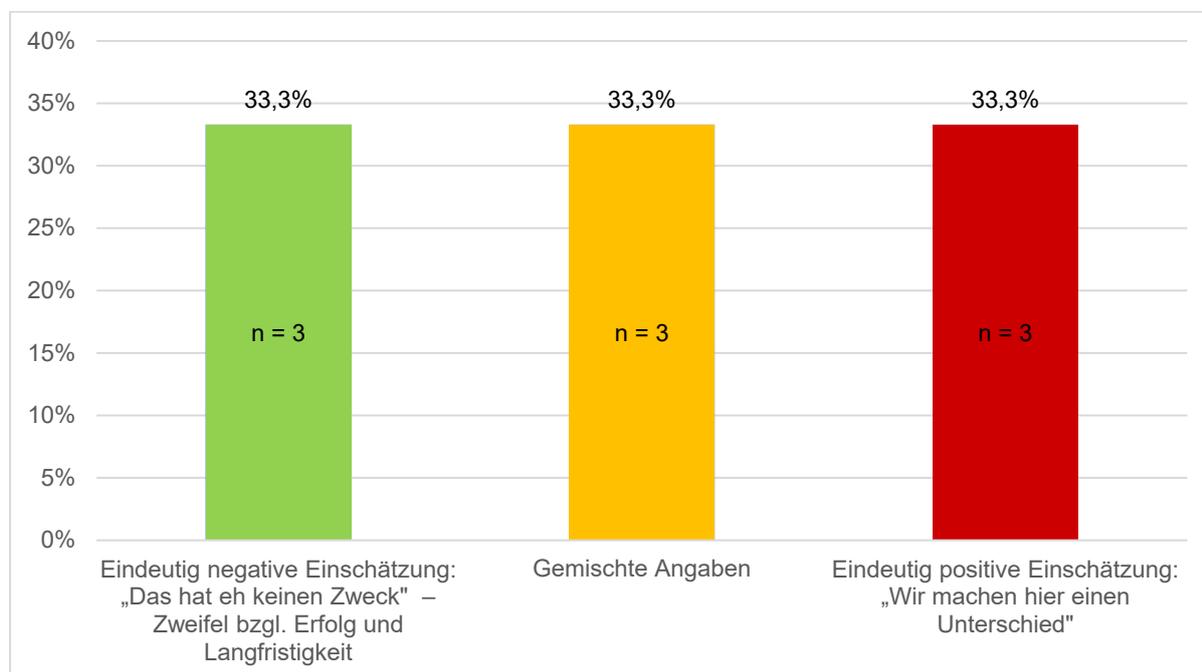


Abb. 19: Einschätzung des Projekterfolgs durch die Expert*innen

3.5.2 Limitationen und Machbarkeit des Projektes

3.5.2.1 Limitationen des Forschungsprojektes

Fünf der 10 Expert*innen machten Angaben zu Limitationen, die sie in Verbindung mit dem Forschungsprojekt wahrgenommen haben. Am häufigsten nannten Expert*innen die Limitation, dass es sich bei den beforschten Interventionen um Angebote hält, die potenzielle Teilnehmende aufgrund des Zeitdrucks durch gegenwärtige Arbeitsbedingungen nicht wahrnehmen können (80.0%).

Als weitere Limitation benannten Expert*innen zu kurz greifende Forschungsmethoden sowie ein zu komplexes Forschungsdesign des SEEGEN-Projektes, welches die erfolgreiche Umsetzung sowie signifikante Wirksamkeitseffekte untergraben würde (40.0%).

Ebenso häufig wurde der starke Fokus des Projektes auf die Verhaltensebene - anstelle der bestehenden Arbeitsstrukturen und politischen Rahmenbedingungen – als Limitation genannt (40.0%).

20 Prozent der Nennungen von Limitationen fielen auf die begrenzten zu Verfügung stehenden Projektressourcen wie z.B. Personal, Zeit sowie Geld für projektinterne Anschaffungen.

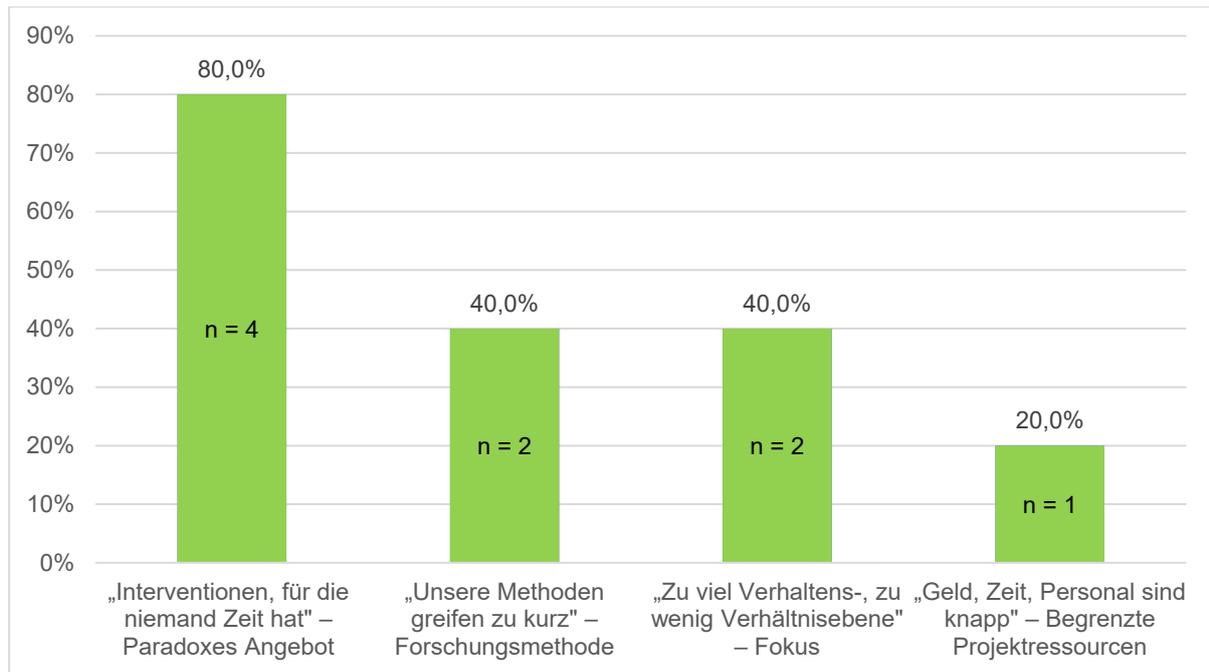


Abb. 20: Von den Expert*innen erwähnte Forschungs- und Projektlimitationen

3.5.2.2 Nachträgliche Änderungsideen für Forschungsvorgehen

Alle Expert*innen äußerten eine oder mehrere Ideen, wie das Forschungsvorgehen aus heutiger Perspektive rückwirkend hätte verbessert werden können.

Am häufigsten schlugen Expert*innen eine Änderung des Forschungsdesigns und der Forschungsmethoden sowie einen stärkeren Fokus auf die Verhältnisebene vor (60.0%). So brachten Expert*innen die Idee ein, kein RCT-Design zu nutzen, andere Befragungsinstrumente zu nutzen sowie die Gewichtung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung anders zu gestalten. Ebenso wurde vorgeschlagen, die Anzahl der angebotenen Interventionen zu reduzieren.

Des Weiteren brachten Expert*innen zusätzliche Ideen bezüglich der Interventionsformate sowie des Austauschs im Forschungsverbund ein. So wurden weitere Interventionen wie beispielsweise Reflexionsformate für Führungskräfte sowie vermehrte Kommunikation im Verbund genannt (40.0%).

Ebenso häufig gaben Expert*innen an, das Vorgehen entspräche rückwirkend betrachtet ihren Vorstellungen von bestmöglicher Forschung. Diese Expert*innen äußerten dementsprechend keine Änderungsideen (40.0%).

Eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser auf Klinikleitungs- sowie Mitarbeiter*innenebene wurde als weitere Idee genannt (30.0%). So schlugen Expert*innen aus heutiger Sicht vor, das Commitment der Klinikleitung für das Gesamtprojekt früher und stärker einzufordern; während der Rekrutierungsphase Zielgruppen gezielter anzusprechen sowie sowohl Klinikleitung als auch Teilnehmer*innen intensiver an der inhaltlichen Gestaltung der Interventionen zu beteiligen.

Vereinzelt wurde einbracht, dass aus heutiger Sicht mehr Kooperation und Austausch im Verbund im Hinblick auf das gemeinsame Gestalten von Interventionen hilfreich gewesen wäre (10.0%).

Ebenso vereinzelt wurde in der Rückschau auf den Forschungsprozess in Erwägung gezogen, im Sinne einer konstruktiven Resignation zu kommunizieren, dass der durch die Forschenden betriebene Aufwand und mit diesem erzielte Teilnahmequoten nicht in einem sinnvollen Verhältnis stehen. So schildert eine Person:

*„Ich habe den Eindruck, das ist kaum möglich. Ich habe ich den Eindruck, da stoßen wir an die Grenzen der aktuellen Verhältnisse. Ich glaube, wir haben wirklich noch einmal wahnsinnig viel draufgelegt und die Ausbeute ist auch nicht schlecht, aber ich denke mal, wenn man guckt, wie viele Zeitstunden da reingegangen sind auch von (lacht) sehr hoch bezahlten Teilnehmern im Verbund. Da denke ich, wow, das steht eigentlich nicht im Verhältnis. Ich tu mich da schwer, weil es so ein Stück Resignation ist. Das ist ein Bereich, in dem es total schwierig ist, etwas zu machen und zu bewegen (...) Das hätte man vielleicht auch irgendwie mal kommunizieren sollen.“ (Expert*in jm34)*

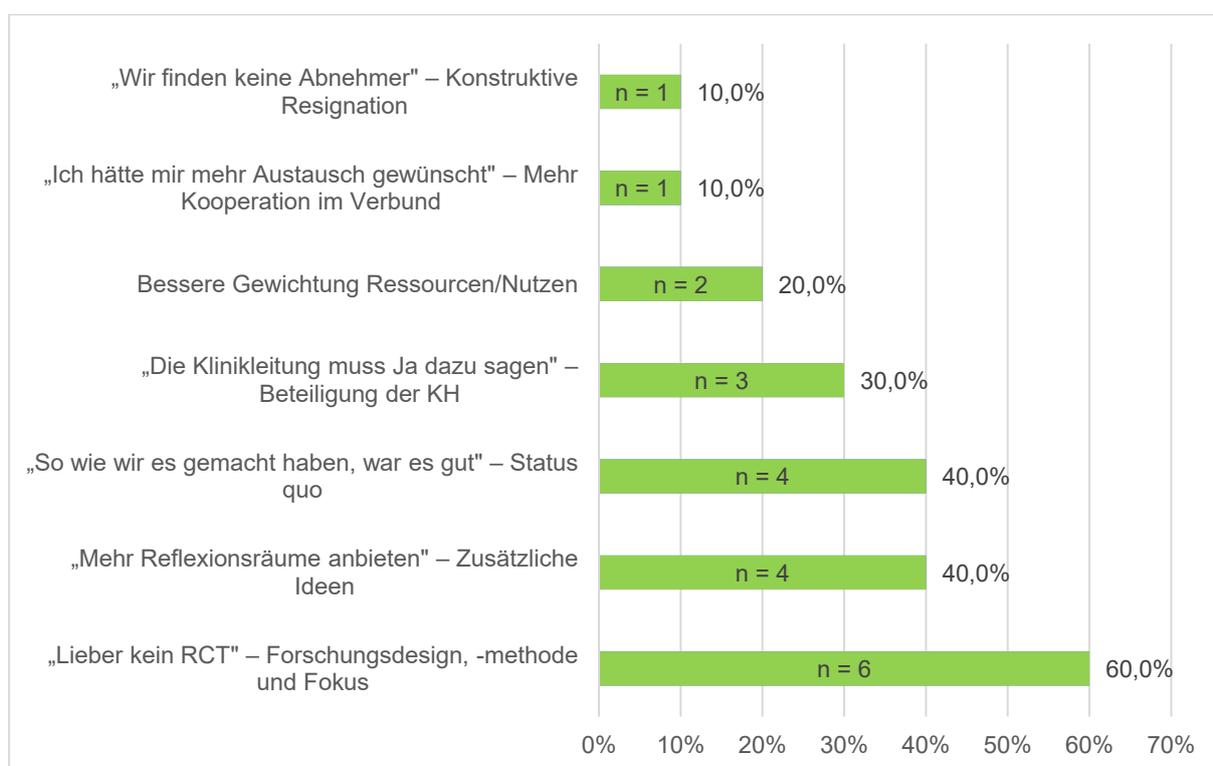


Abb. 21: Von den Expert*innen erwähnte Änderungsideen bzgl. der Projektgestaltung

3.5.2.3 Gründe für Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungsideen

Auf die Nachfrage, warum die nachträglichen vorgeschlagenen Änderungsideen nicht bereits während der Forschungsphase I erfolgreich umgesetzt werden konnten, nannten die Expert*innen am häufigsten eine durch die Verbunds- und Projektantragslogik eingeschränkte Forschungsfreiheit (66.7%). So beschrieben Expert*innen, dass bestimmte Ideen nicht entstehen bzw. umgesetzt werden konnten, aufgrund starker Regulierung des Forschungsprojektes durch den Gesamtverbund sowie vorab definierte Ziele, die beispielsweise im Projektantrag verankert wurden:

„Zum einen ist man in so einem komplexen Projekt, was im Vorfeld mehr oder weniger vordefiniert ist, hat man auf der Gesamtprojektebene wenig Spielräume zu korrigieren während des Projektes, wenn man merkt, da läuft das eine oder andere jetzt nicht so

*optimal. Wir haben ja verschiedene Diskussionen geführt, welchen Einfluss zum Beispiel das randomisierte Design auf die Interventionsinhalte oder die Interventionsdurchführung selber hat und ob man da jetzt noch andere Wege gehen müsste und die Möglichkeit hat man dann natürlich nicht mehr. Man ist den Strukturen sowieso schon unterworfen.“ (Expert*in za23)*

Am zweihäufigsten wurde in diesem Zusammenhang auf die Ressourcenknappheit im Forschungsprojekt verwiesen. So beschrieben Expert*innen, dass limitierte Forschungsressourcen wie zur Verfügung stehende Zeit, finanzielle Mittel und Personal eine erfolgreiche Umsetzung der Änderungsideen verunmöglicht hätten (55.6%).

Weiterhin gaben Expert*innen an, dass einige Ideen erst im Verlauf des Forschungsprojektes und mit wachsender Erfahrung entstanden seien und deswegen nicht früher hätten umgesetzt werden können (33.3%).

Ebenso häufig gaben Expert*innen an, dass die Veränderungsbereitschaft der Krankenhäuser, die es für eine erfolgreiche Umsetzung der Ideen gebrauch hätte, begrenzt gewesen sei (33.3%).

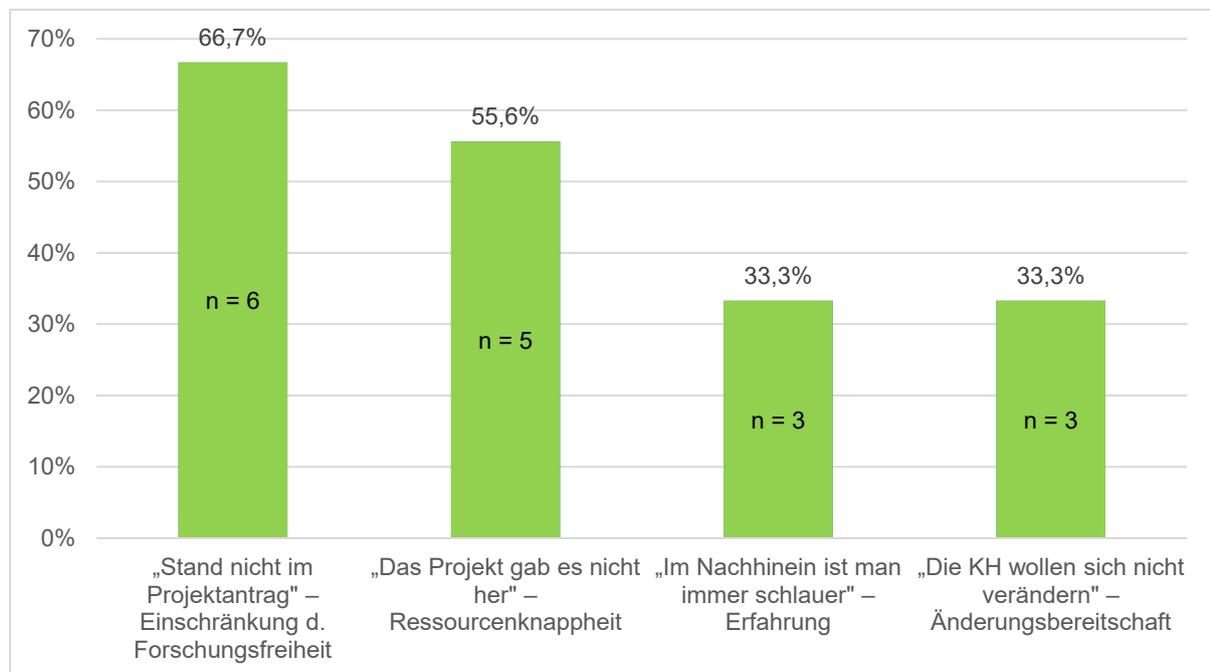


Abb. 22: Erklärung der Expert*innen zur Nicht-Umsetzung von Änderungsideen

3.5.3 Kontext: Beschreibungen und Reflexionen

3.5.3.1 Über die Krankenhaussituation

In ihren Beschreibungen der aktuellen Situation der beforschten Krankenhäuser erwähnten Expert*innen zumeist die politischen Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsrealität der Beschäftigten (83.3%). So wurden beispielsweise Auswirkung des DRG-Systems, der Privatisierung der Krankenhäuser sowie der Herausforderung, Familie und Schichtdienst konstruktiv zu vereinen, erwähnt.

*„Aber klar, der externe Druck durch die Politik, durch die Kostenträger, und zusehends auch - was in der öffentlichen Diskussion häufig übersehen wird - durch den GBA und dessen zahlreiche Anforderungen und Richtlinien ist enorm gewachsen und dieser Druck schränkt natürlich die Freiheitsspielräume in den Krankenhäusern zusehends ein. Das macht sich natürlich auch bei den Mitarbeitern irgendwann bemerkbar.“
(Expert*in uy77)*

Außerdem häufig erwähnt wurden Kontrastbeschreibungen zu anderen Arbeitsbranchen wie beispielsweise Großkonzernen (67.7%). So verglichen Expert*innen Arbeitsstrukturen sowie Weiterbildungskultur und -angebote im Arbeitskontext Krankenhaus mit anderen Branchen, z.B. der Automobilindustrie.

Expert*innen beschrieben zudem aus ihrer Sicht das Führungsverständnis im Krankenhaus und schilderten in diesem Zusammenhang die teils fehlende Ausbildung von Führungskräften (33.3%):

*„[...] Und wie werden Führungskräfte im Krankenhaus ausgebildet? Da habe ich den Eindruck und kann von meiner eigenen Sozialisation berichten, wenn man dann so weit ist, dann macht man das. Vielleicht hat man ein Modell, an dem man lernt, zum Beispiel einen eigenen Oberarzt, eine eigene Teamleitung, die man erlebt hat, und dann macht man das. Da gibt es kein oder selten ein theoretisches Konstrukt zu. Und auch, wenn ich jetzt die Uniklinik angucke, die schon so ein Angebot hat, finde ich das ganz schön dünn, was da angeboten wird. Und es ist aber auch so, ich werde da gar nicht zu aufgefordert dorthin zu gehen, sondern eher so [...] Wenn du das machen willst, gilt: Entweder man kann es halt oder man kann es nicht. Dass es da so etwas Theoretisches gibt, was man auch lernen könnte oder was vermittelt werden könnte, ist, finde ich, nicht so verbreitet, oder ich habe das auch nicht so erlebt selber.“ (Expert*in jm34)*

Ebenso häufig wurde die Belastung von Mitarbeitenden im Krankenhaus erwähnt (33.3%):

*„Ja, da kommt noch ein weiterer Aspekt mit rein, also was wir natürlich hören in unseren qualitativen Untersuchungen, die wir in Phase I vorauslaufend gemacht haben, ist, dass die Verdichtung von Arbeit [...] zunehmend zu Spannungen führt. Und dass die einzelnen in ihren Arbeitssituationen, insbesondere die Führungskräfte, als Vermittler dieser zunehmenden Verdichtung in eine enorme Belastungssituation kommen.“
(Expert*in nk71)*

Zudem wurde auf die Arbeitskultur im Krankenhaus hingewiesen, die stark durch einen idealistischen Anspruch, bestmögliche Patientenversorgung zu leisten, und weniger durch eine gute Bezahlung geprägt sei (16.7%).

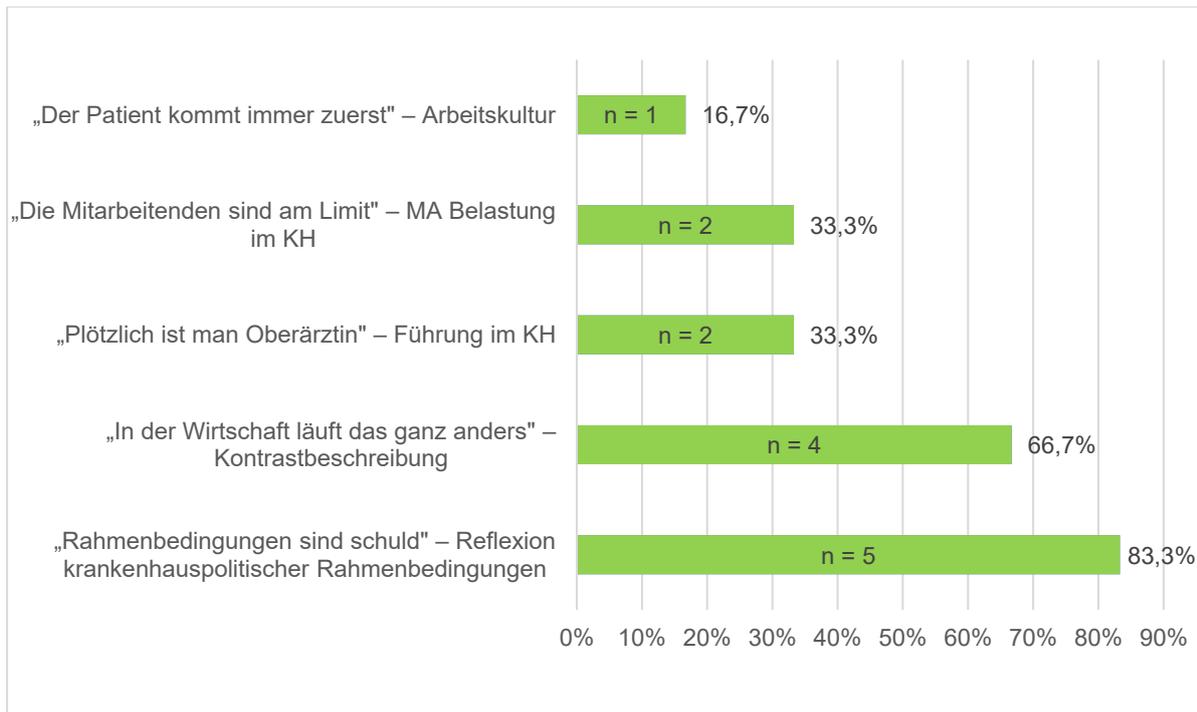


Abb. 23: Beschreibungen des Krankenhauses durch die Expert*innen

3.5.3.2 Über den Forschungsprozess

Über 60 Prozent aller Aussagen über den Forschungsprozess waren Beschreibungen der allgemeinen Forschungslogik aus Sicht der befragten Expert*innen. Diese Beschreibungen umfassten die Logik des allgemeinen Wissenschaftssystems sowie die projektbezogene Forschungslogik:

*„Na ja, das ist (...), jeder Professor hat ja viele Kriterien, die er mitbekommt von der Universitätsleitung und ein Baustein sind da auch eingeworbene Drittmittel. Das führt natürlich auch zu Überlegungen ‚Wo bekommt man Drittmittel her?‘. Das kehrt die Forschungslogik auch um. Die Logik sollte ja eigentlich sein ‚Das ist eine spannende, interessante und gesellschaftlich nützliche Frage und wie kann ich die erforschen?‘. Durch diese Drittmittel-getriebene Forschung kann es auch passieren, dass man sich die Frage stellt ‚Wo bekomme ich denn Drittmittel jetzt her?‘ und die Frage nach dem Forschungsinhalt dann erst an zweiter Stelle steht. Das sind natürlich Rahmenbedingungen, denen wir alle unterworfen sind und mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Am Ende des Tages kann es dazu führen, dass man auch Forschung betreibt, um Drittmittel zu bekommen und der Forschungsinhalt oder das Forschungsthema selber erst an zweiter Stelle steht.“ (Expert*in za23)*

*„[I]ch habe mir ein Minimalziel gesteckt, weil ich tatsächlich nicht weiß, was sich wirklich durch so ein Projekt ändert. Ich habe leider schon häufig die Erfahrung gemacht, dass sich einfach nicht so viel ändert in den Projekten, dass man halt sich drei Jahre sehr extrem arbeitet und viel Energie reingesteckt und dann aber nach drei Jahren die Finanzierung eben weg ist und dann einfach nichts mehr passiert. Es geht dann einfach nicht weiter.“ (Expert*in ky21)*

*„[Es geht auch viel darum,] welche [Fragestellungen] sind gewollt oder auch welche Themen, nicht nur gesellschaftlich gewollt, politisch gewollt, sondern auch mit welchen Themen kann man als einzelner Forscher oder als einzelne Forscherin am besten reüssieren und am besten die Erfolgskriterien erfüllen, die gerade en vogue sind.“
(Expert*in za23)*

Ebenso häufig reflektierten die Expert*innen über die Zusammenarbeit im Forschungsverbund SEEGEN (62.5%). Hierbei wurde vor allem die positiv erlebte Atmosphäre beschrieben.

Mehr als ein Drittel der Äußerungen über den Forschungsprozess (37.5%) beliefen sich auf Schilderungen der Entstehungsgeschichte des Forschungsprojektes sowie Details zur Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Krankenhausinstitut.

Des Weiteren reflektierten Expert*innen über ihre eigene Wirksamkeit und eigene Handlungsspielräume innerhalb des Forschungsprozesses (25.0%). So schilderten Expert*innen, sich in ihrer Rolle als "Helferin" bzw. "Situationsverbesserin" teilweise wenig wirksam gefühlt zu haben. Zwei Personen gingen im Gespräch nicht näher auf den Forschungsprozess ein.

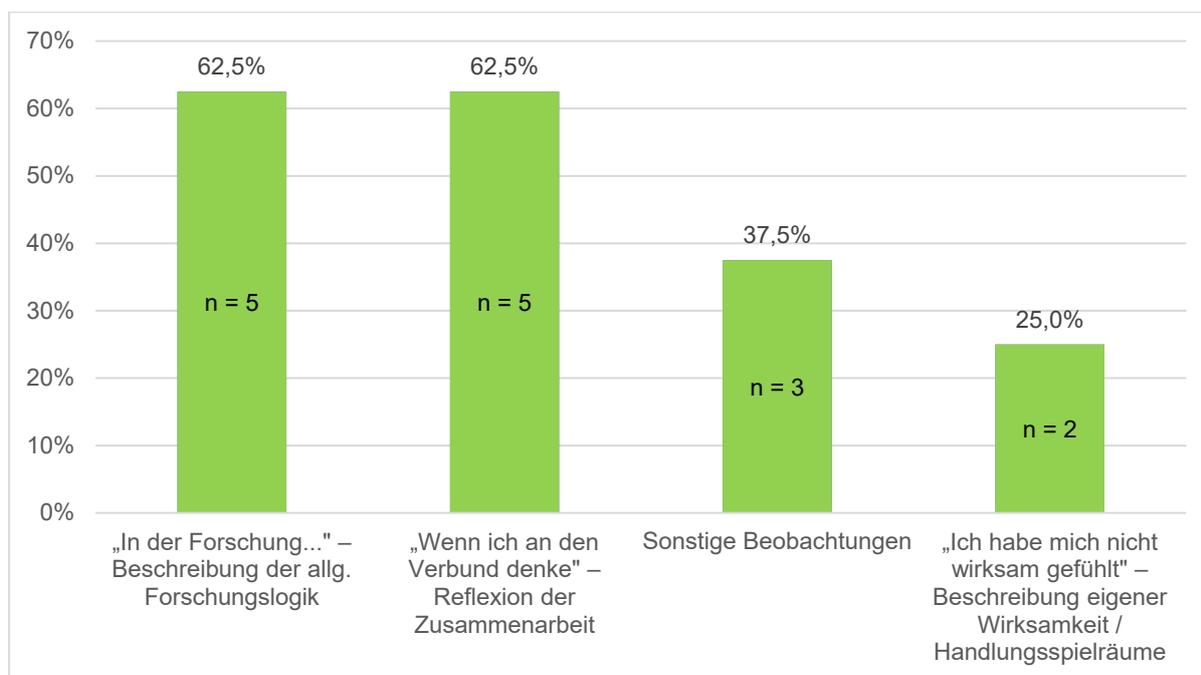


Abb. 24: Beschreibungen des Forschungsprozesses durch die Expert*innen

3.5.4 Eigene Position und Verantwortung

3.5.4.1 Forschungsmotive für das SEEGEN-Projekt

Es werden biografische, karriereorientierte Motive sowie fachliches und gesellschaftspolitisches Interesse als motivierende Faktoren genannt.

Auf die Frage nach den Motiven des Expert*innenkreises, am SEEGEN-Projekt mitzuwirken, hin wurden fachliches (90.0%) und gesellschaftspolitisches Interesse (70.0%) sowie biografische (50.0%), karriereorientierte Motive (20.0%) als motivierende Faktoren genannt. Außerdem schilderten Expert*innen, mit ihrem Mitwirken Ziele zu verfolgen, die nicht unmittelbar mit

den Projektinhalten verknüpft sind, z.B. innerhalb der Universitätslogik Arbeitsplätze zu schaffen (20.0%).

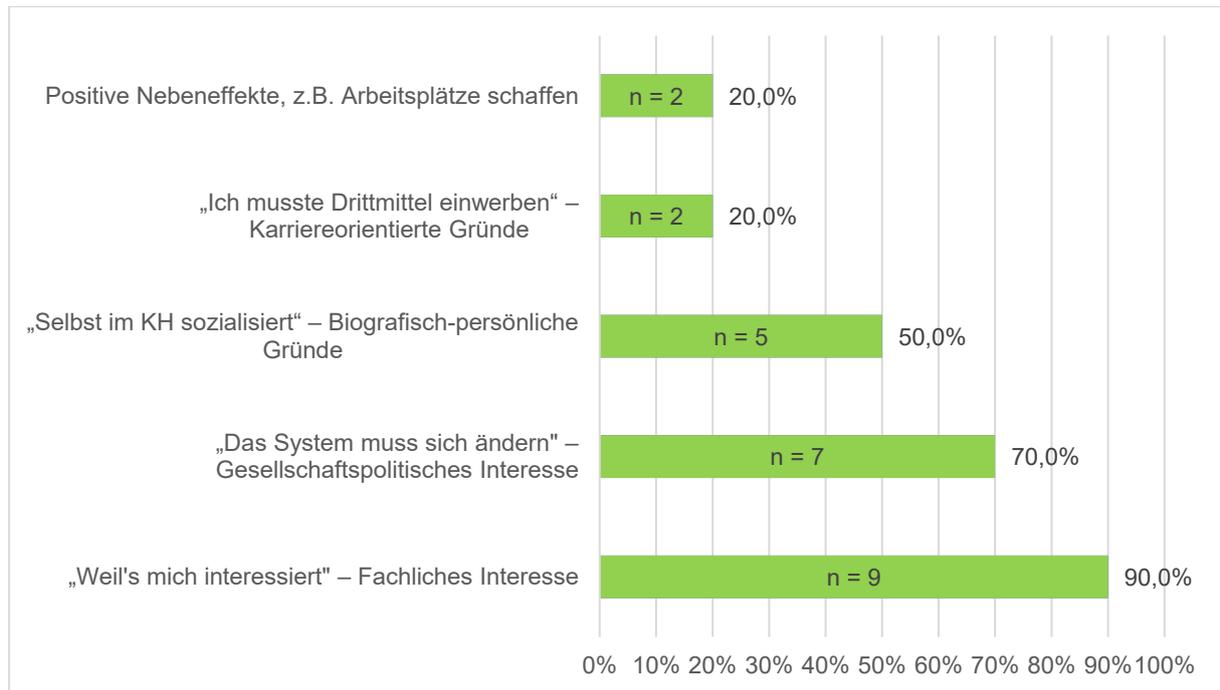


Abb. 25: Forschungsmotive der Expert*innen

Ihr fachliches Interesse beschrieben Expert*innen beispielsweise wie folgt:

„Na ja. Die Idee unseres Teilprojektes war, dass man Führungskräfte als wichtige Unterstützer braucht, um eben auch verhältnispräventiv arbeiten zu können und es dazu weniger systematische Interventionsbausteine gibt, zumindest kennen wir keine, um die Führungskräfte zu befähigen, zu sensibilisieren und zu motivieren, solche Maßnahmen zu unterstützen. Letztendlich geht es ganz konkret in unserem Teilprojekt - und das war die Kernidee - um eine Entwicklung [eines] zusätzlichen Interventionsbausteins für verhältnispräventive, partizipative Interventionen (...) und [diesen] zu testen.“
(Expert*in za23)

Einige Expert*innen beschrieben, ihr Mitwirken am Forschungsprojekt sei durch eine idealistische Haltung motiviert, mit der Forschung einen sinnvollen Beitrag zu leisten. Dieses gesellschaftspolitische Interesse beschrieben Expert*innen beispielsweise so:

„Und ich finde es politisch jetzt interessant, hier für eine wahrhaftige Diskussion anzutreten, also die sich mit den wichtigen Sachen beschäftigt und nicht mit den unwichtigen. So, ich glaube, das, was, ihr auch mit dieser Initiative da jetzt vertretet.“
(Expert*in xk58)

Zu den genannten biografischen Motiven gehörte beispielsweise die eigene Sozialisation im Arbeitskontext Krankenhaus als Ärztin oder Arzt, oder im Bereich der Pflege:

„[...] Im Rahmen meiner Ausbildung musste ich ja auch schon beim Krankenhaus arbeiten und hab dann schon auch mitbekommen, wie dort die Bedingungen sind mit Schichtbetrieb und keine Ahnung [...] und ich finde es tatsächlich sehr, sehr wichtig, dass

*man da selber nicht unter die Räder kommt. Und gerade auch mit den ganzen verschiedenen Prozessen, sei es Krankenhausschließungen, Fachkräftemangel [...], einerseits habe ich das durch mein berufliches Umfeld mitbekommen, aber natürlich auch im Privaten. Ich habe viele Freunde, die tatsächlich im Pflegedienst arbeiten, die Krankenschwestern sind oder Krankenpfleger, die es mir auch mal live berichtet haben, wie es sich da tatsächlich zugeht. Das finde ich wirklich sehr spannend.“ (Expert*in ky21)*

Zu den genannten karriereorientierte Gründen gehörten beispielsweise die Notwendigkeit, eine bestimmte Höhe an Drittmitteln einzuwerben.

3.5.4.2 Eigene Verantwortung und Rolle

In Bezug auf ihre eigene Rolle innerhalb des Forschungsprojektes und die damit verbundene Verantwortung gab die Mehrheit der Expert*innen an, sich für die Sicherung der Projektqualität verantwortlich zu fühlen (71.4%). So gaben Expert*innen an, sich dafür verantwortlich zu fühlen, dass wissenschaftliche Standards eingehalten und projektbezogene Ziele verfolgt und erreicht wurden.

Ebenso häufig gaben Expert*innen an, ihre Verantwortung in einer möglichst langfristigen Wirksamkeit an den Forschungsorten zu sehen, beispielsweise durch die Unterstützung der Proband*innen in bestimmten Themen sowie Wissensvermittlung (71.4%). Expert*innen betonten hierbei das selbstkritische Hinterfragen von Interventionsinhalten, um eine Anschlussfähigkeit und einen positiven Nutzen für die Krankenhausmitarbeitenden zu sichern:

*„In dem Moment, wo wir einen Interventionsbaustein entwickeln, nehmen wir an, dass das was ist, was auch für die Leute, die die Intervention dann mitmachen, dass das für die hilfreich und nützlich ist und das im Vorfeld zu antizipieren ‚Kann das funktionieren? Ist das nützlich? Ist das hilfreich?‘ und dann auch kritisch sich anzuschauen, ob die Annahmen sich bestätigen oder nicht bestätigen, das nehme ich als Verantwortung auch für die Leute in den Kliniken wahr.“ (Expert*in za23)*

Zudem wurde in der Beschreibung der eigenen Verantwortung betont, dass es wichtig sei, an den Forschungsorten einen langfristigen positiven Unterschied zu machen, indem beispielsweise den Mitarbeitenden eine Stimme gegeben wurde:

*„Da hatte ich den Eindruck, es war auch unsere Aufgabe, obwohl wir Forschende sind, mit unserer Arbeit eine Stimme dort aufzunehmen und die auch immer wieder in verschiedenen Rahmen zu benennen und damit das, was dort gesagt wird, zu verstärken oder Themen Raum zu geben. Das war so eine Rolle tatsächlich im Klinikum und ich habe auch gemerkt, wir waren an einem Gesundheitstag und da kamen Leute auf mich zu, die ich gar nicht kannte, die sagten ‚Ja, wir haben von dem Projekt gehört und ich bin ja selber nicht beteiligt, aber derjenige, der mir in der Verwaltung gegenüber sitzt.‘ Sodass ich so den Eindruck hatte, wir haben mit dem Projekt auch dafür gesorgt, dass in der Organisation das Thema Fahrt aufnimmt, besprochen wird, angeschaut wird. Was ich jetzt nicht so gedacht hätte, dass das mit meiner Rolle als Forschende zu tun haben könnte.“ (Expert*in jm34)*

Des Weiteren gaben Expert*innen an, in ihrer Rolle als Forschende eine gesellschaftspolitische Verantwortung zu tragen und mit ihren Forschungsergebnissen öffentlich auf Missstände hinweisen zu wollen. Dies umfasste den Wunsch, Politiker*innen zu beteiligen:

*„Aber dass das Thema damit nicht abgehakt werden kann, und da ein Stück unbequem zu werden als Forscherin und rückzumelden, wir haben das gemacht und während des Prozesses ist uns aufgefallen, dass die Bereitschaft teilzunehmen so gering ist, dass man doch noch mal überlegen muss, woran liegt es oder was brauchen die Beschäftigten eigentlich. Was ich total schwierig finde, wo ich aber dann denke, wenn wir doch ein großer Forschungsverbund sind, und die Förderung wieder bekommen, dass wir da doch auch in irgendeiner Art und Weise ein Stück zu dem Gesamtbild mit einer kritischen Stimme beitragen können.“ (Expert*in jm34)*

Eine Person aus dem Expert*innenkreis kritisierte die Rollenerwartungen, die an sie gestellt würden:

*„Und an anderen Stellen bekommt man mit, dass am liebsten die Mainoutcomes bei Studien Arbeitsunfähigkeit sein sollen, und dass man die reduziert. Da habe ich den Eindruck, ich soll Erfüllungsgehilfe der [...] weiß ich nicht, Politik sein. Und ich merke, das finde ich ungünstig, weil die Situation im Krankenhaus ist einfach so, dass da viele Leute gerade sehr abgegrissen sind und draufgehen.“ (Expert*in jm34)*

Drei Expert*innen machten keine Angaben zu Ihrem Verständnis der eigenen Rolle und Verantwortung innerhalb des Forschungsprojektes.

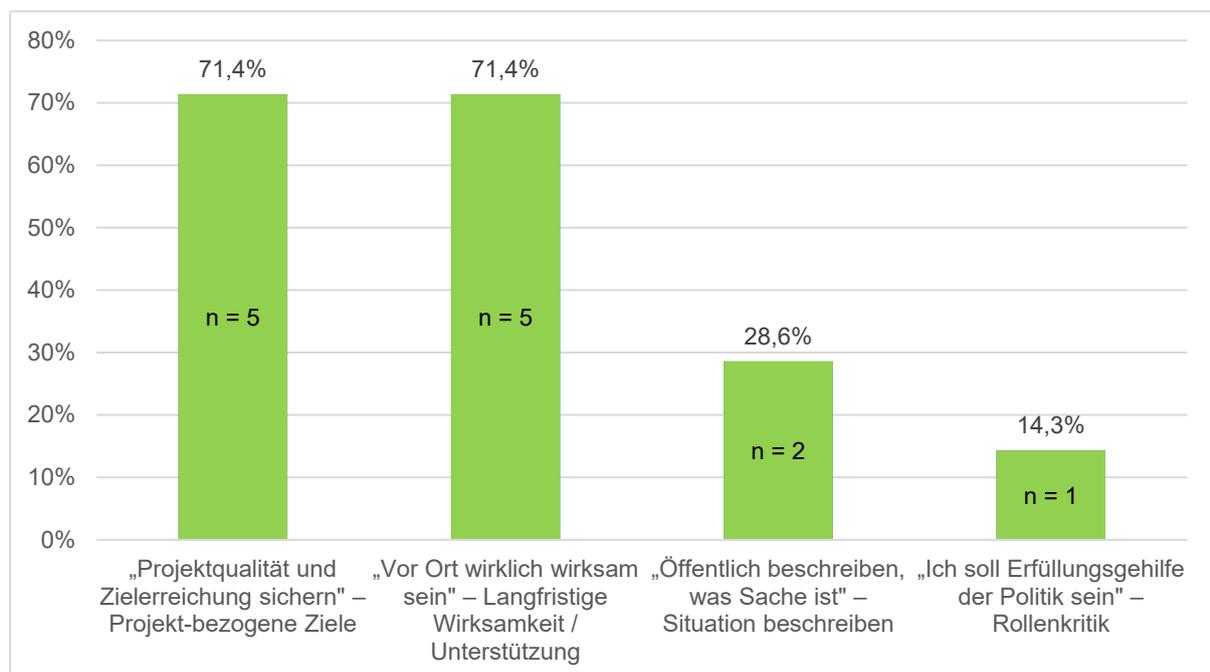


Abb. 26: Beschreibungen der eigenen Verantwortung durch Expert*innen

3.5.4.3 Politische Positionierung aus dem SEEGEN-Verbund

Als politische Botschaften, die aus dem Forschungsverbund abgeleitet werden sollten, nannten Expert*innen beispielsweise die folgenden:

„Und das Zweite ist, dass ich [immer mehr] lerne, wie wichtig politisch gesetzte Rahmenbedingungen für unser Gesundheitswesen sind und auch für die Standorte, in die ich persönlich Einblick habe. Und dass wir in unserem Forschungsprojekt, meines

*Erachtens nach, die Politik im Krankenhaus bislang zu wenig im Fokus hatten [...] die Rolle, die die Politik spielt. Gleichzeitig [ist] es eine eminent wichtige Rolle. Eine wichtige Aussage des Projektes muss eben auch sein, Gesundheit im Krankenhaus hört nicht beim Vorstand auf und beim Personalrat, also bei denen, die die höchste Vertretung in einem Klinikum repräsentieren, sondern es muss unbedingt diejenigen, die diese Rahmenbedingungen setzen, mit einbeziehen und mit in den Dialog bringen.“ (Expert*in ht83)*

*„Trotzdem können die Menschen vor Ort eine Menge lernen. Ich glaube, das System baut [...] ganz stark auch auf den Idealismus der Beschäftigten und das bezahlen diese nicht selten letztlich mit ihrer seelischen und körperlichen Verfassung und Gesundheit. Jeder im System sollte daher auch die Möglichkeit haben, über seine eigene Situation nachdenken zu können und zu überlegen, bis wohin gehe ich mit und wo sage ich Stopp. Da habe ich jetzt allein schon in den Seminaren, die ich gemacht habe, etliche Beispiele dafür, wie sehr das bislang fehlt.“ (Expert*in ht83)*

*„Die allgemeinste und die deswegen am wenigsten in Frage steht, wäre, dass ich die Bedingungen innerhalb der Mikroebene, oder der Mesoebene, also Mikroebene beispielsweise innerhalb einer Station, Mesoebene innerhalb eines Krankenhauses, nur sehr begrenzt bessern kann, wenn die Rahmenbedingungen konstant schwierig oder noch schwieriger sind. Wenn also die Makroebene, die politische Ebene nicht mitzieht. Und das scheint mir im Krankenhaus der Fall zu sein.“ (Expert*in qf85)*

3.5.4.4 Gründe für Nicht-Positionierung

Als Gründe, die gegen eine Positionierung sprechen, nannten Expert*innen ihre fehlende Kompetenz politische Aussagen treffen zu können (75.0%), das Wahren ihrer Unabhängigkeit als Wissenschaftler*innen (50.0%), Sorgen vor möglichen Imageschäden (50.0%) sowie die Tatsache, nicht für eine politische Positionierung beauftragt worden zu sein (25.0%).

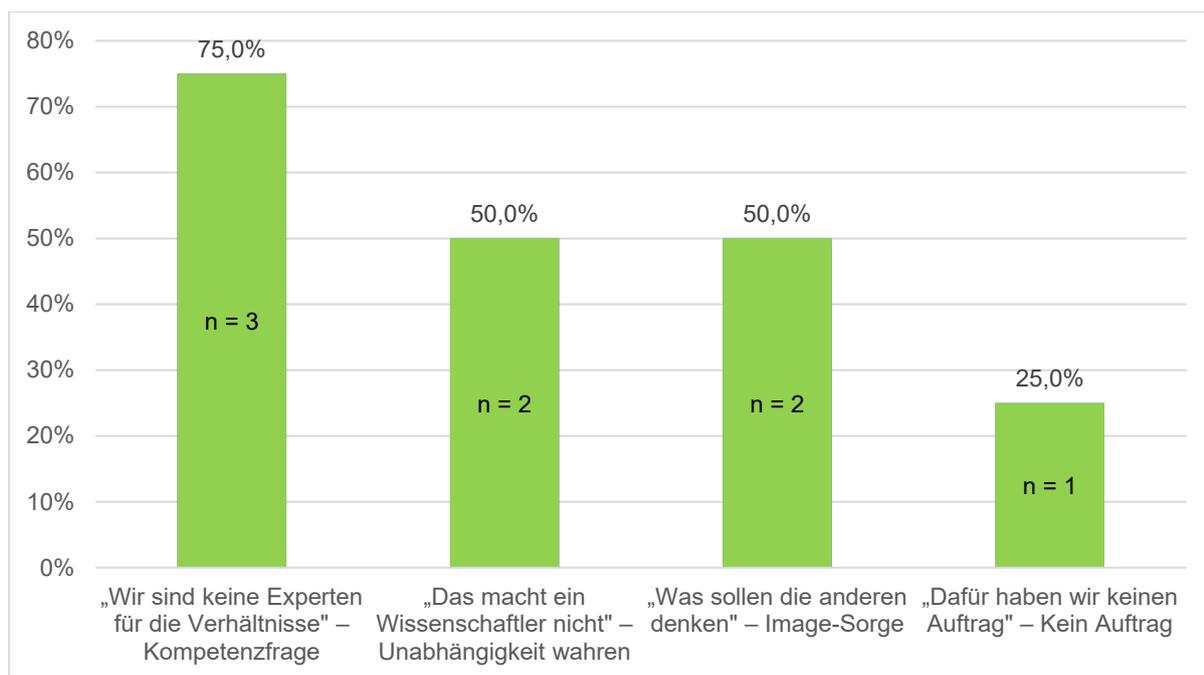


Abb. 27: Von Expert*innen genannte Gründe für eine politische Nicht-Positionierung

3.5.5 Gesamtauswertung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt wurden über alle Expert*inneninterviews hinweg 244 Codings vergeben. Der am häufigsten vergebene Code war hierbei eine negative Einschätzung der Projektwirksamkeit durch die Expert*innen („Das hat eh keinen Zweck“ – Zweifel bezüglich des Erfolgs und der Langfristigkeit) aus der Hauptkategorie I Projektziele, Oberkategorie „Allgemeine Erfolgseinschätzung der Wirksamkeit des Forschungsprojekts“. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

3.5.5.1 Projektziele: Was wollten die Forschenden mit diesem Projekt erreichen?

Die meisten Expert*innen waren um Einhaltung vorgegebener und vorab kommunizierter Projektziele bemüht (z.B. die Manual-getreue Durchführung der eigenen Intervention) (66.7%). Das prominenteste Ziel innerhalb des Expert*innenkreises war die Verwertbarkeit der Studienergebnisse im Sinne der Wissenschaftslogik, d.h. Publikationen zu erzielen. Die Empfänger*innen der Maßnahmen in den beforschten Krankenhäusern zu unterstützen schien bedeutsam, aber weniger prominent (44.4%). Eine Kritik an bestehenden Strukturen (des Krankenhausbetriebes, der Tradition der Interventionsforschung usw.) zu transportieren, wurde von nur einem Drittel der Forscher*innen als wichtiges Ziel genannt. Nur ein Zehntel benannte die Notwendigkeit, sich kritisch mit den eigens angewandten Forschungsmethoden auseinanderzusetzen.

3.5.5.2 Erfolgseinschätzung: Wie sehr glauben die Forschenden an den Erfolg ihres Tuns?

Zwei Drittel der Forscher*innen schätzten die Wirksamkeit des Forschungsprojektes teilweise negativ ein. Nur ein Drittel gab an, von einer langfristigen Wirksamkeit des SEEGEN-Projektes überzeugt zu sein.

3.5.5.3 Limitationen: Was konnte aus welchen Gründen nicht stattfinden?

Beschreibungen. Die Paradoxie zwischen den zeitintensiven Interventionsangeboten des SEEGEN-Konsortiums und den begrenzten zeitlichen Ressourcen potenzieller Teilnehmer*innen wurde von 80 Prozent der Befragten als bedeutsame Limitation benannt. Die eigenen Forschungsmethoden sowie der Fokus des Projektes (vornehmlich auf die Individual- statt die Verhältnisebene in Phase I) wurde insgesamt ebenso häufig genannt. Begrenzte Projektmittel und -ressourcen wurden hingegen nur von einer Expertin als Limitation gesehen.

Nachträgliche Verbesserungsideen. Über die Hälfte der Expert*innen sprach sich nachträglich für den Verzicht auf ein RCT-Design bzw. eine stärkere Fokussierung auf die Verhältnisebene aus. Gleichzeitig erwähnten 40 Prozent der Forschenden, dass dies im Kontext der bestehenden Forschungskultur und unter Auflage der zu erfüllenden Kriterien bei Drittmittel- bzw. Förderungsanträgen schwierig zu realisieren sei. Neben zusätzlichen Ideen zur Projektanreicherung, beispielsweise die Ergänzung der SEEGEN-Maßnahmen um weiterer Austauschmöglichkeiten für Krankenhausmitarbeitende (40.0%), sprachen sich Expert*innen für eine verstärkte Beteiligung und Verantwortung der teilnehmenden Krankenhausleitungen aus (30.0%). Zwei Expert*innen schlugen eine ökonomischere Gewichtung zwischen Projektressourcen und ihrem praxisnahen Nutzen vor (20.0%). Vereinzelt wurde der Wunsch nach interventionsbezogenem Austausch innerhalb des Forschungsverbunds geäußert, um Redundanzen zwischen den Projektangeboten zu reduzieren und Synergien zu erzeugen (10.0%) sowie der Wunsch, die eigene Forschungserfahrung und daraus resultierende Resignation an die Projektverantwortlichen in den Krankenhäusern zu kommunizieren (10.0%).

Erklärungsansätze der Nicht-Umsetzung. Auf die Frage, warum die gewünschten Veränderungen bezüglich des Forschungsvorgehens nicht umgesetzt werden konnten, benannte die

große Mehrheit der Expert*innen (88.9%) die forschungspolitischen Strukturen des eigenen Teilprojektes sowie des SEEGEN-Gesamtverbunds. Zum einen wurde der durch einen vorab formulierten Projektantrag eingeschränkte Handlungsspielraum (66.7%) benannt, zum anderen die Knappheit an zur Verfügung stehenden Projektmitteln und -ressourcen (55.6%).

