

Hilfe für die Implementierung psychischer Interventionen in Krankenhäusern

Univ.-Prof. Dr. Stefan Süß*, Assistant Professor Sascha Ruhle**, Elena Gesang*

* Lehrstuhl für BWL, insb. Arbeit, Personal und Organisation, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

** Department of Human Resource Studies, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University
Kontakt: elena.gesang@hhu.de

Vorbemerkung: Zum Zweck der Implementierungshilfe

Der nachfolgende Text stellt eine aus betriebswirtschaftlicher Perspektive formulierte Implementierungshilfe für EntscheidungsträgerInnen von Krankenhäusern dar. Er ist als Sammlung zu verstehen und soll damit dazu beitragen, dass die Implementierung von (psychischen) Interventionen besser gelingt. Der Text basiert zum einen auf einem intensiven Studium der Literatur zur wirtschaftlichen Erfolgsmessung von Interventionen. Zum anderen sind insgesamt 17 Interviews mit sechs EntscheidungsträgerInnen verschiedener Funktionen von Krankenhäusern eingeflossen. Selbstverständlich sollte eine Implementierung von (psychischen) Interventionen immer an die Gegebenheiten vor Ort und den dortigen Kontext situativ angepasst werden. Insofern hat die Implementierungshilfe nicht den Anspruch, in allen Situationen und für alle Kliniken allumfassende und in jedem Fall wirksame Anregungen zu geben.

1 Erwartungen von EntscheidungsträgerInnen von Krankenhäusern an den (betriebswirtschaftlichen) Nutzen psychischer Interventionen

Pflegerisches und ärztliches Fachpersonal in Krankenhäusern erlebt ein überdurchschnittlich hohes Maß an psychischen Belastungen (vgl. Meyer/Wenzel/Schenkel 2018). Diese psychischen Belastungen können mit negativen Folgen für Individuum und Organisation einhergehen, beispielsweise durch eine verringerte Arbeitszufriedenheit oder kontraproduktives Arbeitsverhalten (vgl. Kaluza 2015). Interventionen, die anstreben, psychische Belastungen zu reduzieren, können ein Mittel sein, um die Gesundheit des Krankenhausfachpersonals zu schützen und die mit Belastungen verbundenen Produktivitätsverluste zu verringern. Damit psychische Interventionen umgesetzt werden können, bedarf es vor allem der Unterstützung der EntscheidungsträgerInnen in allen Krankenhäusern. Da Krankenhäuser spätestens seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen unter gestiegenem Kostendruck stehen (vgl. Frese u. a. 2004), ist es für EntscheidungsträgerInnen von Krankenhäusern von besonderer Relevanz, einen betriebswirtschaftlichen Nutzen aus psychischen Interventionen ziehen zu können.

Die im Rahmen der Erstellung dieser Implementierungshilfe befragten EntscheidungsträgerInnen erwarten nach einer Intervention mindestens, dass Mitarbeitende sagen „[...] ich kann jetzt mit meiner psychischen Belastung besser umgehen“ (EntscheidungsträgerIn (E)6). Dies sollte sich idealerweise in subjektiven Wahrnehmungen, wie einer individuell gestiegenen Arbeitszufriedenheit oder verbesserten Werten bei der regelmäßigen Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung, ausdrücken.

Längerfristig ist es für die EntscheidungsträgerInnen wünschenswert, dass sich der Erfolg der psychischen Interventionen in messbaren Kennzahlen wie einer verringerten Anzahl an Kündigungen, einer geringeren Fluktuation, weniger Krankheitstagen und (kurzfristigen) Krankmeldungen ausdrückt. Ein/e EntscheidungsträgerIn formuliert: „Sowas sollte sich im Nachgang zu einem Workshop deutlich reduzieren. [Krankheitstage, (kurzfristige) Krankmeldungen]“ (E6).

Ob eine solche klare Zuordnung aber wirklich gelingen kann, sehen einige EntscheidungsträgerInnen kritisch: „Das ist natürlich total schwierig.“ (E2). Dabei wird darauf verwiesen, dass es nicht durch die Intervention beeinflussbare Rahmenfaktoren gibt, die die Hauptquellen der (psychischen) Belastungen der Mitarbeitenden ausmachen können: „(...) gerade hier im Krankenhaus [gibt es] immer Situationen, die sind so, die können wir nicht verändern. Wir können manche Angehörige nicht verändern, manche Patienten, manche Systeme.“ (E2).

Insgesamt zeigt sich, dass eine Überprüfung des Nutzens psychischer Interventionen wünschenswert, aber schwierig ist. Aus diesem Grund soll diese Implementierungshilfe aufzeigen, wie eine Erfolgsmessung möglich sein kann, was eine gelungene psychische Intervention aus Sicht der EntscheidungsträgerInnen der Klinika ausmacht und wo die Grenzen einer solchen Intervention liegen.

Zu diesem Zweck wird in Abschnitt 2 zunächst ausgeführt, dass es schwierig ist, den Nutzen psychischer Interventionen betriebswirtschaftlich zu belegen, obwohl bekannt ist, dass eine Investition in die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden ökonomisch vorteilhaft sein kann. In Abschnitt 3 werden einige der von den EntscheidungsträgerInnen der Klinika genannten Kennzahlen zur Messung des Erfolgs beschrieben, ergänzt um weitere, die in der personalwirtschaftlichen Forschung identifiziert wurden. Abschnitt 4 widmet sich Empfehlungen, wie eine psychische Intervention inhaltlich und organisatorisch durchgeführt werden kann, um möglichst erfolgreich zu verlaufen. Abschnitt 5 zeigt, aufgrund des Entstehungszeitraums dieser Implementierungshilfe während der COVID-19-Pandemie, Besonderheiten psychischer Interventionen während einer Pandemie auf. Abschließend erfolgt in Abschnitt 6 eine Zusammenfassung inklusive eines Verweises auf Grenzen psychischer Interventionen.

2 Schwierigkeiten der Messung des ökonomischen Nutzens psychischer Interventionen

Dass es schwierig ist, den Nutzen psychischer Interventionen betriebswirtschaftlich zu belegen, liegt u. a. daran, dass Kennzahlen im Bereich Personal nicht nur Kosten abbilden (vgl. Amalou-Döpke/Süß 2014), sondern überwiegend soziale Aspekte, wie die Mitarbeiterzufriedenheit, erfassen (vgl. Berthel/Becker 2007). Diese wirken dann mittelbar auf die Produktivität von Individuen und Gruppen bzw. Organisationen. Entsprechend ist es bei der Messung einzelner Maßnahmen häufig nicht möglich, ihren exakten ökonomischen Nutzen zu quantifizieren (vgl. Amalou-Döpke 2014). Zudem besteht die Schwierigkeit, einen eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen psychischen Interventionen und ökonomischen Kennzahlen herzustellen, da die Kennzahlen zwar auch durch die Intervention, aber ebenso durch andere Maßnahmen beeinflusst werden (können) (vgl. Singer 2010).

Nichtsdestotrotz ist auf volkswirtschaftlicher Ebene belegt, dass eine hohe psychische Gesundheit von Mitarbeitenden positiv mit dem Bruttoinlandsprodukt (als Indikator für die Produktivität) zusammenhängt (vgl. Dollard/Neser 2013). Auf betrieblicher Ebene ist ein solcher Beleg der Produktivität schwieriger, lässt sich aber unter anderem über Argumentationsketten führen: So ist bekannt, dass Unternehmen, die sich um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden kümmern, diese zu mehr Engagement bewegen können (vgl. Dollard/Bakker 2010). Mitarbeiterengagement wiederum kann

sich positiv auf den Umsatz und den Gewinn auswirken sowie durch eine geringere Mitarbeiterfluktuation und weniger Arbeitsunfälle Kosten reduzieren (vgl. Harter/Schmidt/Hayes 2002). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass auch das deutsche Bundesministerium für Gesundheit postuliert: „[Die] Prävention [seelischer Erkrankungen] im Unternehmen zahlt sich aus“ (Bundesministerium für Gesundheit 2021). Entsprechend konstatierte beispielsweise auch ein/e EntscheidungsträgerIn der Klinika: „Die Wirtschaftlichkeit macht sich schon mit der Zufriedenheit der Beschäftigten bemerkbar und die Mitarbeiter sind unter anderem zufrieden, wenn die Gesundheit stimmt.“ (E3)

3 Betriebswirtschaftliche Kennzahlen zur Messung des Erfolgs psychischer Interventionen

Um den Erfolg psychischer Interventionen so gut wie möglich messbar zu machen, existieren verschiedene Kennzahlen. Im Anhang des Dokuments finden sich Beispiele, wie diese auf den Ebenen des Individuums sowie der Klinik/des Klinikums erhoben werden können (*siehe Anhang I*).

Die *Krankenstandsquote* dient zum einen der Einschätzung der Gesundheit der Mitarbeitenden, zum anderen sind mit einem Krankenstand auch immer Produktivitätsverluste verbunden, wenn eine Arbeitskraft ausfällt, deren vorgesehene Arbeit ersetzt werden muss. *Absentismus*, das heißt das nicht geplante Fernbleiben von der Arbeit, bezieht sich im Gegensatz zur Krankenstandsquote nicht ausschließlich, aber meistens, auf krankheitsbedingte Abwesenheiten. Psychische Interventionen können den Krankenstand und den Absentismus verringern. Dies ist von besonderer Relevanz, da psychische Krankheiten der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit sind (vgl. Rennert/Kliner/Richter 2018). Zudem verursachen sie, in Relation zu anderen Erkrankungen, die längste durchschnittliche Ausfalldauer (pro Diagnose 28,5 Tage). Diese liegt mehr als zweieinhalb Mal so hoch wie die durchschnittliche Ausfalldauer aller anderen Krankheiten (12,3 Tage) (vgl. BAuA 2020).

Präsentismus, das heißt das Arbeiten trotz Krankheit (vgl. Johns 2008), führt ebenso zu Produktivitätsverlusten, beispielsweise da kranke Mitarbeitende langsamer arbeiten oder ihnen mehr Fehler unterlaufen (vgl. Fissler/Krause 2010). Des Weiteren können kranke Mitarbeitende ihre KollegInnen (sowie im Krankenhaus auch PatientInnen) anstecken. Dies kann zu Folgekosten aufgrund eines erhöhten Krankenstands führen (und in Krankenhäusern zusätzlich die Gesundung von PatientInnen gefährden). Psychische Interventionen, die ein gestiegenes Bewusstsein für die Gesundheit vermitteln, sollten den Präsentismus der Mitarbeitenden verringern und somit daraus resultierende Produktivitätsverluste und Folgekosten reduzieren.

Fluktuation verursacht vielfältige und hohe Kosten. Beispiele sind Kosten für die Auswahl neuer Mitarbeitender und Kosten für Entwicklungsmaßnahmen für Mitarbeitende in der Anfangsphase

(vgl. Scherm/Süß 2016). Außerdem kann es infolge unbesetzter Stellen dazu kommen, dass Aufträge nicht angenommen werden können. Genaue Fluktuationskosten lassen sich allerdings nicht ohne weiteres bestimmen, da sie von zahlreichen weiteren Faktoren abhängen. Psychische Interventionen können insgesamt dazu führen, dass Mitarbeitende ihren Arbeitsplatz als weniger belastend empfinden, was die Fluktuationsneigung reduzieren kann.