Ein kleinerer Teil des Expert*innenkreises (44.4%) bewertete das Ausbleiben von frühzeitigem Einspruch bzw. einem vehementeren Werben für die eigenen Änderungsideen aus heutiger Sicht entweder als zum Forschungsprozess gehörenden Lernprozess – „im Nachhinein ist man immer schlauer“ (33.3%) – oder als nicht umsetzbar aufgrund des fehlenden Engagements der teilnehmenden Krankenhäuser (33.3%) oder eine Kombination aus beidem.

3.5.5.4 Kontextbeschreibungen: Was haben Expert*innen im Projektverlauf beobachtet?

Während der Interviews beschrieben Expert*innen häufig zwei für die durchgeführte Forschungsarbeit besonders relevante Systeme: Das System Krankenhaus, in dem die Studienproband*innen arbeiteten und in dem die Präventivmaßnahmen entwickelt wurden, sowie das Wissenschaftssystem, innerhalb dessen die Expert*innen arbeiten und agieren.

Krankenhaus. In Zusammenhang mit dem System Krankenhaus erwähnten Expert*innen primär die Auswirkungen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (83.3%). Zudem wurden reflektierende Vergleiche zwischen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und anderen Arbeitssystemen gezogen (66.7%) sowie über Führungsverständnis, Arbeitskultur sowie die Belastung von Mitarbeitenden reflektiert (66.7%).

Forschung. In Zusammenhang mit dem Forschungsprozess beschrieben Expert*innen das Zusammenspiel verschiedener Interessengruppen, daraus entstehende Zwänge und Funktionslogiken innerhalb des allgemeinen Wissenschaftssystem sowie des Forschungsprojektes SEEGEN (62.5%). Mit direktem Bezug auf die Zusammenarbeit im SEEGEN-Projekt stellten Expert*innen zum einen Reflexionen über die kooperative Zusammenarbeit innerhalb des Forschungsverbunds (62.5%) an, zum anderen erläuterten sie interne Hintergründe, die zur Zusammenarbeit einzelner Verbundpartner*innen geführt hätten (37.5%). Die eigene Selbstwirksamkeit im Sinne eines Beitrags zur Verbesserung der Arbeitssituation von Betroffenen in den Krankenhäusern wurde in 25 Prozent der Expert*innenaussagen explizit in Zweifel gezogen.

3.5.5.5 Selbstreflexion der eigenen (politischen) Verantwortung

Motive. Die meisten Expert*innen nannten fachliches Interesse als den Hauptmotivator ihrer Forschungsarbeit (90.0%), für die Hälfte der Expert*innen war dies verknüpft mit der eigenen beruflichen Sozialisierung im Krankenhausbereich (50.0%). Mehr als die Hälfte der Expert*innen (70.0%) gab an, mit Ihrer Arbeit auch ein gesellschaftspolitisches Interesse zu verfolgen. Ein kleiner Teil des Expert*innenkreises gab an, sich durch den Druck des Drittmittelerwerbs beeinflusst zu fühlen (20.0%) und/oder sich durch das Projekt andere positive „Nebenwirkungen“ wie das Schaffen von Arbeitsplätzen zu erhoffen.

Verantwortung und Rolle. Als ihre eigene Verantwortung innerhalb des und mit dem Projekt nannten Expert*innen zum einen das Sicherstellen von vorab formulierten Zielen gemäß eines erfolgreichen Projektmanagements (71.4%), zum anderen eine langfristige Wirksamkeit in der Krankenhauspraxis zu erwirken (71.4%). Nur ein kleiner Teil der Expert*innen (28.3%) sah seine Verantwortung in einer öffentlichkeitswirksamen Darstellung der Krankenhausverhältnisse und Erfahrungswelten von dortigen Mitarbeitenden anhand der erforschten Befunde. In einem Fall (14.3%) wurde dies als Interessenskonflikt zwischen zwei divergenten Polen beschrieben, gemäß „Ich kommuniziere öffentlich, was ich auf Basis meines Ethos für richtig

halte“ versus „Ich empfinde gleichzeitig den Auftrag, in meiner Rolle als Forscher*in im Rahmen einer BMBF Förderung nichts politisch Ungewolltes zu kommunizieren“.

Politische Positionierung. Die Hälfte der befragten Expert*innen leitete aus den eigenen und im Verbund geteilten Forschungserfahrungen eine explizite politische Botschaft ab und sprach sich für ihre Veröffentlichung unter dem Dach des Forschungsverbunds aus. Inhaltlich wurde die Wichtigkeit der Beteiligung von Politiker*innen betont und gleichsam konstatiert, dass ohne Veränderung des politischen Systems nur bedingt Verbesserungsspielräume durch gesundheitspräventive Ansätze erzielt werden können (vgl. Gündel et al. 2020).

Gründe für Nicht-Positionierung. Weniger als die Hälfte der Expert*innen (40.0%) nannte explizite Gründe, warum aus ihrer Sicht auf eine Ableitung und Kommunikation politischer Botschaften abgesehen werden sollte. Dabei spielten die Sorge, Grenzen zwischen den Funktionssystemen Wissenschaft und Politik zu überschreiten und damit verbundene mögliche Image-schädlichen Konsequenzen eine Rolle.

3.6 Diskussion

3.6.1 Was lässt sich aus den Interviewergebnissen ableiten?

Motive und Ziele der Forschenden

Neben individualistischen Motiven, darunter das teils biografisch geprägte eigene Forschungsinteresse sowie – durch die Expert*innen etwas weniger wichtig bewertet – karriereorientierte Ambitionen nannten Expert*innen ihr gesellschaftspolitisches Interesse als ebenfalls wichtiges Motiv. Das Hauptziel, das Forschende mit ihrer Forschungsarbeit verfolgten, war das Generieren von Publikationen. Eine Darstellung der Forschungsbefunde mit dem Ziel, explizit auf strukturelle Missstände hinzuweisen und/oder das eigene Forschungsvorgehen kritisch zu reflektieren wurde allerdings als weniger wichtig bewertet.

Daraus lässt sich schließen, dass das Publizieren auch als Ausdruck einer dem Wissenschaftssystem innewohnende Eigenlogik verstanden werden kann. Die Forschungsarbeit scheint – zumindest häufig – nicht als ergebnisoffene Annäherung an zu erforschende Phänomene stattzufinden, vielmehr ist der Erkenntnisgewinn eng an eine vorab geplante Verwertungslogik geknüpft. Publikationen sind demnach die Währung, an der sich Erfolg und Macht im Wissenschaftssystem bemisst.

Dies wird möglicherweise zusätzlich verstärkt durch den sogenannten Matthäus-Effekt, indem die Eigenlogik von Kommunikationsprozessen dazu führt, dass Machtverhältnisse immer weiter verstärkt werden. Merton et al. (1985) übertragen das Matthäus-Prinzip auf die Wissenschaft: Wer viel zitiert wird, wird noch mehr zitiert, während wenig Zitierte bald gar nicht mehr zitiert werden (vgl. Hanitzsch 2016). Solche Prozesse können jedoch schadhaft für die Wissenschaft sein, indem sie innovative Ideen und neugierige Forschung hemmen (Kleve et al. 2020).

Selbstverständnis der Forschenden: Verantwortung und Wirksamkeit

Ihre Verantwortung verstanden Forschende primär im Erreichen spezifischer, im Projektantrag formulierter Ziele. Gründe hierfür sind naheliegend: Förderungsinstanzen erbitten Zwischenberichte, um einen erfolgsversprechenden und ordnungsgemäßen Projektablauf sicherzustellen. Fraglich ist jedoch, wie Projekterfolg definiert wird und wem die Logik der Zwischenberichte tatsächlich Sicherheit bietet und dient.

Die Befragung der Expert*innen zeigte, dass ebenso viele Expert*innen ihre Verantwortung in einer anwendungsbezogenen und nachhaltigen Unterstützung der Studienproband*innen sahen. Das heißt, sie strebten an, mit ihrer Forschungstätigkeit einen Unterschied zu machen, der über die Teilprojektlogik hinaus ging und die Erfahrungsrealität der Krankenhausmitarbeitenden positiv beeinflusste. Die Möglichkeit, dies in Form einer öffentlichen Thematisierung der krankenhauspolitischen Rahmenbedingungen zu tun, bewertete nur knapp ein Drittel derer, die sich zum Thema Verantwortung äußerte, als ihre Aufgabe.

Interessant ist, dass Zweidrittel der Forschende die nachhaltige Wirksamkeit des Forschungsprojektes gemäß dem übergeordneten Ziel, „seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus“ (vgl. Akronym SEEGEN) zu fördern, entschieden oder zumindest in Teilen anzweifeln. Dies kann als selbstkritische Bescheidenheit und eine für Naturwissenschaften typische Haltung (vgl. Schurz 1998) verstanden werden. Interessant ist jedoch, dass einzelne Expert*innen ihre Zweifel explizit machten und angaben, teilweise bereits zu Beginn des Projektes oder im Projektverlauf nicht (mehr) an dessen Erfolgsmöglichkeit geglaubt zu haben, „weil ich irgendwie das Gefühl hatte, komm, das wird doch nichts“ (Expert*in qf85). In diesen Zweifeln scheint durchaus ein Bewusstsein über die Forschungsarbeit umgebenden restriktiven Rahmenbedingungen zu liegen, das in Teilen zu einer Resignation führt.

Gesundheits- und wissenschaftspolitische Rahmenbedingungen

Dies wird durch die vielfachen Beschreibungen krankenhauspolitischer Rahmenbedingungen der Expert*innen unterstützt. Ebenso kann die Kontrastierung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern mit anderen Arbeitsbranchen, die vermeintlich eine höhere Mitarbeiter*innenorientierung aufweisen, als Ausdruck davon verstanden werden, wie prekär sich Arbeitsbedingungen aus Sicht der Expert*innen auswirken können.

Interessanter Weise scheint die Logik und mit dieser verbundene Zwänge und restriktive Auswirkungen des Wissenschaftssystems auf Forschende in gewisser Weise einen blinden Fleck darzustellen vgl. (Drews et al. 2021a). So beschreiben die Expert*innen die Funktionsweise und typische Muster des Wissenschaftssystems zwar ausführlich und erwähnen es als Limitation des eigenen Projekterfolges: Die Projektlogik wird als paradox und die Methoden als unzureichend beschrieben und der primäre Fokus auf Verhaltensveränderung wird kritisch erwähnt. Ein proaktiver Umgang mit dieser Kritik, beispielsweise dadurch, diese Themen selbst zum Gegenstand von Diskussionen oder Publikationen zu machen, und praxisnahe Bemühungen in Richtung eines Paradigmenwechsels in der Interventionsforschung bleiben jedoch aus. Nur ein*e Expert*in spricht sich explizit dafür aus, die eigenen Forschungsmethoden kritisch zu hinterfragen:

*„[Ich habe,] was die Forschungsarbeit an sich anbelangt, das Gefühl [...], wir machen hier im Prinzip Dienst nach Vorschrift [...]. Und ein Stückweit sehe ich mich ein bisschen verpflichtet, [...] zumindest das strukturell auch anzuprangern, damit es in Zukunft möglicherweise anders laufen kann. Ich sehe mich da irgendwo ein Stück weit gefangen, einerseits am System mitzuwirken [...] und gleichzeitig, ja, eigentlich das nicht mit meinen Ansprüchen an Wissenschaft verknüpfen kann oder vertreten kann. [...] und im Idealfall hätten wir im Bundesministerium für Bildung und Forschung und in der Forschungsgemeinschaft, die sich mit Interventionsforschung befasst, einen bedeutsamen Impuls gesetzt, dass z.B. die RCT-Designs in dem Bereich weniger Sinn machen. Und von Geldgebern wie dem BMBF und denjenigen, die es ausführen, einfach eine stärkere Toleranz und vielleicht auch Neugier gegenüber anderen Forschungsmethoden, also im Idealfall ein Paradigmenwechsel in der Interventionsforschung.“ (Expert*in zf26)*

Die Unmöglichkeit, Änderungsideen umzusetzen

Auch an anderen Stellen wird eine Diskrepanz erkennbar zwischen dem Bewusstsein über Missstände und dem Wunsch diese zu ändern einerseits und auf der anderen Seite einer erlebten Unmöglichkeit, Veränderungen erwirken zu können. So sprachen sich Expert*innen nach Durchführung der ersten Projektphase größtenteils für ein Überdenken des genutzten Forschungsdesigns und den Verzicht auf das angewandte RCT-Design aus, betonten aber gleichzeitig, dass es keine Spielräume gegeben habe, solche Veränderungsideen bereits während der ersten Forschungsphase umzusetzen, weil die betreffenden Parameter im Forschungsförderungsantrag festgeschrieben seien.

Die (Un-)Angemessenheit, sich politisch zu äußern

Die Thematisierung relevanter Forschungsbeobachtungen und bedeutsamer Kontextfaktoren, wie beispielsweise gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in Krankenhäusern und wie diese teilweise die Projektdurchführung behindern, schien nicht für alle Expert*innen erstrebenswert und angemessen. Expert*innen zweifelten an ihrer eigenen Kompetenz, sich in dieser Hinsicht zu äußern oder befürchteten negative Reaktionen, die solche Äußerungen nach sich ziehen könnten:

*„[...] Das scheint mir wichtig, um sich nicht lächerlich zu machen, um glaubwürdig zu bleiben.“ (Expert*in qf85)*

Den Aussagen der Expert*innen, die sich zu diesem Thema äußerten, zufolge scheint eine Auffassung von einer strikten Trennung zwischen den Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichen von Politik und Wissenschaft und Politik zu dominieren.

Zusammenfassung

Insgesamt besteht somit weitgehende Einigkeit über eine eher skeptische Einschätzung der Erfolge des SEEGEN-Projektes, auch über den Einfluss gesundheitspolitischer Rahmengenbedingungen der Krankenhausfinanzierung auf diese begrenzten Erfolgsaussichten. Es besteht aber keine Einigkeit darüber, ob das auch zu grundsätzlich anderen Interventions- und Forschungsansätzen führen sollte. Die beteiligten Expert*innen sind alle im Feld der Gesundheitsförderung zugleich Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen, die sich als Wissenschaftler*innen bestimmten Publikationsanforderungen und forschungsmethodischen Anforderungen unterworfen sehen, welche die Möglichkeiten alternativer Interventions- und Forschungsansätze teilweise praktisch nicht realisierbar erscheinen lassen. Klare politische Bekenntnisse von Forschenden werden kritisch betrachtet und mit negativen Konsequenzen für die Glaubwürdigkeit der Forschenden assoziiert.

3.6.2 Wie lassen sich Vorschläge und Kritik der Expert*innen weiterentwickeln?

An mehreren Stellen während der Expert*inneninterviews haben die befragten Forschenden Vorschläge zu einer nachträglichen Verbesserung des eigenen Forschungsvorgehens sowie Kritik am gegenwärtigen Forschungssystem verbalisiert. Danach gefragt, warum mögliche Verbesserungsideen der Forschenden im laufenden Projekt nicht umgesetzt werden konnten, gaben mehr als die Hälfte der Expert*innen (55.6%, n = 5) begrenzte Projektmittel als limitierenden Faktor zu bedenken.

Im Folgenden sollen Kritik und Vorschläge der Expert*innen aufgegriffen und exemplarisch dargestellt werden, um sie anschließend zu kontextualisieren. Teilweise fragmentarisch formulierte Kritik soll somit „zu Ende gedacht werden“, um die kritischen Bemerkungen der

Expert*innen für den Diskurs über Forschung und die Gestaltung zukünftiger Forschungsarbeit nutzbar zu machen.

Kritikpunkt: Die Projektmittel sind zu knapp bemessen, um eine fundierte Einarbeitung neuer Wissenschaftlicher Mitarbeitenden zu gewährleisten

Ein*e Expert*in brachte die fehlende Stellenfinanzierung wissenschaftlicher Mitarbeiter*innen zu Beginn des Projektes damit in Verbindung, dass diese Projektmitarbeiter*innen an entscheidenden Diskussionen, beispielsweise über das angewandte Forschungsdesign, nicht beteiligt worden seien:

*„Und ganz wichtiger Punkt, ich stelle mir vor, wir hätten schon ein Dreivierteljahr bevor der Studie losgehen musste, eine Finanzierung für uns gehabt und hätten schon viel früher sozusagen mitdenken können, wie denn ein sinnvolles Forschungsdesign aussieht. Das hätte auch wahnsinnig viel verändert. Da hätte ich mich mal einlesen können in qualitativen Forschungsmethoden [...].“ (Expert*in zf26)*

Zum besseren Verständnis der Leser*innen soll an dieser Stelle kurz die Fördermittelvergabe innerhalb des Forschungsprojektes SEEGEN erläutert werden: Die Entwicklung und Erprobung einzelner Interventionen wurde von fünf Teilprojektteams an ihren jeweiligen Standorten (Düsseldorf, Tübingen, Ulm und Heidelberg) durchgeführt. Die Vergabe der Fördermittel erfolgte dezentral an einzelne Teilprojekte, die im Rahmen des SEEGEN-Konsortiums inhaltlich wiederum intensiv miteinander kooperierten.

Die individuelle Infrastruktur einzelner Teilprojektteams prägte die Arbeitsrealität einzelner Projektmitarbeiter*innen. So waren in einigen Teilprojekten beispielsweise Forschungsantragsteller*innen sind nicht zwangsläufig auch jene Personen, die für Projektdurchführung und Forschungsarbeit zuständig waren. Die oben zitierte Expertin bezieht sich kritisch auf die Situation, in der die Arbeitsphasen (a) der konzeptuellen Vorbereitung, darunter die Gestaltung des Forschungsdesigns und Auswahl der Forschungsmethoden, und (b) der praktischen Durchführung einzelner Interventionen im Rahmen der vorab formulierten Verbund-übergreifenden Rahmenbedingungen personell zu sehr entkoppelt scheinen.

Am Beispiel des Heidelberg Teilprojektes „Dilemmakompetenz“ lässt sich nachzeichnen, wie eine der Urheberinnen des Dilemmakompetenz-Trainings, Ulrike Bossmann, basierend auf einer ersten Wirksamkeitsstudie im Rahmen des Forschungsprojekts „Resilienz durch Organisationskompetenz“ den Antrag auf Forschungsförderung im SEEGEN-Kontext maßgeblich mitvorangetrieben hat. Für das Heidelberger Teilprojekt hat Bossmann nach eigenen Angaben „den Projektantrag in Abstimmung mit dem Teilprojektleiter [Prof. Dr. Jochen Schweitzer] selbstständig verfasst [und] das Forscherteam bei der Forschungsplanung und -durchführung der ersten Phase des Projekts beraten“ (Bossmann 2020).

Kritikpunkt: Für Fokussierung auf wissenschaftlich fundierte Kontextbeschreibung des Krankenhauses während des Forschens war keine Zeit

Interviewerin: „Was würdest du mit deinem Wissens- und Erfahrungsstand heute in Bezug auf die erste Phase des Forschungsprojektes anders machen?“

„Gute Frage. Ich glaube, ich würde mich trauen, weniger Daten zu erheben. Und dafür mehr noch die Einzelfälle, also weniger in die Masse an Datenerhebung zu gehen und dafür lieber bedeutsame Einzelfälle zu dokumentieren. Und mich trauen, auf

*individuelle Beobachtungsprotokolle zurückzugreifen, wozu einfach letztlich wegen all den anderen Forschungssträngen keine Zeit war.“ (Expert*in zf26)*

Kritikpunkt: Eine sinnvolle Kondensierung der Interventionsinhalte konnte aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen nicht realisiert werden

Interviewerin: „Ein gutes Beispiel dafür sind ja die Bestrebungen, Projekte zu fusionieren, die dann aber größtenteils ja dann doch nicht so geglückt sind.“

*„Ja, ganz genau. Ich meine, wenn man das praktische Problem erkannt hat, das dann auch hartnäckig zu verfolgen und Entscheidungen zu treffen, welche Bausteine oder Teilprojekte dann wegfallen, oder welche ganzen Interventionen vielleicht nicht die komplexe Intervention überführt werden sollen, das ist dann schon eine harte Entscheidung. Das ist mal andiskutiert worden, aber das haben wir nicht so ganz konsequent weiter diskutiert.“ (Expert*in za23)*

Interviewerin: „Was hätte deiner Meinung nach geholfen, das konsequenter zu verfolgen?“

*„Das ist schwierig (...), da habe keine rechte Idee, was da geholfen hätte. Ich glaube, in der jetzigen Konstellation oder der Konstellation des Projektes, wo die Teilprojekte auch sehr verstreut sich verteilen über die Republik und da wenig, oder es schwierig ist, da auch intensiver zu planen und neu zu planen, ist es nur schwer, einen Schnitt zu machen und dann eine neue Planung vorzunehmen, ist nur schwer umsetzbar gewesen in dem Kontext, [...] auch aufgrund der Größe und Struktur und der Verteilung nicht so richtig möglich [...]. Da gingen ja schnell mal ein, zwei Tage drauf, um sowas nochmal neu zu denken und zu planen. Das lässt sich organisatorisch und ressourcenmäßig nur ganz schwer umsetzen.“ (Expert*in za23)*

Kritikpunkt: Eine inhaltliche Weiterentwicklung und Erweiterung der Interventionen war aufgrund der zeitlich begrenzten Ressourcen nicht möglich

*„Als strukturelles Angebot, das man dort regelmäßig, zum Beispiel, quartalsweise in diese Art von Austausch kommen kann über die Fragen, die man gerade jeweils in seiner Situation hat. Das wäre mal das eine, was wir jetzt einfach aufgrund der umschränkten zeitlichen Rahmenbedingungen des Projekts nicht machen konnten.“ (Expert*in nk71)*

An dieser Stelle soll die finanzielle Infrastruktur des Projektes *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus* kurz kontextualisiert werden. Das SEEGEN-Projekt wurde im Rahmen einer Fördermaßnahme der Bundesregierung (2015) mit insgesamt 2.678.377 Euro aus Mitteln verschiedener Förderprogramme (2016b; 2016c) gefördert. Im Rahmen dieser Fördermaßnahme wurden und werden insgesamt sieben Forschungsverbände in ihrer Forschung an neuen Konzepten für eine gesundheitsförderliche Arbeitswelt mit einer Gesamtsumme von circa 14,4 Millionen Euro unterstützt. Der Gesundheitsforschung werden neben dem SEEGEN-Projekt werden noch zwei weitere Projekte zugeordnet: Die IMPROVEjob-Studie, innerhalb derer Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Beschäftigten in Hausarztpraxen entwickelt werden, und der FlexiGesA Verbund, dessen Ziel eine gesundheitsförderliche Gestaltung flexible Dienstleistungsarbeit (am Beispiel eines IT-Unternehmens

sowie eines ambulanten Pflegedienstes) ist. Im Vergleich zu vergleichbaren anderen Forschungsprojekten liegt die Förderungssumme damit im oberen Drittel.

Insgesamt wendet Deutschland knapp drei Prozent seines Bruttoinlandsprodukts für Forschung und Entwicklung auf, damit investiert es im europäischen Vergleich am meisten in Forschung und Entwicklung, im Vergleich zu anderen OECD-Ländern liegt Deutschland auf Rang sieben von 36 (Hinze 2016, S. 416 f.). In den Gesundheitswissenschaften hat zudem in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Ausgaben stattgefunden, insbesondere fällt ein Anstieg im Jahr 2018 auf: Im Vergleich zum Vorjahr hat hier ein Anstieg von 8 Prozent auf eine Gesamtsumme von insgesamt 1.251.031 Euro stattgefunden (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020a). 59 Prozent aller bundesweiter Forschungsförderung erfolgt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem hiermit die Rolle des wichtigsten Akteurs in der Forschungspolitik zukommt (Hinze 2016, S. 414). Auch die Förderung des SEEGEN-Projektes ist durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung erfolgt.

Es lässt sich also insgesamt festhalten, dass das SEEGEN-Projekt nicht unterfinanziert war. Relevant scheint hier jedoch die Frage, wie insbesondere Übergangsphasen in Forschungsprojekten gestaltet werden. So scheinen zum einen Einarbeitungsphasen für Nachwuchswissenschaftler*innen wichtig, insbesondere aber auch die Gestaltung vom Ende der Förderungsphase. So schildert eine Expertin ihre Erfahrung mit auslaufenden Projektfördermitteln und ihren eigenen Umgang damit:

„Und ich habe mir ein Minimalziel gesteckt, weil ich tatsächlich nicht weiß, was sich wirklich durch so ein Projekt ändert. Ich habe leider schon häufig die Erfahrung gemacht, dass sich einfach nicht so viel ändert in den Projekten, dass man halt sich drei Jahre sehr extrem arbeitet und viel Energie reingesteckt und dann aber nach drei Jahren die Finanzierung eben weg ist und dann einfach nichts mehr passiert. Es geht dann einfach nicht weiter.“ (Expertin ky21)

Interessanter Weise beschreibt die Expertin weniger die zu geringen Fördermittel, sondern vor allem die Übergangsgestaltung von der Projektlaufzeit in eine Phase nach der Förderung. Ein größeres Projektmittelkontingent scheint also keine geeignete Antwort auf die explizierte Kritik der Expert*innen zu sein. Als Konsequenz eines abrupten Übergangs von der Förderung in die Nicht-Förderung sieht die Expertin die Nachhaltigkeit der zuvor investierten Ressourcen gefährdet, an dieser Stelle vor allem ideelles Engagement der Projektmitarbeitenden. Es scheint also primär um die Gestaltung eines „Nach dem Forschungsprojekt“ zu gehen, das als fester Bestandteil in die Gesamtprojektplanung integriert werden sollte. Wie eine solche Integration konkret aussehen sollte, lässt die Expertin im Gespräch offen.

3.6.3 Ausblick: Was können wir aus den Expert*inneninterviews für zukünftige Forschung lernen?

Verhaltenspräventive Interventionen allein reichen nicht aus, um der Belastung von Krankenhausmitarbeiter*innen angemessen zu begegnen

Die These ist, dass punktuelle (verhaltensorientierte) Interventionsangebote, die durch externe Instanzen – seien es Forscher*innen und entsprechende Angebote im Rahmen von Forschungsprojekten oder Beratungsfirmen, die Maßnahme implementieren – in Krankenhäusern durchgeführt werden, die Überlastung der Krankenhausmitarbeiter*innen nicht allein kurieren können. Um eine tatsächliche Verbesserung der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter*innen zu erreichen, müssen dem jeweiligen Krankenhaus ausreichend Handlungsspielräume zur Verfügung stehen – diese Spielräume werden maßgeblich von Gesundheitspolitiker*innen auf

Bundesebene gestaltet. Ohne eine Beteiligung dieser politischen Akteur*innen, können Interventionsansätze nicht „erfolgreich“ sein (Dragano 2019; Gündel et al. 2020).

Dies wird gestützt durch Aussagen aus dem Expert*innenkreis, die betonen, „dass man im Grundsatz viele handlungsrelevante Empfehlungen zum Praxistransfer aus SEEGEN ableiten kann. Aber [...] solche Ansätze funktionieren nur, wenn ein Krankenhaus noch Spielräume hat bzw. wenn solche Ansätze nicht nur noch ein Herumdoktern an Symptomen sind“ (Expert*in uy77).

(Interventions-)Forschung muss ihren eigenen Kontext mitdenken und selbstkritisch sein

Es kann nicht ernsthaft um einen Versuch gehen, Mitarbeitende individuell für ihr Überleben im Krankenhaus (oder anderen Organisationen) zu wappnen. Vielmehr ist Interventionsforschung in laufenden Organisationsbetrieben notwendiger Weise auch ein Organisationsentwicklungsprozess. Es wurde hinreichend beschrieben und diskutiert, dass randomisiert-kontrollierter Forschungsdesigns, wie es in Phase II des SEEGEN-Projektes umgesetzt wird, nicht zu Organisationsentwicklungsprozessen passen (Bullock und Svyantek 1987). Interventionen, die für Mitarbeitende in Organisationen entwickelt werden, sollten diese in einem partizipatorischen Prozess mit in der Konzeption und Ausgestaltung mit einbeziehen (Nielsen 2013; Nielsen et al. 2010).

Darüber hinaus sollte ein bewusster Umgang über die Nutzung und Verwertung von Forschungsergebnissen stattfinden. Vielfach wird nicht hinreichend darüber reflektiert, welche (Neben-)Effekte wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse in ihrer Anwendung in anderen gesellschaftlichen Systemen (wie beispielsweise der Politik) haben (vgl. Hornung 2012).

Forschungsinstitutionen tragen eine Mit-Verantwortung, Forschende in innovativer, (selbst-)kritischer Forschung zu unterstützen

An den Expert*inneninterviews wird deutlich, dass es auch in laufenden Forschungsprojekten mehr Handlungsspielräume für Nachjustieren und Umdenken durch Forscher*innen braucht. Hier ist die Flexibilität der Forschungsinstitutionen gefordert. Sie sollten Forscher*innen zur Reflexion über das eigene Forschungsvorgehen ermutigen und ihnen Möglichkeiten zur geben sollte, auf beobachtete Projektverläufe angemessen zu reagieren. Zudem sollten Forschungsdesigns zum jeweiligen Forschungsgegenstand passen, wobei RCT-Design nicht immer als Goldstandard gelten sollten. Forschungsinstitutionen sind aufgefordert, Forscher*innen in kluger, innovativer Forschung zu unterstützen – nicht sie in unpassende Formen zu zwingen.

Forschungsmotive von Gesundheitsforschenden sowie von ihnen erlebte Anreize und Limitationen innerhalb der eigenen Forschungspraxis sollten beachtet und reflektiert werden

In einem 2018 veröffentlichten Bericht zur Forschungsentwicklung an deutschen Hochschulen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018a, S. 53 ff.) wurden an Universitäten und Hochschulen verschiedener Fachdisziplinen Expert*inneninterviews mit Professor*innen und wissenschaftlichen Mitarbeitenden durchgeführt, unter anderem zu ihrer intrinsischen Forschungsmotivation sowie erlebten „Treibern“ und „Barrieren“ in der eigenen Forschungsarbeit, die als gleichbedeutend mit in dieser Arbeit erwähnten *Anreizen* und *Limitationen* gelten können. Bei der Befragung wurden an medizinischen Forschungseinrichtungen tätige Forschende nicht mit einbezogen. Der Bericht weist ausdrücklich darauf hin, dass diese Zielgruppe jedoch in zukünftige Untersuchungen miteinbezogen werden sollte (Statistisches Bundesamt (Destatis)

2018a, S. 63). In diesem Sinne kann die vorliegende Forschungsarbeit kann als ein Versuch verstanden werden, diese Forschungslücke zu schließen.

Wissenschaft ist ohne kritische Diskussion nicht zu denken. Zu den Grundprinzipien wissenschaftlichen Arbeitens gehört demnach auch, Forschungsbefunde einer entsprechenden Fachcommunity zugänglich zu machen. Es lässt sich jedoch in den Natur- und Sozialwissenschaften ein zunehmender Publikationsdruck beobachten (Ortmann 2018), der es Forschenden erschwert, transparent über Nullfindings (vgl. Jena 2017) oder Forschungsbeobachtungen zu sprechen, die berichtenswert scheinen. In den Worten von Thomas Hanitzsch (2016): „[...] wir brauchen alle mehr Freiheit, dem Publikationsdruck zu widerstehen.“

Wissenschaft sollte jedoch nicht zum Selbstzweck werden. Neben der Fachgemeinschaft sollten Forschungsergebnisse sinnvoller Weise auch weiteren Adressat*innen zugänglich gemacht werden, um eine Veränderung gesellschaftlicher Missstände zu ermöglichen. Zu diesen Adressat*innen sollten idealerweise alle Personen gehören, die am Forschungsprojekt oder qua ihrer Funktion an den erforschten Phänomenen beteiligt sind, darunter Forschungsförder*innen, repräsentative Personen der beforschten Zielgruppen, Führungsverantwortliche beteiligter Kliniken sowie Politiker*innen.

3.6.4 Wissenschaft und Politik als Subsysteme im systemtheoretischen Sinne

3.6.4.1 Wissenschaft im Luhmann'schen Sinne

Niklas Luhmann (1992) beschreibt Wissenschaft als eines von vielen gesellschaftlichen Teilsystemen, das im Zuge einer Ausdifferenzierung der Gesellschaft in einzelne Funktionssysteme entstanden ist. Innerhalb des Wissenschaftssystems kommen Wissenschaftler*innen, Reviewer*innen, Herausgeber*innen von Fachzeitschriften usw. bestimmte Rollen und Aufträge zu, die erfüllt werden müssen, damit einzelne Akteur*innen innerhalb der Wissenschaftsszene zu Wort kommen (Luhmann 1992, S. 319). Die Wissenschaftler*innen sind bemüht, Erkenntnisse zu publizieren; die Reviewer*innen sind gehalten, Kritik zu üben; Herausgeber*innen bemühen sich um zeitgemäße Auswahl an Forschungsschwerpunkten. Dabei beziehen sich die verschiedenen Rollen aufeinander und bedingen sich gegenseitig (Luhmann 1992, S. 319).

3.6.4.2 Wissenschaft als intermediäres System

Niklas Wiegand (2011) argumentiert am Beispiel der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG), dass Forschungsförderungsorganisationen nicht eindeutig einem bestimmten gesellschaftlichen Funktionssystem (Wissenschaft versus Politik) zugeordnet werden können, sondern „zwischen den Stühlen sitzen“. Den weit verbreiteten Versuch einer eindeutigen Zuordnung leitet Wiegand in einem Interview (2013) mit einer bestimmten Art und Weise, wie Organisationen beobachtet und beschrieben werden, her. Zunehmend vielschichtiger werdende Organisationen, die immer mehr Bezüge zu anderen gesellschaftlichen Bereichen, wie beispielsweise der Wirtschaft, aufweisen, werden in ihrer Komplexität reduziert und in dieser vereinfachten Darstellung erst für unsere (Alltags-)Kommunikation anschlussfähig und verarbeitbar gemacht (Wiegand 2013).

Wiegand beschreibt Forschungsförderungsinstitutionen als Beispiel für intermediäre Systeme. Hiermit sind solche Systeme gemeint, die als „Vermittler“ zwischen verschiedenen Subsystemen – an dieser Stelle Wissenschaft und Politik – fungieren. Ein solches Verständnis sei zwar kommunikativ herausfordernder als eine Zuordnung nach dem Entweder-oder-Prinzip, bilde aber die Organisationsstruktur realitätsgetreuer ab (Wiegand 2013).

3.6.5 Limitationen der Studie

Subjektivität der Forscherin innerhalb eines prozessorientierten Forschungsvorgehens

Mit der Studie 2 habe ich das Ziel verfolgt, den Fokus auf die umgebenden Systeme zu richten, innerhalb derer die Forschungsarbeit zu Studie 1 stattgefunden hat, und ihre Einflüsse zu reflektieren. Zum einen betrifft dies den Kontext Krankenhaus mit seinen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, zum anderen die Forschung an sich. Es soll darauf hingewiesen werden, dass dieser Forschungsfokus auf die umgebenden Systeme, d.h. Gesundheits- und Wissenschaftssystem, aus dem sich die nachfolgende Expert*innenbefragung von Gesundheitsforschenden entwickelt hat, *während* des Forschungsprozesses entstanden ist. Dieses induktive Forschungsvorgehen war vom subjektiven Interesse der Forscherin geleitetet.

Hopf (2010) empfiehlt, einer den eigenen Ergebniserwartungen konformen Auswertung von Interviewmaterial entgegen zu wirken, indem eigene Vorüberlegungen bewusst reflektiert und Offenheit vor allem gegenüber Textpassagen, die weniger konform mit diesen Vorüberlegungen und Annahmen sind, praktiziert wird. Ich habe versucht, dieser Empfehlung bestmöglich nachzukommen. Gleichzeitig unterliegt die vorliegende Studie 2 – in ihrer Konzeption, Durchführung und Auswertung – einer subjektiven Färbung durch mich als Forscherin.

Dies gilt es umso mehr zu benennen, da ich mich in den bearbeiteten Fragestellungen in Studie 2 unter anderem mit Forschungslogiken beschäftige, d.h. unter anderem den Motiven, Interessen und Zielen von Forschenden in Bezug auf ihr Forschungsunternehmen. Es muss also betont werden, dass ich als aktives Mitglied der befragten Forscher*innengruppe nicht neutral bin.

Ergebnisse aus der durchgeführten Studie 2 können selbstverständlich nicht verallgemeinert werden und können bestmöglich Hinweise auf die Chancen aufzeigen, die eine selbstreflexive Beschäftigung mit dem eigenen Forschungsvorgehen birgt.

4 Zusammenfassung

Der Arbeitsplatz Krankenhaus birgt gesundheitsgefährdende Arbeitsanforderungen und Rahmenbedingungen für seine Beschäftigten. Einen relevanten Ausschnitt dieser Anforderungen stellen Dilemmata im Führungskontext dar. Insbesondere mittlere Führungskräfte sind regelmäßig von dilemmatischen Entscheidungssituationen betroffen, in denen widersprüchliche Zielvorgaben (z.B. bestmögliche Patient*innenversorgung und das Erfüllen betriebswirtschaftlicher Vorgaben) gleichzeitig erfüllt werden sollen. In diesem Zusammenhang sind verschiedene Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses mit unterschiedlichen Anforderungen und Belastungen konfrontiert. Hierbei konzentriert sich bisherige Forschung mehrheitlich auf die Situation von Ärzt*innen und Pflegenden, weniger häufig auf die Verwaltung und den Servicebereich (z.B. Küchen- und Reinigungspersonal), obwohl auch diese Berufsgruppen stark belastet sind. Zudem spielt Geschlecht von Krankenhausmitarbeitenden eine entscheidende Rolle: Frauen kommen insgesamt deutlich seltener in Führungspositionen vor und zeigen sich teilweise stärker belastet als ihre männlichen Kollegen.

Meine Arbeit umfasst zwei aufeinander aufbauende Studien, die beide im Kontext des Forschungsverbunds *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus* (SEEGEN) entstanden sind. In Studie 1 untersuche ich die differentielle Wirksamkeit eines gruppenbasierten „Dilemmakompetenz“-Trainings für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus zur Stärkung eines gesundheitsfördernden Umgangs mit Dilemmasituationen. Hier erforsche ich, ob das bisher professions- und geschlechtsunspezifisch aufgebaute Training abhängig von der Berufszugehörigkeit und des Geschlechts der Teilnehmenden unterschiedlich wirksam für diese ist und von verschiedenen Subgruppen unterschiedlich rezipiert wird.

Das untersuchte Training besteht aus acht jeweils dreistündigen Modulen und wurde an vier Krankenhäusern von insgesamt N = 69 mittleren Führungskräften (Oberärzt*innen, Stationsleitungen, Leitungen des Service- und Verwaltungsbereichs) besucht. Anhand eines quantitativen Längsschnittdesigns sowie qualitativer Einzelinterviews vor- und nach dem Training untersuche ich die subgruppenspezifische Wirksamkeit des Trainings inferenzstatistisch sowie auf Basis einer strukturierenden Inhaltsanalyse der Einzelinterviews.

Quantitativ konnte gezeigt werden, dass sich das Baseline-Level der Ambiguitätstoleranz zwischen den Berufsgruppen unterschiedet: Oberärzt*innen berichteten eine höhere Ambiguitätstoleranz als Servicekräfte.

Hinweise zur Wirksamkeit des Trainings ließen sich wie folgt beobachten: Weibliche Führungskräfte berichteten ein höheres Stresserleben als männliche Führungskräfte, dieser Unterschied zeigte sich im Trend über den gesamten Studienverlauf, nach Abschluss des Trainings sogar statistisch signifikant.

Qualitativ ließ sich anhand von Globalratings der Interviews sowie über Häufigkeitsvergleiche zwischen Beschreibungen im Prä- und Post-Interview über alle Führungskräfte hinweg eine entlastende Wirkung des Trainings beobachten (unter anderem konnten körperliche Belastungssymptome reduziert werden und die Akzeptanz gegenüber Dilemmasituationen nahm zu). Das Training erwies sich für Führungskräfte aller Berufsgruppen und jeden Geschlechts als hilfreich und positive Erlebensveränderungen herbeiführend. Für Oberärzt*innen schien es insgesamt mehr positive Veränderungen mit sich zu bringen als für Servicekräfte. Für weibliche in etwa gleich viel wie für männliche Führungskräfte, jedoch erwies sich das durch das Training gewonnene „Dilemma-Bewusstsein“ als belastender für weibliche Führungskräfte als für männliche Führungskräfte.

Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der als besonders hilfreich empfundenen Aspekte des Trainings: Weibliche Teilnehmerinnen empfanden interpersonelle Trainingsaspekte am hilfreichsten, so wurde insbesondere der Vergleich mit anderen Teilnehmenden innerhalb der Trainingsgruppe und ein durch das Training gefördertes Solidarisierungsempfinden als wirksam erlebt. Männliche Teilnehmer empfanden hingegen die auf intrapersonaler Ebene gewonnene Erkenntnis, dass Dilemmata nicht lösbar sind, als besonders hilfreich.

Für Servicekräfte schien besonders ein Empowerment durch das Training hilfreich. Gleichzeitig schien die Interprofessionalität der Trainingsgruppen für Servicemitarbeitende die größte Herausforderung darzustellen. Zudem fiel auf, dass Servicekräfte dem theoretischen Dilemma-Konzept des Trainings häufig nicht folgen konnten. Für Oberärzt*innen schien die Einsicht über die Unlösbarkeit von Dilemmata hingegen besonders wirksam.

Es werden subgruppenspezifische Stärken und Schwächen des Trainings identifiziert und Möglichkeiten einer zielgruppengerechte(re)n Anpassung des Trainings diskutiert.

In Studie 2 werte ich Forschungserfahrungen aus, die innerhalb des Forschungsverbund SEE-GEN gemacht wurden bezüglich der Rekrutierung von Studienteilnehmenden, der Dropoutquote von Studienteilnehmenden sowie Rückschlüssen hieraus auf die stark belastenden Rahmenbedingungen der Krankenhausbeschäftigten.

Anhand von N = 10 Expert*inneninterviews mit Forschenden aus dem SEE-GEN-Verbund untersuche ich die Grenzen der Machbarkeit psychosozialer Präventionsangebote für Krankenhausmitarbeitende und deren Beforschung in randomisiert-kontrollierten Studien sowie das Selbstverständnis der Forschenden hinsichtlich ihrer gesellschaftspolitischen Verantwortung. Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse.

Studie 2 zeigt, dass befragte Forschende die Einflüsse gesundheitspolitischer Rahmengenbedingungen auf den Erfolg des Forschungsverbund-Projektes insgesamt kritisch reflektieren und den Erfolg als begrenzt bewerten. Es besteht keine Einigkeit darüber, ob das auch zu grundsätzlich anderen Interventions- und Forschungsansätzen führen sollte. Die beteiligten Expert*innen sind alle im Feld der Gesundheitsförderung zugleich Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen, die sich als Wissenschaftler*innen bestimmten Publikationsanforderungen und forschungsmethodischen Anforderungen unterworfen sehen, welche die Möglichkeiten alternativer Interventions- und Forschungsansätze teilweise praktisch nicht realisierbar erscheinen lassen. Klare politische Bekenntnisse von Forschenden werden kritisch betrachtet und mit negativen Konsequenzen für die Glaubwürdigkeit der Forschenden assoziiert.

Abschließend werden die Notwendigkeit eines stärkeren Fokus auf verhältnisorientierte, partizipativ gestaltete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus, die Mit-Verantwortung von Forschungsförder*innen zur Unterstützung von innovativer, neugieriger Forschung und die Relevanz eines selbstreflexiven und -kritischen Vorgehens von Forschenden unter Einbezug der Kontextfaktoren diskutiert.

Meine Arbeit kombiniert in diesen beiden Studien Methoden traditioneller Sozialforschung im Gesundheitswesen (statistische Auswertung von Fragebögen und inhaltsanalytische Auswertung von Einzelinterviews) mit Methoden einer praxisorientierten und selbstreflexiven Handlungsforschung (wechselseitige Anregung zwischen Praxis und Forschung in einem Forschungsteam).

5 Literaturverzeichnis

- Abele, A. E. (2000). **A dual-impact model of gender and career-related processes**. In: The developmental social psychology of gender, Hrsg. Eckes, T. und Trautner, H. M., Lawrence Erlbaum associates, New Jersey, S. 361-388.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P. und Moreno-Casbas, M. T. (2012). **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States**. British medical journal 344, 1-14, doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S. und Suhonen, R. (2016). **Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers**. Nursing ethics 23 (6), 646-658, doi: 10.1177/0969733015579309.
- Altgeld, T. (2016). **Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung**. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich, Hrsg. Kolip, P. und Hurrelmann, K., 2. Aufl., Hogrefe, Bern, S. 300-311.
- Angerer, P., Petru, R., Nowak, D. und Weigl, M. (2008). **Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten**. Deutsche medizinische Wochenschrift 133, 26-29, doi: 10.1055/s-2008-1017467.
- Angerer, P., Siegrist, K. und Gündel, H. (2014). **Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Erkrankungsrisiken: Wissenschaftliches Gutachten (Expertise) im Auftrag des Landesinstituts für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen**. In: Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung, Hrsg. Seiler, K. und Jansing, P.-J., Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw), Düsseldorf, 30-170.
- Arend, M. (2020) **Dilemmawahrnehmung von nichtärztlichen Führungskräften im Krankenhaus – Veränderungen nach einem Dilemma-Kompetenztraining**. Medizinische Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Augurzky, B. und Scheuner, M. (2007). **Outsourcing in the German hospital sector**. Service industrial journal 27 (3), 263-277, doi: 10.1080/02642060701207080.
- Augurzky, B., Tauchmann, H., Werblow, A. und Felder, S. (2009). **Effizienzreserven im Gesundheitswesen**. RWI Materialien 49, 10-53.
- Austin, C. L., Saylor, R. und Finley, P. J. (2017). **Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover**. Psychological Trauma 9 (4), 399-406, doi: 10.1037/tra0000201.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Macco, K. (2017). **Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung** (Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin).

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (2015). **Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement**, Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., et al., Hrsg. (Berlin, Heidelberg), doi: 10.1007/978-3-662-47264-4, S.
- Baltes, P. B. und Baltes, M. M. (1990). **Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation**. In: Successful aging: perspectives from the behavioral sciences, Hrsg. Baltes, P. B. und Baltes, M. M., Cambridge University Press, New York, S. 1-34.
- Bandura, A. (1995). **Self-efficacy in changing societies**, Cambridge University Press.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. und Lu, L. (2020). **2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society**. *Lancet* 395 (10224), 37-38, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3.
- Bartenwerfer, H. G. (1957). **Über die Auswirkungen einförmiger Arbeitsvorgänge, Untersuchungen zum Monotonieproblem**. Marburger Sitzungsberichte 80.
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S., Rieger, M., Berger, E., Wittich, A. und Dieterle, W. (2008). **Arbeitsbedingungen im Krankenhaus**, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Hrsg. (Dortmund, Berlin, Dresden).
- Bass, B. M. (1999). **Two decades of research and development in transformational leadership**. *European journal of work and organizational psychology* 8 (1), 9-32, doi: 10.1080/135943299398410.
- Bauer, T. (2018). **Die Vereindeutigung der Welt: Über den Verlust an Mehrdeutigkeit und Vielfalt**, Reclam, Stuttgart.
- Beck, D. und Lenhardt, U. (2016). **Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012**. *Gesundheitswesen* 78 (1), 56-62, doi: 10.1055/s-0034-1387744.
- Becker-Schmidt, R. und Knapp, G.-A. (2000). **Feministische Theorien zur Einführung**, 5. Aufl., Junius, Hamburg.
- Becker, S. (2012). **Demografische Herausforderungen**. In: Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen, Hrsg. Bechtel, P. und Smerdka-Arhelger, I., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 15-23.
- Beerheide, R. (2017). **Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen**. *Deutsches Ärzteblatt* 114 (10), 452-454.
- Bengel, J. und Lyssenko, L. (2012). **Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren**

von Gesundheit im Erwachsenenalter, BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Bethkenhagen, D. (2020). **Mangelnde Parität. Im Gesundheitswesen fehlen Frauen in Führungspositionen.** *Der Tagesspiegel*, URL: <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/mangelnde-paritaet-im-gesundheitswesen-fehlen-frauen-in-fuehrungspositionen/25648554.html> [Stand: 01.02.2021].

Bialas, E., Schleppers, A. und Auhuber, T. (2020). **COVID-19: Auswirkungen des Lockdowns auf die operative Patientenversorgung in Deutschland im April 2020.** *Passion Chirurgie 2020 (10)*.

Biel, A. (2008). **Chancen und Risiken der Bereichskommunikation am Beispiel Controller und Qualitätsmanager.** *Zeitschrift für Controlling und Management* 3, 18-26.

Billings, J., Abou Seif, N., Hegarty, S., Ondruskova, T., Soulios, E., Bloomfield, M. und Greene, T. (2020). **What support do frontline workers want? A qualitative study of health and social care workers' experiences and views of psychosocial support during the COVID-19 pandemic.** Preprint (currently under peer review), URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.05.20226522v1.full.pdf> [Stand: 08.03.2021], doi: 10.1101/2020.11.05.20226522.

Billings, J., Bloomfield, M. und Greene, T. (2021). **Who helps the helpers?** *Healthcare counselling and psychotherapy journal* 42 (1), 12-14.

Bindl, C., Held, U. und Pieck, N. (2018). **Betriebliches Gesundheitsmanagement im Dialog – Lernen in Theorie und Praxis.** In: *Organisation von Arbeit und berufsbegleitendem Lernen*, Hrsg. Johns, H. und Vedder, G., 1. Aufl., Hampp, Augsburg, München, S. 187-208.

Birke, L. (2020) **Zur Dilemma-Kompetenz von Oberärzten: Inhaltsanalysen ausführlicher Einzelinterviews.** Medizinische Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.

Blackler, F. und Kennedy, A. (2004). **The design and evaluation of a leadership programme for experienced chief executives from the public sector.** *Management learning* 35 (2), 181-203, doi: 10.1177/1350507604043024.

Blanz, M. (2015). **Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen**, Kohlhammer, Stuttgart.

Blum, K., Heber, R., Löffert, S., Offermann, M. und Steffen, P. (2020). **Krankenhaus Barometer. Umfrage 2020**, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Hrsg. (Düsseldorf) 1-57.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. und Steffen, P. (2019a). **Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019**, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Hrsg. (Düsseldorf) 1-89.

Blum, K., Metzinger, B. und Offermann, M. (2011). **Ärztegehälter im Krankenhaus im europäischen Vergleich.** *Das Krankenhaus* 11, 1092-1099.

- Blum, K., Offermanns, M. und Steffen, P. (2019b). **Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030**, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Hrsg. (Düsseldorf) 5-75.
- Bode, I. (2010). **Der Zweck heil(igt) die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankensektor**. In: Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie, Hrsg. Martin, E. und Thomas, M., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 63-92.
- Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2014). **Interview mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung**, Springer, Wiesbaden.
- Böhler, F. und Kubsova, J. (2020). **I'm a nurse. Warum ich meinen Beruf als Krankenschwester liebe - trotz allem**, Wilhelm Heyne, München.
- Boorman, S. (2009). **NHS health and well-being review**, Nation health service (United Kingdom), Hrsg. (Leeds) 1-37.
- Born, M. (2020) **Zur Bewältigung von Dilemmasituationen im Krankenhaus. Wie gehen mittlere Führungskräfte mit Ambiguitäten um und lässt sich der Umgang trainieren?** Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Born, M., Drews, A., Bossmann, U., Zwack, J. und Schweitzer, J. (2020). **Vom Reflex zur bewussten Entscheidung. Die Wirkung eines Dilemma-Kompetenz-Trainings für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus**. Organisationsberatung, Supervision, Coaching 27 (3), 365-382.
- Bossmann, U. (2020) **Seelische Gesundheit im Dilemma. Eine explorative Studie zur Förderung der psychischen Gesundheit mittlerer Führungskräfte**. Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Bossmann, U., Ditzen, B. und Schweitzer, J. (2016). **Organizational stress and dilemma management in mid-level industrial executives: An exploratory study**. Mental Health and Prevention 4 (1), 9-18, doi: 10.1016/j.mhp.2016.02.001.
- Bossmann, U., Zwack, J. und Schweitzer, J. (2014). **Navigieren im Dilemma. Von widersprüchlichen Anforderungen und paradoxen Aufträgen**. Psychotherapie und Seelsorge 4, 24-29.
- Brause, M., Kleina, T., Cichocki, M. und Horn, A. (2013). **Gesundheits- und Arbeitssituation von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung** Pflege und Gesellschaft 18, 19-34.
- Brause, M., Kleina, T., Horn, A. und Schaeffer, D. (2015). **Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften**. Prävention und Gesundheitsförderung 10 (1), 41-48, doi: 10.1007/s11553-014-0469-7.

- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J. und Öz, F. (2014). **Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser**, Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (Düsseldorf) 1-75.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlot, R., Rubin, J. G. und Greenberg, N. (2018). **A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak**. Journal of occupational and environmental medicine 60 (3), 248-257, doi: 10.1097/JOM.0000000000001235.
- Bullock, R. J. und Svyantek, D. J. (1987). **The impossibility of using random strategies to study the organization development process**. Journal of applied behavioral science 23 (2), 255-262, doi: 10.1177/0021886387232008.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2020a). **Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden**, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Hrsg. (Dortmund), doi: 10.21934/baua:fakten20200108, S. 1-2.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2020b). **Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden**, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Stressreport-2019.pdf> [Stand: 03.02.2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2015). **Förderinitiative Gesund – ein Leben lang**. URL: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/BMBF_Gesund-ein%20Leben%20lang_BARRIEREFREI.pdf [Stand: 07.01.2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016a). **Bekanntmachungen 2016: Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“: Richtlinie zur Förderung von Forschungsverbänden zur Gesundheit in der Arbeitswelt**. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/6499.php> [Stand: 30.03.2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016b). **Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung**. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/Gesundheitsforschungsprogramm%281%29.pdf> [Stand: 07.01.2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016c). **Zukunft der Arbeit**. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Zukunft_der_Arbeit.pdf [Stand: 07.01.2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2019). **Berufsbildungsbericht 2019**. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Berufsbildungsbericht_2019.pdf [Stand: 28.01.2021].
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)**. Bundesgesetzblatt Nr. 31, Teil 1, 1368-1379.

- Bundesministerium für Gesundheit (2021). **Gesundheitswirtschaft als Jobmotor**. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> [Stand: 27.01.2021].
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2019). **Gesundheitswirtschaft. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Fakten & Zahlen, Ausgabe 2018**, URL: https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Stand: 27.01.2021].
- Bünning, M., Hipp, L. und Munnes, S. (2020). **Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona, WZB Ergebnisbericht** (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin).
- Busse, T. (2020). **Statement von Prof. Thomas Busse: Privatisierungswelle bei Krankenhäusern befürchtet**. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 25, 132, doi: 10.1055/a-1199-1134.
- Buxel, H. (2011). **Krankenhäuser. Was Pflegekräfte unzufrieden macht**. Deutsches Ärzteblatt 108 (17), 946-948.
- Canbek, A. (2019). **Es gibt keinen Ärztemangel aufgrund «Feminisierung der Medizin»**. Bulletin des médecins suisses 100 (10), 353-356, doi: 10.4414/bms.2019.17570.
- Caye, J.-M., Strack, R., Orlander, P., Kilmann, J., Espinosa, E. G., Francoeur, F. und Haen, P. (2010). **Creating a new deal for middle managers – Empowering a neglected but critical group**, The Boston Consulting Group, Hrsg. (Paris) 1-12.
- Charles, L. E., Loomis, D. und Demissie, Z. (2009). **Occupational hazards experienced by cleaning workers and janitors: a review of the epidemiologic literature**. Work 34 (1), 105-116.
- Chevalier, A. und Kaluza, G. (2015). **Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz: Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit**. In: Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, Hrsg. Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R., Bertelsmann Stiftung., Gütersloh, S. 228-253.
- Clegg, S. R., Vieira Da Cunha, J. und Pina E Cunha, M. (2002). **Management paradoxes: A relational view**. Human Relations 55 (5), 483-503, doi: 10.1177/0018726702555001.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**, 2. Aufl., Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Costa, S.-D. (2014). **Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Nicht zum Nutzen der Patienten**. Deutsches Ärzteblatt 111 (38), 1556-1557.
- Davies, H., Nutley, S. M. und Mannion, R. (2000). **Organisational culture and healthcare quality**. Quality in health care 9 (2), 111-119, doi: 10.1136/qhc.9.2.111.

- DBB Beamtenbund und Tarifunion (2017). **Bürgerbefragung „Öffentlicher Dienst“.** **Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger.** 1-13, URL: https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/forsa_2017.pdf [Stand: 21.02.2021].
- Denison, D., Hooijberg, R. und Quinn, R. (1995). **Paradox and performance: Toward a theory of behavioral complexity in managerial leadership.** Organization science 6 (5), 524-540, doi: 10.1287/orsc.6.5.524.
- Deutsche Bundesregierung (2020a). **Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage (Drucksache 19/17347): Entwicklungen zum Frauenanteil in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.** 11.03.2020, Drucksache 19/17806, URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/178/1917806.pdf> [Stand: 01.02.2021].
- Deutsche Bundesregierung (2020b). **Das ändert sich für Pflegekräfte.** Pressemitteilung vom 29. Januar 2020, URL: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mindestloehne-in-der-pflege-1716736> [Stand: 26.02.2021].
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2019). **Leitfaden für die Gestaltung von Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen,** Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Hrsg. (Berlin) 1-90.
- Deutscher Bundestag (2018). **Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG).** Drucksache 19/4453, 1-136, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/181109_Pflegepersonalstaerkungsgesetz_PpSG.pdf [Stand: 10.03.2021].
- Deutscher Rentenversicherung Bund (2014). **Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung** (Deutscher Rentenversicherung Bund, Berlin).
- Deutscher Rentenversicherung Bund (2020). **Statistik der deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2020 (Stand: 24. Juli 2020)** (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin).
- Deutscher Rentenversicherung Bund (2021). **Statistik der deutschen Rentenversicherung. Ergebnisse auf einen Blick 2021 (Stand: Januar 2021)** (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin).
- DGB-Index Gute Arbeit (2016). **Der Report 2016** (Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin).
- DGB-Index Gute Arbeit (2018). **Der Report 2018** (Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin).
- DGB-Index Gute Arbeit (2019). **Report 2019** (Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin).

- DGB-Index Gute Arbeit (2020). **Jahresbericht 2020. Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit 2020** (Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin).
- Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. H. (2015). **Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien**, 10. Aufl., Hogrefe, Göttingen.
- Dörre, K. (2020). **Die Corona-Pandemie – eine Katastrophe mit Sprengkraft**. Berliner Journal für Soziologie 30, 165-190, doi: 10.1007/s11609-020-00416-4.
- Dragano, N. (2019). **Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Stress im Krankensektor: Welchen Einfluss hat die politisch-ökonomische Ebene?** . In: Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen - Gesundheit der Beschäftigten - Qualität der Patientenversorgung, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg am Lech, S. 446-454.
- Drews, A. (2020). **Dilemmakompetenz und Selbstfürsorge**. E-Learning Kurs „Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt“, Universitätsklinikum Ulm, URL: [https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/pluginfile.php/396/mod_resource/content/4/Dilemmakompetenz-und-Selbstf%C3%BCrsorge Drews Dilemmakompetenz.pdf](https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/pluginfile.php/396/mod_resource/content/4/Dilemmakompetenz-und-Selbstf%C3%BCrsorge_Drews_Dilemmakompetenz.pdf) [Stand: 02.12.2020].
- Drews, A., Born, M. und Von Schlippe, A. (2021a). **Reflektierende Positionen im Therapieprozess**. In: Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden, Hrsg. Strauß, B., Galliker, M., Linden, M., et al., Kohlhammer, Stuttgart.
- Drews, A., Küllenberg, J., Born, M., Bossmann, U., Zwack, J., Gündel, H. und Schweitzer, J. (2021b). **Sex- and profession-specific effects of an interprofessional dilemma-management-training for mid-level hospital executives**. Publikation in Vorbereitung.
- Dunn, P. M., Arnetz, B. B., Christensen, J. F. und Homer, L. (2007). **Meeting the imperative to improve physician well-being: Assessment of an innovative program**. Journal of general internal medicine 22 (11), 1544-1552, doi: 10.1007/s11606-007-0363-5.
- Eigenstetter, M., Galushko, L., Jäger, E., Olesch, S. und Blaszk, A. (2018). **Reinigung im Krankenhaus an der Schnittstelle zwischen Arbeitssicherheit und Hygiene**. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 53, 256-263, doi: 10.17147/ASU.2018-04-05-03.
- Ekblom-Bak, E., Hellénus, M.-L. und Ekblom, B. (2010). **Are we facing a new paradigm of inactivity physiology?** British journal of sports medicine 44 (12), 834-835, doi: 10.1136/bjism.2009.067702.
- Embertson, M. K. (2006). **The importance of middle managers in healthcare organizations**. Journal of healthcare management 51 (4), 223-232, doi: 10.1097/00115514-200607000-00005.

- Erpenbeck, J. und von Rosenstiel, L. (2007). **Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis**, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.
- Europäische Gemeinschaften (2005). **Equal-Leitfaden zu Gender Mainstreaming**, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Hrsg. (Brüssel).
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (2009). **Literature review: The occupational safety and health of cleaning workers** Hrsg. Brun, E., European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Luxemburg, URL: https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/cleaning_workers_and_OS_H/view [Stand: 10.02.2021], doi: 10.2802/21855.
- European Federation of Cleaning Industries (EFCI) (2019). **The European cleaning industry 1995-2015. Trend report**. (European Federation of Cleaning Industries (EFCI), Brüssel).
- European Federation of Cleaning Industries (EFCI) (2020). **The European cleaning industry: A key partner for the Post-COVID-19 Europe (08.06.2020)** (European Federation of Cleaning Industries (EFCI),, Brüssel).
- European Network for Workplace Health Promotion (2007). **Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union**, European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), Hrsg. (Perugia) 1-8.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. und Lang, A.-G. (2009). **Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses**. Behavior research methods 41 (4), 1149-1160, doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
- Fetter, R. B., Brand, D. A. und Gamache, D. E. (1991). **DRGs: Their design and development**, Health administration press.
- Fifka, M. und Kraus, S. (2013). **Das mittlere Management – Rollenkonflikt, Leistungsdruck und Moral**, Dr. Jürgen Meyer Stiftung, Hrsg. (Köln).
- Fischer-Fels, J. (2020). **Ethisches Dilemma im Versorgungsalltag**. Deutsches Ärzteblatt, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107676/Ethisches-Dilemma-im-Versorgungsalltag> [Stand: 01.03.2021].
- Flintrop, J. (2000). **Krankenhaus: Überstunden zum Wohle der Karriere!** 97 (11), 671-675.
- Flintrop, J. (2011). **Mehr, mehr, mehr**. Deutsches Ärzteblatt 108 (40), 2057.
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (2020). **Entwicklungen zum Frauenanteil in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen**. 24.02.2020, Drucksache 19/17347, URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/173/1917347.pdf> [Stand: 28.01.2021].

- Freidson, E. (1975). **Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung**, 3. Aufl., Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien.
- Gaudine, A. P. und Beaton, M. R. (2002). **Employed to go against one's values: Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations**. Canadian journal of nursing research 34 (2), 17-34.
- Gerlinger, T. (2014). **Gesundheitsreform in Deutschland – Hintergrund und jüngere Entwicklungen**. In: 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Hrsg. Manzei, A. und Schmiede, R., Springer VS, Wiesbaden, S. 35-69.
- Gilleen, J., Santaolalla, A., Valdearenas, L., Salice, C. und Fusté, M. (2020). **The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and wellbeing of UK healthcare workers**. Preprint (currently under peer review), URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.23.20218396v2.full.pdf> [Stand: 08.03.2021], doi: 10.1101/2020.10.23.20218396.
- Glaser, J. und Büssing, A. (1996). **Widersprüchliche Anforderungen in der Arbeitstätigkeit, Zusatzaufwand und psychischer Stress. Konzepte und Überprüfung eines Vermittlungsmodells**. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 40 (2), 87-91.
- Glaser, J., Hornung, S. und Höge, T. (2019). **Organizational tensions, paradoxes, and contradictory demands in flexible work systems**. Psychologie des Alltagshandelns 12 (2), 21-32.
- Gläser, J. und Laudel, G. (2010). **Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen**, 4. Aufl., Springer, Wiesbaden.
- Glaser, J. und Weigl, M. (2011). **Verschreibungsfähig, trotz Risiken und Nebenwirkungen: Arbeitspsychologische Organisationsentwicklung im Krankenhaus und Altenpflegeheim**. Zeitschrift für OrganisationEntwicklung 30 (2), 11-19.
- Glouberman, S. und Mintzberg, H. (2001). **Managing the care of health and the cure of disease - Part I: differentiation**. Health care management review 26 (1), 56-69, doi: 10.1097/00004010-200101000-00006.
- Goldschmidt, D. und Schmieder, J. (2015). **The rise of domestic outsourcing and the evolution of the German wage structure, Discussion Paper No. 9194** (Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Bonn).
- Gómez-Acebo, I., Dierssen-Sotos, T., Pérez-Belmonte, E. und Llorca, J. (2013). **Investigating an outbreak of non-specific building-related symptoms in workers of a general hospital**. International journal of occupational medicine and environmental health 26 (4), 563-571, doi: 10.2478/s13382-013-0130-2.
- Graen, G. B. und Uhl-Bien, M. (1995). **Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25**

- years: applying a multi-level multi-domain perspective.** Leadership quarterly 6 (2), 219-247, doi: 10.1016/1048-9843(95)90036-5.
- Greenhaus, J., Allen, T. und Spector, P. (2006). **Health consequences of work-family conflict: The dark side of the work-family interface.** In: Research in occupational stress and well being: Employee health, coping and methodologies, Hrsg. Perrewé, P. und Ganster, D., Emerald Group Publishing Limited, Bingley, S. 61-98.
- Greiving, J. (2020) **Mittlere leitende Pflegekräfte in der Zwickmühle. Eine Mixed-Method Exploration von Erleben, Bewältigung und Einflussfaktoren im Dilemma sowie der Rolle von Dilemmakompetenz.** Psychologische Masterarbeit, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Grimm, S. und Brodersen, S. (2016). **Potenziale der Vielfalt in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung,** AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, et al., Hrsg. (Berlin) 1-23.
- Groth, T. (2020). **Unentscheidbares Entscheiden. Was tun?** In Sound of science, Ohler, M., Hrsg. (Carl-Auer, Heidelberg).
- Grube, R. (2013). **Controlling im Krankenhaus – eine Grundvoraussetzung für effiziente Organisation.** In: Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus, Hrsg. Dilcher, B. und Hammerschlag, L., 2. Aufl., Springer Gabler, Wiesbaden, S. 55-64.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1994). **Die Grundrechte Artikel 3,** Bundesrepublik Deutschland, Hrsg. (Bonn).
- Gündel, H., Born, M., Drews, A., Mulfinger, N., Junne, F., Müller, A., Angerer, P. und Schweitzer, J. (2020). **Gesundheit von Krankenhauspersonal. Kaum Spielräume für Verbesserungen.** Deutsches Ärzteblatt 117 (47), 2281-2286.
- Hacker, W. und Richter, P. (1984). **Psychische Fehlbeanspruchung. Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress,** 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.
- Hanitzsch, T. (2016). **Impact und Normalwissenschaft. Die Fachzeitschrift als Treiber einer neuen Wissenschaftskultur – ein Zwischenruf.** Publizistik 61, 41-50, doi: 10.1007/s11616-015-0250-8.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. und Tackenberg, P. (2005). **Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie.** In: Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Hrsg. Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. und Kümmerling, A. S., Wirtschaftsverlag NW, Bremen, S. 11-29.
- Hasselhorn, H. M., Zegelin-Abt, A., Wittich, A. und Tackenberg, P. (2008). **Image der Pflege in Deutschland.** Die Schwester, der Pfleger 47, 458-461.

- Hassenkamp, M. (2020). **Irgendwann ist die Grenze erreicht**. Der Spiegel *erschiene am 05.04.2020*, URL: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-krise-in-der-pflege-irgendwann-ist-die-grenze-erreicht-a-65cc3116-a9de-49d5-a076-9701381e252d> [Stand: 10.03.2021].
- Haubl, R. (2012). **Wenn starke Männer schwach werden**. In: Männer unter Druck : ein Themenbuch, Hrsg. Prömper, H., Jansen, M. und Ruffing, A., 1. Aufl., Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, S. 39-55.
- Häusler, N., Bopp, M. und Hämmig, O. (2018). **Effort-reward imbalance, work-privacy conflict and burnout among hospital employees**. Journal of occupational and environmental medicine *60* (4), 183-187, doi: 10.1097/JOM.0000000000001287.
- Helfferich, C. (2019). **Leitfaden- und Experteninterviews**. In: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Hrsg. Baur, N. und Blasius, J., 2. Aufl., Springer, Wiesbaden, S. 669-686.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2021). **Warum Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung?** URL: <https://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/gender-mainstreaming/> [Stand: 31.03.2021].
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. und Blass, K. (2013). **Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit**, Springer VS, Wiesbaden.
- Hillienhof, A. (2019). **Krankenhaus: Oberärzte stehen unter hohem Druck**. Deutsches Ärzteblatt *116* (41), 1808.
- Hilz-Ward, C. (2019) **Dilemmata mittlerer Führungskräfte in den Bereichen Service und Verwaltung in Krankenhäusern. Eine explorative, qualitative Analyse von Einzelinterviews**. Psychologische Masterarbeit, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Hinze, S. (2016). **Forschungsförderung und ihre Finanzierung**. In: Handbuch Wissenschaftspolitik, Hrsg. Simon, D., Knie, A., SHornbostel, S., et al., 2. Aufl., Springer, Wiesbaden, S. 413-428.
- Hofmann, T. (2020). **Manger*innen ihrer eigenen Krankheit**. Gesundheit braucht Politik - Zeitschrift für eine soziale Medizin *4*, 12-15.
- Höhm, U., Lautenschläger, M. und Schwarz, L. (2016). **Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate**. In: Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Hrsg. Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., et al., Schattauer, Stuttgart, S. 73-89.
- Hollmann, J. und Geissler, A. (2013). **Leistungsbalance für Leitende Ärzte. Selbstmanagement, Stress-Kontrolle, Resilienz im Krankenhaus**, Springer, Berlin, Heidelberg.

- Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C. und Jetzke, T. (2011a). **Das mittlere Management im Krankenhaus - Verortung, Problemfelder und Lösungsansätze**. In Dr. Jürgen Meyer Stiftung (Köln).
- Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C. und Jetzke, T. (2011b). **Das mittlere Management: Die unsichtbaren Leistungsträger** (Dr. Jürgen Meyer Stiftung, Köln).
- Holzaht, K. (2016) „**Wo bleibt die Wertschätzung?**“. **Der Einfluss von Wertschätzung auf die Wertschöpfung in Dienstleistungsunternehmen**. Dissertation, Technischen Universität Dortmund.
- Hopf, C. (2010). **Forschungsethik und qualitative Forschung**. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch, Hrsg. Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I., 8. Aufl., Rowohlt, Reinbek, S. 589-599.
- Hornung, S. (2012). **Beyond "new scientific management" critical reflections on the epistemology of evidence-based management**. In: The Oxford handbook of evidence-based management, Hrsg. Rousseau, D. M., Oxford university press, S. 432.
- Hornung, S., Weber, W. G. und Höge, T. (2020). **Organisationale Gerechtigkeit, Demokratie, Subjektivierung und Gesundheit**. In: Fehlzeiten-Report 2020, Hrsg. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., et al., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 15-29.
- Huber, G. und Weiß, K. (2015). **Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate 2014**. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 31 (1), 6-9, doi: 10.1055/s-0034-1384326.
- Hülsmann, M. (2004). **Das Dilemma mit dem Dilemma-Management**. In: Modernisierung des Managements, Hrsg. Müller-Christ, G. und Hülsmann, M., Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, S. 139-177.
- IBM Corp. (2015). **IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0**, IBM Corp, Armonk, NY.
- Isfort, M. und Weidner, F. (2018). **Pflege-Thermometer 2018**, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Hrsg. (Köln) 1-113.
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H. und Gehlen, D. (2007). **Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus** (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln).
- Jaehrling, K. (2008). **The Polarization of Working Conditions: Cleaners and Nursing Assistants in Hospitals**. In: Low-wage work in Germany, Hrsg. Bosch, G. und Weinkopf, C., Russell Sage Foundation, New York, S. 177-213.
- Jaggi, F. (2021). **Burnout praxisnah**, 4. Aufl., Lehmann Media, Berlin.

- Jena, A. B. (2017). **'Null' research findings aren't empty of meaning. Let's publish them.** URL: <https://www.statnews.com/2017/11/10/null-research-findings/> [Stand: 30.03.2021].
- Jorde, A. (2019). **Kranke Pflege. Gemeinsam auf dem Notstand**, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Jurkat, H. B., Vollmert, C. und Reimer, C. (2003). **Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus.** Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49 (3), 213-231, doi: 10.13109/zptm.2003.49.3.213.
- Kaluza, G. (2015). **Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung**, 3. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg.
- Kanter, R. M. (1977). **Some effects of proportions on group life: Skewed sex ratios and responses to token women.** American journal of sociology 82 (5), 965-990.
- Kanter, R. M. (1987). **Men and women of the corporation revisited.** Management review 76 (3), 14.
- Kass, R. B., Souba, W. W. und Thorndyke, L. E. (2006). **Challenges confronting female surgical leaders: overcoming the barriers.** Journal of surgical research 132, 179-187, doi: 10.1016/j.jss.2006.02.009.
- Kittelmann, M., Adolph, L., Michel, A., Packroff, R., Schütte, M. und Sommer, S. (2021). **Handbuch Gefährdungsbeurteilung. Gefährdungen durch physische Belastung** Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund, URL: www.baua.de/gefaehrungsbeurteilung [Stand: 22.02.2021].
- Klein, F. (2015). **Die hohe Kunst des Zeitmanagements.** MMW - Fortschritte der Medizin 157 (17), 40-41, doi: 10.1007/s15006-015-3579-z.
- Klemm, A.-K. und Knieps, F. (2020). **Unter dem Corona-Brennglas: Erste Lehren aus der Pandemie.** Gesundheits- und Sozialpolitik 74 (4-5), 67-73, doi: 10.5771/1611-5821-2020-4-5-67.
- Kleve, H., Roth, S. und Simon, F. B. (2020). **Lockdown: Das Anhalten der Welt. Debatte zur Domestizierung von Wirtschaft, Politik und Gesundheit**, 1. Aufl., Carl-Auer, Heidelberg.
- Kleve, H. und von Ameln, F. (2021). **Führen unter Bedingungen von Unsicherheit.** Stufu on Tour 13, URL: <https://www.uni-wh.de/zentrum-studium-fundamentale/oeffentliche-vortraege/stufu-mediathek/> [Stand: 25.03.2021].
- Klinke, S. (2008). **Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus**, Pro Business, Berlin.

- Kluge, N. (2006). **"Der Preiskampf geht auf unsere Kosten". Arbeitsbedingungen und Mitbestimmung in der Facility-Services-Branche**, Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (Düsseldorf).
- Knieps, F. und Pfaff, H. (2019). **BKK Gesundheitsreport 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit**, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Kocalevent, R. D., Pinnschmidt, H., Nehls, S., Boczor, S., Siegert, S., Scherer, M. und van den Bussche, H. (2019). **Burnout und Gratifikationskrisen im Längsschnitt bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland**. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 70 (8), 319-329, doi: 10.1055/a-1068-9843.
- Koch, U. (2014). **Die »Feminisierung« der Medizin: ein Problem? Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven**. In: Sexualität und Geschlecht, Hrsg. Schweizer, K., Brunner, F., Susanne, C., et al., 1. Aufl., Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 63-74.
- Koebe, J., Samtleben, C., Schrenker, A. und Zucco, A. (2020). **Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt: Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich**. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung aktuell* 48, 1-9.
- Korzilius, H. (2019). **Frauen im Gesundheitswesen fordern Parität in Gremien der Selbstverwaltung**. *Deutsches Ärzteblatt*, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101257/Frauen-im-Gesundheitswesen-fordern-Paritaetin-Gremien-der-Selbstverwaltung> [Stand: 01.02.2021].
- Kosic, A. (2002). **Need for cognitive closure and coping strategies**. *International Journal of Psychology* 37 (1), 35-43.
- Kropp, S. (2020). **Corona-Krise: Wie wichtig ist Expertenwissen in der Politik?** Bundeszentrale für politische Bildung, URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/coronavirus/310712/expertenwissen> [Stand: 11.12.2020].
- Krzeslo, E., Lebeer, G. und De Troyer, M. (2014). **Workers' strategies to cope with increasing deterioration of working conditions in the cleaning sector**. *Work* 47 (4), 463-471.
- Kuckartz, U. (2018). **Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung**, 4. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
- Kunz, T. (2005). **Erscheinungsformen und Folgen psychischer Belastungen. Psychische Ermüdung, Monotonie, herabgesetzte Vigilanz und psychische Sättigung**. In: *Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz. Phänomene, Ursachen, Prävention*, Hrsg. Bundesverband der Unfallkassen, München, S. 43-50.

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. und Hu, S. (2020). **Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019**. *Jama network open* 3 (3), 1-12, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C. und Kuntz, B. (2018). **Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland**. *Journal of Health Monitoring* 3 (2), 64-71.
- Laurence, D., Görlich, Y. und Simmenroth, A. (2020). **How do applicants, students and physicians think about the feminisation of medicine? A questionnaire-survey**. *BMC medical education* 20 (48), 1-11, doi: 10.1186/s12909-020-1959-2.
- Lehmann, G. (2012). **Controlling-Prozesskennzahlen: Ein Leitfaden für die Leistungsmessung von Controlling-Prozessen**, Haufe-Lexware GmbH & Co. KG, Freiburg, 1-84 S.
- Liebe, U., Naumann, E. und Tutić, A. (2017). **Sozialer Status und prosoziales Handeln: Ein Quasi-Experiment im Krankenhaus**. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 69 (1), 109-129, doi: 10.1007/s11577-016-0399-9.
- Limbrecht-Ecklundt, K., Flaig, T., Gündel, H., Traue, H. C. und Jerg-Bretzke, L. (2015). **Psychische Gesundheit und Arbeitsbelastung bei Ärztinnen und Ärzten: Eine Studie zur Erfassung der Effort-Reward-Imbalance**. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10, 11-21, doi: 10.1007/s11553-014-0465-y.
- Luhmann, N. (1977). **Differentiation of society**. *The Canadian journal of sociology* 2 (1), 29-53, doi: 10.2307/3340510.
- Luhmann, N. (1992). **Die Wissenschaft der Gesellschaft**, 1. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Luhmann, N. (1993). **Die Paradoxie des Entscheidens**. *Verwaltungs-Archiv. Zeitschrift für Verwaltungslehre, Verwaltungsrecht und Verwaltungspolitik* 83 (3), 287-310.
- Luhmann, N. (2000). **Unsicherheitsabsorption**. In: *Organisation und Entscheidung*, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen, Wiesbaden, S. 183-221.
- Lüscher, K. (2010). „**Homo ambivalens**“. **Herausforderung für Psychotherapie und Gesellschaft**. *Psychotherapeut* 55 (2), 136-146, doi: 10.1007/s00278-010-0721-3.
- Lüscher, K. (2011). **Über Ambivalenz**. *Forum Psychoanalyse* 27, 323-327, doi: 10.1007/s00451-011-0087-3.
- Lüscher, K. (2013). **Das Ambivalente erkunden**. *Familiendynamik* 38 (3), 238-247.
- Lüscher, K. (2018). **Ambivalenzen fordern heraus**. *Herder Korrespondenz* 9, 39-42.

- Maatouk, I., Müller, A., Angerer, P., Schmook, R., Nikendei, C., Herbst, K., Gantner, M., Herzog, W. und Gündel, H. (2018). **Healthy ageing at work – Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial.** *Plos one* 13 (1), 1-19, doi: 10.1371/journal.pone.0191000.
- Maybaum, T. (2020). **Gesetzliche Krankenversicherung: Coronapandemie sorgt für Milliardendefizit.** *Deutsches Ärzteblatt* 117 (51-52), 2496.
- Mayring, P. (2015). **Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken**, 12. Aufl., Beltz, Weinheim; Basel, 152 S.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020). **Präventionsbericht 2019 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019**, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Hrsg. (Essen) 1-142.
- Medjedović, I. und Witzel, A. (2010). **Wiederverwendung qualitativer Daten. Archivierung und Sekundärnutzung qualitativer Interviewtranskripte**, 1. Aufl., Springer, Wiesbaden.
- Merton, R. K., Kaiser, R. und Stehr, N. (1985). **Entwicklung und Wandel von Forschungsinteressen: Aufsätze zur Wissenschaftssoziologie**, 1. Aufl., wissenschaftl. Sonderausg. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main, 413 S.
- Michie, S. und Williams, S. (2003). **Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review.** *Occupational and environmental medicine* 60 (3), 3-9, doi: 10.1136/oem.60.1.3.
- Mitton, C. und Donaldson, C. (2003). **Resource allocation in health care: health economics and beyond.** *Health care analysis* 11 (3), 245-257, doi: 10.1023/b:hcan.0000005496.74131.a0.
- Mitton, C., Peacock, S., Storch, J., Smith, N. und Cornelissen, E. (2010). **Moral distress among healthcare managers: conditions, consequences and potential responses.** *Healthcare policy* 6 (2), 99-112.
- Mohr, G., Rigotti, T. und Müller, A. (2005). **Irritation - Ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien.** *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 49 (1), 44-48, doi: 10.1026/0932-4089.49.1.44.
- Molzberger, K. (2020). **Autonomie und Kalkulation. Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen**, Transcript, Bielefeld.

- Montano, D., Reeske, A., Franke, F. und Hüffmeier, J. (2017). **Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective.** *Journal of organizational behavior* 38 (3), 327-350, doi: 10.1002/job.2124.
- Mulfinger, N., Sander, A., Stuber, F., Brinster, R., Junne, F., Limprecht, R., Jarczok, M. N., Seifried-Dübon, T., Rieger, M. A., Zipfel, S., Peters, M., Stiawa, M., Maatouk, I., Helaß, M., Nikendei, C., Rothermund, E., Hander, N., Ziegenhain, U., Gulde, M., Genrich, M., Worringer, B., Küllenberg, J., Blum, K., Süß, S., Gesang, E., Ruhle, S., Müller, A., Schweitzer-Rothers, J., Angerer, P. und Gündel, H. (2019). **Cluster-randomised trial evaluating a complex intervention to improve mental health and well-being of employees working in hospital – a protocol for the SEEGEN trial.** *BMC Public health* 19 (1), 1694, doi: 10.1186/s12889-019-7909-4.
- Müller-Christ, G. und Weßling, G. (2007). **Widerspruchsbewältigung, Ambivalenz- und Ambiguitätstoleranz. Eine modellhafte Verknüpfung.** In: Nachhaltigkeit und Widersprüche, Hrsg. Müller-Christ, G., Arndt, L. und Ehnert, I., LIT, Münster.
- Müller-Stewens, G. und Fontin, M. (1997). **Management unternehmerischer Dilemmata: Ein Ansatz zur Erschließung neuer Handlungspotentiale,** Bd. 15, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.
- Müller, A., Schreiber, N., Greven, S. und Vomberg, E. (2016). **Frauen in Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Analysen und Empfehlungen für eine gendersensible Personalentwicklung,** Barbara Budrich, Opladen Berlin Toronto.
- Nawrath, C. (2005). **Erscheinungsformen und Folgen psychischer Belastungen. Burnout.** In: Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz. Phänomene, Ursachen, Prävention, Hrsg. Bundesverband der Unfallkassen, München, S. 89-96.
- Neubrand, S. (2014). **Impathie – Grundlage für eine gelingende Beziehung mit sich selbst und mit anderen.** *Systemische Pädagogik* 4, 1-9.
- Nickel, H. (2017). **Partizipative Arbeits- und Geschlechterpolitik.** In: Leistung und Gerechtigkeit, Hrsg. Aulenbacher, B., Dammayr, M., Dörre, K., et al., 1. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S. 248-264.
- Nielsen, K. (2013). **Review article: How can we make organizational interventions work? Employees and line managers as actively crafting interventions.** *Human relations* 66 (8), 1029-1050, doi: 10.1177/0018726713477164.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.-L. und González, E. R. (2010). **Conducting organizational-level occupational health interventions: What works?** *Work & Stress* 24, 26 S.
- Nock, L., Hielscher, V. und Kirchen-Peters, S. (2013). **Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege,** Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (Düsseldorf) 1-51.

- Norddeutscher Rundfunk (2020a). **Corona-Pandemie. Finanzielle Engpässe an Kliniken.** (Sendung: *tagesschau* 29.12.2020 um 20:00 Uhr), URL: <https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/ts-40763.html> [Stand: 29.12.2020].
- Norddeutscher Rundfunk (2020b). **Spahn gibt Kliniken Gehälter-Garantie.** URL: <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaeuser-finanzierung-103.html> [Stand: 03.01.2021].
- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. und Hofmann, F. (2006). **Measuring psychological stress and strain at work - Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany.** *GMS Psycho-social-medicine* 3.
- Ortmann, O. (2018). **Klasse statt Masse.** *Forum* 33, 306-307, doi: 10.1007/s12312-018-0489-x.
- Ostwald, D. A., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H. und Friedl, C. (2010). **Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030,** PricewaterhouseCoopers AG, Hrsg. (Frankfurt am Main) 1-78.
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K. und Esmail, A. (2016). **Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis.** *Journal of the American medical association* 177 (2), 195-205, doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7674.
- Paris, M. und Hoge, M. A. (2010). **Burnout in the mental health workforce: A review.** *Journal of behavioral health services and research* 37 (4), 519-528, doi: 10.1007/s11414-009-9202-2.
- Peter, R., March, S. und du Prel, J.-B. (2016). **Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study.** *Social science & medicine* (151), 100-109, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.01.009.
- Pfisterer, M. (2021) **Dilemmawahrnehmung von Oberärzten im Krankenhaus. Veränderungen nach einem Dilemmakompetenztraining.** Medizinische Dissertation in Vorbereitung, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Pieck, N. (2020). **Gesundheit und (Geschlechter-)Gerechtigkeit in der Arbeitswelt.** In: *Fehlzeiten-Report 2020*, Hrsg. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., et al., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 49-67.
- Pieck, N., Polenz, W. und Sochert, R. (2016). **Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb.** *Prävention und Gesundheitsförderung* 11, 271-281, doi: 10.1007/s11553-016-0566-x.
- Pieter, A., Fröhlich, M., Mayerl, J. und Kemmler, W. (2020). **Qualitative Forschungsmethoden.** In: *Einführung in die Methoden, Methodologie und Statistik*, Springer Spektrum, Berlin, Heidelberg, S. 81-91.

- Pirolt, E. und Schauer, G. (2005). **Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Geschlecht als Qualitätsmerkmal der betrieblichen Gesundheitsförderung. Leitfaden.** URL: https://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/fileadmin/infoline/Dokumente/gender_mainstreaming/gender_leitfaden_gesundheitsfoerderung.pdf [Stand: 29.01.2021].
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C. und Maxwell, M. (2020). **Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review.** Cochrane database of systematic reviews (11), 1-182, doi: 10.1002/14651858.CD013779.
- Popp, W., Hansen, D. und Havers, W. (2004). **Qualitätsbericht und Qualitätsindikatoren in der Krankenhaushygiene.** Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 9 (5), 303-309, doi: 10.1055/s-2004-813127.
- Poppelreuter, S. (2013). **Kann denn Arbeit Sünde sein? – Von Überstunden und Überallstunden in der modernen Arbeitswelt.** In: Fehlzeiten-Report 2013, Hrsg. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., et al., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 101-114.
- PricewaterhouseCoopers GmbH (2016). **Frauen in der Gesundheitswirtschaft.** URL: https://store.pwc.de/uploads/media/pdf/08/38565-60929_.pdf [Stand: 27.01.2021].
- Questback GmbH (2017). **EFS Survey, Version Summer 2017**, Questback GmbH, Köln.
- Quomedical (2020). **Wieviel verdienen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen im weltweiten Vergleich?** Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 25 (3), 121-145, doi: 10.1055/a-1199-1225.
- Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., Hammerschmidt, A., Köhnlein, R., Puppe, J., Tress, F., Uden, T. und Nienhaus, A. (2020). **Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern.** Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 63, 113-121, doi: 10.1007/s00103-019-03057-y.
- Rau, R. und Henkel, D. (2013). **Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen.** Nervenarzt 84 (7), 791-798, doi: 10.1007/s00115-013-3743-6.
- Reichert, A. (2020). **Verein fordert mehr Frauen in Führungsetagen des Gesundheitswesens.** *Deutsches Ärzteblatt*, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116323/Verein-fordert-mehr-Frauen-in-Fuehrungsetagen-des-Gesundheitswesens> [Stand: 01.02.2021].
- Richard, F. D., Bond, C. F. und Stokes-Zoota, J. J. (2003). **One hundred years of social psychology quantitatively described.** Review of general psychology 7 (4), 331-363, doi: 10.1037/1089-2680.7.4.331.

- Rigotti, T., Schyns, B. und Mohr, G. (2008). **A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries**. Journal of career assessment 16 (2), 238-255, doi: 10.1177/1069072707305763.
- Ritter, M., Elsigan, G. und Kittel, G. (2008). **Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“**. In: Fehlzeiten-Report 2007: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit: Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Hrsg. Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C., Springer, Heidelberg, S. 193-210.
- Robert Koch-Institut (2014). **Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"**. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Gesundheitsschaedigende_Arbeitsbedingungen.pdf [Stand: 04.02.2021].
- Robert Koch-Institut (2015). **Gesundheit in Deutschland**, Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg. (Berlin), doi: 10.17886/rkipubl-2015-003, S. 1-510.
- Robert Koch-Institut (2020). **Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes**, Robert Koch-Institut, Berlin, URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf [Stand: 29.01.2021].
- Rohde, J. J. (1962). **Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin**, Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Roland Berger GmbH (2018). **Die aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Baden-Württemberg**, Roland Berger GmbH, Hrsg. (Stuttgart) 1-26.
- Roland Berger Krankenhausstudie (2019). **Das Ende des Wachstums. Deutschlands Krankenhäuser zwischen Kostendruck und steigendem Wettbewerb**. (Roland Berger GmbH, München).
- Roland Berger Krankenhausstudie (2020). **Krise in der Krise: Deutschlands Krankenhäuser zwischen wirtschaftlicher Sanierung und Covid-19** (Roland Berger GmbH, München).
- Rosen, N. O., Ivanova, E. und Knauper, B. (2014). **Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs**. Anxiety Stress Coping 27 (1), 55-73, doi: 10.1080/10615806.2013.815743.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. und Rossi, A. (2020). **Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy**. Jama network open 3 (5), 1-4, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185.

- Rosta, J. (2007). **Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland**. Deutsches Ärzteblatt 104 (36), 2417-2423.
- Roth, I. (2014). **Die Arbeitsbedingungen in der öffentlichen Verwaltung aus Sicht der Beschäftigten. Branchenbericht auf der Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2012/13**, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bereich Innovation und Gute Arbeit, Hrsg. (Berlin) 1-45.
- Rothermund, E., Gulde, M., Mulfinger, N., Jerg-Bretzke, L., Gündel, H. und Ziegenhain, U. (2019). **Vereinbarkeit von Familie und Beruf am Arbeitsplatz Krankenhaus**. In: Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen - Gesundheit der Beschäftigten - Qualität der Patientenversorgung, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg am Lech, S. 330-335.
- Rubin, D. (2004). **Multiple imputation for nonresponse in surveys**, John Wiley & Sons Inc., New York.
- Rugulies, R., Aust, B., Madsen, I. E. H., Burr, H., Siegrist, J. und Bültmann, U. (2012). **Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade?** European Journal of Public Health 23 (3), 415-420, doi: 10.1093/eurpub/cks071.
- Salomon, F. und Ziegler, A. (2007). **Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus**. Ethik in der Medizin 19 (3), 174-186, doi: 10.1007/s00481-007-0499-1.
- Samuel, S., Dirsmith, M. W. und McElroy, B. (2005). **Monetized medicine: From physical to the fiscal**. Accounting, organizations and society 30, 249-278.
- Sander, K. (2012). **Geschlechterarrangements im Krankenhaus. Sozialräumliche Grenzen von ‚weiblicher Sorgearbeit‘ und ‚männlicher Professionalität‘** In: Interaktionsordnungen, Hrsg. Hanses, A. und Sander, K., Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125-143.
- Schadenhofer, P. und Stummer, H. (2011). **Genderspezifische Vulnerabilität für Burnout in der Gesundheits- und Krankenpflege**. Heilberufe Science 2 (2), 42-47, doi: 10.1007/s16024-011-0235-0.
- Schäfer, J. (2021). **Altersgemischte Teams in der Pflege. Miteinander arbeiten - voneinander lernen**, 1. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg.
- Schirmer, H. (2003). **Krankenhäuser. Controlling gewinnt an Bedeutung**. Deutsches Ärzteblatt 100 (18), 1212.
- Schlink, S. und Walther, E. (2007). **Kurz und gut: Eine deutsche Kurzsкала zur Erfassung des Bedürfnisses nach kognitiver Geschlossenheit**. Zeitschrift für Sozialpsychologie 38 (3), 153-161, doi: 10.1024/0044-3514.38.3.153.

- Schlotz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansen, L. und Schulz, P. (2011). **The perceived stress reactivity Scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries.** *Psychological assessment* 23 (1), 80-94, doi: 10.1037/a0021148.
- Schmidt-Koddenberg, A., da Silva Antunes Alves, S. und Ernst, R. (2005). **Weibliche Führungskräfte im Berufsfeld Soziale Arbeit. Ein Beitrag zur Machtfrage.** In: *Gender und Soziale Arbeit*, Hrsg. Hasenjürgen, B. und Rohleder, C., Barbara Budrich, Opladen, S. 145-177.
- Schmidt, C. (1997). **Am Material: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews.** In: *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Hrsg. Friebertshäuser, B. und Prengel, A., Juventa, Weinheim München, S. 544-568.
- Schmitz, C. und Berchtold, P. (2005). **Was haben Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zu managen?** *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (23), 1404-1405.
- Schmitz, C. und Berchtold, P. (2008). **Managing Professionals – Führung im Krankenhaus.** In: *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Hrsg. Amelung, V. E., Sydow, J. und Windeler, A., Kohlhammer, Stuttgart, S. 167-180.
- Schnell, R., Hill, P. und Esser, E. (1999). **Methoden der empirischen Sozialforschung**, 9. Aufl., Oldenbourg Verlag, München.
- Schrappe, M. (2009). **Führung im Krankenhaus.** *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (4), 198-204, doi: 10.1016/j.zefq.2009.01.003.
- Schult, T. M., Mohr, D. C. und Osatuke, K. (2018). **Examining burnout profiles in relation to health and well-being in the veterans health administration employee population.** *Stress and health* 34 (4), 490-499.
- Schulz, P., Jansen, L. J. und Schlotz, W. (2005). **Stressreaktivität: Theoretisches Konzept und Messung.** *Diagnostica* 51 (3), 124-133.
- Schurz, G. (1998). **Das Problem der Induktion.** In: *Logik der Forschung*, Hrsg. Popper, K., Akademie-Verlag, Berlin, S. 25-40.
- Schweitzer, J., Born, M., Drews, A., Zwack, J. und Bossmann, U. (2019). **Dilemmaerleben und Dilemmakompetenz mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus.** In: *Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen - Gesundheit der Beschäftigten - Qualität der Patientenversorgung*, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg am Lech, S. 290-300.
- Schweitzer, J., Bossmann, U., Zwack, J. und Hunger-Schoppe, C. (2016). **Konfliktsituationen im Coaching.** *Psychotherapeut* 2 (61), 110-117, doi: 10.1007/s00278-016-0082-7.
- Schweitzer, J. und Drews, A. (2020). **Symbolic action methods in systemic team consultation.** *Journal of family therapy* 42 (1), 149-160.

- Schwinger, A., Klauber, J. und Tsiasioti, C. (2020). **Pflegepersonal heute und morgen**. In: Pflege-Report 2019, Hrsg. Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., et al., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 3-21.
- Schyns, B. und von Collani, G. (2002). **A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables**. European journal of work and organizational psychology 11 (2), 219-241.
- SEEGEN-Konsortium (2017). **SEEGEN: Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus**. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/seegen-seelische-gesundheit-am-arbeitsplatz-krankenhaus-7146.php> [Stand: 30.03.2021].
- Seel, H.-J. (2013). **Beratung: Reflexivität als Profession**, 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Sens, B., Fischer, B., Bastek, A., Eckardt, J., Kaczmarek, D., Paschen, U., Pietsch, B., Rath, S., Ruprecht, T., Thomeczek, C., Veit, C. und Wenzlaff, P. (2007). **Alle reden von Qualität und Qualitätsmanagement - aber meinen wir das Gleiche?** In: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, Hrsg. Fischer, B., Eckardt, J., Bastek, A., et al., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V., S. 2-75.
- Sidanius, J., Pratto, F. und Bobo, L. (1994). **Social dominance orientation and the political psychology of gender: A case of invariance?** Journal of personality and social psychology 67 (6), 998-1011, doi: 10.1037/0022-3514.67.6.998.
- Siegrist, J. (2013). **Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen**. Der Nervenarzt 84 (1), 33-37, doi: 10.1007/s00115-012-3667-6.
- Simon, F. B. (2013). **Wenn rechts links ist und links rechts. Paradoxienmanagement in Familie, Wirtschaft und Politik**, 1. Aufl., Carl-Auer, Heidelberg.
- Simon, F. B. (2015). **Einführung in die systemische Organisationstheorie**, 5. Aufl., Carl-Auer, Heidelberg.
- Simon, M. (2000). **Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung**, Springer, Wiesbaden.
- Simon, M. (2007). **Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005**. In Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover (Blumhardt Verlag, Hannover).
- Simon, M. (2016). **Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren**. In: Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Hrsg. Bode, I. und Vogd, W., Springer, Wiesbaden, S. 29-45.

- Simon, M. (2020). **Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working paper Nummer 196.** In Working Paper Forschungsförderung, Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (Düsseldorf) 6-280.
- Smith, W. K. und Lewis, M. W. (2011). **Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing.** Academy of Management Review 36 (2), 381-403, doi: 10.5465/amr.2009.0223.
- Sorrentino, R. M., Smithson, M., Hodson, G., Roney, C. J. und Walker, A. M. (2003). **The theory of uncertainty orientation: a mathematical reformulation.** Journal of mathematical psychology 47 (2), 132-149, doi: 10.1016/s0022-2496(02)00032-9.
- Springer Medizin (2016). **„Das“ Gehalt gibt es nicht.** 68 (43), URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00058-016-2160-1> [Stand: 26.02.2021], doi: 10.1007/s00058-016-2160-1.
- Stanwick, R. (2009). **Report on infection control in the Vancouver island health authority. A focus on action,** Vancouver island health authority, Hrsg. (Victoria) 1-10.
- Starystach, S. und Bär, S. (2019). **Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung.** Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 71, 211-235, doi: 10.1007/s11577-019-00622-w.
- Statistisches Bundesamt (2019a). **Krankheitskosten. Kosten nach Krankheitsklassen und Geschlecht in Euro je Einwohner (Stand: 18. März 2019).** URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/Tabellen/krankheitsklassen-geschlecht.html> [Stand: 06.02.2021].
- Statistisches Bundesamt (2019b). **Qualität der Arbeit. Erwerbsbeteiligung von Eltern.** URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/erwerbsbeteiligung-eltern.html> [Stand: 15.02.2021].
- Statistisches Bundesamt (2019c). **Qualität der Arbeit. Personen in Elternzeit.** URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/_inhalt.html [Stand: 15.02.2021].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a). **Bildung und Kultur. Forschung und Entwicklung an Hochschulen: Überprüfung der FuE-Koeffizienten 2017.** URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Forschung-Entwicklung/Publikationen/Downloads-Forschung-Entwicklung/forschung-entwicklung-hochschulen-5929101179004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 02.01.2021].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b). **Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017.** *Fachserie 12, Reihe 6.1.1,* URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads->

Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf? blob=publicationFile&v=4.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a). **Finanzen und Steuern. Ausgaben, Einnahmen und Personal der öffentlichen und öffentlich geförderten Einrichtungen für Wissenschaft, Forschung und Entwicklung.** URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Forschung-Entwicklung/Publikationen/Downloads-Forschung-Entwicklung/ausgaben-einnahmen-personal-2140360187004.pdf? blob=publicationFile> [Stand: 02.01.2021].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b). **Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12, Reihe 6.1.1**[Stand: 29.01.2021].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020c). **Studierende im Studienfach Allgemeinmedizin nach Geschlecht.** URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html> [Stand: 28.01.2021].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a). **Gesundheitspersonal: Deutschland (sortiert nach Jahren, Einrichtungen, Geschlecht).** URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/inhalt.html> [Stand: 27.01.2021].

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b). **Pressemitteilung Nr. N 019 vom 24. April 2020.** URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_N019_231.html [Stand: 30.03.2021].

Steffens, M. C. und Ebert, I. D. (2016). **Frauen – Männer – Karrieren. Eine sozialpsychologische Perspektive auf Frauen in männlich geprägten Arbeitskontexten**, Springer, Wiesbaden.

Stern, K. (1996). **Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten**, Waxmann, Münster.

Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Fulton, T. R., Stevenson, L., Newton, L. und Schick Makaroff, K. (2009a). **Enhancing ethical climates in nursing work environments.** The Canadian nurse 105 (3), 20-25.

Storch, J., Rodney, P., Varcoe, C., Pauly, B., Starzomski, R., Stevenson, L., Best, L., Mass, H., Fulton, T. R., Mildon, B., Bees, F., Chisholm, A., MacDonald-Rencz, S., Sanchez McCutcheon, A., Shamian, J., Thompson, C., Schick Makaroff, K. und Newton, L. (2009b). **Leadership for ethical policy and practice (LEPP): participatory action project.** Canadian journal of nursing leadership 22 (3), 68-80, doi: 10.12927/cjnl.2009.21155.

Strech, D., Danis, M., Löb, M. und Marckmann, G. (2009). **Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern.** Deutsche Medizinische Wochenschrift 134 (24), 1261-1266, doi: 10.1055/s-0029-1225273.

- Stuber, F., Seifried-Dübon, T., Rieger, M. A., Zipfel, S., Gündel, H. und Junne, F. (2019). **Investigating the role of stress preventive leadership in the workplace hospital: The cross sectional determination of relational quality by transformational leadership.** *Frontiers in psychiatry* 10, 622, doi: 10.3389/fpsy.2019.00622.
- Techniker Krankenkasse (2019). **Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften**, Techniker Krankenkasse, Hrsg. (Hamburg) 1-93.
- Thompson-Burdine, J., Telem, D., Waljee, J., Newman, E., Coleman, D., Stoll, H. und Sandhu, G. (2019). **Defining barriers and facilitators to advancement for women in academic surgery.** *Journal of the american medical association* 2 (8), 1-12, doi: 0.1001/jamanetworkopen.2019.10228.
- Tonn, J. J. (2016). **Frauen in Führungspositionen. Ursachen der Unterrepräsentanz weiblicher Führungskräfte in Unternehmen**, Springer, Wiesbaden.
- Tophoven, C., Kapinsky, A., Wanke, C., Buhlinger-Göpparth, N., Gramm, F., Groß, C., Hauffe, U., Husemann, J., Kappert-Gonther, K., Lesinski-Schiedat, A., Martin, F. und Romanova, N. (2021). **Quoten diskriminieren nicht, sie ermöglichen Chancengleichheit. Das Führungspositionengesetz II hat noch gravierende Lücken.** *Observer Gesundheit*, URL: <https://observer-gesundheit.de/quoten-diskriminieren-nicht-sie-ermoenlichen-chancengleichheit/> [Stand: 01.02.2021].
- UN Women (2021). **Corona: Eine Krise der Frauen (Stand: Januar 2021).** URL: <https://www.unwomen.de/aktuelles/corona-eine-krise-der-frauen.html> [Stand: 06.02.2021].
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (2015). **Sicherheit und Gesundheitsschutz für kommunale Verwaltungen** (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW).
- Vaz, K., McGrowder, D., Crawford, T., Alexander-Lindo, R. und Irving, R. (2010). **Prevalence of injuries and reporting of accidents among health care workers at the University Hospital of the West Indies.** *International journal of occupational medicine and environmental health* 23 (2), 133-143, doi: 10.2478/v10001-010-0016-5.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2014). **Wertschätzung. So beurteilen die Beschäftigten in den Dienstleistungs-Branchen die soziale Kompetenz ihrer Vorgesetzten** ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bereich Innovation und Gute Arbeit, Hrsg. (Berlin) 1-27.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2017). **Nachtdienst-Report. Personalmangel und Versorgungsprobleme in deutschen Krankenhäusern**, Bühler, S., Hrsg. (Berlin) 1-45.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2018). **Belastungscheck.** 1-4, URL: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b2795ede58deb3fb323fc7a/download/Datenblatt_Belastungscheck.pdf [Stand: 26.02.2021].