Eine höhere *Arbeitszufriedenheit* führt üblicherweise zu einer geringeren Fluktuationsneigung und daher auch zu einer Verringerung der durch die Fluktuation verursachten Kosten (vgl. Wolf 2013). Zudem kann eine hohe Arbeitszufriedenheit die Motivation steigern, was wiederum die Leistungsfähigkeit erhöhen kann (vgl. Eller 2014). Psychische Interventionen können Mitarbeitenden beispielsweise Werkzeuge zum Umgang mit als unangenehm oder stressig empfundenen Situationen an die Hand geben, so dass sie zufriedener mit ihrer Arbeit sind.

Eine hohe *Arbeitgeberattraktivität* (die sich auch durch eine *Weiterempfehlung des Arbeitgebers* ausdrücken kann) verringert die Fluktuation und die damit einhergehenden Kosten. Sie ist zudem insbesondere vor dem Hintergrund des Bedarfs an gut ausgebildeten Mitarbeitenden relevant (vgl. Evertz/Süß 2017). Beispielsweise können durch eine hohe Arbeitgeberattraktivität die Personalgewinnungsdauer und die damit einhergehenden Kosten, reduziert werden (vgl. Krause/Arora 2009). Durch psychische Interventionen symbolisieren Krankenhäuser insgesamt, dass die Mitarbeitenden wichtig sind, wodurch die Arbeitgeberattraktivität gesteigert werden kann.

Bei entsprechenden Analysen sollten insbesondere Überstunden und Führungsverhalten als *Kontrollvariablen* berücksichtigt werden. *Überstunden* bilden einen Aspekt der generellen Organisation der Arbeit ab. Sie werden eher als positiv empfunden, wenn Mitarbeitende genug Zeit haben und Überstunden monetär oder durch (spätere) Freizeit kompensiert werden (vgl. Elias-Linde 2014). Empfinden Mitarbeitende hingegen eine zu geringe Work-Life-Balance, werden Überstunden eher als negativ wahrgenommen. Das *Führungsverhalten* hat Einfluss auf viele arbeitsbezogene Aspekte, beispielsweise Mitarbeiterbindung (vgl. Welk 2015) und Stressempfinden (vgl. Süß/Weiß 2014). Daher stellt dies ebenfalls eine wichtige Kontrollvariable dar.

4 Empfehlungen für die Implementierung psychischer Interventionen in Krankenhäusern

Um eine Intervention möglichst erfolgreich zu gestalten, gilt es, verschiedene Aspekte zu beachten. Diese beziehen sich auf (1) die Überzeugung der (budgetverantwortlichen) EntscheidungsträgerInnen, (2) die Prüfung der Umsetzbarkeit innerhalb des Krankenhausalltags, (3) die Kommunikation mit (potentiellen) Teilnehmenden (vor und nach der Intervention) sowie (4) die inhaltliche Gestaltung der Intervention.

(1) Überzeugung der (budgetverantwortlichen) EntscheidungsträgerInnen

Die (budgetverantwortlichen) EntscheidungsträgerInnen unterliegen üblicherweise *Budgetrestriktionen*, die den Umfang der Investitionen in die (psychische) Intervention beschränken können. Aus diesem Grund ist ein stufenweises Vorgehen empfehlenswert, in dem zuerst eine Intervention im kleineren (und damit kostengünstigeren) Rahmen getestet wird. Falls die Intervention beim Klinikpersonal gut ankommt und Erfolg verspricht, kann eine umfangreichere (und damit kostenintensivere) Intervention durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit, mit Budgetrestriktionen umzugehen, kann der Einbezug kostenloser (aber seriöser) Interventionsanbieter sein, wobei zu beachten ist, dass auf Seiten der Krankenhäuser trotzdem Kosten für den Ausfall von Personal entstehen. Hinsichtlich dieser Kosten ist eine realistische Planung nötig. Diese beinhaltet die Prüfung, in welchem Umfang Mitarbeitende aufgrund der Intervention (inklusive potentieller Zusatztermine zum nachhaltigen Umgang mit den Interventionserkenntnissen) aus welchen Bereichen der Krankenhäuser zu welcher Zeit ausfallen. Idealerweise liegt hier schon ein Entwurf vor, wie ein Ausfall von Mitarbeitenden in einem Dienstplan gestaltet werden kann.

Zudem sollte den EntscheidungsträgerInnen klar kommuniziert werden, worin der *inhaltliche Mehrwert* der Intervention besteht. Eine Überschneidung der Interventionsinhalte mit bereits bestehenden Angeboten der Krankenhäuser ist auszuschließen.

Um gegenüber den EntscheidungsträgerInnen eine gute Umsetzbarkeit sowohl der Intervention als auch ihrer (betriebswirtschaftlichen) Überprüfung zusagen zu können, muss ein *Datenschutz*konzept vorliegen. Auf dessen Basis werden die Daten der Teilnehmenden erfasst und verarbeitet. Der/die Datenschutzbeauftragte/r sollte informiert und mit dem datenschutzrechtlichen Vorgehen einverstanden sein. Darüber hinaus muss der *Betriebsrat* informiert und ebenfalls von der Notwendigkeit der Intervention überzeugt sein.

Um einen langfristigen und überprüfbaren Nutzen aus der Intervention ziehen zu können, sollte (beispielhaft) kommuniziert werden, wie Erkenntnisse aus der Intervention *nachhaltig* im Krankenhaus angewendet werden könnten (selbst wenn dies nur in einem kleinen Umfang möglich ist). Zudem sollte es Prognosen geben, welche *messbaren Kennzahlen* sich durch die Intervention verbessern könnten, in welchem Zeitraum dies zu erwarten ist und wie diese Kennzahlen (vor und nach der Intervention) von den Teilnehmenden erfragt werden können.

(2) Prüfung der Umsetzbarkeit innerhalb des Krankenhausalltags

Bezüglich der *Prüfung der Umsetzbarkeit innerhalb des Krankenhausalltags* sollte darauf geachtet werden, dass die (potentiellen) Teilnehmenden *innerhalb der Arbeitszeit* teilnehmen können, um ihre Teilnahmemotivation zu erhöhen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass das Fehlen einzelner Personen zu keiner Mehrbelastung für die nicht an der Intervention teilnehmenden Mitarbeitenden führt, damit die Teilnehmenden nicht denken, sie ließen „Kolleg[Innen] auf der Station zurück“. (E1)

Für die Intervention sollte eine *Räumlichkeit* gewählt werden, die idealerweise außerhalb des Krankenhauses liegt, um den Teilnehmenden zu ermöglichen, Abstand zu ihrem Alltag zu gewinnen und sich voll und ganz auf die Intervention zu konzentrieren. Dies stellt eine Mehrheitsmeinung der interviewten EntscheidungsträgerInnen dar. Allerdings gibt es eine Einzelmeinung, die besagt, dass die Mitarbeitenden lieber „beruflich zuhause“ (E5) innerhalb der Räumlichkeiten der Krankenhäuser bleiben würden. Allerdings nannte der/die interviewte EntscheidungsträgerIn, abgesehen von dieser persönlichen Einschätzung, keine inhaltliche Begründung dafür. Insgesamt ist es plausibel, dass eine Distanz zu den regulären Räumlichkeiten Abstand ermöglicht und daher für eine Intervention förderlich sein kann. Alternativ ist es aber auch möglich, potentielle Teilnehmende im Vorfeld hinsichtlich ihrer Präferenz zu befragen. Eine weitere Option kann in einer externen Räumlichkeit bestehen, die in der näheren Umgebung gelegen ist. So können die (potentiellen) Teilnehmenden ohne viel Aufwand dorthin gelangen.

Darüber hinaus sollte bereits im Vorfeld, vor Durchführung der ersten Intervention, ein *längerfristiger Plan* dafür vorliegen, wie Erkenntnisse aus der Intervention nachhaltig im Krankenhaus implementiert werden können. Dies beinhaltet beispielsweise wiederkehrende Austauschrunden mit (einigen) Teilnehmenden der Intervention oder auch Austauschrunden mit einem erweiterten Personenkreis, wie beispielsweise EntscheidungsträgerInnen.

(3) Kommunikation mit (potentiellen) Teilnehmenden (vor und nach der Intervention)

Bezüglich der Kommunikation mit (potentiellen) Teilnehmenden vor der Intervention ist es empfehlenswert, *Personen in die Kommunikation der Intervention miteinzubeziehen*, die ein erhöhtes Standing in der Organisation haben und zudem dafür bekannt sind, sich um (psychische) Belastungen der Mitarbeitenden vertrauensvoll zu kümmern. Unter Umständen kann es eine Möglichkeit darstellen, den Betriebsrat nach entsprechenden Personen zu fragen. Ein solches Vorgehen ist insbesondere ratsam, wenn es sich bei den Anbietern der Intervention um unbekannte Personen/Organisationen handelt, zu denen kein Vertrauensverhältnis besteht.

Abgesehen davon sollte versucht werden, möglichst viele Mitarbeitende zu erreichen. Dazu eignen sich beispielsweise Newsletter (per Mail und/oder Aushang), das Intranet, das persönliche Gespräch oder persönliche Informationsrunden mit Möglichkeit für Rückfragen (gegebenenfalls mit Einbezug von Personen mit Leitungsfunktion). Insbesondere beim Einsatz von Newsletter(n) und Intranet sollte darauf geachtet werden, gezielt und in begrenzter Häufigkeit vorzugehen.

Hinsichtlich der *Zielgruppe* sollte ein besonderes Augenmerk zunächst auf Mitarbeitenden ohne Leitungs-/Führungsfunktion liegen, da es in vielen Krankenhäusern für Mitarbeitende in Leitungs-/Führungsfunktionen schon besondere Fortbildungs-/Interventionsangebote gibt. Dabei sollte insbesondere pflegerisches und ärztliches Fachpersonal in den Fokus gerückt werden, da Mitarbeitende der Krankenhausverwaltung üblicherweise (z. B. aufgrund von höherer Planbarkeit in der Tätigkeit, keiner Arbeit an PatientInnen, keiner Konfrontation mit Krankheit und Tod) weniger von psychischen Belastungen betroffen sind.

Bezüglich der *Kommunikation mit Teilnehmenden nach der Intervention* sollte darauf geachtet werden, dass die Ideen (nach Prüfung) nachhaltig weiterverfolgt und Mitarbeitende *regelmäßig über Fortschritte informiert* werden (per Newsletter, Intranet, persönlichen Gesprächen oder persönlichen Informationsrunden; je nach Umfang und Thema).

(4) Inhaltliche Gestaltung der Intervention

Die inhaltliche Gestaltung der Intervention sollte *stark von den Teilnehmenden geprägt* sein. Dies bedeutet, die Intervention nicht (nur) aus der Perspektive der Mitarbeitenden zu denken. Stattdessen ist es wichtig, den Mitarbeitenden zuzuhören sowie ihre Wahrnehmungen und Ideen abzufragen. Dabei geht es darum, was sie im Arbeitsalltag als belastend empfinden und was sie verbessern wollen würden. Nach dem Motto „Wie geht es euch? Was braucht ihr?“ (E4) und „Ja gut, und was machen wir jetzt?“ (E2). Dies soll dazu führen, dass sich die Mitarbeitenden nicht so fühlen, als würde ihnen etwas „übergestülpt“ (E1), sondern dass sie selbstständig entscheiden und gestalten können.