- Vogd, W. (2017). **Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems**. Berliner Journal für Soziologie 27 (1), 93-121, doi: 10.1007/s11609-017-0332-8.
- Vogd, W., Feißt, M., Molzberger, K., Ostermann, A. und Slotta, J. (2018). **Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten**, 1. Aufl., Springer, Wiesbaden.
- von Eiff, W. (2000). **Personalmanagement in deutschen Krankenhäusern. Führungsdefizite behindern Organisation und Mitarbeiterengagement**. HNO 48 (10), 773-776, doi: 10.1007/s001060050658.
- von Foerster, H. (2003). **Ethics and second-order cybernetics**. In: Understanding understanding: Essays on cybernetics and cognition, Hrsg. von Foerster, H., Springer, New York, S. 287-304.
- von Foerster, H. und Bröcker, M. (2007). **Teil der Welt: Fraktale einer Ethik – oder Heinz von Foerstertanz mit der Welt**, 4. Aufl., Carl-Auer, Heidelberg.
- von Schlippe, A. (2009). **Das Auftragskarussell als Instrument der Fallsupervision**. In: Supervisions-Tools, Hrsg. Neumann-Wirsig, H., ManagerSeminare, Bonn, S. 226-233.
- Voß, M. (2004). **Wo bleibt die Zeit?** Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2004, 36-39.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B. und Ghali, W. A. (2009). **Physician wellness: a missing quality indicator**. Lancet 374 (9702), 1714-1721, doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
- Wallenfels, M. (2020). **Pflege anscheinend doch attraktiv für junge Leute**. Ärztezeitung erschienen am 28.10.2020, URL: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Pflege-anscheinend-doch-attraktiv-fuer-junge-Leute-414105.html> [Stand: 10.03.2021].
- Wattendorff, F. (2010). **Reducing stress among female cleaners at a hospital** (European agency for safety and health at work (EU-OSHA))1-5.
- Webster, D. M. und Kruglanski, A. W. (1994). **Individual Differences in Need for Cognitive Closure**. Journal of Personality and Social Psychology 67 (6), 1049-1062.
- Weider, N. (2020). **Teamarbeit im Krankenhaus. Handlungswissen für erfolgreiche Zusammenarbeit**, 1. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M. und Shanafelt, T. D. (2006). **Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study**. Journal of the American medical association 296 (9), 1071-1078, doi: 10.1001/jama.296.9.1071.

- Wiegand, N. (2011). **Beobachtungen organisationalen Wandels: Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) im Gegensatz von Selbst- und Fremdbeschreibung**, Carl Auer, Heidelberg.
- Wiegand, N. (2013). **Die DFG zwischen Wissenschaft und Politik**, Koch, C. und Wolff, G., Hrsg. (Lemmens Medien GmbH, Wissenschaftsmanagement, Zeitschrift für Innovation) 6-7.
- Wiener, B. (2013). **Auswirkungen von Schichtarbeit auf die Work-Life-Balance**. In: **Bornewasser M., Zülch G. (eds) Arbeitszeit - Zeitarbeit**. In: Arbeitszeit - Zeitarbeit. Flexibilisierung der Arbeit als Antwort auf die Globalisierung, Hrsg. Bornewasser, M. und Zülch, G., 1. Aufl., Springer Gabler, Wiesbaden, S. 245-259.
- Wittig-Goetz, U. (2008). **Zur Prävention von arbeitsbedingten Muskel- und Skeletterkrankungen**, Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg. (Düsseldorf)1-14.
- Witzel, A. (2000). **Das problemzentrierte Interview**. Forum Qualitative Sozialforschung 1 (1), URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [Stand: 30.03.2021].
- Woods, V. und Buckle, P. (2006). **Musculoskeletal ill health amongst cleaners and recommendations for work organisational change**. International Journal of Industrial Ergonomics 36 (1), 61-72, doi: 10.1016/j.ergon.2005.08.001.
- World Health Organization (2019). **Burn-out an "occupational phenomenon": International classification of diseases**. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [Stand:17.03.2021].
- Zander, B. und Busse, R. (2012). **Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse**. In: Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe, Hrsg. Bechtel, P. und Smerdka-Arhelger, I., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 109-122.
- Zander, B. und Busse, R. (2017). **Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland – Eine Führungsaufgabe**. In: Pflege im Wandel Hrsg. Bechtel, P., Smerdka-Arhelger, I. und Lipp, K., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 125-137.
- Zock, J.-P. (2005). **World at work: Cleaners**. Occupational and Environmental Medicine 62 (8), 581-584, doi: 10.1136/oem.2004.015032
- Zock, J.-P., Kogevinas, M., Sunyer, J., Jarvis, D., Torén, K. und Antó, J. (2002). **Asthma characteristics in cleaning workers, workers in other risk jobs and office workers**. European Respiratory Journal 20, 679-685, doi: 10.1183/09031936.02.00279702.
- Zuberi, D. (2013). **Cleaning up: How hospital outsourcing is hurting workers and endangering patients**, Cornell University Press, Ithaca.

- Zwack, J. (2017). **Entscheiden im Dilemma – was bleibt, wenn nichts geht?** Systeme 31 (1), 88-107.
- Zwack, J. und Bossmann, U. (2017). **Wege aus beruflichen Zwickmühlen: Navigieren im Dilemma**, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Zwack, J., Bossmann, U. und Schweitzer, J. (2016). **Navigieren im Dilemma**. In: CSR und gesunde Führung, Hrsg. Hänsel, M. und Kaz, K., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 137-152.
- Zwack, J. und Pannicke, D. (2010). **"Surviving the Organisation". Einige Landkarten zur Navigation im ganz normalen organisationalen Wahnsinn**. In: Die Organisation in Supervision und Coaching, Hrsg. Schreyögg, A. und Schmidt-Lellek, C., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 111-125.
- Zwack, J. und Schweitzer, J. (2009). **Bausteine systemischer Führungskräfte trainings**. Organisationsberatung, Supervision, Coaching 16 (4), 399-411, doi: 10.1007/s11613-009-0165-1.
- Zwack, M., Muraitis, A. und Schweitzer, J. (2012). **Der Kontext der (Nicht-)Wertschätzung. Zu einer praktischen Theorie der Wertschätzung in Organisationen**. Kontext 43 (2), 115-131.

6 Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen

Die vorliegende Dissertation ist im Rahmen des Forschungsprojektes „Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus“ (SEEGEN) in einem durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung über vier Jahre geförderten Forschungsverbund entstanden. Innerhalb des Forschungsverbunds bestehend aus fünf verschiedenen Teilprojekten an unterschiedlichen Standorten (Ulm, Heidelberg, Tübingen, Düsseldorf, Duisburg-Essen) wirke ich seit über drei Jahren in verschiedenen Rollen mit:

Im Zeitraum September 2017 bis Oktober 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Heidelberger Projektteam, in den Folgemonaten als Trainerin für die Intervention „Dilemmakompetenz“ sowie bis zum 20. November 2020 im Rahmen einer aus dem Forschungsverbund entstandenen Arbeitsgruppe, die gesellschaftspolitische Implikation der SEEGEN-Studie diskutiert.

6.1 Phase I des SEEGEN-Projektes

In der ersten Forschungsphase des SEEGEN-Projektes (2017-2019) habe ich im Teilprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin sowie als Co-Trainerin für das Dilemmakompetenz-Training an zwei der vier Krankenhausstandorte mitgewirkt.

Nach dem erfolgreichen Antrag auf Forschungsförderung des SEEGEN-Projektes durch das BMBF, den Dr. Ulrike Bossmann und Prof. Dr. Jochen Schweitzer federführend für das Heidelberger Teilprojekt formuliert haben, habe ich im Herbst 2017 gemeinsam mit Marieke Born die Einreichung aller Teilprojektunterlagen bei der Ethikkommission vervollständigt und damit ein positives Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg (S-645/2017) erwirkt.

Grundlegende konzeptionelle Vorarbeit haben für das Dilemmakompetenz-Training Dr. Ulrike Bossmann und Dr. Julika Zwack geleistet, indem sie das Trainingskonzept in einem vorangegangenen Forschungsprojekts „Resilienz durch Organisationskompetenz“ (2014 - 2016) entwickelt, erstmals erprobt und auf seine Wirksamkeit im Industriegewerbe untersucht haben.

Im Rahmen des SEEGEN-Projektes wurde das Training unter Einbezug des Teilprojektleiters des Heidelberger Teilprojektes Prof. Dr. Jochen Schweitzer von Dr. Ulrike Bossmann, Dr. Julika Zwack, meiner Projektkollegin Marieke Born und mir schrittweise an den Arbeitskontext Krankenhaus angepasst.

Die genutzten Trainingsunterlagen in Phase I wurden überwiegend von Dr. Ulrike Bossmann erstellt und wurden während des Studienverlaufs anhand praktischer Erfahrungen in den teilnehmenden Kliniken von meiner Projektkollegin Marieke Born und mir überarbeitet und kontinuierlich angepasst.

6.1.1 Projektbewerbung und Rekrutierung von Proband*innen

In der Zeit von November 2017 bis Februar 2018 habe ich gemeinsam mit meiner Projektkollegin Marieke Born das Projekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ in insgesamt vier Kliniken in Baden-Württemberg beworben und insgesamt N = 69 Trainingsteilnehmer*innen rekrutiert. Alle vier Kliniken gehörten zu einem öffentlich-rechtlichen Klinikverbund, den Dr. Ulrike Bossmann und Prof. Dr. Jochen Schweitzer 2017 für die Teilnahme an der ersten Forschungsphase gewinnen konnten.

Die Rekrutierungsaktivitäten von mir und meiner Projektkollegin umfassten insgesamt schätzungsweise 160 Stunden, bestehend aus ca. 129 Stunden vor-Ort Rekrutierungsterminen an den Kliniken sowie Vor- und Nachbereitung exklusive Anfahrtszeiten.

6.1.2 Datenerhebung

Die gesamte quantitative sowie qualitative Beforschung der teilnehmenden Proband*innen habe ich zu gleichen Teilen wie meine Projektkollegin Marieke Born durchgeführt. Mit allen Studienteilnehmer*innen, die das Training erfolgreich abschlossen (N = 56), habe ich zu gleichen Anteilen wie meine Projektkollegin vor und nach dem Training jeweils ein Einzelinterview durchgeführt.

Zu vier Messzeitpunkten haben meine Projektkollegin und ich online-basierte Fragebogenerhebungen durchgeführt. Um die kontinuierliche Teilnahme der Proband*innen zu sichern, haben wir über die gesamte Studienzeit eine engmaschige Kommunikationsstrategie entwickelt, d.h. Studienteilnehmer*innen vor jedem Erhebungszeitpunkt und vor jeder Trainingssitzung einzeln per E-Mail und/oder Telefon kontaktiert sowie Teilnehmer*innen auf Wunsch individualisiertes schriftliches Feedback zu einzelnen Trainingsübungen zur Verfügung gestellt. Jede Trainingssitzung haben meine Projektkollegin und ich zu gleichen Anteilen protokolliert, um bestmöglichen Informationsaustausch innerhalb der Trainer*innenteams im Teilprojekt und den Verbundkolleg*innen zu ermöglichen.

6.1.3 Datenaufbereitung

Die Transkription der N = 56 Einzelinterviews wurde von sechs Qualifikant*innen (Prä-Interviews: Leonie Birke, Lisa Noesen, Jennifer Greiving, Christina Hilz-Ward; Post-Interviews: Marlen Pfisterer, Meike Arend) im Heidelberger Teilprojekt durchgeführt. Alle Transkripte wurden von meiner Kollegin Marieke Born und mir kontrolliert.

6.1.4 Datenauswertung

Das Kategoriensystem zur Auswertung der Einzelinterviews habe ich in Zusammenarbeit mit meiner Projektkollegin erarbeitet und anschließend in intensiver Teamarbeit mit allen genannten Qualifikantinnen im Zeitraum 15.06.2018 bis 30.04.2019 diskutiert, validiert und verfeinert. Für die Organisation und Leitung dieser Forschungsgruppe waren meine Kollegin Marieke Born und ich – in enger Rücksprache mit Prof. Dr. Jochen Schweitzer – hauptverantwortlich zuständig.

Die Codierung der Einzelinterviewtranskripte haben für die Berufsgruppe der Oberärzt*innen Leonie Birke (Prä-Interviews) und Marlen Pfisterer (Post-Interviews), für die Berufsgruppe der Pflegenden Lisa Noesen und Jennifer Greiving (Prä-Interviews), für die Berufsgruppe der Verwaltung, IT und Reinigung Christina Hilz-Ward (Prä-Interviews), sowie für alle nicht-ärztlichen Führungskräfte zum Post-Interviewzeitpunkt Meike Arend übernommen.

In meiner Dissertation setze ich Ergebnisse aus Teilauswertungen, die die genannten Qualifikantinnen erstellt haben, in Bezug und nehme vergleichende Analysen zwischen (a) weiblichen und männlichen Führungskräften und (b) verschiedenen Berufsgruppen vor.

6.1.5 Betreuung von Qualifikationsarbeiten

Im Rahmen meiner Projektstätigkeit war ich zu gleichen Teilen wie meine Kollegin Marieke Born mit der Konzeption möglicher Teilauswertungen der Projektdaten im Rahmen von Qualifikationsarbeiten betraut. Gemeinsam haben wir insgesamt sieben Qualifikationsarbeiten (zwei Bachelor-, drei Masterarbeiten sowie zwei medizinische Dissertation) ausgeschrieben und

beworben, im Rahmen diverser Bewerbungsgespräche geeignete Bewerber*innen ausgewählt, und die finalen Qualifikant*innen engmaschig betreut. Eine weitere medizinische Dissertationsschrift durch Marlen Pfisterer wird voraussichtlich 2021 fertiggestellt. Zwischenergebnisse und Fragen aller Qualifikant*innen wurden in regelmäßigen Besprechungsterminen diskutiert. Die Fragestellungen aller Qualifikationsarbeiten wurden vorab durch mich und meine Projektkollegin formuliert.

Die Beiträge von insgesamt fünf Qualifikantinnen (Arend 2020; Birke 2020; Greiving 2020; Hiltz-Ward 2019; Pfisterer 2021) haben besondere Relevanz für die vorliegende Dissertationsschrift. Ergebnisse einzelner qualitativer Professionsgruppenanalysen zum Prä-Zeitpunkt durch Hiltz-Ward (2019), Birke (2020) und Greiving (2020) habe ich im Diskussionsteil zu Studie 1 im Kontext meiner eigenen Befunde diskutiert. Ebenso ziehe in diesem Teil meiner Arbeit Inspiration aus den Arbeiten von Arend (2020) und Pfisterer (2021) und reiche die Auswertung meiner Befunde bezüglich einer professions- bzw. geschlechtsspezifischen Trainingswirksamkeit punktuell an durch Hinweise aus ihren (sich teilweise noch in der Vorbereitung befindender) Arbeiten zu professions- und geschlechtstypischen Erlebens- und Umgangsweisen mittlerer Führungskräfte im Dilemma.

6.2 Phase II des SEEGEN-Projektes

Nach Abschluss der ersten Forschungsphase habe ich das Dilemmakompetenz-Training in Zusammenarbeit mit Dr. Ulrike Bossmann und Marieke Born auf ein Zwei-Tages-Training kondensiert. Gemeinsam mit Marieke Born habe ich ein Trainingsmanual (siehe Anhang 4) erstellt, welches als Grundlage für die zweite Forschungsphase, in der Interventionseffekte cluster-randomisiert untersucht werden, dient.

Nachdem Dr. Ulrike Bossmann die Verbundkolleg*innen aus Ulm, Tübingen, Düsseldorf und Duisburg-Essen am 16.07.2019 in das zu diesem Zeitpunkt vorläufige Trainingsmanual eingeführt hat, habe ich gemeinsam mit meiner Kollegin Marieke Born eine ganztägigen „Train-the-trainer“-Schulungsveranstaltung für zukünftige Trainer*innen an anderen Standorten geleitet. Während der gesamten zweiten Forschungsphase stand ich für Rückfragen der Kolleg*innen und der Verbundkoordination zur Verfügung.

In der zweiten Forschungsphase habe ich zudem als Co-Trainerin (2020-2021) gemeinsam mit Janna Küllenberg zwei weitere Dilemmakompetenz-Trainings im Universitätsklinikum Heidelberg durchgeführt und dem Heidelberger Projektteam ausführliche Gedächtnisprotokolle zur Verfügung gestellt, um eine bestmögliche Betreuung der Studienteilnehmer*innen in Phase II zu gewährleisten.

6.3 Zusätzliches Engagement im Forschungsverbund und weitere Forschung

Gemeinsam mit meiner Projektkollegin Marieke Born habe ich gegen Ende des ersten Forschungsphase auf einem Verbundtreffen am 17.07.2019 eine kritische Reflexion über bisherige Forschungserfahrungen im Verbund angeregt und moderiert. Aus zuvor formulierten selbstkritischen Statements des Heidelberger Teilprojektes entstand eine lebhafte Diskussion, aus der sich die Arbeitsgruppe „Die Diskussion geht weiter“ bildete.

Die weitere Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe habe ich gemeinsam mit meiner Projektkollegin Marieke Born gestaltet und vor Ort im Rahmen zweier Arbeitsgruppentreffen in Heidelberg moderiert, darunter eines am 20.01.2020, in dem der Grundstein für einen im Herbst 2020 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Artikel (Gündel et al. 2020) gelegt wurde, an dem ich als ich Co-Autorin beteiligt war.

Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppentreffen und Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen wurden stets in eigens erstellten Protokollen festgehalten und dem Gesamtverbund durch mich und meine Kollegin Marieke Born zur Verfügung gestellt.

Eigenständig entwickelte ich aus dieser Zusammenarbeit die Idee für eine anschließende zusätzliche Beforschung der Arbeitsgruppe und der Expertise, den Einstellungen und Beweggründen ihrer Mitglieder. Diese weiterführende Forschungsidee ist als „Studie 2: Die Verantwortung der Forschenden in der Krankenhausforschung“ ein Teil meiner vorliegenden Dissertationsschrift. Hierin untersuchte ich, wie ein Expert*innenkreis von 10 Gesundheitsforschenden aus fünf Universitätskliniken und drei medizinischen Disziplinen (Arbeitsmedizin, Psychosomatik sowie Medizinische Psychologie) selbstkritisch die Angemessenheit seiner Implementations- und Evaluationsstrategien reflektiert. Die 10 Einzelinterviews mit allen zur Arbeitsgruppe gehörenden Forscher*innen habe ich eigenständig geplant, durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

6.4 Eigene Veröffentlichungen

Aus dem Forschungsprojekt „Dilemmakompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ sind bisher folgende Veröffentlichungen von Teil- oder Zwischenergebnissen hervorgegangen:

- (1) Gündel, H., Born, M., **Drews, A.**, Mulfinger, N., Junne, F., Müller, A., Angerer, P. und Schweitzer, J. (2020). Gesundheit von Krankenhauspersonal. Kaum Spielräume für Verbesserungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 117 (47), 2281-2286.
- (2) Born, M., **Drews, A.**, Bossmann, U., Zwack, J. und Schweitzer, J. (2020). Vom Reflex zur bewussten Entscheidung. Die Wirkung eines Dilemma-Kompetenz-Trainings für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching* 27 (3), 365-382.
- (3) Schweitzer, J., Born, M., **Drews, A.**, Zwack, J. und Bossmann, U. (2019). Dilemmaerleben und Dilemmakompetenz mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus. In: *Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen - Gesundheit der Beschäftigten - Qualität der Patientenversorgung*, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg am Lech, S. 290-300.

Der folgende Aufsatz über Teilergebnisse aus meiner Studie 1 ist eingereicht und befindet sich aktuell im Publikationsprozess:

- (4) **Drews, A.**, Küllenberg, J., Born, M., Bossmann, U., Zwack, J., Gündel, H. und Schweitzer, J. (2021). Sex- and profession-specific effects of an interprofessional dilemma-management-training for mid-level hospital executives. Publikation in Vorbereitung.

Publikation (1) basiert auf der Reflexion des Forschungsverbunds über erlebte Herausforderungen im Forschungsprozess. Der Artikel thematisiert die in vorangegangener Diskussion infrage gestellte Sinnhaftigkeit von verhaltenspräventiven Interventionen und die Notwendigkeit ergänzender Verhältnispräventionen für Beschäftigte im Krankenhaus. Die zugrunde liegende Diskussion habe ich moderiert und moderiert, als Teil der Autor*innengruppe habe ich am gesamten Schreib- und Literaturrechercheprozess aktiv mitgewirkt. Ergebnisse flossen in verschiedene Teile der vorliegenden Arbeit ein und sind stets mit entsprechender Referenz versehen.

Publikation (2) beinhaltet qualitative Teilergebnisse, die ebenfalls Bestandteil der Dissertationsschrift von Marieke Born (2020) sind. Ich habe an dieser Publikation im Rahmen

mehrfacher inhaltlicher Überarbeitungs- und Korrekturschleifen innerhalb der Autor*innen-gruppe mitgewirkt und alle zugrundeliegenden Daten miterhoben.

Publikation (3) beinhaltet eine erste Illustration typischer Dilemmasituationen und prototypischer Umgangsstrategien mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus, die im Rahmen des Forschungsprojektes beobachtet werden konnten sowie eine erste konzeptuelle Darstellung des Konstrukts „Dilemmakompetenz“. Mein Mitwirken an dieser Publikation bestand aus der Auswahl und Aufbereitung anschaulichen qualitativen Datenmaterials aus dem Fundus der zuvor durchgeführten Einzelinterviews sowie dem Mitformulieren und Korrekturlesen des Manuskripts.

Publikation (4) beinhaltet Teilergebnisse der differentiellen Auswertung quantitativer Befragungsdaten. Formulierung der Fragestellung des Artikels, Erstellung des Auswertungskonzept, Durchführung aller Analysen, Literaturrecherchen und Verschriftlichung des Manuskriptentwurfs erfolgten durch mich. Am 18.03.2021 konnte eine durch das Fachjournal geforderte „Minor Revision“ des Manuskripts, die ich eigenständig umgesetzt habe, zur finalen Publikation eingereicht werden.

Die Ergebnisse meiner Arbeit habe ich zudem auf folgenden Tagungen vorgestellt:

- 2019: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST), Universität Hamburg (Workshop, *Zeitdruck & andere unliebsame Dilemmata*)
- 2019: Konferenz des Journal of Organizational Behavior zum Special Issue »Organizational Justice and Behavioral Ethics« EBS Business School, Oestrich-Winkel (Vortrag, *Gender gap reloaded – apart from gender stereotypes: what do female mid-level executives need to better solve dilemmas?*)
- 2019: Deutscher Kongress für psychosomatische Medizin, Berlin (Panel und Vortrag, *Resilienz durch Dilemmakompetenz – Förderung der psychischen Gesundheit mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus*)
- 2019: Promotionskonferenz zum Thema Gesundes Arbeiten des Wissenschaftszentrums Berlin (Vortrag, *Dilemma Competency – Coping by taking full responsibility*)
- 2018: Deutscher Kongress für psychosomatische Medizin, Berlin (Posterpräsentation)

Weitere eigene Veröffentlichungen:

- (6) **Drews, A.**, Born, M. und Von Schlippe, A. (2021). Reflektierende Positionen im Therapieprozess. In: Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden, Hrsg. Strauß, B., Galliker, M., Linden, M., et al., Kohlhammer, Stuttgart.
- (7) Schweitzer, J. und **Drews, A.** (2020). Symbolic action methods in systemic team consultation. *Journal of family therapy* 42 (1), 149-160.
- (8) **Drews, A.** (2020). Dilemmakompetenz und Selbstfürsorge. E-Learning Kurs „Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt“, Universitätsklinikum Ulm. URL:
 - a. https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/pluginfile.php/396/mod_resource/content/4/Dilemmakompetenz-und-Selbst%C3%BCrsorge_Drews_Dilemmakompetenz.pdf [Stand: 02.12.2020].

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfäden

Studie 1: Einzelinterview vor Beginn des Dilemmakompetenz-Trainings

Einführung (ca. 10 Minuten):

Schön, dass Sie es hier hergefunden haben. Wir sprechen jetzt ungefähr 60 Min. und ich werde Ihnen einfach ein paar Fragen stellen. Es wird vor allem darum gehen, zu erfahren, **welche Dilemmata Sie in Ihrem beruflichen Alltag erleben**. Und dann bin ich gespannt, **was Sie sich vom Training erwarten**.

Mir ist wichtig, Ihnen noch einmal zu sagen: **Hier können Sie offen sprechen** – wir unterstehen der **Schweigepflicht und das Gespräch ist vertraulich**. Alles was Sie hier sagen, erfahren nur wir als Forschungs- und TrainerInnenteam, nicht aber Ihre ArbeitskollegInnen oder Ihre Vorgesetzten. Deshalb können Sie hier das sagen, was sie sonst vor Mitarbeitenden und gegenüber der Leitung nicht sagen würden. Für das **Training kann es hilfreich** sein, wenn Sie uns auch berichten, was **vielleicht manchmal ärgerlich ist oder Ihnen schwerfällt**. Wir würden uns freuen, wenn wir hier ein offenes, ehrliches Gespräch führen, auf Grundlage dessen wir das Training gut gestalten können.

Damit mir nichts Wichtiges von Ihren Aussagen entgeht, werde ich während des Gesprächs protokollieren, und damit es uns möglich ist, im Nachhinein noch einmal gezielt nachhören zu können, was gesagt wurde, **würde ich dieses Gespräch gerne zusätzlich aufzeichnen**. Anhand dieser Tonbandaufnahme wird das Gespräch im Anschluss transkribiert – also verschriftlicht.

Es geht uns hierbei nicht um die Aussagen von Ihnen als Frau/Herr..., sondern darum, hinterher in der Auswertung unterschiedliche Stimmen aus der Runde der mittleren Führungskräfte zusammenfassen zu können. Das Ganze dient dem Forschungsprojekt, denn **wir wollen nach diesem Projekt analysieren können: Was sind eigentlich die Dilemmata im Krankenhaus? Wo drückt der Schuh?**

Für Sie jetzt noch ein paar Infos zu Ihrer Studienteilnahme:

Alle Daten werden ausschließlich in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Code aus Ziffern und Buchstaben. Eine Weitergabe der Daten erfolgt ebenfalls ausschließlich in pseudonymisierter Form. Die Audiodateien werden bis zur endgültigen Auswertung in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt.

Wir versichern Ihnen, dass Dritte, nicht zum Forschungsteam gehörende Personen, insbesondere Mitarbeitende Ihrer Organisation, also Kollegen/Vorgesetzte, keinen Einblick in die Originalunterlagen erhalten. Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß dem deutschen Datenschutzstandard zu gewährleisten. Die Daten werden in pseudonymisierter Form nur solange aufbewahrt, bis sie endgültig ausgewertet sind, und danach vernichtet.

[Start des Tonbandgerätes und Beginn des Hauptinterviews]

1) Demographische Fragen

Was wir schon von Ihnen wissen: Sie sind ja ... [Funktion] auf Station ... (ggf.: Können Sie noch kurz erzählen, was Ihre Station/Ihr Bereich genau bedeutet?) und tragen Verantwortung für ... [Anzahl] Mitarbeitende.

a. *Frage nach der beruflichen Biografie:*

- Wie lange sind Sie schon in dieser Position? Und in drei Sätzen – wie sind sie dahin gekommen? Wie kommt es, dass Sie in der aktuellen Position an diesem Krankenhaus sind?

b. *Frage nach dem Selbstverständnis als Führungskraft (z.B. Arzt vs. Manager):*

- **Ärztlicher/Pflegerischer Bereich:** Erleben Sie sich mehr als Arzt/Pfleger oder eher als Führungskraft?
- **Service/Verwaltung:** Erleben Sie sich mehr Ihrer Tätigkeit im Service/in der Verwaltung verbunden oder erleben Sie sich mehr als Führungskraft?

c. *Frage nach der Erfüllung durch den ausgeübten Beruf:* Wie wird das ursprüngliche Motiv, den Beruf angefangen zu haben mit der heutigen Arbeitsrealität befriedet?

Mögliche Nachfragen:

- Wenn Sie daran denken, wie Sie vor X Jahren angefangen haben (in Ihrem Job zu arbeiten), was hat Sie damals motiviert/angetrieben? Wie ist das heute?
- Was dachten Sie damals, wofür es sich lohnt, diesen Job zu machen?
- Angenommen Sie würden Ihren Kindern/Enkelkindern bei deren Berufswahl helfen und von sich als Frau/Herr X erzählen: Warum haben Sie sich für diesen Job entscheiden?
- Wie sehr schaffen Sie es, diesem Anspruch gerecht zu werden?

2) Dilemmaerleben/-kompetenz

a) Erkundung einer beruflichen Dilemmasituation:

Wir möchten in den Trainings mit Ihnen zum Thema Dilemmata arbeiten. Ein Dilemma entsteht immer dann, wenn man gleichzeitig vielen Ansprüchen gerecht werden muss. Wenn man Option A wählt, hat das einen Nachteil, wenn man Option B wählt, jedoch auch. Egal wie man sich entscheidet – man macht es falsch.

Wir haben hier eine Denkhilfe für Sie vorbereitet. **Sie müssen diese Hilfestellung aber nicht nutzen, vielleicht brauchen Sie sie nicht oder es handelt sich bei Ihrem Dilemma um ein anderes Spannungsfeld, das hier nicht aufgeführt ist.**

[Hinweis an die Interviewerin: Um eine Anregung von möglichen Spannungsfeldern zu bieten, in denen Dilemmata entstehen können, wird dem Interviewee an dieser Stelle eine Vorlage mit Beispielen präsentiert.]

- Uns würde interessieren: Was ist ein Dilemma in Ihrem Alltag auf Station/im Büro/ auf der Arbeit, das Ihnen **besonders zu schaffen** macht?
- *[Möglicherweise erneuter Verweis auf die Vorlage]*
Sie müssen nicht zu allen Punkten auf der Vorlage etwas sagen. Die Karte dient nur dazu Ideen zu bekommen, wo Dilemmata auftreten könnten.
- *Zur Schärfung des dilemmatischen Moments:* Was macht diese Situation für Sie zu einer Zwickmühle?

b) Klärung der unterschiedlichen Ansprüche:

- Was sind die unterschiedlichen Ansprüche, die sich hier gegenseitig ausschließen?
- **Wichtig: Sehr genau nachfragen:**
Das habe ich noch nicht verstanden: Was schließt sich hier gegenseitig aus? Habe ich Sie richtig verstanden, dass...?
- **Idee: Vorschläge für subtile Ansprüche machen:**
z.B.: „Ich möchte eine gute Führungskraft sein.“; „Ich möchte kollegial sein.“

c) Erfragen von Entscheidungsoptionen und damit verbundenen Preisen:

(Idee als Hintergrund für die Interviewerin: Egal was ich mache, ich muss einen Preis zahlen – deswegen stecke ich fest.)

- **Was sind Optionen**, wie Sie sich verhalten könnten?
- Wenn Sie ... machen – was ist der Nachteil dabei?
- Was ist der **Vorteil / Gewinn** der jeweiligen Optionen?

d) Zur weiteren Erfragung der Preise / Konsequenzen schon an dieser Stelle: Umgangsstrategien & Konsequenzen des eigenen Verhaltens:

- Die **Erwartungen** an Sie sind sehr hoch. Wie machen Sie das, wenn A von Ihnen das eine und B von Ihnen das andere will?
- Für welche Option **entscheiden** Sie sich dann **meistens**?
- **Warum** entscheiden Sie sich **für diese Option**?
- Was passiert dann? / Was machen die anderen dann?
- Was sind also die **Nachteile** Ihres Verhaltens?

- Was machen Sie dann (wenn Sie der „Buhmann“ sind)?
Wie reagieren Sie darauf?

e) Erkundung von Verschärfen (Faktoren, die die Situation noch schlimmer machen)

- Was macht die Situation zusätzlich **schlimmer**, als sie ohnehin schon ist?

f) Erkundung des individuellen Erlebens der Dilemmasituation & wahrgenommenen Konsequenzen

- Wie geht es Ihnen in der Situation, die Sie gerade beschrieben haben?
- Wenn Sie sich an damals erinnern, bevor Sie die (zufriedenstellende) Strategie hatten – wie ging es Ihnen in dieser Situation?
- Welche **Gedanken** gehen Ihnen in so einer Situation durch den Kopf?
- Wie **reagiert ihr Körper**? (*Beispiele anbieten*: Menschen bekommen in solchen Situationen häufig einen erhöhten Puls / kalte Hände / beginnen zu schwitzen...)
- Welche **Gefühle** kommen da bei Ihnen auf?
- Beeinträchtigt das Ihre **Arbeitsweise**? Was ist dann anders?
- Beeinträchtigt das Ihr **Privatleben** – wenn ja, in welcher Weise?

g) Erfragen, wieweit die Dilemmaqualität bereits wahrgenommen und erkannt wird

- Ist Ihnen in den Situationen **bewusst**, dass Sie sich in einer Situation befinden, in der es keine Lösung gibt? Oder fühlen Sie sich **eher diffus gelähmt** – wissen aber nicht, wieso?

h) Erkundung eigener Prämissen, die gewünschte Lösungen verhindern

- Was würden Sie eigentlich **am liebsten tun**?
- **Was hindert Sie daran**?
 - **Im Inneren**: Was sind **eigene Ansprüche**, Regeln, Glaubenssätze? (biographisch z.B.: „Ich bin fleißig.“)
 - **Im Äußeren**: Gibt es Vorstellungen, wie die Sachen hier zu laufen haben, die Sie wohlmöglich beeinflussen? (organisationskulturelle Spielregeln innerhalb der Organisation z.B. „Der Chef hat immer das letzte Wort.“)
- Was würde passieren, wenn Sie das Gewünschte trotzdem täten?
- Wie würden **relevante Andere (Ihr Chef/Ihre Mitarbeitende) reagieren**?

i) Umgangsstrategien

Jetzt müssen Sie ja irgendwie mit diesen Situationen zurechtkommen. Wenn Sie also zwischen den Entscheidungsoptionen stehen:

- Wie schaffen Sie es dann zurecht zu kommen? Was hilft Ihnen dabei?
- Was hilft Ihnen **im Inneren**? Damit können auch **Einstellungen** gemeint sein. Es kann aber etwa auch bedeuten sich zu entscheiden, dem Ganzen nicht so viel **Aufmerksamkeit** zu schenken oder die Aufmerksamkeit gezielt auf Anderes zu lenken.
- Was hilft Ihnen in der konkreten Situation **im Äußeren**?

- Was hilft Ihnen, nachdem die Situation vorüber ist?
- Gibt es etwas, das Ihnen in der Situation hilft, **was Sie selbst beeinflussen können**?
- Was müssten Sie machen, damit es noch schlimmer wird?

j) Erkundung von Entschärfen (Faktoren, die die Situation weniger schlimm machen)

- Was sind **äußere Umstände** (z.B. Verhalten der Anderen), die Ihnen helfen?
- Gibt es Unterstützung **von Anderen**, die Ihnen hilft?
- *Unterschiedsfrage*: Was sind äußere Umstände, die es schlimmer machen? **Was hilft ganz und gar nicht? Was macht es schlimmer?**

k) Perspektive des Gegenübers

[Erinnerung an Interviewerin: Bei dieser Frage soll herausgefunden werden, ob es dem Interviewee gelingt, sich in die Perspektive des Gegenübers in der Dilemmasituation zu versetzen und dessen gute Gründe anzuerkennen oder aber die andere Person „dämonisiert“ – also für die missliche Lage verantwortlich macht.]

- Was glauben Sie, was Ihr Gegenüber (Chef/Mitarbeitende) für **gute Gründe** hat, sich auf diese Weise zu verhalten?
- Was haben **andere AnspruchsstellerInnen** möglicherweise für Gründe?

3) Weitere Dilemmasituationen

Bisher haben wir sehr intensiv über ein Dilemma gesprochen, das Sie beschäftigt. Welche weiteren Dilemmasituationen passieren Ihnen häufig?

[Hinweis an die Interviewerin: Um eine Anregung von möglichen Spannungsfeldern zu bieten, in denen Dilemmata entstehen können, wird dem Interviewee an dieser Stelle erneut die Vorlage mit Beispielen präsentiert.]

- (1) Zwischen Ihnen und Ihren Vorgesetzten
- (2) Zwischen Ihnen und Ihren Mitarbeitenden verschiedener Hierarchiestufen
- (3) Zwischen Ihren eigenen Bedürfnissen und dem, was andere von Ihnen wollen
- (4) Zwischen Patienteninteressen und Krankenhausinteressen
- (5) Zwischen Berufsgruppen, z.B.
 - zwischen Medizin und Pflege
 - zwischen Medizin oder Pflege einerseits, Verwaltung oder Service andererseits
 - zwischen Verwaltung und Service
 - zwischen verschiedenen Service Bereichen
 - zwischen Verwaltung und Medizin
 - zwischen anderen Berufsgruppen
- (6) Zwischen Überweisern und dem Krankenhaus
- (7) Zwischen sonstigen Parteien, an die wir nicht gedacht haben

4) Wünsche und Erwartungen an das kommende Training

a) Erkundung der Trainingserwartungen

- **Was muss im Training passieren**, damit Sie sagen „das hat mir geholfen“?

- Woran merken Sie das?
- Was sollten wir auf **keinen Fall tun**?

b) Erkunden: Was braucht der Interviewee, um am Training teilzunehmen?

- Was können **wir noch für Sie tun**, damit es möglichst häufig gelingt, an den Modulen teilzunehmen?
(*Beispiele anbieten:* „im Vorhinein bei Chefs ankündigen, dass Modul in 3 Tagen stattfindet“; *Nachfragen:* „Ist unser Informationsschreiben an Vorgesetzten/Dienstplaner von Ihnen weitergeleitet worden?“)
- **Wer wird bedeutsam sein** für eine regelmäßige Teilnahme (Vorgesetzter, Dienstplaner, KollegInnen)?
- Was haben Sie bereits ausgehandelt?
- Was können wir noch tun, um eine Teilnahme wahrscheinlich zu machen?

[Dringender Hinweis: Informiere den Interviewe, dass der Pieper/das Stations-telefon bitte während der Trainings stumm zu stellen bzw. erst gar nicht dabei zu haben ist (Mögliche Fragen: „Können Sie ihr Telefon auf KollegInnen weiterleiten? Sollen wir noch einmal mit dem Chefarzt sprechen?“)]

5) Durchführung Online Befragung

- Von **Online Befragung T0 berichten:** Nach diesem Gespräch senden wir Ihnen bald einen Link zur Befragung per Mail zu.
- Hinweisen: Die Onlinebefragung enthalten z.T. Fragen, die aus standardisierten Fragebögen stammen. Vielleicht überrascht Sie die eine oder andere Formulierung. Lassen Sie sich davon nicht irritieren.
- **Emailadresse abgleichen:** Haben Sie unsere Emails bisher erhalten? **Sind Sie unter dieser Emailadresse gut erreichbar** – oder sollen wir Sie lieber über eine andere kontaktieren?
- (*Vor allem an Service- und Pflegekräfte, die unregelmäßig computergestützt arbeiten*): Klappt es, wenn wir Ihnen die Befragung T0 online zukommen lassen werden? (**Paper-Pencil-Fragebogen nötig?**)

6) Abschlusshinweis

Ihr Training startet am ... [Datum und Uhrzeit nennen] in ... [Standort nennen].
Sie können sich auf unsere Kollegen [Namen der TrainerInnen nennen] freuen!

Studie 1: Einzelinterview nach Abschluss des Dilemmakompetenz-Trainings

Einführung (ca. 5 Minuten)

Schön, dass ich die Möglichkeit bekomme, Sie noch einmal zu einem persönlichen Abschlussgespräch nach dem Dilemmakompetenz-Training zu treffen. Dieses Gespräch wird maximal 30-40 Minuten dauern.

Ich würde mit Ihnen heute gerne darüber sprechen, **was das Training bei Ihnen verändert** hat, d.h. was heute anders ist als vor dem Training. Dabei ist es für mich hilfreich, wenn Sie ein **realistisches** Bild davon berichten, wie es für Sie heute ist.

Mir ist wichtig, Ihnen noch einmal zu sagen: **Sie können hier offen sprechen** – wir, also das gesamte Dilemmakompetenz-Team, unterstehen der **Schweigepflicht und dieses Gespräch ist vertraulich**. Alles, was Sie hier sagen, erfahren nur wir als Forschungsteam und wir als Trainer*innenteam, nicht aber Ihre Arbeitskolleg*innen oder Ihre Vorgesetzten.

Damit uns nichts Wichtiges von Ihren Aussagen entgeht und damit es uns möglich ist, im Nachhinein noch einmal gezielt nachhören zu können, was gesagt wurde, – *Sie kennen das Spiel schon* – **werden wir dieses Gespräch zusätzlich aufzeichnen**. Anhand der Tonbandaufnahme wird das Gespräch im Nachgang transkribiert, also verschriftlicht.

Es geht uns hierbei nicht um die Aussagen von Ihnen als Frau/Herr..., sondern darum, unterschiedliche Stimmen aus der Runde der mittleren Führungskräfte zusammenfassen zu können.

Das Ganze dient dem Forschungsprojekt und dabei geht es uns im Großen und Ganzen ja darum, zu beforschen, **welche Maßnahmen und Strategien Menschen im Krankenhaus dabei helfen, gesund zu bleiben**.

1) Kurze Klärung möglicher „äußerer“ Veränderungen bzgl. der Arbeitsposition

- Hat sich seit dem letzten Mal an Ihrer Position oder Situation in der Organisation etwas verändert?
- Arbeiten Sie noch an derselben Stelle wie zu Beginn des Trainings?

2) Was machen Sie heute anders?

Es ist ja viel Zeit vergangen, seit dem Start des Trainings. Da ist bestimmt – auch abseits des Trainings, z.B. bei Ihnen privat aber auch beruflich – einiges passiert. Wir gehen also nicht davon aus, dass heute allein wegen des Trainings alles anders ist. Mich würde aber interessieren: An welchen „Stellschrauben“ im Alltag merken Sie, dass Sie das Training besucht haben?

a) Offene Frage:

- Um mit Dilemmasituationen umzugehen: Was machen Sie heute anders?
 - Was tun Sie heute, wenn sie versuchen mit der Dilemmasituation umzugehen?
 - Worüber denken Sie dabei nach, wenn Sie versuchen mit dem Dilemma umzugehen?
 - Welche Fragen stellen Sie sich? Was machen Sie sich bewusst?
- **[Weiter eruieren]**: Was noch?

- **Skalierungsfrage:** Wie sehr hat sich da etwas verändert?
1: gar nichts – 10: sehr viel [*Skalierungsvorlage zeigen*]

**Im Hinblick auf Ihren Umgang mit dem Dilemma im beruflichen Alltag:
Wie sehr hat sich bei Ihnen etwas verändert?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nichts									sehr viel

- **(mögliche, weiterführende Frage):** Wie unterscheidet sich Ihre Reaktion von Ihrem Erstreflex? Woran würde ich als Beobachterin erkennen, dass sich etwas verändert hat (z.B. auf Verhaltensebene)?

b) Abfrage: Vergleich zwischen Bewältigungsstrategien zum Zeitpunkt vor Beginn des Trainings und heute

Aktualisierung des geschilderten Dilemmas: Das Dilemma, das Sie uns im Prä-Interview geschildert haben, bestand ja daraus ... (geschildertes Dilemma aus Prä-Interview in einem Satz wiederholen).

Aktualisierung der geschilderten Umgangsstrategie: Sie haben berichtet, dass Sie dann vor allem ... (geschilderte Bewältigungsstrategien aus Prä-Interview in zwei Sätzen wiederholen) tun.

Hat sich daran etwas verändert?

(Wenn eine Antwort schwer fällt/keine Antwort möglich ist bzw. wenn die Person nur selten am Training teilgenommen hat: Was machen Sie heute anders als vor 12 Monaten, als wir uns zum Prä-Interview gesehen haben?)

3) Dilemmaerleben: Wie geht es Ihnen damit heute?

Wenn Sie sich noch einmal zurück an die Zeit vor dem Training erinnern:

- Wie geht es Ihnen heute, wenn Ihnen eine Dilemmasituation begegnet?
- Welche **Gedanken und Gefühle** kommen da so bei Ihnen auf?

4) Wirksamkeitsmechanismen: Wie erklären Sie sich das?

a) Auf Bewältigungsstrategien / Trainingsinhalte bezogen:

- Sie haben nun einige Strategien berichtet, die für Sie besonders hilfreich waren. Was ist dadurch nun anders im Berufsalltag, wenn Sie es mit Dilemmasituationen zu tun haben?

- Was konnte das Training dazu beitragen, dass Ihnen heute in Dilemmasituationen ... (*aufgreifen dessen, was heute anders ist*) besser gelingt?
- Wie erklären Sie sich, dass das Training hierbei geholfen hat?

b) Auf das Erleben bezogen:

- Wie erklären Sie sich, dass es Ihnen heute anders geht? Was denken Sie, hat das Training bewirkt, warum Sie heute ... (*Andersartigkeit des Erlebens zusammenfassen*) sind?

c) Was am Setting / an den Rahmenbedingungen des Trainings / an unserer Gestaltung des Trainings hat Ihnen geholfen?

- Was war methodisch hilfreich für Sie?
(Zur Anregung: Waren es eher Diskussionen, Partnerübungen, Demonstrationen im Plenum, Beispiele der TrainerInnen?)
- Was genau daran war hilfreich?
- Wie hat Ihnen das ... (*wiederholen, was hilfreich war*) geholfen, heute besser mit Dilemmata umzugehen?

5) Auswirkungen auf Umwelt / Organisation:

- Was glauben Sie, haben die anderen hier davon, dass Sie einen besseren Umgang mit Dilemmasituationen gelernt haben? Ich denke z.B. an Ihren Chef, Ihre Mitarbeitenden oder andere hier im Krankenhaus, vielleicht sogar das Krankenhaus im Ganzen.
- Stellen Sie sich vor, sie kommen demnächst wieder in ein Dilemma und wenden etwas von dem, was Sie im Training gelernt haben, an: Was denken Sie wird dadurch für andere hier leichter? Woran merken die anderen, dass es anders ist?

6) Nebenwirkungen:

- Sie haben jetzt beschrieben, dass manches wirklich besser geworden ist, nachdem sie das Training besucht haben: **Was ist schlechter geworden?**
- Gab es Entwicklungen in Interaktionen mit Kolleg*innen im Berufsalltag beispielsweise, die durch das Training bedingt sind, die Sie eher negativ empfinden?

7) Hemmnisse:

a) Gruppendynamik (z.B. Vertrauen in die Gruppe)

- Was ist Ihnen schwer gefallen am Training-Setting – also, wenn sie da so saßen, mitgedacht und mitgemacht haben?
- Wenn Sie daran denken, dass Sie im Seminar ja mit anderen Kolleg*innen zusammensaßen, gab es da etwas, was Sie im Hinblick auf das Miteinander nicht überrascht hat?
- (**Hilfestellung anbieten:** Ich stelle es mir herausfordernd vor, in einem bunt durchmischten Seminar zu sitzen und dort über vertrauliche und sehr persönliche Dinge zu sprechen. Wie war das für Sie?)

b) Inhaltsvermittlung (Komplexität des Inhalts, Jargon der Trainer*innen...)

- Was ist Ihnen schwer gefallen bei dem, was wir so gesagt haben?
- Wie erging es Ihnen mit den Übungen?
- Welche Methoden waren weniger nützlich für Sie?

(Zur Anregung: Waren es eher Diskussionen, Partnerübungen, Demonstrationen im Plenum, Beispiele der TrainerInnen?)

- Wovon hätte es mehr / weniger gebraucht, damit es für Sie hilfreich gewesen wäre?

Wenn kaum oder keine Antworten gegeben werden:

Wir fragen uns zum Beispiel, ob Faktoren wie ...

- das Vertrauen in der Gruppe (z.B. ob es sich riskant angefühlt hat, Dinge anzusprechen),
- der Inhalt, was wir erzählt haben oder die Art und Weise, wie wir als Kursleitung gesprochen haben (z.B. mit komplizierten Sätzen oder Fachwörtern),
- generelles Unbehagen dabei, etwas von sich preis zu geben,

einen Einfluss hatten.

8) Dilemmakonstruktion & Herangehensweise in Bezug auf Professionszugehörigkeit/Gender

Im Hinblick darauf,

a) wie Sie Dilemmata wahrnehmen und

b) ob Sie diese eher als Belastung oder Herausforderung bewerten:

- Glauben Sie, das geht Kolleg*innen anderer Berufsgruppen ähnlich/anders?
- Meinen Sie, das ist typisch für Ihre eigene Berufsgruppe?
- Mich interessiert Ihre Einschätzung: Glauben Sie, Sie beschreiben und erleben Dilemmasituationen anders als Ihre weiblichen/männlichen Kolleg*innen?

Wir haben uns gefragt, ob vielleicht ...

(bei Frauen):

Frauen sich tendenziell mehr Gedanken um Beziehungen machen. Das könnte zur Folge haben, dass Sie es als besonders schwer empfinden, im Dilemma eine Entscheidung zu treffen – weil ja Gefahr besteht, dass Sie mit dieser Entscheidung andere, die in die Entscheidung involviert sind, verärgern könnten. **Wie ist das bei Ihnen als Frau?**

(bei Männern):

Männer Dilemmasituationen eher aus einer „logisch“, ja fast „mathematischen“ Sichtweise betrachten. Dabei könnte das Augenmerk eher darauf liegen, eine gute Lösung zu finden – unabhängig davon, wie die Lösung vielleicht das Umfeld (Ihre Mitarbeitenden, Ihren Chef, Ihre Kolleg*innen) verärgern könnte. **Wie ist das bei Ihnen als Mann?**

Studie 2: Expert*inneninterview

Einleitung (2 Minuten)

Das Motiv/Ziel des Projekts SEEGEN ist es, die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden im Krankenhaus zu fördern.

Damit verfolgt SEEGEN ein zentrales Thema unserer Gesellschaft. Die Belastung von Mitarbeitenden im Krankenhaus ist durch die „Natur“ des Arbeitsfeldes (Umgang mit Krisen, hohe körperliche Belastung v.a. der Pflege, etc.) ist hoch, die Ökonomisierung des Gesundheitssystem befeuert diese Belastung weiter.

Die Idee von SEEGEN ist es, in Phase I Interventionen in Krankenhäusern anzubieten und durchzuführen, die die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden im Krankenhaus zu fördern sollen. Nach dieser ersten Phase ist die Idee in Phase II, diese Interventionen in kondensierter Form innerhalb eines RCT-Designs auf ihre Wirksamkeit zu prüfen.

Du hast Dich für eine kritisches Weiterdenken von SEEGEN entschieden, indem Du Teil einer Arbeitsgruppe des Verbundes wurdest. Teil davon ist auch, unsere Rolle als Forschende zu reflektieren. Wie beschreibst Du Deine Ziele, die Du mit SEEGEN verfolgst, wo siehst Du Deine Verantwortung als Forscher*in? Welche Ideen hattest Du, die Du ggf. nicht eingebracht hast?