Wichtig ist zudem, einen *vertraulichen Rahmen* zu schaffen, in dem erst einmal ohne gedankliche Restriktionen (bspw. bezogen auf Kosten oder Vorstandsinteressen) überlegt werden kann, was Mitarbeitende angehen oder verändern möchten, um ihre (psychischen) Belastungen zu reduzieren. Dazu zählt auch, dass die Informationen erst einmal im Kreis der Interventionsteilnehmenden/-organisatorInnen verbleiben und anschließend gemeinsam überlegt wird, wie die Ideen gegebenenfalls an EntscheidungsträgerInnen kommuniziert werden können.

Die Intervention sollte zudem idealerweise *professionsübergreifend* gestaltet sein, da pflegerisches und ärztliches Fachpersonal auch im Alltag miteinander arbeitet, zum Teil aber „gar nicht so genau weiß, was macht denn eigentlich die andere Berufsgruppe?“ (E1). Die Intervention kann dann indirekt (selbst wenn die Kommunikation zwischen den beiden Professionen nicht das Kernthema ist) dafür sorgen, dass ein besseres Verständnis zwischen beiden Gruppen besteht.

Hinsichtlich der konkreten Inhalte der Intervention erachten es die Interviewten als wichtig, dass den Teilnehmenden *Selbstkompetenz* im Umgang mit Stress vermittelt wird. Dabei werden Werkzeuge und Techniken zur Verfügung gestellt, die es den Teilnehmenden erleichtern, mit psychischen Belastungen umzugehen. Da Teile der Arbeit im Alltag aber auch im Team erfolgen, sollten auch *Umgangsweisen mit belastenden Situationen im Team* erarbeitet werden. In diesem Zusammenhang können auch *strukturelle Gegebenheiten*, die für psychische Belastungen sorgen können, thematisiert und Ideen für mögliche Lösungen diskutiert werden. So kann beispielsweise schon das Anbringen einer Lärmampel (die die Lautstärke von Geräuschen misst und je nach Pegel ein grünes, gelbes oder rotes Licht zeigt) dazu beitragen, dass Mitarbeitende bewusst auf Geräusche achten, sich bemühen, weniger laut zu sein und so insgesamt die akustische Lautstärke für alle reduzieren.

Im Anhang findet sich eine Zusammenfassung der hier genannten Aspekte in Form einer Checkliste (*siehe Anhang II*).

5 Besonderheiten psychischer Interventionen während einer Pandemie

Diese Implementierungshilfe wurde während der COVID-19-Pandemie erstellt. Daher bildet die Pandemiesituation ihren Kontext, der auch bei der Gestaltung psychischer Interventionen berücksichtigt werden sollte.

Pandemien können bereits, auch in weniger extremen Formen als in der gegenwärtigen COVID-19-Pandemie, beispielsweise im Rahmen der SARS-Pandemie, eine besondere Belastung für pflegerisches und ärztliches Personal darstellen (vgl. z. B. Straus u. a. 2004). Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass die COVID-19-Pandemie einen erheblichen Stressor für pflegerisches und ärztliches Personal darstellt und verschiedene negative Implikationen wie beispielsweise depressive Symptome haben kann (vgl. Pappa u. a. 2020; Spoorthy/Pratapa/Mahant 2020). Interventionen können in solchen belastenden Situationen unter anderem helfen, indem Wissen im Umgang mit der Pandemie sowie den PatientInnen und Angehörigen vermittelt wird. Eine solche Wissensvermittlung kann zudem auch die Bereitschaft zur Leistungserbringung auf Seiten des Personals erhöhen (vgl. Aoyagi u. a. 2015). Letzteres ist insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Krankenhaussektor

relevant (siehe dazu auch Abschnitt 6). Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass die EntscheidungsträgerInnen einen ähnlichen Fokus bezogen auf die *inhaltliche Gestaltung* der Interventionen legen:

Hinsichtlich der *inhaltlichen Gestaltung* betonen die EntscheidungsträgerInnen, dass ein besonderes Augenmerk auf die *pandemiebedingte Kommunikation* mit PatientInnen und Angehörigen zu legen ist. Es sollte vor allem thematisiert werden, wie pflegerisches und ärztliches Personal damit umgehen kann, wenn die pandemische Situation nicht verstanden und diesbezügliche Regeln, wie beispielsweise das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, nicht befolgt werden: „Wie gehe ich mit denen um, die es nicht verstehen, aus welchen Gründen auch immer? Kognitiv, sprachlich [...] und die ‚Querdenker‘.“ (E4).

Da es im Extremfall dazu kommen kann, dass PatientInnen und Angehörige sich weigern, die pandemiebedingten Regeln zu befolgen, sollten ebenfalls *Konfliktsituationen* behandelt werden. Ziel ist hier nicht notwendigerweise, dass das pflegerische und ärztliche Personal die Konfliktsituation löst, sondern dass das Personal durch diese nicht stark (psychisch) belastet wird.