- 1) **Eigene Motive für das Mitwirken im SEEGEN-Verbund**
Was war/ist mein Ziel in diesem Projekt? Was wolltest/willst Du erreichen?
- 2) **Einschätzung der Wirksamkeit der Arbeitsgruppe / des SEEGEN-Verbunds**
In Bezug auf mein Ziel: Macht diese Arbeitsgruppe einen bedeutsamen Unterschied?
- 3) **Eigene Ideen**
Von welchen Ideen war/ist mein Mitwirken im Forschungsverbund geleitet?
Welche dieser Ideen habe ich (bisher) eingebracht, welche nicht?
Warum nicht?
- 4) **Verantwortung als Forscher*in**
Worin verstehe ich meine Rolle als Forscher*in?
- 5) **Einschätzung der eigenen Wirksamkeit**
Wie wirksam erlebe ich mich in dieser Rolle?
Wodurch ist meine Wirksamkeit bedingt? //
Was begrenzt meine Wirksamkeit?
- 6) **Umsetzungsschwierigkeiten im Forschungsprojekt**
Einerseits sollen die Interventionen eine reflektierte Arbeitsweise (bewusster Umgang mit Zeit) bei den TN fördern, andererseits bleibt den TN kaum Zeit, an solchen Interventionen teilzunehmen - das ist ein Paradox.
Wie seid ihr damit in Phase I umgegangen?
Wie wollt ihr in Phase II damit umgehen?
- 7) **Verbesserungsideen**
Was würdest Du heute in Bezug auf Phase I anders machen?
Was wünschst Du Dir für Phase II?
Was trägst Du dazu bei?

Anhang 2: Transkriptionsregeln

Grundregeln

- Grundsätzlich wird alles Gesagte aufgeschrieben. Das kann u.U. sehr lästig sein (wenn z.B. Sätze oft sinnlos begonnen und wieder abgebrochen werden, viele Füllwörter durcheinander benutzt werden usw.), es darf aber i.d.R. trotzdem *nichts* davon *gekürzt oder weggelassen* werden!
- Ggf. Übersetzung in akzentfreies Hochdeutsch
 - o Geht's → geht es
 - o Koofen → kaufen usw.
- Abkürzungen dürfen genutzt werden (usw., bzw. i.d.R. etc.)
- Wird der Redefluss unterbrochen, wird die Pause in Sekunden angegeben (s. Legende Transkriptionszeichen)
- Emotionalität, sonstige Lautäußerungen, wichtige Aktionen und Unterbrechungen werden in runden Klammern deskriptiv dargestellt: (lacht), (weint), (stottert), (atmet aus), (seufzt), (legt Dilemmakärtchen vor), (schlägt auf den Tisch), (Telefon klingelt) usw.
- Zitate oder „Mottos“ werden in Anführungszeichen gesetzt
 - o I: Da sagt er zu mir „Sie bleiben heute länger“ und geht.
 - o I: Also denke ich „Wollen die mich eigentlich für dumm verkaufen?“
 - o I: So frei nach dem Motto „Mit dem Auto fahre ich nicht“
- Zeitgleiches Reden: Einsatz des Unterbrechenden in runden Klammern vermerken (XX spricht), Gesagtes in nächster Zeile in eckigen Klammern vermerken (nur soweit sich das Gesagte auch überschritten hat)
 - I: Und das macht mich traurig. (XX spricht) Und das war ja auch nicht nur einmal.
 - XX: [Diese Ungerechtigkeit oder was meinen Sie?] Können Sie darauf noch genauer eingehen?
 - I: Ja, also (..)
- Unverständliches mit (unv., min:sek) kennzeichnen. Sollten ihr eine Vermutung haben, was gesagt wurde, dies bitte mit euren Initialen in der Klammer vermerken und gelb unterlegen (**unv., min:sek, Vermutung XX: Riesenproblem**), den Interviewer zeitnah darauf ansprechen und ergänzen lassen
- Schäden der Tonbandspur immer vermerken und melden
- Schema der Benennung der Transkripte:
 Transkript_Ort_Datum_XX (Initialen der Person, die das Transkript angefertigt hat)_Berufsgruppe_Pseudonym
 Bsp.: Transkript_Schwetzingen_08.03.18_LB_OA_XY321
- An Seitenzahlen denken

Weglassen von Gesagtem

- „ähhs“ und „ähms“ dürfen ausgelassen werden, wenn sie zur Aufrechterhaltung des Redeflusses dienen und keinen Sinn beinhalten (anders z.B. ein zustimmendes / fragendes „Hm“)
- Worte, die – um den Redefluss aufrecht zu erhalten – doppelt gesagt wurden, dürfen weggelassen werden, wenn sie dadurch den Sinn / den getragenen Inhalt nicht verändern (im Zweifel lieber einfach mitschreiben)

Hinzufügen von Ausgelassenem

- Werden Worte weggelassen, die ein flüssiges Lesen behindern, werden diese ergänzt und durch doppelte eckige Klammern kenntlich gemacht. [[Beispiel]]
Diese dürfen die Bedeutung des Gesagten nicht beeinflussen!
→ „So ist das leider, wenn man mit seiner Arbeit überfordert...“ [[ist]]
→ „Ich habe keinen Ausweg mehr...“ [[gesehen, gewusst, gehabt, erkannt o.ä.]] darf *nicht* ergänzt werden, weil die Optionen unterschiedliche Bedeutungen beinhalten

Legende Transkriptionszeichen

(Beispiel)	Runde Klammern = Emotion, Aktion oder Unterbrechung
[Beispiel]	Eckige Klammern = Start- und Endpunkt von gleichzeitig Gesagtem
[[Bsp]]	Doppelte eckige Klammern = Einfügen von Ausgelassenem
(...)	Pause 1-3 Sekunden → entsprechende Anzahl an Punkten > 3 Sek. → Zahl (Dauer der Pause in Sekunden)
Beisp-	Abruptes Anhalten oder Unterbrechung einer Äußerung
>Beispiel<	Beschleunigtes Sprechen
<Beispiel>	Langsames, gedehntes Sprechen
<u>Beispiel</u>	Besondere Betonung
°Beispiel°	Start- und Endpunkt von Geflüstertem
BEISPIEL	Schreien
(unv., min:sek)	Unverständliches Bsp.: (unv., 17:24, Vorschlag XX: Riesenproblem?)

Anhang 3: Kategoriensysteme

Studie 1: Kategoriensystem zur Auswertung der Einzelinterviews vor und nach dem Training

Oberkategorie	Definition	Ankerbeispiel
Unterkategorie		
Unmittelbares Erleben	Gedankliche Reaktionen, Emotionen und körperliche Symptome, die der/die Interviewee unmittelbar mit dem sich im Dilemma Befinden bzw. des Ringens im Dilemma verbindet	
Ärger	Die Person reagiert mit Ärger / Wut auf das Dilemma	„Und da wäre ich fast explodiert, ja? Da hätte ich fast gesagt „Ey, wenn du mir nicht so den anderen Scheiß auch-Also erstens ist es gar nicht meine Aufgabe, ja? Ich mache es nur, weil es sonst keiner macht, kümmerge ich mich darum. Zweitens wenn du mir nicht so viel anderen Scheiß aufhalsen würdest [...] dann wäre das das schon längst fertig, ja?“
Belastung	Die Person berichtet ein Belastungsgefühl, das sich beispielsweise durch "sich unter Druck gesetzt fühlen" oder durch "sich selbst unter Druck setzten" ausgedrückt wird oder als ein "gestresst Sein" im Dilemma beschrieben wird	„Solche Situationen quälen mich schon sehr“
Diffuses negatives Gefühl	Die Person berichtet, es ginge ihr nicht gut/sie fühlt sich unwohl im Dilemma, kann aber keine differenziertere Beschreibung des unguuten Gefühls äußern	„Ich gehöre zu den Menschen, wenn so ein Dilemma ist, also ich habe eine Situation, da habe ich keine Lösung, egal was ich nehme, irgendwie habe ich immer ein blödes Gefühl“
Ratlosigkeit / Ohnmacht	Die Person reagiert mit Ratlosigkeit/ Ohnmacht auf das Dilemma. Handlungsoptionen ergeben sich für sie nicht oder werden alle als nicht machbar erlebt	„Ich bin meistens durch die Schachmattsätze einfach perplex am Telefon“
Angst	Die Person beschreibt, dass sie Sorge oder Angst empfindet	„Das ist so meine Angst, dass ich halt dann, wenn es heißt ‚Naja, Du kriegst ja auch mehr Geld. Jetzt musst Du halt auch immer parat stehen‘, dass ich da nicht genüge“
Traurigkeit	Die Person berichtet, in Zusammenhang mit der Dilemmasituation Traurigkeit zu erleben	„Ich werde schon traurig, dass ich jemanden auch - nicht verletzt habe, sondern dass jemand auch unzufrieden blieb“
Schlechtes Gewissen / Schuldgefühle	Die Person entwickelt durch das Dilemma gegenüber anderen ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle. Diese Kategorie gilt auch, wenn die Person äußert, dass sie Mitleid mit den vom Dilemma Betroffenen hat (unter der Bedingung, dass diejenigen, mit denen sie Mitleid hat, unter dem "nicht-entschiedenen" Dilemma leiden)	„[...] dass man jemanden verletzt, das ist dieser negative Nachhall, das ist schwierig auszuhalten“
Selbstabwertung	Die Person wertet sich ab, weil sie beispielsweise das Im-Dilemma-stecken als Unvermögen ihrerseits interpretiert	„Ich kriege das einfach nicht hin... das ist mal wieder typisch für mich“

Abwertung durch andere	Die Person beschreibt, dass sie sich in der Dilemmasituation durch andere abgewertet, nicht ausreichend wertgeschätzt oder unfair behandelt fühlt	„Und viele sehen die Verwaltung so als Sesselsitzer, Ausruher, die sitzen ihre Zeit ab“
Akzeptanz	Die Person schildert explizit oder implizit, dass sie das Dilemma akzeptiert. Das bedeutet, dass die Person keine unbewussten negativen Gefühle dabei hegt	„Also ich habe mit der Entscheidung kein Problem mehr. [...] Ich meine, man eckt immer irgendwo bei einem an, ne? Also wenn ich so entscheide, dann trete ich dem auf die Füße und wenn ich so entscheide, trete ich vielleicht dem auf die Füße“
Gelassenheit	Die Person schildert, dass sie in Dilemmasituationen mit Gelassenheit reagiert	„Ich sehe Dilemmasituationen heute viel gelassener. Die gehören halt irgendwie dazu“
Angenehme Gefühle	Die Person äußert angenehme Gefühle als unmittelbares Erleben des im Dilemma Seins	„Ich begeben mich nicht mehr in diese Schraubzwinge, immer alles hinzukriegen, alles fertig zu kriegen. Dadurch bin ich viel entspannter“
Mittelbarer Einfluss auf Beruf und Privatleben	Empfundene mittelbare Auswirkungen des sich-im-Dilemma-Befindens / des Ringens im Dilemma. Aus dem beschriebenen unmittelbaren Erleben resultiert Gereiztheit auf der Arbeit. <i>Beispiel:</i> Ein Interviewee beschreibt Schlafstörungen (körperliches Symptom / unmittelbares Erleben), weil er abends im Bett liegt und grübelt (Gedanken / unmittelbares Erleben). Das führt dazu, dass er auf der Arbeit gereizt ist (mittelbarer Einfluss auf Beruf und Privatleben). Aus dem beschriebenen unmittelbaren Erleben resultiert Gereiztheit auf der Arbeit. <i>Hinweis:</i> Der Einfluss auf Beruf und Privatleben muss nicht durch ein unmittelbares Erleben begründet werden	
Einfluss auf das eigene Privatleben	Die Person beschreibt Einschränkungen im privaten Umfeld, z.B. belastete soziale Beziehungen (aufgrund von z.B. Gereiztheit durch das im-Dilemma-sein), zu Hause gedanklich noch involviert sein	„Also es ist schon mal die eine oder andere Nacht, wo ich über eine Entscheidung brüte“
Einfluss auf den eigenen beruflichen Alltag/die Arbeit	Die Person beschreibt einen Einfluss auf das berufliche Arbeiten, z.B. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Abnahme der Qualität, Angst vor der Arbeit / Kollegen	„Ich fühle mich dauerhaft unzufrieden, das hat natürlich Auswirkungen, wie ich meine Arbeit mache“
Verneinen von Auswirkungen auf das Privatleben	Die Person gibt an, keine Einschränkungen durch das Dilemma im privaten Umfeld zu spüren	„[...] zumindest kann ich heimgehen ohne große Belastung“
Verneinen von Auswirkungen auf den beruflichen Alltag/die Arbeit	Die Person gibt an, keine Einschränkungen durch das Dilemma im beruflichen Arbeiten zu spüren	„Nein, das hat eher keine Auswirkungen auf meine Arbeitsweise, also ich hoffe es nicht. Das müssen andere beurteilen.“
Global-eindruck: Veränderung	Besteht der Eindruck, dass die interviewte Person eine Veränderung im Verhalten und Erleben durch das Training beschreibt? Diese Kategorie wird am Pseudonym kategorisiert, nachdem das gesamte Interview kodiert wurde	
Ja	Die Raterin gewinnt beim Auswertungsprozess den Global-eindruck, dass sich für die Person etwas zum Positiven verändert hat. UND Die Interviewerin gab im Kurzprotokoll an, dass sie den Eindruck von einer Veränderung zum Positiven hatte	

Eher ja	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person schon eher etwas zum Positiven verändert hat. UND Die Interviewerin gab im Kurzprotokoll an, dass sie eher den Eindruck von einer Veränderung zum Positiven hatte	
Eher nein	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person eher nichts zum Positiven verändert hat. UND Die Interviewerin gab im Kurzprotokoll an, dass sie eher keinen Eindruck von einer Veränderung zum Positiven hatte	
Nein	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person nichts zum Positiven verändert hat. UND Die Interviewerin gab im Kurzprotokoll an, dass sie keinen Eindruck von einer Veränderung zum Positiven hatte	
Wirkmechanismen	Welche Erkenntnisse und Erlebnisse im Training befördern eine Veränderung im Verhalten und Erleben der Teilnehmenden?	
Einsicht der Unlösbarkeit von Dilemmata	Die Person beschreibt, dass sie im Training verstanden hat, dass sie es im Dilemma mit Situationen zu tun hat, die unlösbar sind. So weiß sie, dass sie einen Preis zahlen wird, egal wie sie sich entscheidet. Sie beschreibt, dass sie weiß, dass die Entscheidung nicht mit einer "richtigen" Lösung beantwortet werden kann	„Also sich an den Gedanken zu gewöhnen ‚Das ist ja normal, es ist so. Es gibt Dinge, es gibt Dilemmata, die sind nicht zu lösen‘“
Selbstreflexion	Die Person beschreibt, dass ihr Verständnis über ihre eigenen inneren (emotionale sowie kognitive) Prozesse (z.B. das Bewusstwerden persönlicher Prämissen, Reflexion über die Auswirkungen der eigenen Handlungen auf anderen, usw.), typische interaktionelle Muster in Bezug auf Dilemmata (wie z.B. wie Schachmattsätze meines Chefs auf mich wirken / wie meine Handlungen sich auf Andere auswirken)	„[...] dass ich mir oft selbst bewusst werde, dass ich mir meine eigenen Werte klarmache, sage ich mal, was ich für mich persönlich hoch ansetze und was mich auch ausmacht [...] das hilft mir sehr“
Validierung und Wert-schätzung	Die Person berichtet, dass sie sich im Trainingsprozess durch andere (wie z. B. die Trainer*innen oder andere Teilnehmende) akzeptiert oder wertgeschätzt fühlt, etwa durch die Art, wie im Training miteinander umgegangen wird. UND/ODER Die Person beschreibt, dass sie sich durch den Trainingsprozess selbst weniger abwertet (z. B. in ihrer Unfähigkeit, eine gute Lösung zu finden)	„Ich würde jetzt einfach mal sagen, dass ich gesehen habe, dass ich viele Sachen ja nicht so ganz falsch mache“
Lernen am Modell	Die Person beschreibt, dass sie die Wortbeiträge (wie z. B. beschriebene Lösungswege) der anderen als Denkanstoß oder Vorbild für eigene Handlungen hilfreich fand und für sich selbst nutzen kann	„Und dann denke ich mir, vielleicht kann ich mir da auch ein Stück von abgucken“
Vergleich mit anderen	Die Person beschreibt, dass sie im Abgleich mit den anderen zu einer neuen Bewertung (besser, gleich oder schlechter) der eigenen Situation oder Position gekommen ist. Beispielsweise bemerkt sie, dass es ihr nicht alleine so geht, sondern dass die anderen unter ähnlichen Situationen leiden, oder dass es ihr besser geht im Vergleich zu den anderen	„Also dieses Ergebnis, (.) dass (...) ja dass wir im Prinzip mehr oder weniger die gleichen Probleme haben alle, ne? Egal in welcher Abteilung wir sitzen. (4) Und dass im Prinzip jeder damit zu kämpfen hat, Entscheidung zu treffen, wo er andere nicht zu arg irgendwie belastet“

Perspektivübernahme	Die Person beschreibt, dass sie im Austausch mit den anderen die Gründe der anderen (Abteilungen, Professionen, Kolleg*innen) gelernt hat nachzuvollziehen: Jeder hat einen guten Grund	„Also der Dr. A. zum Beispiel, der ist nach einer Sitzung zu mir gekommen und hat gesagt ‚Ich wusste gar nicht, dass du dafür gar nicht zuständig bist‘“
Empowerment	Die Person fühlt sich dazu ermutigt und durch neue Handlungskompetenzen darin gestärkt, sich aktiv mit ihren Kräften und Kompetenzen für ihre Angelegenheiten einzusetzen, sich gegen unlösbare Aufträge zu wehren und selbstbestimmt zu handeln, um ihre eigenen Interessen zu vertreten	„Das ist überhaupt ein wichtiger Punkt, den ich mitgenommen habe aus den Dilemma-Kursen, [...] dass ich ganz viel gar nicht zu meinem Problem machen muss“
Solidarisierungsempfinden	Die Person beschreibt, dass sie im Training gemerkt hat, dass nicht andere Organisationsmitglieder der "Feind" im Dilemma sind, sondern dass "alle in einem Boot sitzen", und in Kooperation Dilemmata leichter zu bewältigen sind. Die Person beschreibt, dass sie zu denjenigen, die sie im Training kennengelernt hat, "einen schnelleren Draht" hat, oder nun in Kooperation mit den anderen denkt und handelt	„Ja dieses [...] Wir-Gefühl ist grundsätzlich mehr da jetzt. Ich fühle mich den Kolleginnen und Kollegen in der Pflege und unter den Ärzten sehr verbunden“
Was genau im Training wurde als hilfreich erlebt?		
Einzelne Trainingsinhalte	Person beschreibt, dass vor allem bestimmte Inhalte des Trainings (Auftragskarussell, Input zur Funktionalen Differenzierung usw.) hilfreich für sie waren	„Der Themenblock über das dem Dämonisieren hat mir sehr geholfen“
Setting des Trainings	Die Person beschreibt, dass das Trainingssetting (z.B. gemischte Berufsgruppen), die Rahmenbedingungen hilfreich war	„Was ich ganz toll fand, sind einfach diese Begegnungen mit den anderen Berufsgruppen“
Didaktik / Methodik des Trainings	Person beschreibt, dass besonders die Art und Weise, wie Inhalte vermittelt wurden (Diskussionen im Plenum, Kleingruppenübungen, Partnerübungen, Demonstrationen und Beispiele), hilfreich war	„Dieses bewusste Arbeiten an Fallbeispielen war sehr relevant. Das man diese Beispiele bearbeitet hat, auch wenn es ja immer auch sehr emotional bei uns wurde [...], war hilfreicher, als wäre es nur Frontalvortrag gewesen“
Als weniger hilfreich Empfundenes	Die Person beschreibt, dass das Trainingssetting (z.B. gemischte Berufsgruppen), der Interaktionsprozess innerhalb der Seminargruppe (z.B. Erfahrungsaustausch, Offenbarung), die Rahmenbedingungen usw. weniger hilfreich war/ zu Konflikten geführt hat	„Das, was ich halt traurig fand, dass sehr vieles mit der Medizin zu tun hatte. Also mit Pflege und Ärzten, wo wir, die ja eine Dienstleistung erbringen, wie die Technik oder die Küche, nicht drin vorkamen“
Weiterer Trainingsbedarf	Die Person beschreibt, dass ihr spezifische Skills (z.B. zu meiner getroffenen Entscheidung stehen und sie vertreten) auch nach dem Training noch schwerfallen und/oder formuliert noch mehr Trainingsbedarf/andere Trainingsinhalte	„Es hätte ruhig mehr sein können [...], ich hätte mir fast gewünscht, einen Intensivkurs zu machen“
Gender-Bewusstsein	Was berichtet die Person auf die Frage, inwieweit Gender Entscheidungsprozesse im Dilemma beeinflusst?	

Gender ist im Dilemma relevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als abhängig von dem Geschlecht ("Geschlecht spielt dabei eine Rolle")	„Ich denke Männer entscheiden in Dilemmasituationen häufig konfrontativer und angriffslustiger“
Gender ist im Dilemma irrelevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als unabhängig von dem Geschlecht ("Geschlecht spielt dabei keine Rolle")	„Ich glaube, das sind Sachen, die kann man dem Geschlecht nicht zuordnen. Glaube ich grundsätzlich, genauso wird es Frauen wie Männer geben, die schlecht einparken oder gut einparken“
Selbstbeschreibung als gender-typisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als typisch für ihr Geschlecht	„Wir nehmen ja Vieles emotionaler auf [...] ich auch. Da beneide ich die Männer manchmal sehr darum, dass die erstmal nur das Substanzielle aufnehmen“
Selbstbeschreibung als gender-untypisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als un-typisch für ihr Geschlecht	„Aber ich denke, da gehöre ich dann eher zur Männerwelt“ (Weibliche Interviewee)
Professions-Bewusstsein	Was berichtet die Person auf die Frage, inwieweit Profession Entscheidungsprozesse im Dilemma beeinflusst?	
Profession ist im Dilemma relevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als abhängig von der Berufsgruppe ("Berufszugehörigkeit spielt dabei eine Rolle")	„Ich denke, dass die Berufsgruppe Pflege eher als Verwaltung und Ärzte dazu neigt, sich immer für alle anderen auch verantwortlich zu fühlen“
Profession ist im Dilemma irrelevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als unabhängig von der Berufsgruppe ("Berufszugehörigkeit spielt dabei keine Rolle")	„Ich würde sagen, das ist charakterabhängig, personen- und charakterabhängig, nicht berufsgruppenabhängig“
Selbstbeschreibung als professions-typisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als typisch für ihre Berufsgruppe	„Meine Art zu denken und zu fühlen ist wie generell in der Pflege, glaube ich“
Selbstbeschreibung als professions-untypisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als un-typisch für ihre Berufsgruppe	„Also ich sehe mich auch eher so als Pfleger, der versucht, es allen recht zu machen, mehr als irgendein Chirurg, jetzt mal als Extrem-Beispiel“ (Oberärztlicher Interviewee)

Studie 2: Kategoriensystem zur Auswertung der Expert*inneninterviews

Ober- kategorie	Unterkategorie 2. Ebene	Definition	Ankerbeispiel
Unterkategorie 1. Ebene			
Projektziele			
Zielüberprüfungen des Forschungsprojektes	„Es muss sich etwas ändern“ – Änderungsdringlichkeit transportieren	Interviewee beschreibt als Ziel des Forschungsprojektes, zu untermauern, dass sich politisch (im Gesundheitssystem) etwas ändern muss	„So ist der Forschungsverbund für mich so eine Möglichkeit, über das Klein-Klein des Wissenschaftlichen hinauszudenken und zu handeln oder zu wirken möglicherweise“
	„Überdenken wir unsere Methoden“ – Kritische Diskussion über Forschungsmethoden auslösen	Interviewee beschreibt als Ziel des Forschungsprojektes, eine kritische Diskussion über Forschungsmethoden auszulösen	„im Idealfall hätten wir im Bundesministerium für Bildung und Forschung und in der Forschungsgemeinschaft, die sich mit Interventionsforschung befasst, einen bedeutsamen Impuls gesetzt, dass z.B. die RCT-Designs in dem Bereich weniger Sinn machen“
	„Denen einfach mal zuhören“ – Unmittelbare, konkrete Unterstützung der Proband*innen	Interviewee beschreibt als Ziel des Forschungsprojektes, die Proband*innen unmittelbar unterstützen zu wollen (z.B. „einfach mal zuhören“)	„Also eigentlich, hauptsächlich etwas zu tun, was konkreten Mitarbeitern im Krankenhaus, mit denen wir dann arbeiten, konkret etwas nützt“
	„Ergebnisse schaffen und publizieren“ – Praxisnaher Erkenntnisgewinn und Publikationen	Interviewee beschreibt als Ziel des Forschungsprojektes, einen Erkenntnisgewinn (in der wissenschaftlichen) Community zu erzielen und im Rahmen des Wissenschaftssystem erfolgreich zu sein, und bspw. Publikationen zu erzielen. Diese Kategorie trifft auch zu, wenn der*die Interviewee beschreibt, dass Erkenntnisse der Zielgruppe (den Mitarbeitenden im Krankenhaus) zugute kommen sollen und dabei den Fokus auf evidenzbasierte Erkenntnisse legt	„Zunächst einmal ist es erfolgreich, wenn wir ein paar Publikationen daraus generieren können. Dass das nicht eine praktische Arbeit ist, sondern ein Erkenntnisgewinn, der in der wissenschaftlichen Gemeinschaft gedanklich weiterhilft“
Allgemeine Erfolgseinschätzung der Wirksamkeit des Forschungsprojektes	„Wir machen hier einen Unterschied“ – Positive Einschätzung	Interviewee schätzt die Erfolgchancen / die Wirksamkeit des Forschungsprojektes positiv ein	„Also, für mich ist das Angebot, was wir haben, die Seminare und auch die runden Tische, ein toller Schatz. Und je mehr davonläuft, umso mehr kleine Wirkung, über die ich mich freue“
	„Das hat eh keinen Zweck“ – Zweifel bzgl. des Erfolgs, z.B. im Hinblick auf Langfristigkeit,	Interviewee schätzt die Erfolgchancen / die Wirksamkeit des Forschungsprojektes negativ ein	„Wir haben Interventionen, die sind durch das Diktat der Sparmaßnahmen im Klinikum und dass Geld gespart werden muss, so

	Rahmenbedingungen, usw.		geschrumpft, dass es mehr Eintagesfliegen sind, als dass es wirklich das Anstoßen eines Prozesses ermöglicht“
Limitationen und Machbarkeit des Projektes			
Limitationen des Forschungsprojektes	„Geld knapp, Zeit knapp, Personal knapp“ – Begrenzte Projektressourcen	Interviewe schildert begrenzte Projektressourcen wie z.B. Geld, MitarbeiterInnen, Zeit („so eine Diskussion nimmt dann gleich mal drei Tage in Anspruch“) als Limitationen des Forschungsprojektes	„Weil ich tatsächlich nicht weiß, was sich wirklich durch so ein Projekt ändert. Ich habe leider schon häufig die Erfahrung gemacht, dass sich einfach nicht so viel ändert in den Projekten, dass man halt sich drei Jahre sehr extrem arbeitet und viel Energie reingesteckt und dann aber nach drei Jahren die Finanzierung eben weg ist und dann einfach nichts mehr passiert. Es geht dann einfach nicht weiter“
	„Interventionen, für die niemand Zeit hat“ – Paradoxes Angebot	Interviewe schildert als Limitationen des Forschungsprojektes einen Widerspruch zwischen dem Interventionsangebot und der fehlenden Zeit der Proband*innen/Mitarbeitenden im KH diese wahrzunehmen	„Wir haben jetzt, wie alle anderen Projekte auch, damit zu kämpfen gehabt, Teilnehmer zu gewinnen im ausreichenden Maße und das kann man auch nur bedingt beeinflussen“
	„Unsere Methoden greifen zu kurz“ – Forschungsmethode	Interviewe schildert als Limitationen des Forschungsprojektes, dass die Forschungsmethoden zu kurz greifen / das Forschungsdesign zu komplex ist, sodass nur geringe bis gar keine Effekte gezeigt werden können und/oder das Projekt nicht gut umsetzbar ist	„In unserem Fall kommt vielleicht noch dazu, dadurch dass wir so viele Interventionsbausteine anbieten, karnibalisieren wir möglicherweise die Teilnahme untereinander. Es gibt einen Kern an Mitarbeitern, die sind motiviert, sich zu beteiligen und die müssen sich jetzt entscheiden zwischen den fünf oder sechs angebotenen Interventionen. Und das heißt, da hat man pro Intervention dann halt eine relativ geringe Teilnehmerzahl. Da wäre weniger vielleicht sogar mehr gewesen, also weniger Interventionen anbieten und dafür mehr Teilnehmer zu haben“
	„Zu viel Verhaltens-, zu wenig Verhältnisebene“ – Fokus auf Verhaltensebene	Interviewe schildert als Limitationen des Forschungsprojektes den starken Forschungsfokus auf die Verhaltensebene (anstelle der Strukturen im KH/in der Arbeitsrealität der Mitarbeitenden -> Verhältnisebene)	„Und dass wir ja schon viele verhaltenspräventive Angebote machen und die Verhältnisse gleichbleibend schlecht bleiben“
	Nachträgliche Änderungs-ideen für	Bessere Gewichtung Ressourcen/Nutzen	Interviewee beschreibt ein Missverhältnis zwischen investierten Mitteln (z.B. Personal) und deren Nutzen

Forschungsvorgehen			sehr wenige Leute Seminare entwickelt“
	„Wir finden keine Abnehmer*innen für unser Angebot“ – Konstruktive Resignation	Interviewee zieht in der Rückschau auf den Forschungsprozess in Erwägung, ehrliche (gegenüber BMBF, KH, Proband*innen) zu kommunizieren: Wir finden keine Abnehmer*innen für unser Angebot	„Da stoßen wir an die Grenzen der aktuellen Verhältnisse. Ich glaube, wir haben wirklich noch einmal wahn-sinnig viel draufgelegt und die Ausbeute ist auch nicht schlecht, aber ich denke mal, wenn man guckt, wie viele Zeitstunden da reingegangen sind auch von (lacht) sehr hoch bezahlten Teilnehmern im Verbund. Da denke ich, wow, das steht eigentlich nicht im Verhältnis. Ich tu mich da schwer, weil es so ein Stück Resignation ist“
	„Die Klinikleitung muss Ja dazu sagen“ – Beteiligung der Krankenhäuser	Interviewee schlägt aus heutiger Sicht vor, die KH stärker und früher zu beteiligen, bspw. das Commitment der Klinikleitung stärker einzufordern, in der Rekrutierung andere/alle Zieleguppen ansprechen etc.; oder bspw. in der Gestaltung der Interventionsinhalte; "Ich würde vermehrt dafür werben, dass sich die Beteiligten dafür Zeit nehmen"	„Darüber hinaus, eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser vielleicht bei der Umsetzung der Intervention, dass man da nochmal die Möglichkeit lässt, mitzusprechen, welche Interventionsinhalte wie gestaltet werden“
	„Wir hätten noch mehr Reflexionsräume anbieten sollen“ – Zusätzliche Ideen, z.B. weitere Interventionsformate, mehr Austausch, usw.	Interviewee schlägt aus heutiger Sicht vor, den Proband*innen weitere/andere Interventionsangebote zu machen, bspw. Reflexionsformate für Führungskräfte	„Strukturell würde ich gerne von dem Teilprojekt ausgehend zunächst einmal in die Verstetigung kommen, in eine strukturierte. Das heißt, das können Interventionsgruppen sein oder Supervisionsgruppen, die sich aus den Führungskräfte-schulungen und Workshops dann im Weiteren als eine Ressource für Führungskräfte entwickeln könnten“
	„Wir hätten kein RCT machen sollen“ – Forschungsdesign und -methoden / Forschungsfokus (Verhaltens versus Verhältnis)	Interviewee schlägt aus heutiger Sicht vor, kein RCT-Design zu nutzen und/oder andere Befragungsinstrumente zu nutzen und/oder die Gewichtung qualitativer/quantitativer Forschung anders zu gewichten und/oder weniger statt mehr Interventionen anzubieten	„Also, wenn es so gelaufen wäre, wie ich es mir gedacht hätte im Sommer 2015, wäre das Projekt weniger statistisch geworden, wäre keine RCT-Studie geworden, hätte möglicherweise noch mehr Seminarangebote gemacht und hätte bescheidener dimensionierte Ergebnisevaluationen bekommen“
	„Ich hätte mir mehr Austausch gewünscht“ – Mehr Kooperation im Verbund	Interviewee schildert, dass aus heutiger Sicht mehr Kooperation / Austausch im Verbund hilfreich gewesen wäre, z.B. eine Zusammenführung aller Erfahrungen am Ende der Phase I im	„Was ich ein bisschen schade finde, dass man relativ wenig von den anderen Teilen mitbekommen hat. Aber ich glaube, das war einfach der Phase I geschuldet,

		Sinne einer Handlungsempfehlung: Wie müsste eine Intervention im Krankenhaus aussehen?	dass jedes Teilprojekt seine einzelne Intervention entwickelt hat“
	„So wie wir es gemacht haben, war es gut“ – Status quo	Auf die Frage, was der Interviewee aus heutiger Sicht anders machen würde, beschreibt dieser: "So wie wir es gemacht haben, war es gut/bestmöglich"	„Hmm (...) nee, ich würde eigentlich nichts anders machen“
Gründe für Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungs-ideen	„Das Projekt gab es nicht her“ – Ressourcen-Knappheit	Interview beschreibt als Grund für die Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungsideen, dass (Forschungs-)Ressourcen (Zeit, Geld, Personal) knapp waren	„[...] wozu einfach letztlich wegen all den anderen Forschungssträngen keine Zeit war“
	„Im Nachhinein ist man immer schlauer“ – Erfahrung	Interviewee beschreibt, dass bestimmte Ideen erst im Verlauf des Projektes und mit wachsender Erfahrung entstanden seien (und deswegen nicht früher hätten umgesetzt werden können)	„Ich glaube, ein Stück weit einfach persönliche Erfahrung. Das ist, glaube ich, ein Stück weit ganz normal“
	„Es stand so nicht im Projektantrag“ – Eingeschränkte Forschungsfreiheit	Interviewee beschreibt, dass bestimmte Ideen nicht entstehen bzw. umgesetzt werden konnten, aufgrund starker Regulierung des Forschungsprojektes durch den Verbund und/oder ein vorab definiertes Ziel, z.B. im Projektantrag	„[...] also wenn wir es nicht randomisiert hätten, dann hätten wir das [Forschungsprojekt] gar nicht machen können, weil die Ausschreibung das erfordert hat“
	„Die Krankenhäuser wollen sich nicht wirklich verändern“ – Änderungsbereitschaft der Beteiligten	Interviewee beschreibt als Grund für die Nicht-Umsetzung oder Misserfolg der Änderungsideen, dass die Veränderungsbereitschaft der Krankenhäuser begrenzt gewesen sei	„[...] auch die vorab erlebte Hilflosigkeit oder wahrgenommene Hilflosigkeit seitens der Mitarbeiter 'Wir sind dem System so unterworfen wie es ist und da kann man nichts ändern'. Vielleicht so eine Vorabresignation, die schon da ist, und die auch die Motivation vermindert“
Kontext: Beschreibungen und Reflexionen			
Über die Krankenhaus-situation	„Plötzlich ist man Oberärztin“ – Führung im Krankenhaus	Interviewee schildert, wie aus seiner/ihrer Sicht Führungskräfte im Krankenhaus (nicht) ausgebildet werden	„Zum Beispiel [...], dass das Krankenhaus eine Organisation ist, und dass es da auch Führungskräfte gibt. Und wie werden Führungskräfte im Krankenhaus ausgebildet. Da habe ich den Eindruck und kann von meiner eigenen Sozialisation berichten, wenn man dann so weit ist, dann macht man das“
	„Die Mitarbeitenden sind am Limit“ – Belastung der Mitarbeitenden im KH	Interviewee schildert aus seiner/ihrer Sicht die Belastung von Mitarbeitenden im Krankenhaus	„Das führt dazu, dass zeigen ja die Erfahrungen diverser Teilprojekte unseres Projektes, dass es den Mitarbeitern in den Krankenhäusern immer schwerer fällt, ihr berufliches Selbstverständnis so zu praktizieren und umzusetzen, wie sie es gelernt haben

			und wie sie es eigentlich umsetzen wollen“
	„In der Wirtschaft läuft das ganz anders“ – Kontrastbeschreibung zu anderen Branchen	Interviewee vergleicht das Verständnis von Arbeitssituation/Weiterbildungskultur und -angeboten usw. im Arbeitskontext Krankenhaus mit anderen Branchen, z.B. der Automobilindustrie	„Und (...) wir dabei auch insgesamt, objektiv betrachtet beziehungsweise im Vergleich mit der Arbeit in einer anderen Branche, ziemlich unorganisiert [sind]“
	„Die Rahmenbedingungen im KH sind schuld“ – Reflexion der Krankenhauspolitische Rahmenbedingungen	Interviewee reflektiert über die politischen Rahmenbedingungen im Krankenhaus und deren Einfluss auf die Arbeitsrealität für die Mitarbeitenden, z.B. Auswirkung des DRG-Systems, der Privatisierung der KH, Vereinbarkeit Familie und Beruf, usw.	„Man lässt sozusagen die Schwierigkeit durch den Investitionsstau und die Unterfinanzierung, man gibt das Problem zurück an die einzelnen Krankenhäuser, die es aber letztlich nicht befriedigend lösen können, weil die einen Überlebenskampf kämpfen. Das ist das, was bei unserer Diskussion herauskommt, und das wären dann die Rahmenbedingungen, gegen die wir nicht ankommen und die auf der politischen Ebene gelöst werden müssen“
Über den Forschungsprozess	„In der Forschung läuft es folgendermaßen“ – Beschreibung der allgemeinen Forschungslogik	Interviewee schildert aus seiner/ihrer Sicht die Logik des Wissenschaftssystem und die projektbezogene Forschungslogik	„Ich habe ja selber vor einigen Jahren ein Projekt bei der Volkswagenstiftung durchbekommen und das war eine ganz lange Hängepartie. Wir waren da ein sehr umstrittenes Projekt mit vorwiegend qualitativem Nicht-RCT-Design. Da gab es heftige Meinungs- und Glaubensstreits innerhalb der Gutachtergemeinschaft“
	„Ich habe mich nicht sonderlich wirksam gefühlt“ – Eigene Wirksamkeit / Handlungsspielräume	Interviewee beschreibt, ob er/sie sich in seiner/ihrer Rolle als "Helferin"/"Situationsverbesserin" wirksam gefühlt hat	„Man ist den Strukturen sowieso schon unterworfen. Das schränkt natürlich die eigene Selbstwirksamkeit ein und natürlich dann die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern“
	„Wenn ich an unsere Arbeit im Verbund denke“ – Reflexion der Zusammenarbeit im Forschungsverbund SEEGEN	Interviewee reflektiert über die Zusammenarbeit / Atmosphäre / Ausrichtung innerhalb des SEE-GEN-Verbunds	„Ich finde es klasse, dass wir so eine freundschaftliche Kooperation zwischen den vielen Arbeitsgruppen haben, im Durchschnitt wenig rivalisierend. Ich finde es toll, dass wir immer wieder einen toleranten Umgang mit restriktiven Spielregeln pflegen, zum Beispiel beim Weiterrekrutieren“
Eigene Position und Verantwortung			
	„Ich bin selbst im Krankenhaus	Interviewee nennt Gründe und Motive, die sich aus seiner/ihrer	„Und dadurch, dass ich auch selber mit meiner Berufswahl

Forschungsmotive für das SEEGEN-Projekt	sozialisiert“ – Biografische / persönliche Gründe	persönlichen Geschichte ergeben	Teil dieses Gesundheitssystems bin, fand ich es auch schön, dass man sich wirklich mal mit dem eigenen System auseinandersetzt und überlegt, wie kann man da stresspräventiv Dinge verändern“
	„Ich musste Drittmittel einwerben“ – Karriereorientierte Gründe	Interviewee beschreibt, dass das Mitwirken am Forschungsprojekt einen positiven Nutzen für die eigene Karriere habe und/oder es im Rahmen ihrer/seiner Anstellung notwendig gewesen sei (bspw. durch die Notwendigkeit, eine bestimmte Höhe an Drittmitteln einzuwerben)	„Und das andere ist natürlich, da sind wir wieder beim gesellschaftspolitischen, auch forschungspolitischen Kontext, ist natürlich die Notwendigkeit, Drittmittel einzuwerben. Das heißt, das ist also eher ein extrinsischer Anreiz“
	„Weil's mich interessiert“ – Fachliches Interesse	Interviewee beschreibt, dass das Mitwirken am Forschungsprojekt durch eigenes fachliches Interesse motiviert sei	„Das andere ist, dass ich seit 2003 mit der Ärztesgesundheit beschäftige und im Weiteren dann auch mit der Gesundheit in der Pflege“
	„Das System muss sich ändern“ – Gesellschaftspolitisches Interesse	Interviewee beschreibt, dass das Mitwirken am Forschungsprojekt durch eine idealistische Haltung, mit der Forschung einen sinnvollen Beitrag zu leisten / etwas zu verbessern, motiviert sei	„Und ich finde es politisch jetzt interessant, hier für eine wahrhaftige Diskussion anzutreten, also die sich mit den wichtigen Sachen beschäftigt und nicht mit den unwichtigen“
	Positive Nebenefekte, z.B. durch das Projekt Arbeitsplätze schaffen	Interviewee schildert Ziele, die er/sie mit dem Projekt verfolgt, die nicht unmittelbar mit den Projekteinhalten verknüpft sind, z.B. innerhalb der Universitätslogik Arbeitsplätze zu schaffen	„Zum einen die Verantwortung für die Mitarbeiter, sprich in meinem Fall für meine Mitarbeiterin im Projekt. Dass es im Rahmen des Projektes möglich ist, sich auch weiter zu qualifizieren“
Eigene Verantwortung und Rolle	„Qualität und Zielumsetzung des Projekts müssen sichergestellt gestellt werden“ – Wissenschaftliche und projektbezogene Ziele verfolgen	Interviewee beschreibt seine Verantwortung darin, dafür zu sorgen, dass wissenschaftliche Standards eingehalten und projektbezogene Ziele verfolgt/erreichten werden	„Also, im laufenden Projekt sehe ich die Rolle darin, die Qualität zu sichern (..) und die Ziele zu erreichen“
	„Vor Ort wirklich wirksam sein“ – langfristige Wirksamkeit an den Forschungsorten / Unterstützung der Proband*innen in bestimmten Themen / Wissensvermittlung	Interviewee beschreibt, seine Verantwortung darin, an den Forschungsorten einen langfristigen positiven Unterschied zu machen, z.B. "den Mitarbeitenden eine Stimme geben"	„Sodass ich so den Eindruck hatte, wir haben mit dem Projekt auch dafür gesorgt, dass in der Organisation das Thema Fahrt aufnimmt, besprochen wird, angeschaut wird. Was ich jetzt nicht so gedacht hätte, dass das mit meiner Rolle als Forschende zu tun haben könnte“
	„Der Öffentlichkeit beschreiben, was Sache ist“ – Situation beschreiben /	Interviewee beschreibt seine / ihre Verantwortung darin, die Situation / Missstände im Krankenhaus öffentlichkeitswirksam	„Naja, wir haben 2,6 Millionen Euro bekommen, um mit vielen hochqualifizierten Menschen in das System

	öffentlich auf Missstände hinweisen -> Gesellschaftspolitische Verantwortung / Beteiligung von Politiker*innen	zu beschreiben. Damit einher geht eine gesellschaftspolitische Verantwortung und u.U. die Beteiligung von Politiker*innen	Krankenhaus zu schauen. Was ich sinnvoll finde, auch wenn ich mir vorstelle, ich schaue in fünf oder 10 Jahren darauf zurück, zwei oder drei zentrale Botschaften an die handelnden Akteure zu bringen“
	„Ich soll Erfüllungsgehilfe der Politik sein“ – Kritik an Rollenerwartungen	Interviewee kritisiert, was von ihm/ihr als Forschendem/r erwartet wird	„Und an anderen Stellen bekommt man mit, dass am liebsten die Mainoutcomes bei Studien Arbeitsunfähigkeit sein sollen, und dass man die reduziert. Da habe ich den Eindruck, ich soll Erfüllungsgehilfe der [...] weiß ich nicht, Politik sein“
Politische Positionierung aus dem SEEGEN-Verbund	Interviewee beschreibt, welche Botschaften aus dem Forschungsverbund heraus an die Öffentlichkeit gesandt werden sollten		„[...] diese enorme Personalnot und der Druck, der wahrscheinlich an dem nicht gut geplanten Krankenhausversorgungssystem liegt, führt letztlich zu erheblichen Konflikten vor Ort, zu massiver Frustration, zu ganz schlechter Lebensqualität in der Arbeit bei vielen Beschäftigten“
Gründe für Nicht-Positionierung	„Wir sind keine Experten für die Verhältnisse“ – Kompetenzfrage	Interviewee beschreibt als Grund für die politische Nicht-Positionierung, dass dies die eigene fachliche Kompetenz übersteigen würde. Es sei Aufgabe von Expert*innen und Politiker*innen, solche Aussagen/Empfehlungen zu treffen	„[...] und gleichen mal mit [Expert*innen] unsere Ideen ab und machen den Realitätsscheck, eben bevor wir in die Politik gehen und sagen 'Oh, wir haben etwas ganz Schlaues herausgefunden' und die winken nur müde ab und sagen 'Na, das haben wir doch schon vor 20 Jahren versucht und das geht doch einfach nicht“
	„Das macht ein Wissenschaftler nicht“ – Unabhängigkeit als Wissenschaftler*innen wahren	Interviewee beschreibt als Grund für die politische Nicht-Positionierung, dass dies die wissenschaftliche Unabhängigkeit schwächen/angreifen würde	„[...] ich bin der bessere Anwalt für die tatsächlich Leidenden im Gesundheitswesen, wenn ich mich nicht vermeintlich, also wir tun das ja nicht, aber wenn wir uns politisch konkret positionieren für bestimmte Vorschläge der politischen Veränderung, sind wir in der politischen Debatte verortbar, und das schwächt dann den Befund“
	„Was sollen die anderen denken“ – Sorge, sich öffentlich zu positionieren / Image-Sorge	Interviewee beschreibt als Grund für die politische Nicht-Positionierung, dass dies öffentlich nicht positiv wahrgenommen würde	„Das scheint mir wichtig, um sich nicht lächerlich zu machen, um glaubwürdig zu bleiben“
	„Dafür haben wir keinen Auftrag“ – Kein Auftrag	Interviewee beschreibt als Grund für die politische Nicht-Positionierung, dass hierfür kein Auftrag vorläge	„Es ist ja keine Auftragsarbeit, die Forscher haben ja keinen Auftrag bekommen. Das BMBF ist kein

			Gesundheitsakteur, es ist ein reiner Wissenschaftsakteur“
--	--	--	--

Anhang 4: Manual des Dilemmakompetenz-Trainings als 2-Tages Workshop

Manual_TP1B_09.11.2020



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

DILEMMAKOMPETENZ



SCHWIERIGE ENTSCHEIDUNGEN SCHAFFEN,
OHNE VON IHNEN GESCHAFFT ZU WERDEN

Vorwort und Implementierungsdetails

Dies ist das Handbuch für Trainer*innen der Intervention „Dilemmakompetenz – Schwierige Entscheidungen schaffen, ohne von ihnen geschafft zu werden“.

1) Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden möchten wir den Leser*innen des Manuals eine kurze, stichpunktartige Zusammenfassung des theoretischen Hintergrunds der Intervention zur Verfügung stellen.

Der Dilemazirkel

Dilemmata sind nach Bernd Schmid (1986, 2008) häufig schwer zu erkennen. Typisch ist jedoch das Erleben, das Schmid (1986) anhand eines Dilemazirkels abbildet:

Zunächst versucht die betroffene Person, die herausfordernde Situation zu vermeiden oder zu leugnen. Da sich dies häufig auf Dauer nicht durchhalten lässt, wird die Person auf weitere Konfrontation mit dem Dilemma mit „Strampeln“. Das heißt, sie kämpft, auch wenn sie merkt, dass sie das Problem nicht lösen kann. Trotz fehlender Fortschritte fühlt sich es besser an, weiter zu kämpfen, als aufzugeben. Im dritten Stadium zieht sich die Person raus („Abschalten“). Auch wenn sich die Verstrickung nicht gelöst hat, wird das Strampeln nun eingestellt; eine seine Stelle rückt eine Art Resignation. Will man das Problem wieder angehen, gerät man erneut ins Strampeln. Verharrt die Person in ihren Erklärungsmustern und bisherigen Lösungsversuchen für das Problem, wechselt sie zwischen Vermeidung, Strampeln und Resignation hin und her. Sie strampelt intensiver, ist in der Folge erschöpft und tut eine Weile nichts. Das vierte Stadium nach Bernd Schmid besteht im „unangenehmste[n], aber fruchtbarste[n]“ Zustand: Verzweiflung. Gelingt es, sich der Verzweiflung hinzugeben, besteht die Chance neue Lösungswege zu suchen. Insgesamt sind die emotionalen und verhaltensmäßigen Komponenten des Dilemazirkels nicht als Phasenschema im Sinne von Hintereinander zu verstehen, sondern als verschiedene Zustände, die sich abwechseln können.



Schmid, B. & Jäger, K. (1986)

Dilemma gehören zur Organisation

Organisationen als Ganzes sind in der Lage – im Gegensatz zu einzelnen Personen innerhalb der Organisation – verschiedene und sogar zueinander widersprüchliche Ziele und Interessen (z.B. „Kostensparnis und Großzügigkeit“, „Individualisierung und Standardisierung“) gleichzeitig zu vertreten und zu verfolgen. Dies gelingt durch die Ausbildung verschiedener, in sich „geschlossener“ Subsysteme, die jedes dieser Ziele einigermaßen konsequent vertreten dürfen (z.B. „Controlling“ für Kostensparnis, „Werbung und Kundenbindung“ für Großzügigkeit). Diesen Ausdifferenzierungsprozess nennt Niklas Luhmann funktionale Differenzierung.

Kernbotschaft:

Widersprüche, miteinander unvereinbare und daher vom Auftragnehmer unlösbare Aufträge sind strukturell in Organisationen angelegt. Sie sind damit nicht persönlich gegen einzelne Menschen gerichtet und kein Ausdruck davon, dass es einem einzelnen Mitarbeiter/einer einzelnen Mitarbeiterin an Lösungskompetenzen fehlt.

Die **Kernaufgabe von Führungskräften** besteht im Umgang mit solchen unauflösbaren Widersprüchen und im Treffen von Entscheidungen, bei denen es kein eindeutiges „Richtig“ oder „Falsch“ gibt – (der Kybernetiker Heinz von Foerster spricht hier von „unentscheidbaren Entscheidungen“). Es gibt eine Vielzahl möglicher Entscheidungsoptionen, deren Folgen je nach Situation und betroffenen Personen unterschiedlich bewerten werden. Im Gegensatz dazu gibt es Fragen, auf die es eine objektiv richtige, von allen akzeptierte Antwort gibt, und die somit bereits entschieden sind, z.B. „Was ist 2 + 2?“ (Antwort: „4“).

Dilemmakompetenz

Kernbotschaft:

Führungskräfte müssen sich klar darüber werden, dass das Treffen „unentscheidbarer Entscheidungen“ und die Konfrontation mit unauflösbaren Widersprüchen zu ihrem Kerngeschäft gehören („Dafür werde ich bezahlt“) (siehe Zwack & Schweitzer, 2009).

Dilemmata sind gekennzeichnet durch drei „Zutaten“:

- **Gleichzeitigkeit:** Die Aufforderungen „rechts und links“ gleichzeitig zu gehen, z.B. *Mache pünktlich Feierabend und erledige, bevor Du nach Hause gehst, unbedingt den Aktenberg auf Deinem Schreibtisch.*
- **Interdependenz:** Die Handlungsoptionen hängen miteinander zusammen und bedingen sich gegenseitig, d.h. je mehr ich mich um die eine Seite kümmere, umso mehr bin ich gezwungen, auch in die andere Seite zu investieren. *„Wenn ich diese Kollegin diese Woche aus dem Wochenendfrei in den Dienst hole, muss ich ihr kommende Woche umso mehr frei geben“*
- **Handlungsnotwendigkeit:** Nichts tun ist keine reale Handlungsoption – die Dilemmasituationen, die im Training behandelt werden, sind meist charakterisiert durch hohen Zeit- und Verantwortungsdruck (*„Ich bin gezwungen, möglichst schnell eine Lösung zu finden“*).

Kernbotschaft:

Um Klarheit und dadurch neuen Handlungsspielraum im Dilemma zu finden, müssen sich die Führungskräfte die Entscheidung bewusst machen, vor der sie stehen. (1) *Was sind in meiner Dilemmasituation die konkreten Entscheidungsoptionen, die sich gegenseitig ausschließen, vor denen ich stehe?* (2) *Wie reagiere ich spontan auf/ wie gefallen mir die einzelnen Optionen und die Gesamtsituation; zu welchen Optionen neige ich?*

Auftragskarussell (Schweitzer & von Schlippe, 2009):

Ein Dilemma zeichnet aus, dass ich mehrere „Aufträge“, d.h. Aufforderungen etwas zu tun oder nicht zu tun, gleichzeitig versuche zu erfüllen. Diese Aufträge können sowohl von außen an mich herangetragen werden, z.B. durch meine Vorgesetzte, oder intern aus mir selbst heraus entstehen, z.B. durch eigene Ansprüche, die ich an mich selbst stelle. Ein Dilemma fühlt sich zuweilen wie ein Karussell aus verschiedenen Aufträgen an, in dem ich mich drehe. Dieses Dilemma kann in der Gruppe anschaulich inszeniert werden: Um den Auftragnehmer stehen die „Stimmen“ der verschiedenen Auftraggeber, die ihn in mehreren Runden nacheinander mit ihren Aufträgen „beschallen“, bis ihm seine eigenen Reaktionen und Präferenzen sehr bewusst werden.

Primär- und Sekundärgefühle:

Leslie S. Greenberg (2017), ein kanadische Psychotherapieforscher, Psychotherapeut und Begründer der emotionsfokussierten Therapie, trifft eine basale Grundunterscheidung von Gefühlen. Primärgefühle sind Basisemotionen, die sofort wirken und die erste Reaktion auf ein Erlebnis darstellen (z.B. Freude über ein Geschenk, Überraschung über eine unerwartete Nachricht, Ärger über einen ungehaltenen Patienten). Basisemotionen äußern sich immer auch körperlich: in einem erhöhten Puls, einem erhöhten Herzschlag etc. Sekundäre Gefühle hingegen entwickeln sich in Sozialisationsprozessen. Beim Heranwachsen lernen Kinder schon früh, sich entsprechenden sozialen Normen und Erwartungen anzupassen. Der gesellschaftliche Anpassungsprozess wird deutlich in Aussagen wie: „Sei ein braves Mädchen“, „Sei ein starker Junge“, „Jungen weinen nicht“, „Schäm Dich!“. Wenn Kinder zu Hause etwa lernen, dass man in angstvollen Situationen eher impulsiv reagiert als ängstlich, lernen die Kinder ihr Primärgefühl der Angst zu unterdrücken und stattdessen mit Wut zu überdecken. Bei erfolgreicher Sozialisation gelingt es den sekundären Gefühlen einerseits zwar die Basisemotion zu regulieren, gleichzeitig hindern sie uns aber auch daran, das Primärgefühl wahrzunehmen und zu versorgen. Wenn ein Mensch also eigentlich gerade Sicherheit braucht, weil er verängstigt ist, aber seine Wut für Distanz zu anderen sucht, kann dieser Sozialisationsweg kontraproduktiv werden. Da sekundäre Gefühle häufig in der jeweiligen Kultur (Organisation, Familie) adäquat sind, werden sie als sozial angepasstes Verhalten häufig sogar verstärkt. So ist es für den Einzelnen häufig noch schwerer primäre Gefühle dahinter zu erkennen und in den Fokus zu rücken.

Kernbotschaft:

Gelingt es nicht, das Primärgefühl hinter dem Sekundärgefühl zu versorgen, bleibt man leicht im Sekundärgefühl „gefan-

gen". So kann es sich lohnen auf die Suche nach dem verborgenen Gefühl hinter dem zunächst bewussten Sekundärgefühl zu gehen. Gelingt es, das Primärgefühl als weitere Information heranziehen zu können, eröffnet das möglicherweise neue Handlungsoptionen. Wenn es einem Kollegen in einer Konfliktsituation mit einem anderen Kollegen gelingt statt der Wut die dahinterliegende Enttäuschung zu zeigen, können andere Reaktionen des Gegenübers entstehen, als wenn nur die Wut Raum bekommt.

Den (internen oder externen) Aufträgen liegen **Prämissen** zugrunde, d.h. Annahmen, die als unumstößliche „Wahrheiten“ erlebt und somit nicht hinterfragt werden. Diese Prämissen können als Lösungsversuche, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, verstanden werden.

- Persönliche Prämissen („Ich bin eben keine lautstarke Führungspersönlichkeit“) haben sich im Zuge der eigenen biografischen Geschichte und Sozialisation herausgebildet.
- Die Summe aller Prämissen innerhalb einer Organisation („Bei uns widerspricht man der Chefin nicht“ usw.) kann als ihre „Kultur“ bezeichnet werden.

Es handelt sich bei Prämissen jedoch nicht um Naturgesetze, sondern um gewählte Gesetze und Verbote. Dementsprechend kann man sich auch gegen das Befolgen von unausgesprochenen präskriptiven Regeln (Vorschriften) entscheiden – die Frage ist nur, welche Konsequenzen das hat (Simon, 2007). Manchmal scheint dieser Schritt leichter, wenn man keinen Kulturbruch, sondern zunächst ein Kulturbrüchlein plant.

Kernbotschaft:

Entscheidungs-Prämissen sind sinnvolle „Erfolgsrezepte“ der Vergangenheit. Um in einer Entscheidungssituation einen Standpunkt zu finden, ist es hilfreich zu beobachten, von welchen Prämissen das eigene Handeln gesteuert ist. Anschließend kann bewusst entschieden werden, ob eine Prämisse den eigenen Handlungsspiel vergrößert oder verkleinert. Wenn es ihn verkleinert, kann ggf. eine Prämisse wahlweise, d.h. „probeweise“ in einer bestimmten Situation, bewusst abgewählt werden / ein Kulturbrüchlein begangen werden.

Unsicherheitsabsorption – warum Prämissen in der Organisation sinnvoll sind:

Unsicherheit wird in Organisationen dadurch gelöst, dass sie sich in der Gegenwart für eine vermutete Zukunft entscheidet, d.h. wo vorher Unsicherheit herrschte, kann nun gehandelt werden, als ob sicher wäre, wie der Fall zu beurteilen ist (Simon, 2007).

„Unsicherheitsabsorption findet statt, wenn aus einer Sammlung von Beweismaterial Schlüsse (=Entscheidungen) gezogen werden und die Schlussfolgerungen statt des Beweismaterials kommuniziert werden“ (March & Simon, 1958; übersetzt n. Simon 2007, S. 67).

Jede Entscheidung ist gleichzeitig eine Entscheidungsprämisse für weitere Entscheidungen – sie erhöht oder verringert den Spielraum künftig möglicher, anschließender Entscheidungen. Damit „absorbiert“ sie das Maß an Unsicherheit in der Organisation, deshalb werden ausbleibende Entscheidungen schnell nervös vermisst. Im Systemikerjargon: Jede Entscheidung ermöglicht Anschlussentscheidungen, ohne dass vorhergegangene Entscheidungen noch weiter infrage gestellt werden müssen (Baecker, 2003).

Kernbotschaft:

Auch wenn sich eine Entscheidung einer un-entscheidbaren Frage manchmal als Bürde anfühlt und sie angesichts des Preises, den man mit der Entscheidung in Kauf nehmen muss, häufig anstrengt, sorgt eine echte Entscheidung auch für mehr Klarheit, wenn das bisher „unsichere“ Unentschiedene entschieden ist.

Literaturangaben:

Baecker, D. (2003). *Organisation und Management*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

March, J. G. & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: John Wiley and Sons.

Schmid, B. (2008): Konzeption. Wenn der Coach in der Zwickmühle steckt. Über den Umgang mit Dilemmata. S. 13-17, *Coaching Magazin*, 01/2008.

Dilemmakompetenz

Schmid, B. and K. Jäger (1986). "Zwickmühlen. Oder: Wege aus dem Dilemma-Zirkel." *Zeitschrift für Transaktionsanalyse* 3(1): 5-16.

Simon, F.B. (2007). *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg: Auer.

Zwack, J. & Schweitzer, J. (2009). Bausteine systemischer Führungskräfte trainings. *Organisation, Supervision und Coaching*, 4, 399-412.

Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

2) Stolpersteine

Während der Pilotierungsphase des Trainings (2017-2019) haben wir wertvolle Erfahrungen mit dem Training machen können, die wir den Trainer*innen nachfolgend zur Verfügung stellen möchten. Wir untergliedern diese Praxiserfahrung in mögliche Herausforderungen („Stolpersteine“) für Trainer*innen während der Trainingsdurchführung.

Mögliche Stolpersteine und Empfehlungen für Trainer*innen:

- Wenn die Gruppenteilnehmer hinsichtlich etwa der Sprache & Reflexionsfähigkeit sehr verschieden sind:
→ In Kontakt bleiben und erfragen „Was haben Sie verstanden bisher?“ (vor allem die, die weniger verstanden zu haben scheinen)
- Skepsis seitens der Teilnehmenden / geringe Offenbarungsbereitschaft
→ Wichtigkeit von Schweigepflicht & Vertraulichkeit betonen: Ermuntern, hier nur das zu sagen, was man bedenkenlos sagen möchte (kein „Seelenstriptease“ und kein „Enthüllungsdruck“ angestrebt)
→ gemeinsam „Abkommen“ beschließen, z.B. mit einem Nicken darauf einigen, dass geteilte Informationen nicht den Seminarraum verlassen
→ Heikle Themen, die man nicht mit allen Gruppenteilnehmern teilen möchte, in Zweiergruppen-Übungen mit Wunschpartner bearbeiten lassen.
- Herausforderndes, mentales Muster mancher Teilnehmenden (sich darauf einstellen und Verständnis entwickeln):
 - Während in Industriebetrieben u.U. die Grundüberzeugung ist: Wenn Du Deine Zeit nur klug managst, schaffst Du es.
 - Im Krankenhaussetting eher die geteilte Realität ist: „Es geht nicht – egal wie ich es anstelle“.
 - Zudem gibt es im Krankenhaus eine besondere, institutionsspezifische „Dilemmalösungshierarchie“: Der Patient kommt (immer) zuerst!
- Reaktanz & Ablehnung / TN sagt wiederholt „Das ist für mich kein Problem“
→ Pacing: „Das ist bewunderswert. Wie machen Sie das?“ / „Ich kann mir vorstellen, dass das unterschiedlich ist und es vielleicht KollegInnen gibt, die dies anders empfinden. Wie empfinden es die anderen in der Gruppe?“
- Sorge: „Sie wollen uns mit Ihrem Dilemmakurs unsere Wut/ Ärger über die Ungerechtigkeit des Systems nehmen, die wir hier brauchen, um das System zu verändern“
→ Den Ärger/die Wut wollen wir Ihnen nicht nehmen. Wir möchten mit Ihnen üben die Faktoren, die Sie ins Dilemma bringen, bewusst wahrzunehmen; bewusst zu entscheiden: „welchen Preis bin ich bereit für was zu zahlen.“ Unser Learning aus Phase I:
Mehr induktiv statt deduktiv lehren, mehr praktische Übungen gegenüber theoretischen Inputs, von Beispielen der TN zum Input des Dilemmakompetenz-Trainings – statt anders herum. Demonstrationen im Plenum („Wie mache ich das?“) sind hilfreich.
- Problemrance: Klagen über das unterfinanzierte System und die Unfairness
→ Haltung:
 - Validieren „wir verstehen was Sie sagen“, „wir stellen es uns schwer vor“;
 - Neugier & Ressourcen aktivieren „Was tun Sie, um das hier dennoch jeden Tag zu bewältigen?“ „Woher nehmen Sie die Kraft?“ „Wie sieht Ihr seelisches Immunsystem aus, dass es Ihnen ermöglicht es trotzdem zu ertragen?“
 - Würdigen des Kampfes „Was ist für Sie hier wichtig, wofür Sie kämpfen?“

- & Zurückleiten zur bisherigen Frage „vielen Dank für Ihren Beitrag. Zurück zur Frage...“
- Häufig wird lange an der Hoffnung festgehalten, das Dilemma sei aufzulösen. Das kann auch in Enttäuschung über den Workshop umschlagen. („Aber ich muss es doch irgendwie schaffen! Ich dachte, Sie bringen uns hier Lösungen bei...“)
→ Haltung: Die Hoffnung ist nachvollziehbar und die Energie, die die Teilnehmenden in die Lösungssuche stecken, gilt es zu würdigen. („Es ist nachvollziehbar, dass Sie weiter versuchen allen Aufträgen gerecht zu werden. Gerne würden wir Ihnen die perfekte Lösung liefern. Wenn es sich aber wirklich um ein Dilemma handelt – die beiden Ansprüche sich also praktisch ausschließen – gehen wir davon aus, dass von Ihnen etwas verlangt wird, was sich gleichzeitig widerspricht. In einem klassische Management-Seminar würden wir Sie nun vielleicht ermuntern ‚Wenn Sie es nur gut genug anstellen – dann werden Sie alles hinbekommen.‘ Wir bieten Ihnen an, einen Umgang mit dem dilemmatischen der Situation zu finden.“)
 - Wenn zu lange Phasen der Empörung entstehen, ist es für manche Teilnehmenden wichtig, „das Glas auch mal halb voll zu sehen“ und nicht so viel zu „meckern“. Eine Idee kann sein eine Person, der es zu negativ zugeht („So schlimm es doch auch nicht.“), damit zu beauftragen, auch der anderen Seite Raum zu geben. („Frau... geben Sie uns ein Zeichen, wenn Sie finden, es ist mal wieder an der Zeit das Glas auch mal halb voll zu sehen.“)

3) Umsetzung

Das Training ist auf zwei ganze Workshop-Tage mit jeweils 6h (plus insgesamt 1.5h Pause) ausgerichtet. Die Anzahl der Teilnehmenden kann zwischen fünf und fünfzehn Personen variieren. Mit kleinen Anpassungen lässt sich der Workshopinhalt auch für größere oder kleinere Gruppen anpassen.

In Ergänzung zu diesem Manual gibt es ein Log-Buch für die Trainingsteilnehmenden, Unterlagen für die Trainer*innen sowie eine Powerpoint-Präsentation.

Das Log-Buch mit allen Arbeitsblättern bekommen die Trainingsteilnehmenden vor Beginn des ersten Workshop-Tages auf die Stühle gelegt (Anlage: Log-Buch für Trainingsteilnehmende). Die Powerpoint-Präsentation (PPT) steht zur Präsentation von Inputs zur Verfügung und enthält abfotografierte Flipcharts, die von Ulrike Bossmann entworfen wurden. Im Manual befindet sich an den zum Input passenden Stellen jeweils das Foto eines Flipcharts. Die Erfahrung zeigt, dass die Flipcharts nicht abgemalt werden müssen, sondern dass sie den Vortrag ebenso in Form der PPT anreichern können.

Eine Ausnahme stellt das Flipchart zum Auftragskarussell in Part 3 dar. Um es interaktiv nutzen zu können, muss es als Flipchart anhand der abgebildeten Vorlage angefertigt werden. Auch die „Aufträge“, die während des Inputs auf das Flipchart geklebt werden, müssen in der Vorbereitung auf Metaplankarten geschrieben werden. Als Vorlage dient ein Beispiel („Oberarzt Herr T. im Auftragskarussell“), das im Anhang (Unterlagen für Trainer*innen) zu finden ist. Zudem findet sich eine Sammlung an möglichen Prämissen im Anhang (Unterlagen für Trainer*innen), die den Trainer*innen als Hilfe dienen sollen, um eine Vorstellung davon zu bekommen, welche Prämissen von Teilnehmenden genannt werden könnten. Für die Vorstellung des Auftragskarussells wird außerdem Klebeband benötigt.

Im Verlaufe des Trainings werden leere Flipcharts (für die Entwicklung eines Auftragskarussells im Plenum – Part 3; spontane Notizen; für die Ausarbeitung von Beispielen zu Kommunikationsstrategien – Part 6), leere Metaplankarten, Stifte sowie leere Blätter mit Anfertigen von Notizen benötigt. Für die Vorstellung der Kommunikationsstrategien (Part 6) ist in den Unterlagen für Trainer*innen ein Back-up Beispiel für Kommunikationsstrategien hinterlegt, falls die Zielgruppe aus Führungskräften besteht. Für Part 11 ist ein Ausdruck der Anlage „Liste mit Gefühlsworten“ (Unterlagen für Trainer*innen) notwendig. Außerdem werden Wertekärtchen benötigt, die auf einem Tisch für eine Übung in Part 10 ausgelegt werden müssen. Die Vorlage befindet sich in den Unterlagen für Trainer*innen.

Am Ende des Trainings schlagen wir vor, dass die Teilnehmenden eine Postkarte an sich selbst schreiben, die von den Organisierenden des Workshops nach ein paar Monaten als Erinnerung an die Teilnehmenden per Post verschickt wird.

An einigen Stellen im Manual befinden sich außerdem Hinweise an die Trainer*innen, die zu einer besonders gelungenen Durchführung des Trainings führen sollen. Hierbei handelt es sich um praktische Erfahrungswerte aus der Pilotierungsphase des Trainings und/oder Hinweise zur Haltung der Trainer*innen. Nutzen Sie hiervon, was Sie brauchen!

Außerdem finden Sie immer wieder „Kernbotschaften“. Diese dienen zur Verdeutlichung, was den Teilnehmenden vermittelt im Kern werden soll.

Dilemmakompetenz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Implementierungsdetails

Theoretischer Hintergrund

Stolpersteine

Umsetzung

Zu Beginn

Tag I

Part 1 Begrüßung und Kennenlernen

Part 2 Dilemma-Konzept kennenlernen & erkunden

(Kaffeepause 15 Min.)

Part 3 Das eigene Dilemma erkennen, verstehen & beschreiben (Teil I)

Part 4 Das eigene Dilemma erkennen, verstehen & beschreiben (Teil II)

(Mittagspause 60 Min.)

Part 5 Von der richtigen zur verantworteten Entscheidung (z.B. Heinz v. Foerster)

Part 6 Kommunikationsstrategien

(Kaffeepause 15 Min.)

Part 7 Schachmattsätze & Schachmattgesten

Part 8 Hausaufgaben & Abschluss

Tag II

Part 9 Begrüßung und Inhaltliche Wiederholung von Tag I

Part 10 Nutzung eigener Werte und Haben- & Sein-Zielen als Verortungs- & Entscheidungshilfe

(Kaffeepause 15 Min.)

Part 11 Nutzung von Gefühlen als Wegweiser & die Fähigkeit zwischen primären und sekundären Gefühlen (Greenberg) zu unterscheiden

(Mittagspause 15 Min.)

Part 12 Systemische Organisationstheorie & Solidarisierung in der eigenen Organisation

(Kaffeepause 15 Min.)

Part 13 Inhaltliche Zusammenfassung, Abschlussreflexion & Hausaufgabe

Anhang

- 1) Log-Buch für die Trainingsteilnehmenden
- 2) Unterlagen für Trainer*innen
 - a. „Beispiel: Oberarzt Herr T. im Auftragskarussell“
 - b. Anhang „Prämissen-Sammlung“
 - c. Back-Up Beispiel: Kommunikationsstrategien
 - d. Liste mit Gefühlsworten
 - e. Vorlage Werte-Kärtchen
- 3) Powerpoint Präsentation für Inputs

Dilemmakompetenz

Zu Beginn

Hier finden Sie grundsätzliche Erklärungen zu Workshop Methoden:

Sharing:

Sharing findet im Plenum statt und meint das Mitteilen von Erfahrungen oder Gedanken. Dazu richtet sich die Trainee/in/der Trainer an die Gruppe aller Teilnehmenden und lädt zum Austausch unter den Teilnehmenden in der Gruppe ein. Diesen Prozess moderiert der*die Trainer*in. Der Austausch wird von den Trainer*innen entlang konkreter Fragen moderiert und fokussiert bspw. nach einer Übung auf die Erfahrungen, die Teilnehmer*innen mit der Übung gemacht haben (Bsp. Fiel mir diese Übung schwer oder leicht?), oder auf neue Ideen und Denkanstöße, die durch die Übung angeregt wurden (Bsp. Was wurde mir durch diese Übung deutlich?).

Das wiederholte direkte Ansprechen der Teilnehmenden in Bezug auf Trainingsinhalte und das Erfragen der eigenen Erfahrungen stellt ein kontinuierliches Überprüfen der Anschlussfähigkeit der angebotenen Trainingsinhalte dar. Sinngemäß „Macht das Gesagte für die Teilnehmenden Sinn? Entspricht es ihrer Arbeitsrealität? Oder ist es ganz anders?“).

Zudem ist es hilfreich für die Teilnehmenden, von Erfahrungen und Umgangsstrategien der anderen Teilnehmer*innen zu erfahren.

Aufstellung:

Bei einer Aufstellung handelt es sich um eine Skulptur im Raum. Die Teilnehmenden werden gebeten, sich im Seminarraum in Bezug auf eine bestimmte durch die*den Trainer*in vorgegebene Frage mit zwei kontrastierenden Polen (z.B. „Werden Gefühle eher internalisiert (Pol 1) oder externalisiert (Pol 2)“?) aufzustellen. Die*der Trainer*in legt fest, an welchen räumlichen Merkmalen sich die Teilnehmenden innerhalb der Aufstellung orientieren sollen (z.B. „Stellen Sie sich eine Linie vor, die durch diesen Seminarraum geht. An diesem Ende der Linie [Trainer*in zeigt das eine Ende] ist der Pol 1, am anderen Ende der Linie [Trainer*in zeigt das andere Ende] ist der Pol 2.“). Ggf. kann es hilfreich sein, statt von einer Linie im Raum von einer Skala von 1 bis 10 zu sprechen und die entsprechenden Pole 1 und 2 als Werte von 1 bis 10 vorzustellen – im Manual ist zu entnehmen, ob wir eine solche Skalierung vorschlagen oder nicht. Daraufhin suchen sich die Teilnehmenden entlang der vorgegebenen Linie einen Platz, der bestmöglich ihre eigene Antwort auf die gestellte Frage repräsentiert.

Bevor die Fragestellung im Raum eingeführt wird, moderiert die*der Trainer*in die Aufstellungsübung kurz an. Dabei kann es helfen, die Teilnehmenden vorzubereiten, dass diese Übung möglicherweise etwas ungewöhnlich ist und von dem abweicht, was die Teilnehmenden bis dato aus Seminaren kennen. Es empfiehlt sich, die Teilnehmenden schon während der Anmoderation zu bitten, aufzustehen, um das Aktivitätsniveau zu erhöhen und auf die Übung vorzubereiten.

Nachdem sich die Teilnehmenden im Raum aufgestellt haben, bietet es sich an, das entstandene Bild aus Sicht des*der Trainer*in kurz zu beschreiben, an einzelne Personen konkretisierende Fragen zu richten (Bsp. „Stehen Sie tatsächlich genau in der Mitte oder eher auf einen... oder auf der anderen... Seite?“) sowie die Skulptur anhand einzelner Stimmen zu erkunden (Personen, die sich a) am Ende der beiden Pole, b) im Mittelfeld aufgestellt haben, befragen, was sie jeweils dazu bewogen hat, sich ausgerechnet so zu positionieren. (Bsp. „Sie haben sich sehr nahe zum Pol 1 gestellt... Wie kam es dazu? / Was bedeutet das für Sie?“)). Zudem kann es sinnvoll sein, dass die Teilnehmenden sich kurz untereinander in Kleingruppen zu einer spezifischen Frage in Bezug auf die gestellte Frage austauschen.

Leitfaden:

Im Laufe der zwei Seminartage wird der Leitfaden, der sich im Log-Buch befindet und aus sieben Teilen besteht, peu à peu nach jedem inhaltlichen Input eingeführt. Er soll den Teilnehmenden zur selbstständigen Bewältigung der alltäglichen Dilemmata – auch über das Training hinaus – verhelfen. Im Manual ist jeweils ein Hinweis auf einen weiteren Leitfadenteil zu finden. An diesen Stellen soll auf die jeweiligen Leitfäden im Log-Buch hingewiesen werden – ohne jedoch, dass die Teilnehmer*innen den Leitfaden im Seminar bearbeiten. Die Trainer*innen formulieren den Leitfaden als Angebot, ihn nach dem Seminar als eine hilfreiche Selbstreflexion zur Bearbeitung eines aktuellen Dilemmas auszufüllen.

Und nun – auf einen guten Trainingsstart!

Part 1 Begrüßung und Kennenlernen

Überblick

Zu Beginn des Trainings geht es darum sich gegenseitig Kennenzulernen. Dazu wird eine Skulptur im Raum gestellt. Hilfreich ist diese Aufstellung auch, um die Motivation der Teilnehmenden zu erfragen. Ebenso wird in diesem Teil ein kurzer Einblick in die Themen des Trainings gegeben und wie es zur Entwicklung des Trainings kam. Zum Schluss wird der Rahmen geklärt (Pausen, etc.).

Ziele

- Gegenseitiges Kennenlernen
- Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Abfragen von Skepsis und Motivation zum Seminar
- Überblick über Projekt und Trainingsinhalte geben

Tools

AB: Vor Beginn des Seminars wurden die Log-Bücher für jede*n Teilnehmer*in auf den Stühlen bereitgelegt.

Material: PPT, Platz im Raum für eine Aufstellung, Belegexemplar des Beratungskonzepts dieses Training (Zwack & Bossmann, 2017: Wege aus beruflichen Zwickmühlen, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen.)

Methode

Input im Plenum, Aufstellung im Raum

Ablauf/Anleitung

1. Begrüßung im Plenum & Vorstellung der TrainerInnen (5 min.):



Herzlich Willkommen! Wir freuen uns, Sie heute zum ersten Tag des Dilemmakompetenztrainings zu begrüßen! Schön, dass Sie sich die Zeit genommen und entschieden haben, dabei zu sein – sicherlich hat diese Entscheidung bei dem/der einen von Ihnen bereits ein Dilemma ausgelöst: Bin ich abkömmlich auf Station und kann überhaupt teilnehmen? – womit wir schon mitten im Thema sind. Zunächst möchten wir uns aber kurz als TrainerInnen vorstellen...

2. Übung zum gegenseitigen Kennenlernen gemeinsam im Raum (20 min.)

Genug von uns. Wir möchten nun Sie besser kennen lernen – und wir gehen davon aus, dass auch Sie sich untereinander nur teilweise vertraut sind.

Aufstellung im Raum (Erklärung siehe „Zu Beginn“ des Manuals)

TrainerInnen wählen je nach Zeitbudget und eigenem Interesse, welche der Themen sie aufstellen lassen:

- Betriebszugehörigkeit: Zeitachse im Raum (sehr lange her – heute aktuell)

Dilemmakompetenz

- *Umgang mit Entscheidungen:* „Was für ein Entscheidungstyp bin ich?“ (schnell vs. langsam) (Austausch dazu mit dem*r Nachbar*in): Wie würden Sie Ihren Entscheidungsprozess beschreiben – eher „aus dem Bauch heraus“ vs. rational?)
- *Überzeugung/ Begeisterung für das Seminar:* Man kann ja unterschiedlich begeistert in ein solches Seminar gehen – auf einer Skala von 1 (im Raum die Position zeigen) gar nicht begeistert bis 10 (ebenso zeigen) sehr begeistert: „Wie überzeugt bin ich heute hergekommen? (Austausch dazu mit dem*r Nachbar*in: Mit welchem Motiv kommen Sie her? Wieso sind Sie trotzdem gekommen?)“

3. Hintergrund & Rahmen/Agenda besprechen im Plenum (5 min.)

Training als Teil des Forschungsprojektes SEEGEN

Wie Sie ja bereits wissen, findet das Dilemmakompetenztraining im Rahmen eines Forschungsprojektes statt. Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen gehen wir der Frage nach, wie es gelingen kann, trotz der herausfordernden Rahmenbedingungen im Arbeitskontext Krankenhaus, gesund zu bleiben.

Wir glauben, dass eine bedeutsame Herausforderung darin liegt, mit sogenannten Dilemmata – also Zwickmühlensituationen – umzugehen. (Dazu gleich mehr...)

Was geschah in Phase I

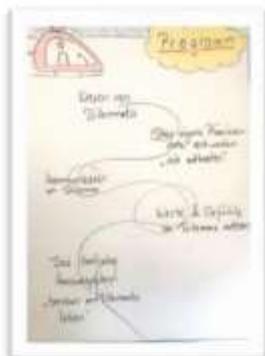
Die Arbeitsgruppe von Prof. Jochen Schweitzer in Heidelberg hat in der Zeit 2017 – 2019 auf Basis des Dilemmakonzeptes von Julika Zwack und Ulrike Bossmann gemeinsam mit diesen beiden Kolleginnen ein Dilemmakompetenztraining speziell für die Arbeit im Krankenhaus entwickelt.

Eventuell jeder*in Teilnehmer*in ein Buch (Zwack & Bossmann, 2017) austeilen oder zumindest ein Belegexemplar zeigen und darauf als Lesebuch verweisen

Von Phase I zu Phase II

In Phase I lag der Fokus auf mittleren Führungskräften, weil diese häufig in ihrer Sandwich-Position besonders stark mit Dilemmata konfrontiert sind. Uns ist dabei aufgefallen, dass Dilemmata kein Phänomen ist, das ausschließlich Führungskräfte betrifft, sondern dass es Entscheidungssituationen betrifft, die allen im Krankenhaus Arbeitenden bekannt sind.

Rahmen/Agenda vorstellen



Sie erleben nun das Dilemmatraining „kompakt“ – quasi das „Best of“ aus all den Erfahrungen mit der Arbeit mit Dilemmata. Heute werfen wir einen genauen Blick darauf, was hinter Dilemmata steckt, wie sie entstehen und was das für die Kommunikation im Krankenhaus bedeutet. Unser Bild des Dilemmakompetenztrainings ist es nicht, all Ihre Dilemmata aufzulösen – vielmehr wollen wir Ihre Sinne schärfen und Ihnen Werkzeuge an die Hand geben, um inmitten dieser Zerreißprobe entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben.

In x Wochen sehen wir uns wieder – erneut hier und wieder um yy Uhr – mit diesen Themen: Welche Werte sind bedeutsam für mich, an denen ich festhalten möchte? Welche Rolle spielen Gefühle im Dilemma? Wie können wir uns gemeinsam im Dilemma unterstützen?

Transfer in die berufliche Praxis – Anwendung des Gelernten

In der Zwischenzeit haben Sie genügend Zeit, das anzuwenden, was wir heute besprechen – denn darum geht es ja: Das Gelernte aus der „Trockenübung“ in Ihren Arbeitsalltag zu bringen!

Allgemeine Hinweise zum Trainingssetting und zum Tagesverlauf:

- Wichtiger und eindringlicher Hinweis auf Vertraulichkeit über die Inhalte, die im Workshop besprochen werden.
- Pausen-Zeiten, sonstige Verabredungen

Part 2 Dilemma-Konzept kennenlernen & erkunden

Überblick

Im nächsten Teil des Trainings wird in das Thema eingeführt. Dazu lernen die Teilnehmenden die Bestandteile eines Dilemmas kennen und erarbeiten in einer intensiven und durch ein Arbeitsblatt gut unterstützten Partner*innenarbeit ein eigenes, aktuelles Dilemma, das im Verlaufe des Trainings mitgeführt werden kann.

Ziele

- Aufklärung über die Beschaffenheit eines Dilemmas
- Anhaltspunkte zum Erkennen von Dilemmata im Alltag
- Aktualisierung eines eigenen Dilemmas
- Ein eigenes Dilemma in seiner Struktur begreifen
- Unterscheidung zwischen Dilemma und Problem einführen

Tools

AB: Austausch im Tandem: Erkundung des eigenen Dilemmas; Leidfaden (Dilemma erkennen)

Material: PPT

Methode

Input im Plenum, Austausch im Tandem als Partner*inneninterview:

Ablauf/Anleitung

1. Interaktiver Input im Plenum:

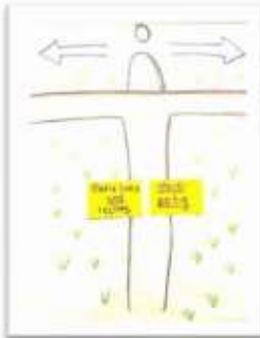
3 Zutaten eines Dilemmas (20 min.)



Das Wesen jedes Dilemmas: Bei einer Dilemma Situation handelt es sich um eine **Entscheidungssituation**, in der ich aufgefordert bin,

- (1) Der Appell, **gleichzeitig** zwei Handlungen zu vollziehen; also „links & rechts gehen“ zu gehen. Diese zwei Handlungsoptionen schließen sich aus - zumindest im selben Moment.

Dilemmakompetenz



Beispiel:

- Erreiche ehrgeizige Versorgungsziele und verärgere nicht die Patienten: also sei effizient und wende dich dem Patienten ausführlich zu!
- oder stelle maximale Versorgungsqualität sicher, aber überschreite nicht das vorgesehene personelle und zeitliche Budget: also sei maximal sorgfältig, aber beeile dich, damit Du heute alles schaffst.

Das Gemeine ist, dass oft so getan wird, als wären die Ziele oder Handlungen nicht widersprüchlich.

In klassischen Seminaren würden wir Ihnen hier vermitteln – „Mensch, stellen Sie es nur etwas schlauer an, als bisher – dann schaffen Sie alles gleichzeitig! Oft wird gesagt: Wenn du dein Zeit- und Selbstmanagement im Griff hast, kriegst du alle Aufgaben erledigt. Oder: Lernen Sie, richtig zu kommunizieren, dann klappt das schon!

Beispiel:

- „Wenn Du nur gut genug planst, schaffst Du es auch mit der geringsten Personaldecke den Dienstplan gut zu besetzen.“
- „Wenn Du es nur gut genug kommunizierst, kannst Du gleichzeitig allen Ansprüchen gerecht werden.“

Wir gehen hier davon aus, dass es in Dilemma Situationen nicht möglich ist, was gefordert ist – nämlich gleichzeitig links und rechts zu gehen.



- (2) Das zweite Merkmal von Dilemma Situationen besteht in der Interdependenz, also **die wechselseitige Abhängigkeit** der Optionen. Selbst wenn ich die Handlungsaufforderungen nacheinander erledigen kann, entsteht eine dilemmatische Situation, denn: Nachdem ich mich für die eine Seite entschieden habe, also Option A gewählt habe, muss ich mich danach umso intensiver um die damit vernachlässigte Seite kümmern.

Beispiel:

- Wenn ich länger hier bleibe, um noch Arbeit erledigt zu bekommen, steigt die Notwendigkeit, nach Hause zu gehen (denn: wenn ich es nicht tue, vermissen mich meine Kinder möglicherweise sehr, es gibt

Ärger mit dem Mann/der Frau, weil ich nicht mehr an dem Familienleben ausreichend teilnehme oder auch einfach, weil ich umso intensiver Kraft tanken muss, wenn der Job stressig ist). Dies gilt auch umgekehrt: Je häufiger ich früh oder einfach nur pünktlich nach Hause gehe, desto größer wird die Notwendigkeit, mal länger zu bleiben (der Berg an Arbeit wächst – Doku, Absprachen,...).

- Je mehr ich harte Forderungen gegenüber meinen Mitarbeitern stelle, desto mehr wächst die Notwendigkeit in die Harmonie im Team zu investieren.

(Frage ans Plenum: Können Sie das nachvollziehen?)

- (3) **Nichts tun ist auch keine Lösung** („Das Problem muss gelöst werden“). Irgendwie MUSS man es hinkriegen. Es muss eben beides gleichzeitig passieren.



Beispiel:

- Im Krankenhaus ist es die Versorgung der Patienten, die schlicht und einfach sicher gestellt werden muss – es kann nicht einer der Patienten unversorgt liegen bleiben.
- Gleichzeitig kann ich aber auch meine eigene Gesundheit nicht mehr ignorieren: Mit diesem Schlafdefizit machst Du's nicht mehr lange gut.
- Auch wirtschaftlicher Druck macht es unabdingbar, dass gehandelt werden muss: wir schreiben ständig rote Zahlen – so kann unser Haus/Abteilung möglicherweise nicht mehr lange bestehen bleiben.

(Frage ans Plenum: Können Sie das nachvollziehen?)

Kernbotschaft: Während im „klassischen“ Management Seminar vermittelt wird: „Wenn Sie es nur gut genug anstellen – dann werden Sie alles hinbekommen!“ sagen wir: „nein – in Dilemma Situationen wird von Ihnen etwas verlangt, was gleichzeitig nicht zu machen ist, weil es sich widerspricht.“ Eine Dilemma-Situation führt Sie immer vor Entscheidungsschwierigkeiten, denn auch wenn sie noch so lange und ausführlich darüber nachdenken, und egal, wie Sie es drehen und wenden, gibt es keine richtig gute Lösung.

Um mit Dilemma-Situationen gut umgehen zu können, helfen andere Strategien als die, die Sie sonst (bei „normalen“ Problemen) anwenden. Deswegen ist es wichtig, eine knifflige Entscheidungssituation oder ein normales Problem von einem Dilemma unterscheiden zu können ...

Wie kann ich erkennen, ob ich im Dilemma bin?

Dilemmakompetenz



Drei Beobachter-Ebene, auf denen ich an/in mir und in Bezug auf die Situationen etwas beobachten kann.

Kognition (Denken): Über Lösungen nachdenken/ grübeln – und sie doch wieder verwerfen („geht nicht, weil...“ oder „wenn ich das mache, dann...“); „ich könnte so oder so“; Zickzackkurs

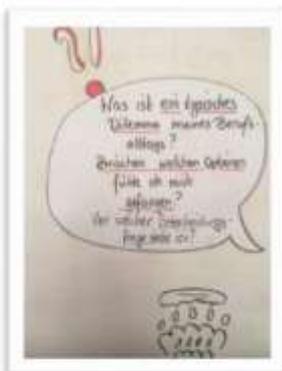
Emotion (Fühlen): Gefühl des Gefangenseins, der Ausweglosigkeit („egal, wie ich es mache, es ist nicht gut“ – mit den entsprechenden Gefühlen, wie z.B. Ohnmacht, Wut, Enttäuschung)

Verhalten: immer wieder hole ich mir eine blutige Nase; immer wieder will ich es gut sein lassen und setze dann doch erneut an | Schwanken zwischen Kämpfen (für etwas einsetzen), Resignieren (Nichts-Tun), Aussitzen

Zusammenfassung nach der Übung im Plenum:

Bei einer Dilemmasituation handelt es sich um eine Entscheidungssituation, in der ich gleichzeitig aufgefordert bin „rechts und links“ zu gehen, was aber gleichzeitig nicht möglich ist. Die Optionen, die mir zur Verfügung stehen, bedingen sich einander: je mehr ich mich für die eine Option entscheide, desto mehr steigt die Notwendigkeit mich der anderen Option hinzuwenden. Außerdem bin ich aber unter Druck zu handeln.

2. Austausch im Tandem als Partner*inneninterview: Welches Dilemma beschäftigt Dich? (40 Min.)



- Anhand eines Beispiels & des AB die Arbeitsaufgabe erklären
- (AB im Logbuch: Austausch im Tandem: Erkundung des eigenen Dilemmas)
- **Auftrag:** Interviewen Sie sich nacheinander (jede*r 20 min.). Interviewen heißt: fragen Sie bei Ihrem Interviewpartner*in genau nach. Es ist sehr verführerisch in eine „Beratung“ des anderen einzusteigen – bitte fragen Sie an dieser Stelle „nur“ nach, um das Dilemma des anderen möglichst genau zu greifen. Schreiben Sie für Ihre*n Interviewpartner*in mit. Erkunden Sie ein Dilemma, das Ihnen wiederkehrend oder akut begegnet und für

das Sie noch keine gute Lösung gefunden haben. Sie können an diesem Dilemma dann in diesem Workshop arbeiten.

3. Einführung des Leitfadens* als Reflexionshilfe & Reminder an wichtige Kernbotschaften im Plenum (10 Min.)

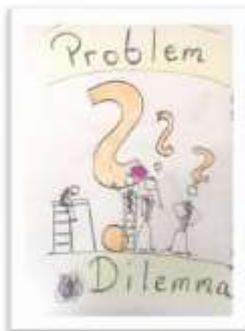
Unsere Idee ist es, Sie während der zwei Workshop-Tage mit einem Repertoire auszustatten, mit dem Sie durch Dilemmata Situationen navigieren können. Das heißt nicht, dass wir Ihnen Ihre Dilemmata nehmen werden – vielmehr geht es darum, Ihnen Werkzeuge zur Verortungshilfen anzubieten, die dabei helfen:

a) Dilemmata besser zu verstehen und zu erkennen

b) Sich bewusst zu entscheiden: Was will ich tun, sodass ich die Zerreißprobe gut überstehe?

Dazu haben wir einen Leitfaden vorbereitet, die sie nach und nach im Log Buch finden werden. Er stellt eine Sammlung an Werkzeugen und Reflexionshilfen zur Erweiterung Ihres Handlungsrepertoires dar.

4. Interaktiver Input im Plenum: Problem vs. Dilemma (OPTIONAL – falls das Tandem-Interview nur 30 Min. brauchte)



Wie unterscheide ich ein Dilemma von einem Problem?

Grundsätzlich gilt: Jedes Problem kann zu einem Dilemma werden - sich dilemmatisch anfühlen. Jede „einfache“ Entscheidung auch.

Beispiel:

- Ich habe eine unterbesetzte Station aufgrund eines Krankheitsfalls im Kollegium. Um das „Problem“ zu lösen, könnte ich einen Kollegen bitten aus dem Frei zu kommen oder selbst einspringen.

(Frage ans Plenum: Für wen ist das ein Problem? Für wen ist es ein Dilemma?)

(Frage ans Plenum: Wie wird (in diesem Beispiel) aus dem Problem ein Dilemma entstehen?)

Antwort: Immer dann, wenn ein Netz an Ausweglosigkeit entsteht. „Einen Kollegen anrufen und aus dem Freiholen geht nicht, weil...“, „Selbst einspringen, geht nicht weil...“ In der Regel passiert das, wenn die Preise der Optionen ausgeschlossen werden.

(Frage ans Plenum: Was wären hier die Preise der Optionen?)

Mögliche Antworten: „Selbsteinspringen würde bedeuten, ich kann mein Enkel wieder nicht sehen. Der Preis, meinen Enkel nicht zu sehen, schließe ich aus zu zahlen.“ „Einen Kollegen aus dem Frei holen, würde für den Kollegen bedeuten, dass ich seine Ruhezeiten nicht respektiere. Mir vorwerfen zu lassen, ich würde Ruhezeiten nicht respektieren, sind Kosten, die ich niemals bereit bin zu tragen.“

Wie passiert es, dass Preise ausgeschlossen werden? Es gibt 2 Wege, wie das passiert: Andere tun so als gäbe es keinen Preis oder als ob es keinen Preis kosten darf (von außen). Ich bin nicht bereit, einen Preis zu zahlen (innen).

Dilemmakompetenz

(Frage ans Plenum: Wofür ist die Unterscheidung wichtig, ob ich mich im Dilemma oder im Problem fühle?)

Wenn ich merke, dass ich im Dilemma bin, dann werde ich andere Lösungsstrategien wählen. Während wir beim Problem meist wissen, was zu tun ist, fühlen wir uns im Dilemma gefangen zwischen Lösungen, die alle einen hohen / echten Preis fordern. Was wir jetzt explizit NICHT sagen: Sie erkennen, dass Sie im Dilemma sind, also können Sie nichts mehr machen und müssen es akzeptieren!

Wenn Sie es mit einem Dilemma zu tun haben, ist es umso wichtiger, dass Sie einen verantworteten Standpunkt einnehmen, d.h. dass Sie sich überlege, welche Antwort Sie auf die Situation geben wollen. Dazu werden wir hier im Seminar einige Strategien lernen, wie Sie zu einem solchen Standpunkt gelangen.

- 15 min. Kaffeepause

Part 3 Das eigene Dilemma erkennen, verstehen & beschreiben (Teil I)

Überblick

Im letzten Teil wurde ein eigenes Dilemma erarbeitet. In diesem Teil wird anhand einer Demonstration im Plenum (Methode: Auftragskarussell) die Aufträge im Dilemma erlebbar gemacht. Die Erfahrung des Auftragskarussell soll auch noch einmal ein klareres Bild zeichnen, dass unterschiedliche „Stimmen“ im Dilemma sich widersprechen.

Ziele

- Verstehen und Erleben, was im Dilemma gefangen hält

Tools

AB: Leitfaden (Auftragskarussell erkunden)

Material: PPT, Flipchart (Vorlage), Metaplankarten (Vorlage), Klebeband, Flipchart leer, Stifte, Platz im Raum

Methode

Input im Plenum, Auftragskarussell, Reflexion im Plenum

Ablauf/Anleitung

1. **Input im Plenum: Wie halte ich mich selbst in der Zwickmühle gefangen? Was ist mein mentales Muster? Konzept vorstellen. (5 Min.)**
 - Kennzeichnend für eine Zwickmühlensituation ist das Gefühl, „irgendwie sitze ich fest und weiß nicht, was ich (noch) tun soll“, „egal, was ich mache, es ist Mist...“
 - Die spannende Frage ist ja: Was trägt dazu bei, dass man dieses Gefühl hat und im Dilemma gefangen ist? Was sind unsere mentalen Muster?
 - Hilfreiches Modell von Arist von Schlippe: **Das Auftragskarussell**



Ziel der nächsten Übung ist es, sich selbst in eigenen Entscheidungskriterien beobachten und besser kennenlernen & verstehen zu lernen, wie man sich selbst in der Zwickmühle gefangen hält.

- 2. Vorstellung des Konzepts anhand eines beispielhaften Auftragskarussells im Plenum (5 Min.)** (Fall des Oberarztes Herr T.)



(Vorlage zur eigenen Anfertigung eines Flipcharts. In der Anlage (Unterlagen für Trainer*innen) befindet sich außerdem die Vorlage für die Metaplankarten, die vor dem Training vorbereitet werden müssen.)

- Herr Müller ist Oberarzt auf der Neurologie. Er nimmt seinen Job sehr ernst, ebenso ist ihm seine Familie und seine zwei kleinen Kinder wichtig. In einem vergangenen Training hat Herr Müller uns sehr eindrücklich geschildert, welche Aufträge er wahrnimmt (dabei Metaplankarten mit einzelnen Aufträgen nacheinander aufhängen):
- Äußere Stimme 1 (Assistenzärzte): Unterstütz uns! Lass uns nicht hängen!
 Innere Stimme 1: Sei ein gutes Vorbild! (Denn das hat Dir früher auch geholfen)
 Äußere Stimme 2 (Chefärztin): Halten Sie die Station am Laufen! (Denn ich zähle auf Sie)
 Innere Stimme 2: Gib alles! (Denn das zahlt sich aus)
 Äußere Stimme 3 (Familie): Sei präsent! (Denn wir brauchen Dich)
 Innere Stimme 3: Sei ein guter Vater & Ehemann!

3. Demonstration eines Auftragskarussells im Plenum (35 Min.)

Übung anteaen:

Sie haben jetzt Gelegenheit, einmal auszuprobieren, wie es sich anfühlt, wenn das eigene Auftragskarussell in Fahrt kommt ... dafür haben wir hier einen wunderbaren Resonanzraum: Wir erwecken Ihre Aufträge sozusagen zum Leben, geben Ihnen eine Stimme durch die anderen Kursteilnehmer*innen und sie können es einmal auf sich wirken lassen. Nutzen Sie die Chance, das einmal auszuprobieren!

Dilemmakompetenz

- **Auswahl einer Person** (falls sich niemand freiwillig meldet, Personen direkt ansprechen)
- **Anleiten der Übung:**
 - Wunderbar, vielen Dank! Schildern Sie einmal Ihre Situation, damit wir uns eindenken können.
 - Gut. Ich denke, wir können uns den Kontext vorstellen. Was ist z.B. so ein Auftrag, der von außen an Sie herangetragen wird? Und durch wen? (Äußere Stimme 1)
 - Weiter explorieren (Innere und äußere Stimmen werden erfragt und auf einem leeren Flip mitgeschrieben, damit sie für den weiteren Verlauf sichtbar sind. Damit die Idee des Auftragskarussells beibehalten wird, bietet es sich an, die Stimmen auf dem Papier um einen Kreis in der Mitte des Papiers, in dem „ich“ steht, anzugliedern.)
- **Auswahl der VertreterInnen der Aufträge:**
 Jede Vertreterin steht für einen Auftrag und positioniert sich um die Klientin, die in der Mitte steht, herum. Es hat sich also ein Kreis um die Klientin gebildet – wie er auf dem Flipchart aufgeschrieben ist. Alle Aufträge werden nacheinander (wörtlich unverändert) an die Person gerichtet. Meist braucht es eine Übungsrunde, damit alle Auftragsgeber*innen wissen, welchen Satz sie sagen sollen. Nun kann das Karussell zum Drehen gebracht werden, indem alle Auftraggeber*innen ihren Auftrag nacheinander an die Klientin richten. Dies kann mehrere „Runden drehen“ (wahlweise mit gesteigerter Lautstärke/Tempo in Runde 2).

Ziel ist es, dass die Klientin in der Mitte sich wie in einem Karussell im eigenen Auftragskarussell dreht.

4. Auswertung der Übung (10 Min.)

Fragen an die Person, deren Auftragskarussell demonstriert wurde:

- Wie war es für Sie, all die Aufträge so spürbar zu hören?
- Welche dieser innerlichen oder äußerlichen Aufträge hat Sie emotional besonders erreicht? Warum?

Fragen ins Plenum:

- Wie war Ihr Eindruck? Was hat Sie am meisten gepackt?
- Welche Aufträge sind zueinander widersprüchlich?

Zusammenfassung durch Trainer*in: In Dilemmasituationen führen verschiedene Aufträge - explizit und implizite, eigene und fremde - dazu, dass ich mich handlungsunfähig / gefangen fühle... Will ich besser mit Dilemmata umgehen, sollte ich wahrnehmen, dass ich mich im Kreis drehe und mal für einen Moment innehalten, um die unterschiedlichen Aufträge an mich zu hinterfragen ... und dann landet man bei den Fragen, die wir noch einmal für Sie zusammengefasst haben.

5. Hinweis auf Leitfaden (Auftragskarussell erkunden) (5 Min.):

- Welche Aufträge nehme ich wahr (innerlich, äußerlich)?
- Wer äußert diese Aufträge / trägt sie an mich heran?
- Welche Auftraggeber nehme ich besonders wichtig?
- Welche Aufträge werden ausdrücklich erteilt, welche eher „erspürt“? (Explizite / implizite)
- Welche Aufträge widersprechen sich?

Part 4 Das eigene Dilemma erkennen, verstehen & beschreiben (Teil II)

Überblick

In diesem Teil wird genauer erkundet, woraus die sich im Auftragskarussell drehenden Stimmen bestehen. Dabei wird der Begriff der Prämissen eingeführt. Es handelt sich dabei um Annahmen oder Regeln, wie die Person selbst oder das Miteinander (in der Organisation) zu funktionieren hat. Sie werden als entscheidende Zutat für das sich im Dilemma gefangen

Führen eingeführt. Die Idee ist – sobald eine der Prämissen zeitweise abgewählt wird, kann wieder Handlungsspielraum entstehen. In diesem Part geht es also darum, erste Ideen zu neuem Handlungsspielraum kennenzulernen.