Die *praktische Durchführung* von Interventionen kann unter anderem aufgrund der hohen pandemiebedingten Auslastung, aber auch aufgrund von Kontaktbeschränkungen Grenzen unterliegen (vgl. Gonzales u. a. 2020). Darauf verweisen auch die EntscheidungsträgerInnen:

Je nach zusätzlicher, pandemiebedingter Auslastung der Stationen, kann es sein, dass das pflegerische und ärztliche Personal bereits an der *Belastungsgrenze* arbeitet: „Das heißt, es ist eh schon eng und dann kommen noch mal Workshops dazu. Das ist sicherlich erst mal belastend. Langfristig gesehen hilft das aber.“ (E6). Um auch bei bereits bestehendem hohem Arbeitspensum Interventionen zu ermöglichen, können Interventionsangebote in die Pause gelegt werden. Dies kann in der Form von „aktive[n] Pausen [sein], wer das möchte oder es gehen Therapeuten auf die Stationen oder aus der Psychosomatik jemand, der mit den Mitarbeitern dann in der Pause spricht.“ (E1)

Um zudem der *persönlichen Kontaktreduzierung*, vor allem in geschlossenen Räumen, während einer Pandemie zu begegnen, können Gesprächsangebote ins Freie verlegt werden. Dies kann beispielsweise in Form von Spaziergängen passieren. Alternativ ist es ratsam, kleinere Gruppenzusammenkünfte nach wie vor zu ermöglichen: „Wir erlauben auch Teamzusammenkünfte unter Coronabedingungen. Und das finde ich auch sehr, sehr wichtig, dass man das tut.“ (E2).

Zudem können Interventionen auch digital abgehalten werden. Hier ist jedoch einschränkend anzumerken, dass je nach Position und Tätigkeitsfeld nicht jede/r Mitarbeitende im Krankenhaus über die notwendige IT-Ausstattung (Computer/Laptop mit Mikrofon und idealerweise Kamera) verfügt.

„Einen Teil erreich[t man daher] überhaupt nicht.“ (E5). In diesem Fall können vertonte Präsentationen oder Videos helfen, die auf der Arbeit und/oder privat abgerufen werden können.

Unabhängig von Interventionen ist es in einer pandemiebedingten Ausnahmesituation ratsam, weitere Gesprächsangebote zu ermöglichen. Dies kann über Notfalltelefone geschehen, an die sich pflegerische und ärztliche Mitarbeitende „anonymisier[t] hinwenden können und dort im Prinzip ihren Kummer besprechen können.“ (E1)

6 Zusammenfassung und Grenzen psychischer Interventionen

Pflegerisches und ärztliches Fachpersonal in Krankenhäusern ist im Alltag einem überdurchschnittlichen Maß an psychischen Belastungen ausgesetzt. Diese Belastungen können negative Folgen für die betroffenen Individuen sowie für die Krankenhäuser haben. Eine Möglichkeit, psychische Belastungen zu reduzieren, stellen (psychische) Interventionen dar. Eine Erfolgsüberprüfung solcher Interventionen, die sich in der Verbesserung betriebswirtschaftlicher Kennzahlen niederschlägt, ist schwierig, aber möglich. Geeignete Kennzahlen können dabei unter anderem die Arbeitszufriedenheit auf individueller Ebene und die Fluktuation auf Krankenhausebene sein. Damit (psychische) Interventionen gelingen, ist ihre adäquate Planung notwendig, die vier Aspekte berücksichtigt: die Überzeugung der (budgetverantwortlichen) EntscheidungsträgerInnen, die Prüfung der Umsetzbarkeit innerhalb des Krankenhausalltags, die Kommunikation mit (potentiellen) Teilnehmenden sowie die inhaltliche Gestaltung der Intervention. Interventionen in einer pandemiebedingten Ausnahmesituation erfordern zudem Besonderheiten in der inhaltlichen Gestaltung sowie der praktischen Durchführung. So sollten inhaltlich unter anderem pandemiebedingte Konfliktsituationen thematisiert werden und in der Durchführung auch auf multiple Formen wie beispielsweise aktive Pausen, Spaziergänge und Onlineformate gesetzt werden.

Generell besteht die Herausforderung, dass in Klinika eine teilweise Unterbesetzung von Stellen vorliegt, die für eine überdurchschnittliche Belastung des pflegerischen und ärztlichen Fachpersonals sorgen kann. Diese Unterbesetzung ist zum einen auf eine Unterfinanzierung gewisser Krankenhausbereiche (vgl. Simon 2018), zum anderen auf Fachkräftemangel, insbesondere in der Pflege (vgl. Seyda/Köppen/Hickmann 2021), zurückzuführen. Psychische Interventionen können zwar dabei helfen, mit dadurch verursachten Belastungen besser umzugehen, die Belastungsquelle an sich kann aber nicht durch die Intervention verändert werden. Dazu wäre eine adäquate Personalausstattung nötig, weshalb unter anderem die Steigerung der Attraktivität der entsprechenden Berufe erstrebenswert ist.

Anhang I – Betriebswirtschaftliche Kennzahlen, die für die Messung des Erfolgs psychischer

Interventionen geeignet sein können

Mitarbeitende



Klinik



Chefärztin/Chefarzt



Klinikum



Erhebungsmöglichkeit

AdressatInnen

Arbeitgeberattraktivität

standardisierter Fragebogen:

fünf Items (1: Ich arbeite gerne bei meinem Arbeitgeber. 2: Ich habe gegenüber meinem Arbeitgeber eine positive Einstellung. 3: Ich bevorzuge meinen Arbeitgeber gegenüber anderen, vergleichbaren Arbeitgebern (Konkurrenten). 4: Ich fühle mich meinem Arbeitgeber emotional verbunden. 5: Ich finde, dass mein Arbeitgeber attraktiv ist.);

sieben Ausprägungen: „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ (Bruhn/Batt/Flückiger 2013)



Arbeitszufriedenheit

standardisierter Fragebogen:

acht Items (1: Meine Arbeit macht mir wenig Spaß, aber man sollte nicht zu viel erwarten. (revers). 2: Ich habe richtige Freude an der Arbeit. 3: Meine Arbeit läuft immer im gleichen Trott; daran kann man nichts machen. (revers). 4: Was meinen Sie: Insgesamt gesehen: Würden Sie sagen, dass Ihre Arbeit wirklich interessant und befriedigend ist? 5: Gibt Ihnen Ihre Arbeit genügend Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten zu gebrauchen? 6: Sind Sie mit Ihren Aufstiegsmöglichkeiten zufrieden? 7: Sind Sie mit dem Arbeitstempo zufrieden? 8: Wenn Sie noch einmal zu entscheiden hätten, würden Sie dann wieder den gleichen Beruf wählen?);

fünf Ausprägungen (Items 1-3: „falsch“, „ziemlich falsch“, „weder richtig noch falsch“, „ziemlich richtig“, „richtig“; Item 4: „sehr uninteressant“, „ziemlich uninteressant“, „weder interessant noch uninteressant“, „ziemlich interessant“, „ja, sehr interessant“; Item 5: „sehr wenige Möglichkeiten“, „ziemlich wenige Möglichkeiten“, „weder noch“, „ziemlich viele Möglichkeiten“, „ja, sehr viele Möglichkeiten“; Items 6-7: „sehr unzufrieden“, „ziemlich unzufrieden“, „weder zufrieden noch unzufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „ja, sehr zufrieden“), Item 8: „ganz sicher nicht“, „ziemlich sicher nicht“, „weder noch“, „ziemlich sicher“, „ja, ganz sicher“) (Fischer/Lück 2001)



Absentismus

**Anzahl ungeplanter Abwesenheitstage
der Abteilungsmitglieder (in VZÄ)
Betrachtungszeitraum (z. B. Jahr)**



Fluktuation

Anzahl freiwillige Abgänge (Kündigungen)
Betrachtungszeitraum (z. B. Jahr)

*Interviewfrage:*

„Nehmen Sie an, Sie würden dieses Krankenhaus als ArbeitnehmerIn verlassen wollen. Was wären mögliche Gründe, die Sie dazu veranlassen würden? Bitte erklären Sie diese Gründe.“

*ergänzende Interviewfrage:*

„Kennen Sie KollegInnen, die gekündigt haben?“ Falls ja: „Kennen Sie die Gründe für die Kündigung des/der Kollegen/in?“

Krankenstandsquote

Krankenstunden
Soll – Arbeitszeit in Stunden

**Präsentismus***standardisierter Fragebogen:*

„Wie oft arbeiten Sie, obwohl Sie eigentlich krank sind oder sich krank fühlen?“; fünf Ausprägungen: „nie“, „selten“, „gelegentlich“, „oft“, „sehr oft“ (Preisendörfer 2010)

**Transaktionale/transformationale Führung***standardisierter Fragebogen:*

26 Items (Die Person, die ich einschätze...)

- 1: hat mir neue Wege gezeigt, an Dinge heranzugehen, die für mich unverständlich waren.
- 2: ist ständig auf der Suche nach neuen Möglichkeiten für unseren Bereich/unsere Arbeitsgruppe.
- 3: hat Ideen, die mich dazu gebracht haben, einige meiner eigenen Gedanken zu überdenken, die ich vorher nicht infrage gestellt habe.
- 4: zeichnet ein interessantes Bild der Zukunft unseres Bereichs/unsere Arbeitsgruppe.
- 5: zeigt offen, dass sie viel von uns erwartet.
- 6: gibt mir immer eine positive Rückmeldung, wenn ich gute Leistungen erbringe.
- 7: pflegt die Zusammenarbeit unter Arbeitsgruppe.
- 8: handelt, ohne meine Gefühle zu beachten.
- 9: ermutigt ihre Mitarbeiter dazu, „team player“ zu sein (d. h. gruppenorientiert zu arbeiten).
- 10: führt eher durch „Taten“ als durch „Anweisungen“.
- 11: bringt die Gruppe dazu, gemeinsam für ein Ziel zu arbeiten.
- 12: hat ein klares Verständnis dafür, wo sich unsere Arbeitsgruppe hinbewegt.
- 13: zeigt Respekt für meine persönlichen Gefühle.
- 14: hat mich dazu angeregt, alte Probleme auf eine neue Art und Weise zu bedenken.
- 15: erkennt meine gute Leistung nicht immer an.



Erhebungsmöglichkeit

AdressatInnen

- 16: handelt auf eine Art und Weise, die meine persönlichen Gefühle berücksichtigt.
17: entwickelt ein Wir-Gefühl und Teamgeist bei den Mitarbeitern ihres Bereichs/ihrer Arbeitsgruppe.
18: inspiriert durch ihre Pläne für die Zukunft.
19: lobt mich, wenn meine Arbeit besser ist als das Mittelmaß.
20: besteht auf Höchstleistungen.
21: schafft es, andere an ihre Zukunftsträume zu binden.
22: ist ein gutes Vorbild, dem man leicht folgen kann.
23: behandelt mich auf eine Art und Weise, ohne auf meine persönlichen Gefühle Rücksicht zu nehmen.
24: wird sich nicht mit dem Zweitbesten zufriedengeben.
25: führt durch beispielhaftes Verhalten.
26: beglückwünscht mich persönlich, wenn ich herausragende Arbeit leiste.;

fünf Ausprägungen: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“;