Ziele

- Einführung: Prämissen als wichtiger Baustein von Dilemmata
- Erkundung der eigenen Prämissen
- Einsicht: Das Aufgeben von Prämissen ist schwer
- Säen eines Empowerment-Samens: Prämissen hinterfragen

Tools

AB: Leitfaden (Prämissen erkunden)

Material: PPT, leere Blätter, Prämissen Sammlung (Unterlagen für Trainer*innen)

Methode

Input im Plenum, Selbstreflexionsaufgabe, Austausch im Tandem, Austausch im Plenum / Sharing

Ablauf/Anleitung

1. Input im Plenum: Was kreist im Karussell? Wodurch gewinnen Aufträge an Macht? → Prämissen (15 Min.)

Welche Aufträge ich mir selbst gebe / welche Aufträge durch Andere ich besonders prominent wahrnehme, ist individuell sehr unterschiedlich. Wie bedeutsam Aufträge erlebt werden, ist eng verbunden mit Annahmen, die wir verinnerlicht haben. Gemeint sind Prämissen, also Annahmen, die wir unhinterfragt für unumstößliche Wahrheiten halten. Wir unterscheiden:



Persönliche Prämissen sind Annahmen, die sich aus meiner eigenen Biografie / meiner beruflichen Sozialisation (als Arzt, als Pflegekraft usw.) entwickelt und bewährt haben.

Beispiel: Helfen ist Teil meiner Identität / Ich lasse niemanden hängen. / Wenn du nicht die Anderen an die erste Stelle setzt, bist du ein Egoist.

Organisationale Spielregeln kennzeichnen in ihrer Summe die Organisationskultur. Wie muss man sich hier verhalten / denken, um dazugehören? Oder umgekehrt: Was führt zum Ausschluss?

Beispiel: Oben sticht Unten. / Wenn du dem Chef widersprichst, war es das mit der Karriere. / Wir machen alles möglich – koste es, was es wolle. / Wenn du eine kritische Rückmeldung äußerst, bist du unkollegial.

Wichtig: Prämissen liegen „gute Gründe“ zugrunde, d.h. sie haben sich in der Vergangenheit bewährt und sind sinnvoll. Sie sind sozusagen die Erfolgsrezepte der Vergangenheit.

Am OP-Tisch beispielsweise macht natürlich eine bestimmte Hierarchie und die Tatsache, dass der behandelnde Chirurg das „letzte Wort“ hat, Sinn. Er trägt zum Gelingen der Operation bei, sonst hätte sich diese „Spielregel“ nicht etabliert. Das bedeutet aber nicht, dass es immer – auch außerhalb des OP-Saals – klug ist, diese Spielregel für unumstößlich zu halten und ihr zu folgen. Natürlich kann sich auch der chirurgische Kollege irren und Kritik/Verbesserungsvorschläge können sinnvoll und wichtig sein.

Dilemmakompetenz

Prämissen können unseren Handlungsspielraum einschränken, wenn wir sie unhinterfragt für „wahr“ und unveränderbar halten.



Einfluss von Prämissen:

- Machtvoll werden Aufträge dann, wenn sie den Kern einer Prämisse treffen, an der ich intensiv festhalte, z.B. Persönliche Prämisse: „Meine Bedürfnisse sind nicht so wichtig wie die der Anderen“ Auftrag, den ich wahrscheinlich geneigt bin, anzunehmen: ein Auftrag einer Kollegin „Ich brauche dringend eine Pause – spring Du für mich ein!“
- Meine Prämissen entscheiden darüber, was ich mir im Umgang mit Aufträgen erlaube und was auch nicht

2. Einzelarbeit: Prämissen erkunden (20 Min.)

Ziel: Die Teilnehmenden verbinden sich mit der Idee der Prämissen; Erkennen der eigenen Prämissen (eher allgemein, statt auf das spezielle Dilemma bezogen)

- Leere Blätter & Stifte austeilen
- Die Teilnehmenden denken 10 Min. über eigene Prämissen nach, von denen sie sich erfahrungsgemäß in ihrem Arbeitsalltag/in Dilemmasituationen angetrieben fühlen und notieren diese.
- Als Inspiration dient die Sammlung von Prämissen aus Phase I des Forschungsprojekts (siehe Unterlagen für Trainer*innen)



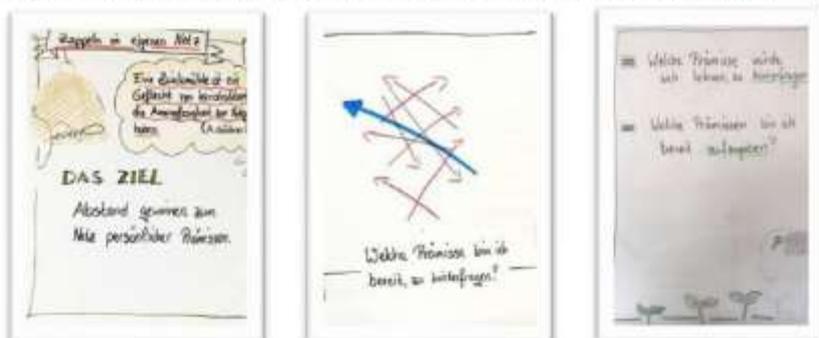
- **5 Min.** Austausch mit dem Nachbarn/der Nachbarin
- **5 Min. Sharing im Plenum** (Sharing wird oben in „Zu Beginn“ erklärt)

3. Tandem-Übung: Prämissen hinterfragen (15 Min.)

- **Austausch im Tandem** (10 Min.; 5 Min pro Person):
Schritt 1: „Welche Prämisse würde sich lohnen zu hinterfragen?“ (Idee von Michael White zu „Narrativen, die unser Leben regieren“ im Hinterkopf)
Schritt 2: „Welche Prämisse bin ich bereit aufzugeben?“ (Ziel: TN erkennen, dass ein Abwählen von Prämissen kontraintuitiv ist / u.U. mit negativen Gefühlen/Konsequenzen einhergeht)
- **5 Min. Vergemeinschaften der Ideen im Plenum; Einordnung:** Oft geht es nicht darum, die Prämisse für immer abzuwählen, sondern sie nicht mehr als absolute Wahrheit zu erleben, die **IMMER** gilt. So kann man sie situativ abwählen.

Kernbotschaft:

Die Idee ist einen Empowerment-Samen zu säen. Haltet nicht an „Wahrheiten“ fest, die Euch nicht gut tun!

**4. Weiterführen des Leitfadens (5 Min.)**

- Welche Prämissen erkenne ich?
- Was davon ist biografisch / durch die Organisationskultur geprägt?
- Welche Prämisse könnte ich (wahlweise) hinterfragen?
- Warum fällt das schwer?
- Was sind erwartbare Konsequenzen?

5. Zusammenfassung im Plenum (5 Min.)

Um im Dilemma nicht auf Dauer festzuhängen, muss ich eine Entscheidung treffen. (Wie lautet die Entscheidungsfrage in diesem Moment?)

Bewusstheit über meine Prämissen, ermöglicht es mir, in dieser Entscheidungssituation neuen Handlungsspielraum zu gewinnen – dadurch, dass ich von einer meiner Prämissen Abstand nehmen

Beispiel:

Achtmal übernehme ich den Dienst, wenn mich meine Kollegin fragt. Zweimal erlaube ich mir, Nein zu sagen.

- **60 Min. Mittagspause**

Part 5 Von der richtigen zur verantworteten Entscheidung (z.B. Heinz v. Foerster)

Überblick

Dilemmata wurden bisher als Situationen vorgestellt, in denen es nicht möglich ist gleichzeitig allen Aufträgen gerecht zu werden. Die Teilnehmenden haben es also mit unlösbaren Situationen zu tun. Diese Idee wird theoretisch mit den Annahmen von Heinz v. Foerster zu „unentscheidbaren“ Fragen angereichert. Praktisch leitet sich daraus dann die Idee ab, dass es in Dilemmata nicht um die „richtige“ sondern um eine „verantwortbare“ Entscheidung geht. Mit diesem Impuls wird dann in den Nachmittag gestartet.

Dilemmakompetenz

Ziele

- Herleitung der Idee: Dilemma als „unentscheidbare“ Frage
- Einführen der Idee: Eine Lösung ohne Preis wird es nicht geben.
- Einführung in die Idee: Im Dilemma geht es um eine verantwortete Entscheidung.

Tools

AB: -
Material: PPT

Methode

Input im Plenum, Fragen ans Plenum

Ablauf/Anleitung

1. **Input im Plenum: Aus der Widersprüchlichkeit kommen Sie nicht raus. Es geht um un-entscheidbare Fragen (Heinz v. Foerster), mit denen gewisse Preise einhergehen (25 Min.)**

Objektiv richtig zu entscheiden ist nicht möglich.

Es ist an verschiedenen Stellen schon angeklungen: Das Besondere Merkmal von Dilemmasituationen ist, dass keine 100%ig stimmige Lösung gibt, d.h. jede Entscheidungsoption ist mit einem Nachteil/Preis behaftet. Für jede der Entscheidungsoptionen gibt es gute Gründe. Gleichzeitig gehen mit jeder negativen Nebenwirkungen einher

Beispiel aus der Auftragskarussell-Demonstration aufgreifen:

Frau/Herr X hat gerade sehr anschaulich demonstriert wie ein Dilemma aussehen kann. Die Entscheidungsfrage, um die es Frau/Herrn X lautete [rückversichern, ob es so stimmig für die Person ist]: ...

Für all diese Optionen gibt es gute Gründe ...

Ins Plenum fragen: Was würden Sie an der Stelle von Frau/Herrn X tun? [Ziel: Klarmachen, dass es verschiedene Antwort-/Umgangsmöglichkeiten, gibt – und nicht eine objektiv richtige → ggf. Diversität in den Antworten begünstigen: „Hat jemand einen anderen Impuls?“]

Gemeinsam mit dem Plenum erkunden: Was sind gute Gründe, sich für diese Option zu entscheiden? Welchen Preis hätte es, diesen Weg zu wählen?

Nur unentscheidbare Fragen müssen entschieden werden



Heinz von Foerster spricht von unentscheidbaren Fragen: Fragen, auf die es keine objektiv richtige Antwort gibt - die also nicht zu be-antworten sind, sondern die vielmehr ver-antwortet werden müssen. Genau diese Fragen sind es jedoch, die wichtig sind – denn alle anderen (objektiv zu beantwortenden Fragen wie $2 + 2 = 4$) sind bereits beantwortet.

Reflexhaftes „Strampeln“ ist nachvollziehbar

Währenddessen ist jedoch die Einladung groß, dem Wunsch nachzugehen, doch eine perfekte Lösung zu erzielen. Der Versuch, das Unmögliche möglich zu machen / es doch alles unter einen Hut bringen – in der Annahme, dass die Lösung zu haben ist, wenn ich nur gut/schnell genug bin – ist sehr nachvollziehbar.

2. Sad but true ... und jetzt? Wir glauben, es ist hilfreich ...

Abschied zu nehmen von der Idee, es gäbe so etwas wie (immer) richtige Entscheidungen. Stattdessen gilt es, verantwortete und verantwortbare Entscheidungen zu treffen. Das wird aber immer eine Entscheidung mit Preis sein.



Das bedeutet: der Ambivalenz, dem Sowohl- als Auch einen guten Platz einräumen und genau hinzuhören/spüren: Was will mir meine Unentschiedenheit sagen?

Wenn ich nicht zur richtigen Entscheidung komme, was wäre eine verantwortete?

Verantworten kann ich eine Entscheidung, zu der ich stehe / die im Einklang mit dem ist, was mir wichtig ist / was für mich stimmig ist. Wie es gelingen kann, zu solchen Entscheidungen zu kommen (anstelle eines reflexhaften „Strampelns“) ist Ziel dieses Trainings. Dazu bieten wir Ihnen verschiedene Verortungshilfen an:

1. **Verortungshilfe:** Eigene Entscheidungsprämissen (=Spielregeln, nach denen ich meine Entscheidung treffe) wahrnehmen und hinterfragen. Die erste haben Sie gerade vor der Mittagspause kennen gelernt. Indem ich bewusst wahrnehme, an welchen Entscheidungsprämissen ich festhalte, entsteht neue Handlungsfreiheit: Möchte ich weiterhin, dass Prämisse XY mein Verhalten regiert? Wenn ja, so werde ich die Konsequenzen/ggf. eingeschränkten Handlungsspielräume akzeptieren müssen. Wenn nein, so kann ich sie wahlweise abwählen – auch das wird Konsequenzen haben. Die Frage ist: Welchen inneren Standpunkt nehme ich ein?

Hinführung im Plenum auf das nächste Thema: Wie verrete ich diese Entscheidung? (anhand des Beispiels aus der Auftragskarussell-Demonstration)

Nehmen wir an Frau/Herr X hat nun die Entscheidung X getroffen ... Zuerst einmal hat sich Frau/Herr X innerlich verortet. Sie/er hat für sich selbst einen Entschluss gefasst. Mit dieser Entscheidung geht oft auch eine äußere Verortung einher, d.h. sie/er muss die Entscheidung bestimmten Personen mitteilen und sie vertreten. Vielleicht geht es noch einmal in eine Nachverhandlung mit Person X.

An dieser Stelle soll es nun also darum gehen: Wie verrete ich meine getroffene Entscheidung nach außen? Wie veräußere ich meinen inneren Standpunkt nach außen?

Part 6 Kommunikationsstrategien

Überblick

Ist im Dilemma keine richtige Entscheidung zu finden, geht es darum eine verantwortete Entscheidung zu fällen und diese zu kommunizieren. Das ist meist deshalb so herausfordernd, weil jede echte Entscheidung auch hätte anders gefällt werden können. Deshalb bietet der nächste Part einige Kommunikationsstrategien an.

Es wird aber auch die Option bedacht, dass der*die Teilnehmende weiterhin an der Idee festhält, dass sich die Situation noch auflösen ließe. Dazu werden Strategien zur „Nachverhandlung“ angeboten.

Dilemmakompetenz

Ziele

- Kennenlernen von Kommunikationsstrategien im Dilemma
- Üben von Kommunikationsstrategien im Dilemma
- Unterscheidung: Nachverhandeln vs. Umgang mit Dilemma

Tools

AB: AB (Kommunikationsstrategien)

Material: PPT, Flipchart leer (oder schon mit Beispielen beschrieben); Back-Up Beispiel (in Anlage Unterlagen für Trainer*innen)

Methode

Input im Plenum, Gruppenarbeit

Ablauf/Anleitung

1. Kommunikationsstrategien im Plenum vorstellen (30 Min.)



In Dilemmasituationen in Kommunikation mit denjenigen zu treten, die an der verzwickten Situation beteiligt sind, ist herausfordernd, weil es immer um (erhebliche) Preise geht. Eine Entscheidung, die für alle und alles die beste ist, wird es eben nicht geben. Umso wichtiger ist es, sich zu nächst innerlich zu verorten und diesen Standpunkt dann gut rüberzubringen. Dazu sind Kommunikationsstrategien hilfreich, von denen wir Ihnen nun eine Auswahl vorstellen möchten.

Lassen Sie uns anhand eines Beispiels einige Kommunikationsstrategien kennenlernen.

Situation:

Eine Stationsleitung bemüht sich um eine Verbesserung der Arbeitssituation auf Station. Es fehlen PC-Arbeitsplätze im Stationszimmer. Es fand bereits vor einiger Zeit ein Treffen mit der Geschäftsführung statt, bei dem konkrete Umbaupläne besprochen wurden, wie neue Arbeitsplätze geschaffen würden. Jedoch wird nichts umgesetzt. In einem Protokoll von dem Sachverhalt steht: „zeitnah“ solle die Veränderung geschehen.

Folgen des IST-Zustands:

- Die Patienten müssen länger warten, weil die KollegInnen nicht schnell genug an PCs oder an einen Arbeitsplatz kommen, um Formalia zu erledigen. Die Patienten sind verärgert.
- Wenn man KollegInnen warten lässt, die selbst dringend einen PC benötigen, sind diese verärgert.

Was haben Sie noch versucht?

- Wenn sie nachhakt, bekommt sie die Antwort: „haben Sie Geduld.“;
- Bei erneuten Nachfragen per Mail hat sie zunächst keine Antwort; beim zweiten Versuch der Nachfrage, wird ihr geraten: „Bitte optimieren Sie Ihre Prozesse“.

Organisationale Spielregel:

Man darf als Stationsleitung in der Institution nicht selbst den Hausmeister beauftragen. Dies muss über die Verwaltung geschehen.

Wozu kann sich diese Stationsleitung entscheiden und welche nächsten Kommunikationsschritte folgen daraus?

Es gibt mehrere Optionen, als grobe Stoßrichtungen insbesondere:

Option A) Nachverhandeln: noch einmal mit der Geschäftsführung in Kommunikation gehen (Ich entscheide mich dazu, der Geschäftsführung kontra zu geben. Wie gehe ich in die „Nachverhandlung“?)

Option B) Akzeptanzbasierte Haltung – „Hinnehmen“: (Ich entscheide mich dazu, die Situation hinzunehmen, wie sie ist. Wie kommuniziere ich das weiter – an Mitarbeitende etc.?)

Wir möchten Ihnen nun einige Kommunikationsstrategien anbieten.

Die Strategien folgen zwei Grundideen:



- Wir gehen davon aus, dass es wahrscheinlicher zu einer fruchtbaren Kommunikation kommt, wenn wir dem Gegenüber signalisieren: „ich habe gehört, was Du gesagt hast“ und damit Verständnis zu zeigen.
- Dabei möchten wir Ihnen eine Sprache der Verantwortung und der Klarheit anbieten. Was ist damit gemeint? Es geht darum Verantwortlichkeit explizit zu machen: Wer hat hier was entschieden? Welche Konsequenzen gehen damit einher? Wer übernimmt die Verantwortung für diese Konsequenzen? Was kann ich selbst verantworten?...

Alle Kommunikationsstrategien lassen sich in Hinblick auf „Nachverhandeln“ und „Hinnehmen“ anwenden. Zur Illustration stellen wir jetzt zu jeder Strategie nur einen Anwendungsfall dar.

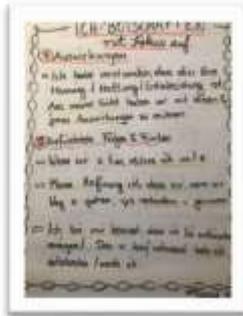
Im Folgenden werden die Strategien vorgestellt und anhand des eben beschriebenen Beispiels angewendet.

(Es wird ein Flipchartständer mit leeren Flips & Stiften benötigt.)

Je nach dem, wie sicher sich die Moderatorin/der Moderator in den Strategien fühlt, schlagen wir vor, die Beispiele entweder jeweils mit der Gruppe zu entwickeln und mitzuschreiben oder aber selbst vorzugeben und mitzuschreiben bzw. schon vorge-schrieben zu haben und vorzustellen.

1) Ich-Botschaften...

Dilemmakompetenz



I) ...mit Fokus auf eigene emotionale Folgen

Diese Strategie verfolgt die Idee der gewaltfreien Kommunikation: Emotionen und Befindungen, die eine Situation für einen selbst zur Folge haben, werden in Kommunikation gebracht. Es soll also Auskunft darüber gegeben werden: Wie geht es mir, wenn ich das höre? Daran anschließt die Frage: Was brauche ich, wenn es mir so geht und wie kann dieses Bedürfnis versorgt werden?

„Wenn ich xy höre, geht es mir...“

„Mir würde es besser gehen, wenn wir xy tun würden.“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Nachverhandeln):

„Ich habe in Ihrer eMail gelesen, dass Sie im Moment nichts an der Situation verändern werden. Das enttäuscht mich, weil es mir so wichtig ist, den Wunsch der Kolleginnen und Kollegen ernst zu nehmen.“

„Ich bin sehr verärgert darüber, dass sie mir weiterhin keine Zusage machen. Um meinen Ärger zu verringern, würde es mir helfen, wenn Sie uns ein Datum nennen, zu dem wir mit einer Veränderung rechnen können.“

II) ...mit Fokus auf Risiken, Auswirkungen & Hoffnungen der Entscheidung anderer

Hier geht es darum, die Auswirkungen des Verhaltens der anderen explizit zu machen. Möglicherweise lohnt es sich auch die Hoffnungen einer Alternativentscheidung zu formulieren.

„Ich habe verstanden, dass Sie sich für die momentane Situation entschieden haben. Aus meiner Perspektive hat das ... Auswirkungen. Meine Hoffnung, wenn wir mehr... organisieren könnten, wäre, dass wir ... gewinnen / verhindern.“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Nachverhandeln):

Ich habe verstanden, dass Sie momentan nichts an der Situation tun werden. Aus meiner Sicht hat das zur Folge, dass wir jeden Tag Patienten verärgern, weil sie länger warten müssen als notwendig.

Wenn wir zügig zwei neue Arbeitsplätze einrichten, wäre meine Hoffnung unter den Kollegen Druck reduzieren zu können, da sie nicht mehr voneinander blockiert werden.

III) ...mit Fokus auf Risiken, Auswirkungen & Hoffnungen der eigenen Entscheidung auf Andere

Wenn ich mich etwa dazu entschieden haben den Status Quo zu akzeptieren, dann schafft es Klarheit, Risiken - aber auch Hoffnungen - der eigenen Entscheidung mitzuteilen, etwa gegenüber den Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeitenden oder auch gegenüber sich selbst.

„Ich bin mir bewusst, dass ich Sie enttäusche/ verärgere. Gleichzeitig ist es mir ein hoher Wert... So habe ich mich dazu entschieden...“

„Meine Entscheidung wird ... Risiken mit sich bringen. Meine Hoffnung ist jedoch, dass wir ... gewinnen, wenn ich so entscheide.“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Hinnehmen):

„Ich habe mich dazu entschieden, den Status Quo zu akzeptieren, und das nichts-tun der Geschäftsführung hinzunehmen. Mir ist bewusst, dass das für Euch den großen Nachteil birgt, dass Ihr nicht so schnell und zufriedenstellend arbeiten könnt, wie Ihr das gerne würdet. Das tut mir leid.“

„Ich habe mich nun dafür entschieden, die Situation so hinzunehmen, mit der Hoffnung mich selbst zu entlasten nicht weiter kämpfen zu müssen.“

2) Zuspitzen:



Bei dieser Strategie geht es darum die ausgesprochenen oder angedeuteten Positionen in neutraler Weise auf den Punkt zu bringen und in Entscheidungen zu überführen. Das kann etwa beim Nachverhandeln hilfreich sein, wenn vorgetragene Argumente nicht gelten gelassen werden. Wenn man sich dazu entscheidet, die Situation zu akzeptieren und andere sich negativ über die gerade gefällte Entscheidung äußern, kann es mit dieser Strategie darum gehen diese negative Äußerung in eine Entscheidung des Gegenübers zu überführen.

„Nach heutigem Kenntnisstand werde ich Folgendes mitteilen: ...“

„Habe ich richtig verstanden, es wird keine Unterstützung geben?“

„Habe ich Dich richtig verstanden, Du wirst meine Entscheidung nicht mittragen?“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Hinnehmen):

„Habe ich Dich richtig verstanden, dass Du meine Entscheidung, die Situation zu akzeptieren, nicht mittragen wirst?“

3) Heraustreten aus der Kompetenzerwartung



In Dilemmasituationen kann sich ein Gefühl der Verzweiflung und Ausweglosigkeit einstellen. Man hat möglicherweise das Gefühl, egal wie man es macht, ist es falsch. Hier kann es sich lohnen für einen Moment aus der Kompetenzerwartung her auszutreten und in Kommunikation zu bringen, dass man ratlos ist.

„Ich habe leider keine Idee. Ich wünschte, ich hätte eine, aber ich habe keine ...“

„Ich würde Ihnen etwas vormachen, wenn Haben Sie eine Idee?“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Nachverhandeln):

„Ich habe keine Idee, wie ich den Unmut der Kollegen und Patienten verhindern soll, ohne zusätzliche Arbeitsplätze zur Verfügung gestellt zu bekommen. Haben Sie eine Idee?“

4) Aufrecht kapitulieren – Exit-Strategie

Dilemmakompetenz



Dort, wo es wirklich nichts zu gewinnen gibt, kann diese Exit Strategie die letzte Option sein (d.h. nicht vorschnell aufrecht kapitulieren).

„Ich kann Sie nicht überzeugen. Das fällt mir schwer, weil ich diese und jene Risiken sehe, aber ich respektiere diese Entscheidung, die Sie als Vorgesetzter treffen.“

In Bezug auf das gegebene Beispiel (Hinnehmen):

„Ich kann Sie nicht überzeugen, uns zeitnah weitere Arbeitsplätze einzurichten. Das fällt mir schwer, weil ich das Risiko sehe Patienten damit sehr zu verärgern. Ich werde Ihre Entscheidung als Vorgesetzter aber respektieren.“

2. Übung in der Gruppe: Ausprobieren – machen Sie mal! (25 Min.) (AB Kommunikationsstrategien)

Um nun mit Ihnen die Kommunikationsstrategien zu üben, finden Sie sich in Trios zusammen. Einer von Ihnen bringt eine Situation ein, in der er oder sie nun innerlich einen Standpunkt findet und diesen Entschluss probeweise seinem Gegenüber mitteilt. Sie probieren also nun gemeinsam in der Gruppe anhand dieser Situation die Kommunikationsstrategien aus.

Zunächst nimmt die Person, die den Fall einbringt, die Rolle Ihres „realen“ Gegenübers in der Übung ein. Eine weitere Person probiert eine Kommunikationsstrategie gegenüber des Fallgebers aus. Die dritte Person nimmt die Rolle der Beobachterin ein und schlägt nach dem Ausprobieren eine weitere Strategie vor. Wechseln Sie dann auch die Positionen.

Probieren Sie das aus, wozu Sie nicht neigen:

Wenn Sie dazu neigen, häufig nachzuverhandeln, probieren Sie einmal aus, zu kommunizieren, dass Sie die Situation hinnehmen. Wenn Sie häufig in die akzeptierende Haltung gehen, versuchen Sie heute einmal, was Sie sagen würden, wenn Sie in die Nachverhandlung gehen würden.

- 15 Min. Kaffeepause

Part 7 Schachmattsätze und Schachmattgesten

Überblick

Im Dilemma zu kommunizieren ist herausfordernd. Meist folgen auf mutig präsentierte Entscheidungen Schachmattsätze des Gegenübers, die schnell zum Rückzug einladen. Deshalb ist es Ziel dieses Parts auf diese Schachmattsätze hinzuweisen und auf Erkundungstour zu gehen, welche Schachmattsätze oder -gesten für die Teilnehmenden jeweils besonders relevant sind.

Ziele

- Erkenntnis: Kommunikation im Dilemma scheitert oft an Schachmattsätzen
- Verständnis über die Funktionsweise von Schachmattsätzen
- Erkundung eigener Schachmattsätze
- Erfahrungsaustausch zu Schachmattsätzen

Tools

AB: Leitfaden (Meinen Standpunkt vertreten)

Material: PPT, Metaplankarten, Stifte, Platz auf dem Boden um eine „Ausstellung der Schachmattsätze“ zu legen

Methode

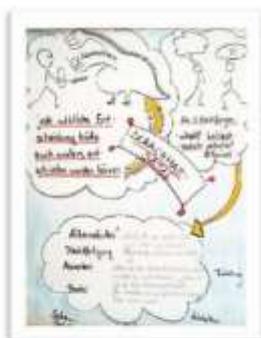
Input im Plenum, Einzelreflexion, Ausstellung der Ergebnisse auf Metaplankarten, Sharing im Plenum

Ablauf/Anleitung

1. Auswertung der Übung zu Kommunikationsstrategien im Plenum und interaktiver Input (10 Min.)

- Welche Strategien haben Sie ausgewählt und was haben diese Ihnen ermöglicht?
- Wie erging es Ihnen, während Sie die Kommunikationsstrategien angewandt haben?
- Mit welchen Reaktionen haben Sie nicht gerechnet?
- Welche Reaktionen kennen Sie bereits?
- Auf welche Reaktionen würden Sie gerne noch besser reagieren können?

2. ...und Überleitung zu Schachmattsätzen – Input im Plenum (10 Min.):



Das Gegenüber schafft es manchmal schon mit einem Satz, Sie ratlos/eingeknickt zurückzulassen. Wir nennen solche Sätze: Schachmattsätze. Damit ist gemeint: Wie muss man mir kommen, um mich „auszuhebeln“ - um mich an der Entscheidung zweifeln zu lassen und mich zum Zurückziehen zu bewegen.

Beispiel

Die Chefarztin fordert immer wieder, dass der Oberarzt zu einem Dienst kommt, obwohl abgemacht war, dass er Urlaub / einen Ausgleichstag hat. Wenn der Oberarzt auf die Vereinbarung verweist, sagt die Chefin „Du bist so Freizeit verwöhnt.“ „Du zeigst hier nicht genug Einsatz“ – oder sogar „ich brauche Dich hier.“

Beispiel

Sie haben sich aufgerafft zu sagen „Heute werden wir das OP-Programm nicht schaffen. Wir werden Patient A absagen müssen.“ Darauf könnte ein Schachmattsatz sein: „Wenn Sie das hier nicht hinkriegen, sind Sie vielleicht der Falsche auf diesem Posten.“ Das ist eine klare Abwertung. Eine nicht ganz so drastische Reaktion – aber sicher eine sehr häufige, ist die Reaktion des Chefs mit „Wir machen es aber – das ordne ich jetzt so an.“ Oder „Sie sind Führungskraft – das jetzt hinzubekommen, ist Ihre Aufgabe.“

Dilemmakompetenz

Manchmal ist es sogar nicht einmal ein ganzer Satz, sondern nur eine Geste oder ein kritischer Blick. Sie bitten vielleicht um etwas, und die andere Person rollt mit den Augen. Die Entscheidung, die man gerade also formuliert hat, ist im Nu ausgehebelt.

Frage ans Plenum oder rhetorische Frage: Warum ist es so wahrscheinlich, dass Schachmattsätze ihre Macht entfalten können?

Es ist nachvollziehbar, dass Ihre Entscheidung ausgehebelt werden können – denn Sie hätten ja auch anders entscheiden können. Das macht Ihre Entscheidung angreifbar.

Woraus besteht so ein „Angriff“ meiner Entscheidung? Was machen die mit mir? Warum setzten die mich schachmatt?

- auf einer inhaltlichen Ebene: Ich werde kritisiert.
- auf persönlicher Ebene: mein Selbstwert wird angegriffen. (Wenn man mir z.B. entgegenwirft „Das ist aber egoistisch von Dir“ – oder „Wenn Du ein fairer Chef wärst, würdest Du das nicht machen.“ trifft mich das in meinem Selbstwert. So will ich nicht sein.)

(Falls Zeit bleibt/ Eine Auswahl für weitere Beispiele im Plenum vorstellen):

Alternativlos! – „Was soll ich machen..“ „Ich find es auch nicht gut, aber wir müssen .../ es ist so entschieden worden.“

Rechtfertigung: „Ich habe schon 20 Mal Dienst gemacht – jetzt sind mal andere dran..“

Abwerten: „Wenn Sie der Richtige an diesem Platz wären, dann..“ (Zielt ins Mark meines professionellen Selbstbildes..) / „Wenn Sie als Vorgesetzter gerecht wären, dann ...“

Schein-Debatten: „Da müssen wir nochmal drüber sprechen..“

Hinhalten: „Ich würde Ihnen gern etwas Verbindliches sagen, das geht jetzt aber noch nicht.“

Rückzug: keine Kommunikation ist auch eine Lösung

Angst: „Wir können das machen, aber dann müssen Sie eben mit den Konsequenzen rechnen..“

3. Aufgabe für Einzelarbeit (5 Min.)

Aufgabe: Denken Sie darüber nach – „Wie setzt man Sie schachmatt?“, mit welchen Sätzen, aber auch mit welchen Gesten.

(Metaplankarten verteilen und jede Person bitten, mind. einen Satz aufzuschreiben)

4. Sharing der Schachmattsätze & Einordnung im Plenum (15 Min.)

Ausstellung der Schachmattsätze: Verteilen Sie bitte Ihre Metaplankarten auf dem Boden so, dass sie gut lesbar sind. Wandern Sie alle durch die Ausstellung der Sätze und lassen Sie sie auf sich wirken.

*(Damit alle TN möglichst viele Sätze gelesen haben, lassen Sie als Trainer*in 3-5 Min. Zeit zum „Besuch der Ausstellung“.)*

Frage ans Plenum:

- Welche Schachmattsätze entdecken Sie auch bei anderen?
- Worin treffen Sie diese Schachmattsätze? Welche Vorstellung von sich selbst ist hier betroffen?
- Welche Reaktionen haben Sie bereits versucht? Haben andere eine Idee für eine gute Reaktion?

Back-up Input für Trainer*in während des Sharings – falls passend



Zu „Warum bekommen mich die Schachmattsätze?“: Oft erwischen mich Schachmatt-Sätze in dem, was ich nicht will, dass man es über mich denkt: in meinen biographischen und organisationalen Prämissen/Grundannahmen über mich selbst (s.o.) "Oh je, wenn der Chef mir das vorwirft, begehe ich hier wohl gerade ein unmögliches Faux-pas" (organisational-kulturelle Prämisse verletzt) bzw. „Oh je, dass mein Kollege das über mich denkt, trifft mich in meinem Selbstverständnis.“ (Biographische Prämissen verletzt).

Reaktionen auf Schachmattsätze – häufig:

Häufig reagiert man in solchen Situationen mit der altbewährten Überlebensstrategien. Die einen stellen sich tot, die anderen werden wütend, wieder andere werden besonders anschmiegsam und gefällig, manche fliehen – hier wäre der Versuch, aus dem Automatismus herauszukommen und bewusst eine Reaktion entgegenzusetzen – für die ich mich eben aber bewusst entschieden habe.

Häufig bricht nach solchen Sätzen die Kommunikation ab – man sagt nichts mehr, man tritt den Rückzug an. Um das zu verhindern, ist es hilfreich sich bewusst zu überlegen, wie man diesen Sätzen entgegen will.

Möglichkeiten der Reaktion:

Der erste Schritt hierzu ist:

1. bewusst wahrnehmen zu lernen, dass mir ein Schachmattsatz gerade z.B. die Sprache verschlägt, mich opportun, wütend o.ä. macht
2. und bewusst zu entscheiden, wie man darauf reagieren möchte.
3. Der weitere Schritt könnte dann sein, die gewünschte Reaktion mal auszuprobieren.

Manchmal kann es helfen, sich vor einem Gespräch zu überlegen, was kommen kann. Dann sinkt zumindest die Wahrscheinlichkeit, dass es einen so trifft. Vielleicht gelingt es eher in eine beobachtende Haltung zu gehen: „ach guck mal, jetzt kommt das, damit habe ich schon gerechnet.“

Weitere Ideen:

- Häufig ist es hilfreich mal **etwas anders zu machen als bisher**. Wie reagieren Sie bisher (häufig)? Was wäre eine Unterbrechung des Gewohnten? (z.B. Ärger statt Freundlichkeit; Pause statt noch schneller reden; Wenn Sie ihrem Chef häufig mit Freundlichkeit begegnen, wenn er Ihre Bitte mit einer Schachmattreaktion (z.B. Das bekommst Du schon auch so hin.) abprallen lässt, könnte es sich lohnen diesmal verärgert zu reagieren und zu sagen „ich bin über Deine Nicht-Hilfe verärgert. Es wird nicht funktionieren.“)
- Eine Reaktion könnte sein, den Schachmattsatz bewusst wahrzunehmen, und sich bewusst dazu zu entscheiden, **nicht darauf einzugehen**, und zur bisherigen Aussage / Sachebene zurück zu kehren. „Mir ist bewusst, dass meine Entscheidung für Dich möglicherweise negative Auswirkungen hat. Gleichzeitig ist es mir wichtig, dass... . Deshalb habe ich mich dazu entschieden das.“ Häufig geht es um Behändigkeit und Hartmäckigkeit. (**Prinzip Schallplatte**)
- Weitere Ideen – **Prophylaxe**: "Ich rechne damit, dass Sie gleich xy sagen werden ... Auf die Gefahr, dass das kommt, möchte ich dennoch..."

Dilemmakompetenz

- **Vorbereitung** auf die häufigsten Killersätze im Sinne des "Wenn-Dann-Prinzips,: Schreiben Sie sich im Vorhinein die typischen 5 Dinge, mit denen der andere mich - ob absichtlich oder unabsichtlich - aushebeln kann / ich mich aushebeln lasse auf und überlegen Sie sich jeweils Antworten. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Sie auf Ihre überlegten Reaktionen in der Situation zurückkommen.

5. Zusammenfassung:

Da es sich bei Dilemmata um Entscheidungssituationen handelt, in denen es keinen richtigen Standpunkt geben wird, sondern nur einen stimmigen, ist es wichtig sich innerlich zu verorten und diesen Standpunkt nach außen zu kommunizieren. Grundpfeiler der Kommunikation sollten dabei sein, Verantwortungen zu klären und Verständnis für das Gehörte zu vermitteln. Dabei kann es helfen, sich auch bereits bewusst zu machen, mit welchen Schachmattsätzen mich das Gegenüber zum Rückzug bewegen kann und sich darauf vorzubereiten.

6. Weiterführen des Leitfadens (5 Min.)

- Welche Position möchte ich vor wem vertreten?
- Welche Kommunikationsstrategie könnte hierbei hilfreich sein?
- ❖ Eine ganze andere Strategie, nämlich: _____
- Formulieren Sie Ihren Standpunkt anhand der ausgewählten Strategie, wie Sie ihn Ihrem Gegenüber vorbringen möchten:
- Welcher Schachmattsatz könnte mir entgegengebracht werden?
- Worin trifft mich dieser Schachmattsatz?
- Angenommen, ich würde die Einladung des Schachmattsatzes, so zu reagieren, wie ich es intuitiv tun würde, nicht wählen, sondern zurück zu meiner Strategie finden. Was würde ich antworten?

Part 8 Hausaufgaben & Abschluss

Überblick

Der Trainingstag wird mit der Einladung zu Übungen und Experimenten für den Alltag beendet. Neben den aufgeführten Hausaufgaben schlagen wir optional die Hausaufgabe „Antreibertest“ vor. Sie bietet sich an, wenn die*der Trainer*in den Eindruck gewinnt, dass (manche) Teilnehmende vertieftes Interesse in der Erkundung eigener Prämissen im Dilemma zeigen.

Ziele

- Vertiefung des Gelernten durch Hausaufgaben
- Verankerung im Alltag durch Einladung zu Experiment
- Optional: Antreibertest zur tieferen Erkundung eigener Prämissen

Tools

AB: AB (HA Auftragskarussell), AB (HA Kulturbrüchlein), Optional: AB (Antreibertest)

Material: PPT

Methode

Input im Plenum, Einzelreflexion, Ausstellung der Ergebnisse auf Metaplankarten, Sharing im Plenum

Ablauf/Anleitung

1. **Vorstellen der Hausaufgaben (10 Min.):**

Als Angebote sich selbst besser kennenzulernen/ Praktisches Handwerkzeug / Selbstversuch in vivo...

1) Mein eigenes Auftragskarussell:



Woche 1:

AB (HA Auftragskarussell): Für ein Dilemma Ihrer Wahl (z.B. eines, das Ihnen häufig begegnet oder eines, für das Sie noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden haben) führen Sie ein Auftragskarussell durch, d.h. halten Sie fest, welche inneren und äußeren Aufträge Sie wahrnehmen und durch wen.

Woche 2-5:

Nutzen Sie die nächsten Wochen, um dieses Auftragskarussell „in action“ zu beobachten

2) Kulturbrüchlein testen:

Woche 3:

AB (HA Kulturbrüchlein): Führen Sie bis zum nächsten Mal ein Experiment durch: Verabschieden Sie sich (in einer oder in mehreren Situationen) von einer unliebsamen Prämisse, von der Sie sich nicht länger einschränken lassen wollen.

Beobachten Sie

- wie es Ihnen damit geht / ob es Ihnen leicht/schwer fällt
- wie Andere darauf reagieren
- was sich dadurch sonst noch verändert

Wir freuen uns, beim nächsten Mal von Ihren Erfahrungen zu hören.!

*Wenn Sie es noch nicht ausprobieren können/mögen, führen Sie das Experiment **gedanklich** durch.

3) Kommunikationshausaufgabe:

Woche 4:

Nehmen Sie noch einmal eine der Kommunikationsstrategien, die Sie heute kennengelernt haben in den Fokus. Vor einem kritischen Gespräch überlegen Sie, wie ein Satz entsprechend der Strategie passend sein könnte und probieren Sie ihn aus.

2. Abschlussfragen ans Plenum (5 Min.):

- Was nehmen Sie aus der Sitzung heute mit?
- Was war altbekannt für Sie – was war neu, vielleicht sogar irritierend?
- Auf welche Gedanken hat Sie die Sitzung gebracht?
- *Vorsicht – macht ein großes Fass auf:* Gibt es (kleine) Wünsche für die Gestaltung, die wir das nächste Mal berücksichtigen sollten?

Dilemmakompetenz

Optionale Hausaufgabe:

Der Antreibertest (siehe Log-Buch) könnte als Hausaufgabe am Ende von Tag 1 relevant sein, falls Nachfragen dazu kommen.

Antreibertest – als Ergänzung zu biographischen Prämissen:

Input zum Background (wahlweise am Ende Tag 1 oder zu Beginn Tag 2 als Einordnung der Hausaufgabe):

- Der Test geht zurück auf den Begründer der Transaktionsanalyse, Eric Berne.
- Wichtig ist: Es handelt sich um einen Test und nicht um eine Wahrheit. Vielmehr dient der Test als eine Heuristik. Er hilft dabei, die häufigsten Antreiber, die bei Menschen vorkommen, bei sich selbst zu identifizieren. Sicherlich gibt es aber noch viele andere Antreiber, die relevant sein können.
- Es geht beim Antreiber Konzept darum uns unsere Strategien zu vergegenwärtigen, die wir anwenden, wenn es brenzlich wird. So habe ich innerlich beispielsweise das Skript: „Bevor es Ärger gibt...“ → „mach es allen Recht“; oder: „Sei stark“.
 - Antreiber können vor allem erst einmal als Lösungsversuche gelesen werden! Kein Antreiber ist für sich genommen doof / kein persönliches Gebot für sich genommen schlecht oder zwickmühlensverschärfend. Zunächst gilt, ebenso wie beim Prämissen Konzept, dass Antreiber das bisherige Erfolgsmuster waren, um Dinge zu schaffen. (Was habe ich in meiner Biographie gelernt, wie man Kritik überlebt?)
 - Wenn man sich einem Antreiber aber zu sehr verschreibt, birgt das die Gefahr der Einengung durch den Absolutheitsanspruch („ich kann nicht anders – keine Wahl.“). Antreiber können zu einer Art unhinterfragter Wahrheit werden, von der kein Abrücken mehr möglich ist und die damit den Handlungsspielraum in einer Situation massiv einschränken.
 - In Dilemmasituation, eben in solchen Situationen, in denen man in der Klemme ist, versprechen sie „mit mir überlebst Du“. Gerade dort machen sie den Handlungsspielraum aber häufig eng: In einer Situation, in der von mir verlangt wird, zu viele Unterlagen abzuarbeiten und mein lautester Antreiber der „sei perfekt“-Antreiber ist, würde es sich lohnen zu überlegen, heute doch mal eine Ausnahme zu machen.
 - Die Idee, sich bezüglich der eigenen Antreiber besser kennenzulernen, könnte also sein: Wenn du verstehst, was Dich leitet, dann kannst Du wählen. Es geht darum sich bewusst dafür oder dagegen entscheiden zu können.

Fünf Antreiber:

- „Sei perfekt“ → Wenn jemand mit diesem Antreiber unterwegs ist, triggert dies beim Umfeld sogar oft „das Haar in der Suppe zu suchen“. So verstärkt sich der Kreislauf und die Person versucht noch perfekter zu werden.
- „Beeil Dich“ → *Frage ans Plenum:* Welche Strategie im Dilemma bleibt so einer Person eher mal verwehrt? (Antwort – z.B.: Priorisieren)
- „Streng Dich an“ → Das bedeutet: Zähne zusammenbeißen – egal wie. „Wenn Du etwas geschenkt bekommst, ist es das nicht wert.“ „Aufgeben ist keine Option.“
- „Sei stark“ → Sei stark... komme, was wolle. *Frage ans Plenum:* Was bleibt verwehrt? (Antwort z.B. Hilfeholen ist keine Option. Das würde möglicherweise beschämen.)
- „Mach es allen recht.“

Aufgabe: Füllen Sie den Test bis zum nächsten Termin aus und bringen Sie Ihre Ergebnisse mit.

Bei der Auflösung am nächsten Fortbildungstag:

Einordnung der Ergebnisse: Man geht davon aus, dass ein Antreiber ab 30 Punkten wirksam ist; ab 35 Punkten ist er leicht erhöht, sodass es sich lohnen könnte darüber nach zudenken, ob der Antreiber diesen Stellenwert haben sollte; ab 40 Punkten lohnt es sich genauer darauf zuschauen, weil die Gewichtung schon in die Richtung von „ich kann nicht anders“ geht.

Frage ins Plenum

- Wertschätzen: Was haben die Anreiber Ihnen bisher ermöglicht?
- Wann sind sie weniger hilfreich?
- Wann würden Sie sie gerne hinterfragen?

Part 9 Begrüßung, inhaltliche Wiederholung (Tag 1), Vorstellung der Agenda

Überblick

Zu Beginn des zweiten Trainingstages werden bisherige Seminarinhalte zusammengefasst und der Austausch der Teilnehmer*innen untereinander in Bezug auf erste Erfahrungen und/oder „Nachwirkungen“ des Trainings angeregt. Wichtiger Bestandteil dieser Einheit ist es, im Rahmen einer 15-minütigen Einzelarbeit ein persönliches Dilemma als Arbeitsgrundlage für den zweiten Trainingstag zu (re-)aktivieren, anhand dessen alle folgenden Schritte und Anregungen „erprobt“ werden können.

Ziele

- Kurze Zusammenfassung bisheriger Trainingsinhalte
- Ausblick auf den heutigen Seminartag
- Anregung von Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmer*innen
- Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre für gute weitere Zusammenarbeit

Tools

AB: -

Material: Powerpoint Präsentation, Flipchart, Notizzettel und Stifte für die Teilnehmer*innen, Belegexemplar des Beratungskonzepts dieses Training (Zwack & Bossmann, 2017: Wege aus beruflichen Zwickmühlen, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen)

Methode

Input im Plenum, Aufstellung im Raum

Ablauf/Anleitung

1. **Begrüßung im Plenum & Anregung zum Austausch über bisherige Erfahrungen mit erlernten Trainingsinhalten (10 Min.):**



Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf Ihr Dilemma seit dem ersten Seminartag gemacht?

Gab es bereits Momente, in denen Sie Dinge aus dem Training ausprobieren konnten?

In welchen Situationen haben Sie an das Training zurückgedacht und es war hilfreich?

Welche Schwierigkeiten sind u.U. aufgetreten?

Gibt es noch offene Fragen?

2. **Kurze Wiederholung bisheriger Seminarinhalte & Vorstellung der Agenda (25 Min.):**

Dilemmakompetenz



Inhaltliche Wiederholung zum Thema Prämissen (10 Min.)

- Was verstehen wir unter Prämissen? Welche Bedeutung haben sie im Dilemma?
- Besprechung der Hausaufgabe: Infragestellen eigener Prämissen/das Wagnis eines „Kulturbrüchleins“
Wie ist es Ihnen mit der Hausaufgabe ergangen?
Welche Erfahrungen haben sie gemacht?
Welche Prämissen haben Sie wahlweise hinterfragt oder gar verabschiedet?
Welche Auswirkungen hatte dies? Wie hat Ihr Umfeld reagiert? Wer hat es bemerkt?

Inhaltliche Wiederholung zum Thema Schachmattsätze (10 Min.)

Wieso treffen uns Schachmattsätze so sehr? Welche Kommunikationsstrategien können hilfreich sein?

Gesamteinordnung des vergangenen Trainingstages (5 Min.)

Unsere Kernbotschaft ist: „Raus aus dem Reflex!“. Treffen Sie eine bewusste Entscheidung – egal in welchem Stadium Sie sind. Quellen, aus denen Sie bei Ihrer Entscheidungsfindung schöpfen können, sind:

Die eigenen Prämissen zu hinterfragen; was uns heute beschäftigen wird: Werte und Gefühle als Entscheidungshilfen zu nutzen; das „Wir“ des eigenen Teams/Kollegiums als Unterstützung in der Entscheidung/dem Vertreten eines Standpunkts zu begreifen.

3. Kurze Einzelarbeit: Reaktivierung des persönlichen Dilemmas als Arbeitsgrundlage (15 Min.)

Nehmen Sie sich noch einmal das Dilemma hervor, das Sie zu Beginn des ersten Seminartages formuliert haben. Prüfen Sie für sich: Ist das Dilemma noch aktuell? Wollen Sie heute noch weiter daran arbeiten oder nutzen Sie ein neues Blatt und schreiben sich das Dilemma auf, das Sie heute mitführen möchten.

Part 10 Nutzung eigener Werte sowie Haben- und Sein-Zielen als Verortungs- und Entscheidungshilfe im Dilemma

Überblick

In diesem Teil des Trainings werden die Teilnehmer*innen für die Bedeutung von persönlichen Werten im Dilemma sensibilisiert. Mithilfe einer Selbstreflexionsübungen werden eigene Werte erkundet, die anschließend als Entscheidungshilfe in einer aktuellen Dilemmasituation genutzt werden können.

Ziele

- Exploration der eigenen Werte
- Bewusstsein über die Bedeutung von Werten im Dilemma
- Nutzbarkeit von Werten als Entscheidungshilfe im Dilemma

Tools

AB: AB Werte (S. 1-4)

Material: Powerpoint-Präsentation, Flipcharts, Stifte, Wertekärtchen ausgelegt auf einem Tisch

Methode

Input im Plenum, Selbstreflexion, Exploration der eigenen Werte anhand von Wertekärtchen

Ablauf/Anleitung

1. **Input im Plenum: Werte als Verortungshilfe und Vergewisserung für den eigenen Standpunkt im Dilemma (5 Min.):**



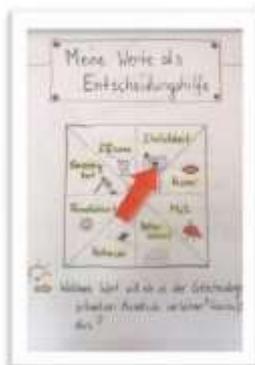
Beim letzten Mal haben wir über Prämissen gesprochen und inwiefern Sie das Erkennen Ihrer Prämissen und das Hinterfragen im zweiten Schritt dazu nutzen können, im Dilemma in Bewegung zu kommen.

Jetzt geht es darum, sich der Werte bewusst zu werden, um sie dazu zu nutzen einen stimmigen Standpunkt zu finden. Die Idee ist Ihre Werte als Verortungshilfe zu nutzen: Wofür möchte ich stehen und inwiefern kann ich mich daran orientieren, wenn ich mich entscheiden muss zwischen den Optionen?

Die Hoffnung ist: „Wenn ich einen Standpunkt finde, der mit meinen Werten übereinstimmt, wird es mir leichter fallen, den Standpunkt zu vertreten - auch wenn ich z.B. Gegenwind bekomme.“

Wir möchten mit Ihnen jetzt also schauen: Nach welchen Werten möchten Sie sich ausrichten? Und wo können Ihre Werte dazu helfen, sich im Dilemma zu verorten?

2. **Selbstreflexionsübung: Erkundung der eigenen Werte (45 Min.):** (AB Werte – S. 1-3)



Trainer*innen leiten entlang des AB Werte durch die folgenden Schritte 1-4. Nach jedem Schritt haben die Teilnehmer*innen Zeit in Einzelarbeit zu reflektieren und Notizen zu machen.

Schritt 1: Welche Werte sind mir besonders wichtig? (15 Min.) (AB Werte – S. 1; Wertekärtchen)

Dilemmakompetenz

Teilnehmer*innen können die Wertekärtchen, die auf einem Tisch zur Ansicht für alle ausgelegt sind, als Orientierung nutzen können.

Schreiben Sie 5 Werte auf, die Ihnen als Mensch wichtig sind in Bezug auf ...

- Ich selbst gegenüber anderen/Ich selbst im Umgang mit anderen: Patient*innen/Kund*innen
- Ich selbst gegenüber anderen/Ich selbst im Umgang mit anderen: Kolleg*innen, Mitarbeiter*innen, Vorgesetzte, andere Berufsgruppen
- Ich im Umgang mit mir selbst: Wie will ich zu mir selbst sein?