Subdimensionen: Item 2, 4, 12, 18 und 21 → Visionen aufzeigen;
Items 10, 22 und 25 → Vorbild sein;
Items 7, 9, 11 und 17 → Gruppenziele fördern;
Items 5, 20 und 24 → Hohe Leistungserwartung;
Items 8 (revers), 13, 16 und 23 (revers) → Individuelle Unterstützung;
Items 1, 3 und 14 → Geistige Anregung;
Items 6, 15 (revers), 19 und 26 → Bedingte Belohnung (einzige transaktionale Dimension);
(Heinitz/Rowold 2007)

Überstundenquote

Überstunden

Soll – Arbeitszeit (in Std.)

standardisierter Fragebogen:

„Wie viele Überstunden haben Sie im Betrachtungszeitraum (bspw. letzte Woche oder letzter Monat) geleistet?“ (Frage für alle Mitarbeitenden, bei denen keine konkrete Zeiterfassung erfolgt)



standardisierte Folgefrage:

„Wie viele Stunden waren davon (ca.) freiwillig?“

Wechselintention (als Indikator für eine potentiell bevorstehende Fluktuation)

standardisierter Fragebogen:

„Wie oft im Laufe der letzten zwölf Monate haben Sie daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?“;

fünf Ausprägungen: „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male pro Monat“, „einige Male in der Woche“ bis „jeden Tag“
(adaptierte Version von Simon u. a. 2005)



standardisierter Fragebogen:

„Wie oft im Laufe der letzten zwölf Monate haben Sie daran gedacht Ihre Stelle in diesem Krankenhaus aufzugeben?“;

fünf Ausprägungen: „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male pro Monat“, „einige Male in der Woche“ bis „jeden Tag“
(adaptierte Version von Simon u. a. 2005)

Weiterempfehlung des Arbeitgebers

standardisierter Fragebogen:

„Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie dieses Krankenhaus als Arbeitgeber einem Freund weiterempfehlen?“;

elf Ausprägungen: „unwahrscheinlich“ bis „äußerst wahrscheinlich“
(modifizierte Version von Reichheld 2003)



Folgefrage, falls Tendenz zu unwahrscheinlich:

„Bitte nennen Sie die Gründe, die für Sie dagegen sprechen, Ihren Arbeitgeber zu empfehlen.“

Anhang II – Checkliste für eine erfolgreiche Intervention

(eine Checkbox je Frage)

Kommunikation mit den Entscheidungsträgern	
<input type="checkbox"/>	Besteht eine <i>Kostenkalkulation</i> ?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Besteht eine <i>Kalkulation wie viele Mitarbeitende in welchem Zeitumfang in welchem Bereich der Krankenhäuser ausfallen würden</i> (um an der Intervention teilzunehmen?) (Liegt ggf. schon ein <i>Entwurf</i> für einen „angepassten“ <i>Dienstplan</i> vor?)
<input type="checkbox"/>	Besteht eine <i>Möglichkeit einer „abgespeckten“ Intervention</i> , d.h. einer Intervention im kleineren Rahmen, die als Probelauf dienen kann bevor ggf. mehr Ressourcen investiert werden?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ist der <i>Mehrwert</i> der Intervention klar formuliert? Ist sichergestellt, dass <i>keine Überschneidung</i> des Interventionsangebots mit bereits bestehenden Angeboten des Krankenhauses vorliegt?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Liegt ein datenschutzkonformes <i>Datenschutzkonzept</i> für die Daten der Teilnehmenden der Intervention vor? Ist der/die <i>Datenschutzbeauftragte/r</i> informiert und „mit im Boot“?
<input type="checkbox"/>	Ist sichergestellt, dass der <i>Betriebsrat</i> die Intervention als sinnvoll erachtet und ebenfalls „mit im Boot“ ist?
<input type="checkbox"/>	Gibt es einen Entwurf, wie Erkenntnisse aus der Intervention <i>nachhaltig</i> im Krankenhaus angewendet werden können?
<input type="checkbox"/>	Gibt es einen (Zeit)plan, wann sich welche <i>Kennzahlen zur Messung</i> des Erfolgs der Intervention verändert haben sollten und wie die Kennzahlen (vor und nach der Intervention) gemessen werden können?

Umsetzbarkeit innerhalb des Krankenhausalltags	
<input type="checkbox"/>	Ist die Intervention so geplant, dass Teilnehmende <i>innerhalb der Arbeitszeit</i> und ohne ihre KollegInnen im Stich zu lassen teilnehmen können?
<input type="checkbox"/>	Ist eine passende <i>Räumlichkeit</i> für die Intervention gefunden, die idealerweise außerhalb des Krankenhauses, aber trotzdem von dort gut erreichbar ist?
<input type="checkbox"/>	Sind <i>Strukturen</i> geschaffen, die es ermöglichen Erkenntnisse aus der Intervention <i>nachhaltig</i> weiterzuverfolgen (bspw. durch eine wiederkehrende Austauschrunden mit Interventionsteilnehmende und ggf. weiteren Personenkreisen wie EntscheidungsträgerInnen)?

Kommunikation mit (potentiellen) Teilnehmenden vor der Intervention	
<input type="checkbox"/>	Können <i>Personen in die Kommunikation</i> der Intervention <i>miteingebunden</i> werden, die ein gewisses „Standing“ in der Organisation haben bzw. die dafür bekannt sind, sich um (psychische) Belastungen der Mitarbeitenden vertrauensvoll zu kümmern?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Können <i>Newsletter</i> (per Mail und/oder physischem Aushang) oder ein <i>Intranet</i> zur Kommunikation der Intervention verwendet werden? Wenn ja, was ist eine angemessene <i>Häufigkeit</i> an Nachrichten, um die (potentiell) Teilnehmenden nicht zu penetrant auf die Intervention aufmerksam zu machen?
<input