Schritt 2: Auswahl von 10 besonders wichtigen Werten aus insgesamt 15 Werten (3 Min.) (AB Werte – S. 2) Beachten Sie dabei, dass aus allen 3 Bereichen Werte dabei sind.

Schritt 3: Bedeutung der ausgewählten Werte für das eigene Dilemma (7 Min.) (AB Werte – S. 3)

- Wenn Sie sich nun die Liste Ihrer Werte anschauen... Was bedeutet das in Bezug auf Ihr Dilemma?
- Bearbeitung des AB Werte S. 3, auf dem den Optionen des persönlichen Dilemmas jeweils Werte zugeordnet werden, die mit den Optionen verfolgt werden/missachtet werden.
- Zur Bearbeitung nehmen Sie bitte noch einmal ihr Dilemma zur Hand, das Sie am Anfang des Tages aktualisiert haben, und ordnen sie nun den Optionen, die Ihnen in Ihrem Dilemma zur Auswahl stehen, Werte zu.
- Natürlich führen Sie jeweils nur die Werte auf, die für die jeweilige Situation für Sie eine Bedeutung haben.

Schritt 4: Bearbeitung der Selbstreflexionsfragen auf S. 4 des AB (5 Min.) (AB Werte – S. 4)

- Beim Blick auf die Werte, die mit den jeweiligen Optionen verknüpft sind: Gibt es einen Wert, der Ihnen wichtig ist und den Sie im Moment in Ihrer Dilemmasituation überhaupt nicht zum Ausdruck bringen?
- Welchem Wert will ich in der Entscheidungssituation Ausdruck verleihen / verkörpern / leben? Und was bedeutet das für die Entscheidung?
- Welche Werte stehen hier möglicherweise im Widerspruch?

3. Sharing im Plenum (15 Min.):

Was ist mir dadurch klarer geworden? Was nicht? Gibt es Unterschiede zwischen den Werten?

Part 11 Nutzung von Gefühlen als Wegweiser sowie Fähigkeit, zwischen primären und sekundären Gefühlen (Greenberg) zu unterscheiden

Überblick

In diesem Teil des Trainings werden die Teilnehmer*innen für die Bedeutung von Gefühlen im Arbeitsalltag und insbesondere in Dilemmasituationen sensibilisiert. Mithilfe von Selbstreflexionsübungen wird das Bewusstsein über eigene Gefühle gestärkt. Anhand der Unterscheidung zwischen primären und sekundären Gefühlen lernen die Teilnehmer*innen, den Informationsgehalt ihrer Gefühle zu „heben“. Kernbotschaft ist es, diesen Informationsgehalt zu nutzen, um im Dilemma eine stimmige(re) Entscheidung treffen zu können.

Ziele

- Sensibilisierung für die Bedeutung von Gefühlen im Arbeitskontext und insbesondere in Dilemmasituationen
- Bewusstwerdung eigener Gefühle anhand Reflexionsübung
- Gestärktes Verständnis über die Funktion von Gefühlen als Verortungs- und Entscheidungshilfe im Dilemma

Tools

AB: AB Leitfaden (Gefühle erkunden)

Material: Powerpoint-Präsentation, Flipcharts, Stifte, Notizzettel & Stifte für die Teilnehmer*innen, Liste mit Gefühlswörtern für Trainer*innen

Methode

Input im Plenum, Selbstreflexionsübung

Ablauf/Anleitung

1. **Input im Plenum: Bedeutung von Gefühlen im Dilemma und Möglichkeiten, diese konstruktiv im Dilemma zu nutzen (15 Min):**



Wir nehmen Gefühle oft nicht wahr – besonders im Arbeitskontext

Wir richten unsere Aufmerksamkeit – in unserer Kultur und geprägt durch unsere Sozialisation – in der Regel stark auf das, was um uns herum passiert, anstatt ein achtames in-uns-Hineinhorchen zu kultivieren. Das wir uns nicht ständig mit unseren Gefühlen beschäftigen, ist ja durchaus sinnvoll, wenn ich z.B. an Ihren Arbeitsalltag denke... die Station ist überbelegt, zwei Patienten müssen vielleicht sogar gerade auf dem Flur warten... Sie suchen händeringend nach Lösungen und haben das Bedürfnis zu handeln. Ein Anruf bei der PDL bringt Sie auch nicht weiter, eher reagiert die gestresst und es kommt zu einem ungenuten Austausch übers Telefon zwischen Ihnen...

Dilemmakompetenz

Mögliche Auswirkungen

Es ist sehr verständlich, dass Sie an dieser Stelle mit Ihrer Aufmerksamkeit im „Außen“ sind. Wenn wir es jedoch zur Regel werden lassen, unsere Gefühle „außenvor“ zu lassen, hat dies Auswirkungen auf unser „Sensorium“: Wir nehmen Hintergrundgefühle nicht mehr wahr. Das wiederum lässt uns weniger „aufgeräumt“ zurück – im Umgang mit uns selbst und auch mit Kolleg*innen und Patient*innen.

- *Im Umgang mit mir selbst:* Ich bin nur noch Leistungsträger, tauche nicht mehr als „ganze Person“ auf.
- *Im Umgang mit anderen:* Es kommt zu vermeidbaren Konflikten, man schaukelt sich gegenseitig hoch und wird auch bei anderen den Fokus vermutlich nicht auf die dahinterliegende Gefühlsebene legen, sondern auf das reagieren, was man sichtlich entgegen gebracht bekommt (z.B. ein Anranzer, ein patziger Kommentar, ein Wutausbruch usw.)

Nutzung von Gefühlen als Verortungshilfe



Die eigenen Gefühle können im Dilemma eine weitere hilfreiche Verortungshilfe sein. Wir möchten daher dafür werben, dass Sie Ihre Gefühle nutzen:

- a) als Hinweis: Wie geht es mir gerade?
- b) als Ratgeber: Was muss ich für mich und für die Situation insgesamt tun?

Gefühle als ältestes & schnellstes Informationssystem

Gefühle sind das älteste & schnellste Informationssystem, das wir besitzen. Ausführliche Pro-/Kontra Listen hätten uns evolutionsbiologisch nicht überleben lassen... Stellen Sie sich Situationen vor, in denen es um überlebensentscheidendes Abwägen ging: Ist das da vorne ein ungefährlicher Fels oder ein hungriger Löwe?

Auch wenn sich unsere Entscheidungssituationen verändert haben – Gefühle sind immer noch extrem wichtige und wertvolle Informationsgeber.

Beispiele für den Informationsgehalt von Emotionen:

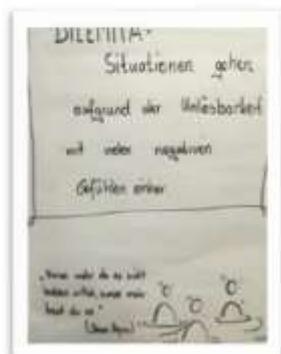
- Wut = Abgrenzung
- Trauer = Bindung
- Hilfslosigkeit = Verbindung mit Anderen / in einen wohlwollenden Austausch treten können

Bewusste Wahrnehmen anstelle des Reflexes, Gefühle zu übergehen

Es geht uns heute darum, wie es gut gelingen kann:

- Gefühle differenzierter wahrzunehmen und zu benennen
- sie in Bezug auf ihren Informationsgehalt auszuloten
- Und letztendlich Gefühle bewusst zu regulieren, anstatt dem Impuls zu folgen, vor allem negative Gefühle besser gar nicht haben zu wollen

Bedeutung von Gefühlen im Dilemma



Im Dilemma bin ich mit einer emotional schwer zu regulierenden Situation konfrontiert, häufig begleitet von einer Menge starker, negativer Gefühle – aufgrund der Unauflösbarkeit der Situation (z.B. Hilflosigkeit, Ohnmacht, Scham, z.B. „ich schäme mich, dass ich immer noch keine Lösung gefunden habe – irgendwie muss das doch möglich sein.“

Ein schnelles Wahrnehmen und bewusstes Regulieren kann dabei helfen:

- im Dilemma stimmigere Entscheidungen zu treffen
- bewusster zu entscheiden, welche meiner Emotionen (oder Teile davon) ich im beruflichen Kontext zeigen möchte
- besser auf mein Gegenüber zu reagieren und damit Konflikte und Eskalationen vorzubeugen bzw. anders zu begegnen

Man kann einen bewussten Umgang mit den eigenen Gefühlen lernen und kultivieren

Das mag uns an der einen oder anderen Stelle befremdlich und ungewohnt vorkommen, weil wir unseren Fokus gewohnt sind, anders zu setzen. Und es mag anfangs nicht direkt leicht gelingen, aber - und das ist entscheidend – man kann es üben.

2. Input im Plenum: Sprachlosigkeit im Hinblick auf Gefühle (20 Min.)

Im Alltagsleben **als Privatperson** mag es sein, dass ich mir der Bedeutung meiner Gefühle bewusst bin und meine Gefühle sogar weitestgehend ausleben kann – in Partnerschaft, im familiären Kreis, mit Menschen, denen ich vertraut bin. Mein Beruf ist aber häufig nicht die Bühne, um Gefühle zu äußern. **Im Berufsalltag sind Gefühle aber oft eher negativ konnotiert**, werden als peinlich erlebt, gelten als Tabu. Häufig gilt es als unprofessionell und unangemessen, Gefühle überhaupt zu zeigen. Und häufig gilt: Wer Gefühle zeigt, macht sich verletzlich und angreifbar.

Persönliche Sozialisation:

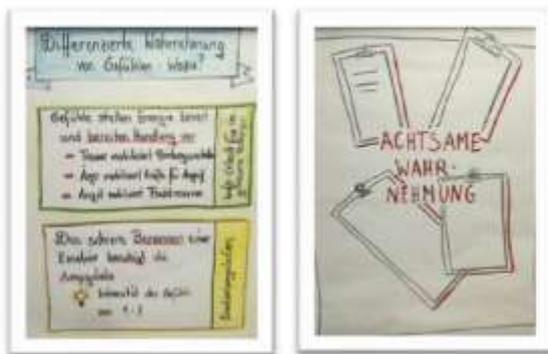
Vielleicht fällt es mir auch generell schwer, eigene Gefühle zum Ausdruck zu bringen (ich habe z.B. keine Sprache hierfür) – vielleicht weil ich es nicht gelernt habe. Vielleicht sind es auch nur bestimmte Gefühle, die ich nur schwer ausdrücken kann. Hier spielt meine persönliche Sozialisation mit rein (vielleicht erinnern Sie sich... hier verhält es sich ganz ähnlich wie mit den Prämissen, die sich aus meiner Biografie entwickelt haben). Ich habe bestimmte Erfahrungen gemacht: Welche Gefühle sind gewollt? Welche erzeugen Resonanz bei meinem Gegenüber? Welche nicht? Sie werden sich „spezialisiert“ haben ... wozu wurden Sie ermuntert?

Teamkultur:

Und es wird auch bei Ihnen eine bestimmte Teamkultur geben. Manche Gefühle darf man eher zeigen als andere. Was ist hier bei uns im Team salonfähig?

Benennen von Gefühlen als erster Schritt

Dilemmakompetenz



Oftmals macht es bereits einen bedeutsamen Unterschied, wenn ich starke Gefühle, überhaupt benenne, d.h. für mich selbst differenziere und somit einordnen kann, was ich gerade fühle – auch im beruflichen Kontext.

Beispiel: Es ist mal wieder ein Hauen und Stechen im Kampf um die begrenzt zur Verfügung stehenden OP-Säle. Jede Abteilung empfindet ihren „Fall“ als absolute Priorität. Ein Kollege meldet besonders lautstark und vehement die Dringlichkeit seiner OP an – mal wieder...

Ins Plenum fragen: Wie könnten Reaktionen einer solchen Situation ausfallen?

- (undifferenziert) „Na, das ist mal wieder typisch für die Abteilung X. Was für ein Idiot, der denkt einfach immer nur an sich!“
- (etwas differenzierter) „Ich bin stinksauer, warum muss denn immer ich derjenige sein, der zurücksteckt?“
- (differenzierter) „Ich ärgere mich über den Kollegen, ich empfinde das als systematische Unfairness – das enttäuscht mich, weil ich mir eigentlich wünschen würde, dass wir hier kollegial miteinander und nicht gegeneinander arbeiten.“

Dieses schiefe Benennen meiner Empfindungen hat beruhigende Wirkung auf die Amygdala (Top-Down-Regulation). Nur bei sehr intensiven Gefühlen (extreme Wut / Niedergeschlagenheit) ist Bottom-Up-Regulation notwendig (z.B. tief durchatmen, joggen gehen usw.)

Der Klassiker: „Wie geht es Dir? – Gut.“

Gefühle überhaupt erst einmal wahrnehmen und zu differenzieren: Das ist gar nicht einfach. Was ist die typische Antwort, die Sie von Ihrem Gegenüber als Reaktion auf die Frage „Wie geht es Dir?“ zu hören bekommen? ... vermutlich fällt sie meist eher einsilbig aus: „Joa, gut“ oder „schlecht“. Aber was bedeutet das eigentlich?

3. Reflexionsübung zur Wahrnehmung von Gefühlen (20 Min.)

Durchführung der Reflexionsübung (10 Min.) (Notizblätter und Stifte austeilen)

Gefühle wahrnehmen klingt in der Theorie vielleicht gut, **praktisch Üben tun wir das in unserem Alltag aber eben so wenig**, dass es uns nicht leichtfällt.

Bitte schreiben Sie auf Ihr Notizblatt nun ...

- **Alle Emotionen**, die Sie heute zwischen dem Aufwachen und Jetzt erlebt haben. (2 Min. Zeit geben)
- **Wie viele Gefühle** sind es, die Sie Ihrem Zettel anvertraut haben?
Zählen Sie einmal durch & notieren Sie die Nummer auf Ihrem Zettel.
- **Ins Plenum fragen und jeweils um Handzeichen der Teilnehmer*innen bitten:**
Wer hat weniger als 5 Emotionen festgehalten? 5 bis 10? 10 bis 15? Mehr als 15?
- Ich lese Ihnen nun eine **Sammlung von Emotionswörtern** vor. Bitte notieren Sie, wenn etwas dabei ist, was Sie heute bereits erlebt haben. Schreiben Sie nicht das Wort mit, sondern machen Sie einfach eine Strichliste. Wenn es heute schon mal da war, machen Sie einen Strich, sonst winken Sie es einfach durch.
- **Langsames Vorlesen der Liste**
- Zählen Sie nun bitte einmal nach: **Wie viele Begriffe haben Sie ergänzt?** Schreiben Sie diese Zahl auf.
- **Ins Plenum fragen und jeweils erneut um Handzeichen der Teilnehmer*innen bitten:**
Wer hat 5 oder weniger Begriffe ergänzt? 5 bis 10? 10 bis 15? Mehr als 15?

- **Sharing im Plenum (10 Min.)**

Was ist Ihnen bei dieser Übung aufgefallen? Was hat Sie überrascht? Warum/warum nicht?

Zusammenfassung im Plenum:

Erfahrungsgemäß werden bei dieser Übung sehr viele Gefühle ergänzt. Es ist herausfordernd, genau zwischen Gefühlen zu differenzieren. Vielfach sind wir es gewöhnt, ein „Wie geht's Dir“ schlicht mit einem eindeutigen „gut“ zu beantworten. Dabei ist in uns oftmals eine ganze Menge mehr los, häufig sogar ein richtiger Gefühlscocktail – je nach Situation.

4. Gefühle als Informationsquelle & Primäre/sekundäre Gefühle (45 Min.)



Input im Plenum: Unterscheidung zwischen primäre und sekundäre Gefühle (nach Leslie Greenberg) einführen (25 Min.):

An dieser Stelle möchten wir Ihnen eine Unterscheidung anbieten, die auf den kanadischen Psychotherapieforscher und Mitbegründer der „Emotionsfokussierten Therapie“ Leslie Greenberg zurückgeht:

Es gibt sogenannte primäre Gefühle – das ist meine spontane Erstreaktion auf ein Erlebnis (z.B. Freude über ein Geschenk, Ärger über einen ungehaltenen Patienten). Diese primären Gefühle äußern sich immer auch körperlich (z.B. durch einen erhöhten Puls).

Meine Erfahrung (die ich privat, aber auch in meiner beruflichen Rolle mache) lehrt mich sog. sekundäre Gefühle, die wie ein Schutzgefühl/Deckelgefühl funktionieren. Durch Sozialisationsprozesse lerne ich, wie ich meine Gefühle auszudrücken und zu kontrollieren habe – dadurch entstehen sekundäre Gefühle.

Kultur formt sekundäre Gefühle:

In einer bestimmten (Team-/Organisations-)Kultur kann das bedeuten: *Wut ist verboten und wird ersetzt durch Traurigkeit*. Ein anderes Beispiel könnte das: *Ohnmacht und Ratlosigkeit sind im Krankenhaus häufig unerwünscht* – sie werden überlagert von Wut und Empörung, bspw. „Die auf Station X spinnen doch, was denken die sich, die ganze Arbeit auf uns abzuwälzen?“ anstelle davon, auszudrücken, dass ich an dieser Stelle vielleicht gerade selbst überfordert bin ob des Zeitdrucks, meiner vielen Aufgaben usw..

Verlauf von primären versus sekundären Gefühlen

Primäre Gefühle haben einen natürlichen Verlauf: Das Gefühl (z.B. Ärger über das schlechte Wetter, die Enttäuschung, weil das Sonderangebot ausverkauft ist, für das man sich auf den Weg gemacht hat) taucht auf und flacht wieder ab, ohne, dass ich etwas dafür tun muss. Sekundäre Gefühle (z.B. Scham, Verzweiflung usw.), deren Auslöser nicht in der unmittelbaren Situation liegt (wie z.B. der Nieselregen macht mir schlechte Laune), wirken länger nach – ohne, dass ich häufig zuordnen kann, woher sie kommen.

Wenn Menschen in Stress geraten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit Schutzgefühlen (sekundären Gefühlen) reagieren. Somit begegnen sich in der Interaktion mit anderen schließlich ebenso nicht die wirklich dahinterstehenden, primären Gefühle, sondern häufig die Schutzstrategien, die sich oben draufgelegt haben.

Das ist häufig eine Quelle von Missverständnissen:

Man kann sich vorstellen, welche Auswirkungen es haben kann, wenn sich zwei Menschen begegnen, die nicht ihr „eigentliches“ Gefühl zum Ausdruck bringen, sondern das, was sich als Schutzstrategie bewährt hat.

Beispiele: Stellen Sie sich z.B. vor ...

- **Sie begegnet einem „schwierigen“ Patienten.** Die KollegInnen haben Sie bereits vorgewarnt: Der Patient sei extrem ungeduldig und werde schnell aufbrausend. Sie müssen diesem Patienten nun mitteilen, dass sich eine

Dilemmakompetenz

Diagnostik, auf die er den ganzen Morgen hat warten müssen (vielleicht musste er deshalb nüchtern bleiben) verzögert, weil ein Notfall dazwischengekommen ist.

Der Patient reagiert ungehalten, er wird laut und fängt an, zu schimpfen (**offensichtlich Wut**) – u.U. steckt hinter dieser Wut etwas anderes ... (ins Plenum nach Ideen fragen) – eventuell hat der Patient **Angst** (vor der Untersuchung, vor dem Ergebnis, davor „vergessen“ zu werden bzw. mit seinem Leid nicht gesehen zu werden)

- **Ein Kollege reagiert eingeschnappt und beleidigt** - dahinter ist er z.B. **enttäuscht**
- **Situationen, in denen Sie Unterstützung brauchen**, z.B. um bei Krankmeldungen und ohnehin dünner Personaldecke die Spätschicht gut zu besetzen. In dieser Situation ist eigentlich jeder überfordert: Sie, weil sie mal wieder das Unmögliche möglich machen müssen; aber auch Ihr Kollege, den sie gerade bitten wollen, einzuspringen, weil er dringend Erholung braucht. Vordergründig ärgern Sie sich massiv über diesen Kollegen, weil er nicht einspringt, und reagieren ungehalten.

Die Idee ist: Würden Sie die Überforderung, die darunter liegt – vielleicht auch die Scham darüber, das Problem nicht gelöst zu bekommen, ohne Ihren Kollegen schon wieder zu bitten aus dem Frei zu kommen – Würden sie diese Überforderung und Scham als Information nutzen können, würde das andere Handlungen möglich machen.

Sharing im Plenum (8 Min.)



- **Moderation des Sharings entlang der folgenden Fragen:**
 - Wie ist das bei Ihnen?
 - Welche Gefühle kriegen die Kollegen eher (nicht) zu Gesicht?
 - Wofür ist das sinnvoll?
- **Vorstellung des Beispiels „Kollektive Ratlosigkeit“ im Plenum:**

Stellen Sie sich ein Team vor, das bspw. im IT-Bereich arbeitet. Es gibt ein Problem X und keiner aus dem Team weiß eine gute Lösung. So kommt es, dass ein Mitarbeiter extrem viel arbeitet, und alles Mögliche ausprobiert, ohne sich Hilfe zu holen. Letztlich wandern alle Vorschläge, die er erarbeitet, in die Tonne. Trotzdem versucht sich dieser Mitarbeiter immer aufs Neue an weiteren Vorschlägen.

Wir fragen ihn also „Warum machst du das? Wo du doch weißt, dass es in die Tonne wandert?“

Der springende Punkt: Alle im Team sind ratlos, aber keiner sagt es. Der Informationsgehalt des Gefühls der Ratlosigkeit geht dabei verloren. Es wird eine Pseudolösung generiert.
- **Aufstellung: Persönliche Präferenz im Umgang mit Gefühlen (12 Min.)**
 - **Moderation der Aufstellung entlang zwei Fragen:**
- 1) **Wozu neige ich persönlich? ... ob aufgrund der Organisationskultur oder meiner Biographie**
 Pole: **Internalisieren (reinfressen) vs. Externalisieren (ausbrechen)**

*Hinweis an Trainer*innen:* Die „persönlichen Neigung“ der Teilnehmer*innen sollte hier unbedingt validiert und wertgeschätzt werden, da es sich hierbei um Versuche der Emotionsregulation handelt. Es gibt kein „Richtig“ oder „Falsch“.
- 2) **Frage: Gegen wen richten sich negative Gefühle?**
 Pole: **Eher gegen mich selbst (implodieren) vs. gegen Andere (explodieren)**
- **Weiterführen des Leitfadens in Einzelarbeit (5 Min.)** (AB Leitfaden – Gefühle erkunden)

- Was im Umgang mit meinen Gefühlen würde für mich persönlich einen Unterschied in der Dilemmasituation machen?
- Was würde ich mir – in Bezug auf primäre/sekundäre Gefühle – gerne erlauben?
... z.B. auch mal traurig zu werden, auch mal wütend zu sein?
- Welchen Gefühlen möchte ich mehr Raum geben?
- Was wäre anders, wenn ich diese Gefühle ans Steuer ließe?
- Bedenken Sie dabei: Was hat das für Konsequenzen für die Dilemmasituation und mein Verhalten?

Kurze inhaltliche Zusammenfassung im Plenum (5 Min.):

Was bedeutet all dies für ihr Dilemma und die anstehende Entscheidung?

Gefühle können uns wertvolle Wegweiser in unserer Entscheidung sein – auch wenn die Kultur unseres Arbeitsplatzes suggeriert, dass Gefühle keinen Platz auf der „beruflichen Bühne“ haben.

Ein bewusster Umgang mit meinen Gefühlen unterstützt eine stimmige(re) Entscheidung. Hierfür sind die folgenden drei Schritte wichtig:

1. Wahrnehmen und benennen der Gefühle
2. Prüfen auf ihren Informationsgehalt (z.B. Was will mir mein Ärger sagen? Liegt noch etwas anderes hinter diesem Ärger?)
3. Entscheiden, was davon ich aktiv in Kommunikation geben möchte

Mittagspause (60 Min.)

Part 12 Systemische Organisationstheorie & Solidarisierung in der eigenen Organisation

Überblick

In diesem Teil des Trainings wird den Teilnehmer*innen ein systemtheoretisches Erklärungsmodell für das Entstehen von Dilemmata in Organisationen angeboten. Es werden organisationstypische Tendenzen zur Entsolidarisierung beschrieben, welche die Teilnehmer*innen in einer Einzelreflexionsübung erkunden. Anschließend werden Möglichkeiten exploriert, wie diesen Tendenzen mit Solidarisierung entgegengewirkt werden kann – ein gemeinschaftlicher Austausch über Beispiele gelungener Solidarisierungsbewegungen im eigenen Team/der eigenen Organisation sensibilisiert für das „Wir“-Potential.

Ziele

- Inhaltlicher Input zu organisationstheoretischen Gründen für Dilemmata
- Sensibilisierung für Entsolidarisierungstendenzen & Normalisierung für die Tendenz, sich daran zu beteiligen
- Vergemeinschaften von Solidarisierungsbewegungen in der eigenen Organisation/im eigenen Team („Sternstunden“)

Tools

AB: AB Leitfaden (Solidarisierungschancen)

Material: Powerpoint-Präsentation, Leeres Flipchart zum Mitschreiben inkl. Stifte, leere Notizblätter und Stifte zum Austeilen

Methode

Input im Plenum, Einzelreflexionsübung, Austausch im Tandem

Ablauf/Anleitung

1. Input im Plenum (25 Min.)

Dilemmakompetenz

Dilemma gehören zu Organisationen.



Bisher ging es darum, wie eine gute Entscheidung getroffen werden kann. Jetzt möchten wir mit Ihnen darüber nachdenken: Wozu laden diese Situationen ein? Was machen Sie mit uns individuell, aber auch in der Gemeinschaft? Dazu zunächst: Wie erklären wir uns, dass Dilemmata entstehen? Bin ich einfach unfähig oder sind die anderen schuld? Sind Dilemmata vermeidbar?

Organisationen als Orte der Paradoxieentfaltung. Widersprüche sind unvermeidbar.

Diese Idee geht zurück auf die systemische Organisationstheorie. Sie besagt: Organisationen sind aufgeteilt in Abteilungen, die alle ein eigenes Ziel verfolgen. Die Ziele, die diese Abteilungen gleichzeitig verfolgen, widersprechen sich häufig: Die Innere Medizin macht ihren Job gut, wenn der Patient optimal versorgt und gut gelaunt die Klinik verlässt; das Controlling macht seinen Job gut, wenn der Patient möglichst viele Interventionen in kurzer Zeit erhält und dann das Krankenhaus möglichst schnell wieder verlässt. Diese beiden Ziele sind in der Realität gegenläufig.

Organisationen vereinen jedoch beide scheinbar widersprüchlichen Ziele. Sie haben ihre Berechtigung genau darin, gleichzeitig rechts und links gehen zu können. Dies leisten sie, indem sie Abteilungen, also quasi Subsysteme, bilden.

Der Mensch kann aber genau das nicht, was dem Krankenhaus als Ganzes gelingt. Der Mensch ist räumlich und zeitlich gebunden und kann nicht gleichzeitig rechts und links gehen (Bsp.: Sie können nicht gleichzeitig hier sitzen und auf Station/im OP-Saal/in der Sterilisation sein). Widersprüche entstehen für den Menschen also besonders dann, wenn er Berührungspunkte mit anderen Abteilungen hat. Vor allem Führungskräfte werden dafür verantwortlich gemacht, unvereinbare Widersprüche in ihrer Person zu vereinen.

Wichtige Kernbotschaft: Dilemmata sind strukturell in Organisationen angelegt und gehören damit zum organisationalen Alltag. Das heißt, hierfür können Sie nichts, und alle anderen auch nicht. Dilemma sind kein persönliches Verschulden oder gar Ausdruck von mangelnder Kompetenz. Sie fühlen sich aber häufig persönlich an (z.B. zwischen Abteilungen).

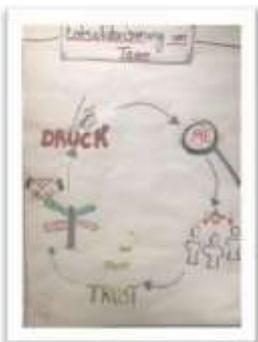
Wozu führt das?

Beispiel: Der Einzelne soll gleichzeitig gute und effiziente Patientenversorgung leisten. Das bedeutet, dass die Pflege bei gleichbleibender Qualität noch schneller arbeiten soll. Das ist ein unmöglicher Auftrag – wenn auch nachvollziehbar. Wozu führt das häufig?

Wir geraten unter Druck, wenn wir das Gefühl haben, gleichzeitig rechts und links gehen zu müssen.

In Situationen, in denen Menschen unter Druck geraten, neigen die meisten dazu, sich zu entsolidarisieren. Durch ihre Struktur laden Organisationen also zu Entsolidarisierung ein.

Einführung des Druck-Kreislaufes



In Drucksituationen passiert häufig das Folgende: Die innere Aufmerksamkeit richtet sich auf mich selbst: „Wie überlebe ich?“, „Ich muss schauen, dass ich bzw. meine Abteilung hier gut durchkomme/durchkommt“.

Wie wirkt sich dies auf die Gemeinschaft aus? Sie wird geschwächt. Wenn immer wieder die Erfahrung gemacht wird „Das WIR trägt nicht – ich verlasse mich lieber auf mich selbst“, dann investiert jede*r langfristig weniger in die Gemeinschaft. Das äußert sich z.B. darin, dass ich weniger zuhöre, weniger Hilfe anbiete, weniger zuarbeite, weniger Information bereitstelle (statt den anderen die Arbeit also zu erleichtern, ist man eher unaufmerksam/weniger hilfsbereit anderen gegenüber; z.B. bin ich weniger bemüht um eine verständliche Dokumentation, die dann von der Kodierfachkraft weiterverarbeitet wird).

Die Folge ist: Es schwindet das gegenseitige Vertrauen („Wir meinen es hier gut miteinander“). In der Konsequenz wird es schwieriger, sich auf gemeinsame Ziele zu einigen.

Beispiele:

Ein Oberarzt auf der Intensivstation berichtet, dass es sich eingebürgert hat, dafür zu sorgen, dass man den Patienten auf die nächste Woche rettet, damit man den Abschlussbericht nicht selbst schreiben muss.

Eine Stationsleitung berichtet, dass es ihr nicht möglich ist, den neuen Standard einzuhalten – der besonders für die Kodierfachkraft eine große Erleichterung bringen würde, weil sie selbst keine Zeit hat, sich in die neuen Vorgaben einzuarbeiten.

2. Frage ans Plenum: Kennen Sie das?

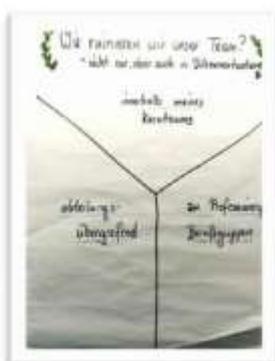
Das Problem entsteht, weil die Überlebensstrategien des Einzelnen zum Problem des anderen werden: Die Kodierfachkraft kämpft mit der Überlebensstrategie der Pflege.

Die Frage ist also: Kommen wir durch die Überlebensversuche, die wir praktizieren, miteinander in Aufwärtsspiralen oder Abwärtsspiralen?

*Hinweis an die Trainer*innen:* An dieser Stelle sollten mögliche Erfahrungsberichte von Teilnehmer*innen über eigene Entsolidarisierungsprozesse in der Organisation normalisiert werden. Hintergrund ist, dass dieses Verhalten in Organisationen der Normalfall und aus Perspektive einzelner Beteiligter gut nachvollziehbar ist.

Dennoch ist eine spannende Frage: Was tue ich in meinem Team, auf Station, im Arbeitsalltag, um Entsolidarisierungsprozesse wahrscheinlicher zu machen? Dazu möchten wir jetzt in eine Reflexion gehen.

3. Einzelreflexionsübung: Was tue ich, um Entsolidarisierung wahrscheinlicher zu machen? (30 Min.) (Notizblätter und Stifte austeilen)



- Arbeiten Sie im Folgenden jeweils für sich zu dieser Frage: „Was tue ich, um Entsolidarisierung – vermutlich unbeabsichtigt – zu befördern?“. Machen Sie sich hierzu Notizen. (5 Min.)

- Anschließendes Sharing im Plenum (10 Min.)

*Hinweis an die Trainer*innen:* Es ist für die Teilnehmer*innen sehr herausfordernd, etwas zu formulieren, was sie nicht gut machen – insbesondere vor Kolleg*innen. Hier ist es möglicherweise hilfreich, einzuordnen, warum wir dies tun (Vergemeinschaftung und Bewusstwerdung) sowie noch einmal zu erklären: Es geht ausnahmsweise nicht um „Stundchen“, sondern darum, ein Verständnis dafür zu bekommen, was auch ich persönlich tue, damit es hier kollektiv anstrengend(er) wird. Erst wenn wir uns dessen bewusst werden, können wir etwas daran ändern. Ebenfalls ist darauf zu achten, dass die Teilnehmer*innen nicht ins Erzählen Ihrer „Erfolgsgeschichten“ abdriften (d.h. Solidarisierungsbeiträge anstelle von Entsolidarisierungsbeiträgen machen) – das verärgert möglicherweise diejenigen, die etwas sehr Persönliches geteilt haben.

- Überlegen Sie nun jede*r für sich zu dieser Frage: „Was kann ich in Zukunft anders machen, um Entsolidarisierung entgegen zu wirken?“ Was können Sie sich vielleicht einmal die Woche vornehmen, um wieder mehr in das gemeinschaftliche „Wir“ zu investieren und damit Entsolidarisierung entgegen zu wirken? Machen Sie sich hierzu Notizen. (5 Min.)
- Anschließendes Sharing im Plenum (10 Min.)

Dilemmakompetenz

Kaffeepause (15 Min.)

4. Seelisches Immunsystem: Wie stützen wir uns kollektiv? (20 Min.)



Kurzes Sammeln von Solidarisierungsmomenten am Flipchart (2 Min.)

Frage ans Plenum: Wann ist Solidarisierung an Ihrem Krankenhaus gelungen?

Austausch im Tandem mit Sitznachbarn/-nachbarin zu „Solidaritätserfolgsmeldungen“ in zwei Runden à 5 Min. (10 Min)

Was ist das Solidarischste, das Sie jemals hinbekommen haben in Konfliktsituationen / im Umgang mit unlösbaren Aufträgen?

- Runde 1: innerhalb Ihres Kernteams (5 Min.)
- Runde 2: professions- und abteilungsübergreifend, u.U. innerhalb des gesamten Krankenhauses (5 Min.)

Sharing im Plenum (10 Min.)

Was sind Erfolgsgeschichten/„Sternstunden“, über die Sie gesprochen haben?

Wo zeigt sich für Sie der Solidarisierungsmoment in diesem Beispiel?

Was hat dazu beigetragen, dass Zusammenhalt an dieser Stelle gut gelungen ist?

Weiterführung des Leitfadens (AB Leitfaden – Solidarisierungschancen):

- Mit dem Wissen, dass wir alle unter Druck stehen – was kann ich tun, um den Druck für uns alle zu verringern?
- Welche Handlung kann ich unterlassen, um es den anderen nicht schwerer zu machen?
- Was hat beim letzten Mal dazu beigetragen, dass wir uns solidarisiert haben?
- Was ist mein Beitrag dazu?

Part 13 Inhaltliche Zusammenfassung, Abschlussreflexion, Hausaufgabe

Überblick

In diesem Teil des Trainings erfolgt eine inhaltliche Zusammenfassung der Trainingsinhalte anhand einer visualisierten „Reise durch eine schematische Dilemma-Landschaft“, anschließenden werden ggf. letzte Rückfragen geklärt. Als Hausaufgabe wird den Teilnehmer*innen angeboten, den Leitfaden im Nachklang an das Seminar zu bearbeiten und auf

Wunsch Feedback (per Mail) bei den Trainer*innen einzuholen. Es folgt eine Abschlusseinzelreflexion (Postkarte an mich selbst).

Ziele

- Inhaltliche Zusammenfassung und Festigung der behandelten Seminarinhalte
- Raum schaffen für offene Fragen und abschließende Klärung
- Angebot einer weiterführenden Hausaufgabe mit Möglichkeit für die Teilnehmer*innen, sich individualisiertes Feedback einzuholen
- Gemeinsamer Seminarausklang

Tools

AB: AB Leitfaden, Dilemmalandkarte

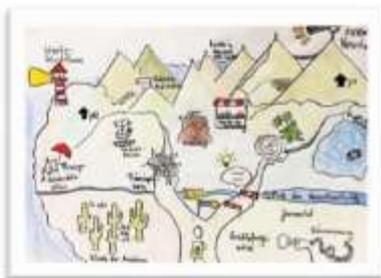
Material: Powerpoint-Präsentation, Flipchart, Stifte, Dilemmalandkarte (gedruckt im DIN A4 Format), Postkarten und Umschläge für die Teilnehmer*innen (pro Teilnehmer*in eine Postkarte und einen Umschlag)

Methode

Input im Plenum, offene Fragerunde im Plenum, Einzelreflexion

Ablauf/Anleitung

1. Inhaltliche Zusammenfassung im Plenum (20 Min.) (Dilemmalandkarten austeilen)



Anhand der Dilemma-Landkarte wird noch einmal durch die Meilensteine des Trainings geführt:

- Was haben wir in den beiden Tagen des Trainings an „Geländeerfahrung“ gemacht?
- Stellen Sie sich vor, Sie stehen dort, wo das Männchen mit Rucksack steht. Im **Gepäck ein Dilemma**, das Ihnen wiederkehrend begegnet; eine Situation, in der Sie sich entscheiden müssen zwischen Optionen, die beide auf ihre Art schmerzhaft sind. Der Wegweiser zeigt Ihnen die erste **bittere Nachricht an: Rechts oder links** – denn beides können Sie nicht leisten. Sie müssen sich also **entscheiden**.
- Hier fragt der Leitfaden durch das Gelände: Woran merkst Du, ob Du Dich im Dilemma befindest – wie verhältst Du Dich, wie fühlst Du, wie denkst Du? Und er fordert auf, erst einmal klarzuziehen: Was sind die Entscheidungsoptionen, warum geht weder Option A noch Option B? Was ist also die Entscheidungsfrage, vor der ich stehe?
- Bis hierhin haben Sie vielleicht schon ausgiebig **gekämpft**, um eben doch alles unter einen Hut zu bekommen. Und so hat Sie der Weg bis hierhin vielleicht durch die **Wiese der Erschöpfung** geführt. Wenn man abgekämpft, gehetzt und unter Druck ist, ist die **Versuchung oft groß, den anderen die Schuld zu geben** – „Wäre nur der Herr Meier nicht, dann wäre alles einfacher“ oder „Diese Verwaltungsmenschen hinter ihren Schreibtischen, die wissen gar nicht, was Arbeit am Patienten bedeutet“. An dieser Stelle werden die Einladungen, ins **Jammertal** oder ins Selbstmitleid abzudriften, besonders stark gewesen sein.
- Da fällt es manchmal schwer, sich klar zu machen, in welcher Situation man sich befindet. Dafür ist es notwendig zu erkennen, welche Ansprüche werden an mich im Auftragskarussell gerichtet?
Siehe Punkt 2 im Leitfaden.
- Ein herausforderndes Gelände ist hier die **Wüste der Annahmen**. **Annahmen darüber, wer hier was von mir erwartet, damit ich „ok“ bin. Oder auch: Welcher organisationskulturellen Spielregeln gehorche ich?** z.B. „Du sollst nicht Nein sagen“; „Bloß nicht den Vorgesetzten verärgern“
Das geht so weit, bis man im Prämissennetz gefangen ist und zappelt. Hier lohnt es sich, die Fragen zu stellen:

Dilemmakompetenz

Welche Annahme habe ich über mich selbst und darüber, wie ich in der Organisation zu sein bzw. mich zu verhalten habe? Und es könnte sich auch lohnen zu überlegen, welche Prämisse bin ich bereit, wahlweise abzuwählen?

- Die Einsicht, dass Sie im Dilemma vor einer Frage stehen, die Sie eigentlich nicht richtig beantworten können, symbolisiert das **Überqueren des Flusses der Verantwortung**. Es geht darum, Entscheidungen zu beantworten und die Konsequenzen hierfür zu tragen. Es gibt nicht die eine richtige Lösung und es wird – egal wie ich mich entscheide – immer einen Preis geben, den ich zahlen muss. Dafür ist es notwendig, eine **gute Strategie der Kommunikation** zu wählen, mit der ich Verantwortung explizit mache. Welche Strategie könnte hierbei hilfreich sein? Aber auch: Mit welchen Schachmattsätzen muss ich rechnen, d.h. wie muss man mir kommen, um mich von einer getroffenen Entscheidung wieder abzubringen?
- **Innere Verortung:** Über allem steht die innere Verortung. Wie kann und will ich mich positionieren? Wie möchte ich entscheiden, um am Ende gut zu den Konsequenzen stehen zu können?
- Wir haben Ihnen mehrere Quellen angeboten, die zu einer Verortung hilfreich sein können und möglicherweise neue Handlungsoptionen eröffnen. Über das **Infragestellen von Prämissen** (dem kleinen „Kulturbrüchlein“) haben wir bereits gesprochen.
- **Der Werte-Leuchtturm leuchtet auf:** Hier stellt der Leitfaden die Frage: Nach welchen Werten möchte ich mich ausrichten, wenn ich einen Standpunkt suche? Welchen Werten will ich mehr Gewicht geben? Wir haben aber auch zwischen Haben- und Sein-Zielen unterschieden: Zu wem werde ich, während ich entscheide? Kann ich im Nachhinein noch in den Spiegel schauen oder habe ich Werte, die mir wichtig sind, missachtet?
- **Es gibt aber auch den Brunnen der Gefühle:** Die Reise ist keine unemotionale. Auch im beruflichen Kontext werden Ihnen starke Gefühle begegnen: Vielleicht Wut und Ärger, Trauer oder Angst. Wichtig und hilfreich kann hier sein: Sich selbst besser zu beobachten. Welche Gefühle nehme ich sofort wahr – was kann da möglicherweise auch dahinterstecken? Welchen Gefühlen will ich mehr Raum geben?
- Um die anstrengende Wanderung mit dem schweren „Dilemma-Rucksack“ auf dem Rücken zu bewältigen, kann die **Quelle der Einsicht** helfen: Dilemmata gehören zur Organisation wie das Salz in die Suppe. Weil es im Krankenhaus verschiedenste Interessensgruppen gibt, die unterschiedliche Ziele verfolgen, wird es zu Zielkonflikten kommen. Viele Parteien werden Ansprüche an Sie stellen.
- **Deshalb sind die Oasen unterwegs so wichtig: Der Ruhfels, an dem Sie sich besinnen können.** Auch der Schirm der kluge **Selbstfürsorge und Solidarität** spenden und Kraft geben kann. Es hilft vielleicht sich die Frage zu stellen: Wo kann ich mir Unterstützung holen (Austausch, Rat)? Hinter dem Schirm der Solidarität steckt auch die Frage: Es geht sehr wahrscheinlich nicht nur mir so – wie kann ich den Druck im gesamten System reduzieren?

*Hinweis an die Trainer*innen:* Beim Resümieren der einzelnen „Dilemma-Stationen“ wird auf relevante Fragen aus dem AB Leitfaden verwiesen und Highlights der Trainingsgruppe (prägnante Beispiele und Erfahrungen) in Erinnerung gerufen.

Klärung von offenen Fragen im Plenum:

Haben Sie noch Fragen zu einem Block?

2. Besprechung der Hausaufgabe im Plenum (10 Min.)

Trainer*innen erläutern die Aufgabenstellung und bieten ggf. an, auf Wunsch individualisiertes Feedback an die Teilnehmer*innen zu schicken:

Sie haben von uns nun einen Leitfaden durchs Dilemma erhalten. Als Abschlussarbeit laden wir Sie ein, den Leitfaden einmal vollständig durchzuarbeiten für ein Dilemma, das Ihnen wiederkehrend begegnet. Schicken Sie diese Arbeit nach Fertigstellung gerne an uns [Bereitstellung der Emailadressen], falls Sie an einem individuellen Feedback per Mail interessiert sind.

3. Abschluss im Plenum (20 Min.) (Postkarten austeilen)

- Anmoderation der abschließenden Einzelreflexionsübung (Postkarte an mich selbst): Schreiben Sie sich selbst jetzt eine Postkarte, die wir für Sie in sechs Monaten an Sie verschicken werden.
- Austeilen der Postkarten, Umschläge und Stifte an die Teilnehmer*innen
- Erläuterung der Abschlussreflexion:
Schreiben Sie die folgenden Inhalte auf Ihre Postkarte:

- Die drei wichtigsten Merksätze für den Umgang mit Dilemma Situationen: **Was möchte ich mir in sechs Monaten in Erinnerung rufen?**
- Eine positive Erkenntnis über meine Kolleg*innen/Gruppenteilnehmende: **Woran möchte ich in sechs Monaten (wieder) erinnert werden?**
- Ein Wunsch an mich für die nächsten sechs Monate: Was wünsche ich mir, das ich mir bald erlaube (und heute ggf. noch nicht erlaube), wenn ich in (dieser einen) Dilemmasituationen bin?

Beschreiben Sie die Inhalte so, dass Sie auch in sechs Monaten noch verstehen, was damit gemeint ist.

- Teilnehmer*innen stecken ihre Postkarten jeweils in einen Umschlag, verschließen diesen und versehen ihn mit einer Adresse (privat oder beruflich), an die die Postkarte in sechs Monaten versandt werden soll.

*Hinweis an die Trainer*innen:* Die Postkarten werden zwei Wochen vor dem Katamnese-Zeitpunkt postalisch an die Teilnehmer*innen versandt.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Vor- und Nachname	Antonia Verena Irmgard Drews
Geburtsdatum	06.09.1988
Geburtsort	Rendsburg (Schleswig-Holstein)
Wohnort	Mommsenstraße 3, 10629 Berlin
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	ledig

Schulischer Werdegang

07/2008	Abitur
2000 – 2008	Kronwerk Gymnasium Rendsburg

Akademischer Werdegang

09/2017 – dato	Promotion Institut für Medizinische Psychologie Sektion Organisationspsychologie <i>Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg</i>
01/2016 – 08/2017	Tätigkeit anfangs als Hilfswissenschaftlerin, ab 08/2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin Institut für Medizinische Psychologie Sektion Organisationspsychologie <i>Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg</i>
10/2013 – 12/2016	Master of Science (M. Sc.) Klinische Psycho- logie und Psychotherapiewissenschaft <i>Universität Witten/Herdecke, Witten</i>
09/2009 – 07/2012	Bachelor of Science (B. Sc.) Psychologie <i>University of Groningen, Niederlande</i> <i>Concordia University, Montréal, Kanada</i>

Danksagung

Wissenschaftliche (und sicher auch die meisten anderen) Arbeiten sind immer irgendwo ein Gemeinschaftswerk. Das Projekt *Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus* sowie das Heidelberger Teilprojekt zur Dilemmakompetenz mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus, in dem meine Dissertation entstanden ist, wurde erst durch die Impulse, Ideen und das mühevoll Engagement vieler Menschen möglich.

Zuallererst möchte ich dem Leiter des SEEGEN-Verbunds Prof. Dr. Harald Gündel danken. In einem Gespräch hat er das Zusammenspiel aller Verbundpartner*innen mit all ihren unterschiedlichen Interessen und Zielen einmal mit der EU-Politik verglichen. Es ist ihm gelungen, eine wertschätzende und kollegiale Atmosphäre zu schaffen, in der auch Dissens möglich war und kritische Ideen Platz finden konnten – ohne dass es in unserem Forschungsprojekt einen Brexit gab.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Jochen Schweitzer-Rothers möchte ich besonders herzlich für die vergangenen prägenden Jahre in Heidelberg danken. Es war für mich eine enorm lehrreiche und wertvolle Zeit – angefangen mit einem Praktikum am Institut für Medizinische Psychologie, das meine Neugier auf und meine Begeisterung für das Arbeiten mit Menschen und Organisationen in der Tradition der systemischen Therapie und Beratung bis heute nährt. Danke Dir, lieber Jochen, für Dein Interesse und Deinen wachen Geist, mit dem als Gegenüber es solche Freude macht zusammen zu arbeiten. Mit Deinem Mut und Engagement, immer wieder auch unkonventionelle Ideen einzubringen, Deiner kreativen Schaffenskraft, Deinem diplomatischen Taktgefühl und Deinem Sinn für Solidarität und politische Horizonte bist und bleibst Du mir ein wichtiges role model. Die großen Freiheitsgrade, die Du mir und uns in der Projektgestaltung (wenn auch erst nach einiger Diskussion) zugetraut hast, weiß ich sehr zu schätzen – ebenso wie Deine immerwährende unterstützte Begleitung auf meinem Weg als Wissenschaftlerin und Beraterin.

Der Leiterin des Instituts für Medizinische Psychologie Prof. Beate Ditzen danke ich für das wertschätzende Möglichmachen dieses Projektes innerhalb der Sektion Organisationspsychologie, die ich als einen besonderen Ort der Inspiration erlebt habe. Ebenso gilt ihr mein Dank für den unterstützenden Zuspruch in meiner Annäherung an das Thema „Frauen in Führungspositionen“.

Meiner Projektkollegin und Mit-Promovendin Marieke Born danke ich für das kooperative und unterstützende Klima, in dem die Datenerhebung und Durchführung des Forschungsprojektes von A bis Z stattfinden konnte.

Ich danke Dr. Julika Zwack und Dr. Ulrike Bossmann, die ich als inspirierende Trainerinnen und scharfsinnige Mit-Forscherinnen während der gesamten Projektlaufzeit sehr geschätzt habe. Beide haben meine Vorstellung von und meinen Anspruch an die Beratungsarbeit mit Teams im besten Sinne „versaut“ – was mir bleibt, ist eine innere Repräsentanz von beiden, besonders in herausfordernden Beratungsmomenten: *Was würden Ulrike und Julika jetzt sagen?*

Ohne die Mitarbeit, die Unterstützung in brenzligen Momenten und das oft beeindruckende Commitment von zahlreichen Projektmitarbeiter*innen, die in verschiedenen Rollen Teil unseres Heidelberger Teams waren, hätte dieses Forschungsprojekt nicht gelingen können:

Dank an die Hilfswissenschaftler*innen Nadja Gebhart, Benjamin Minkus, Kristin Brennhäuser, Anke Baetzner und Verena Simon für die tatkräftige und zuverlässige Unterstützung. Ebenso großer Dank gilt den Qualifikant*innen, die sich für die Idee des SEEGEN-Projektes

begeistern konnten und Teile des Projektes für eine gewisse Zeit zum Fokus ihrer Beschäftigung gemacht haben. Die Betreuung der Bachelor- und Masterarbeiten sowie der medizinischen Doktorarbeiten von Vanessa Eisele und Steven Gaa (Bachelor, Psych.), Christina Hilz-Ward, Alex Syndikus und Jennifer Greiving (Master, Psych.), Lisa Noesen, Leonie Birke, Marlen Pfisterer und Meike Arend (Dr. med.) sowie die anschließende Lektüre der fertigen Arbeiten war lehrreich und inspirierend.

Auch möchte ich meiner engagierten „Nachfolgerin“ am Institut für Medizinische Psychologie in Heidelberg Janna Küllenberg für die gewissenhafte Weiterführung des SEEGEN-Projektes am Heidelberger Standort und nicht zuletzt für die produktive, freundschaftliche Zusammenarbeit und den Support danken. Es war und ist immer wieder eine Freude gemeinsame Sache mit Dir zu machen, liebe Janna!

Zu guter Letzt gilt mein Dank den Menschen, die mir persönlich am nächsten sind und die mich in Liebe und Freundschaft in meinem Alltag und aus der Ferne begleiten, mir Halt, Orientierung und Mut schenken. Meiner Liebe, meinem partner in crime in allen Lebenslagen, Anton, gilt der allergrößte Dank.

Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Dilemmakompetenz und seelische Gesundheit von Krankenhausmitarbeitenden: Zwei Studien zu den Möglichkeiten und Grenzen psychosozialer Interventionsprojekte“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorgenannten Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides Statt, dass ich die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass die Angaben der reinen Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum:

Berlin, 31.03.2021

Unterschrift: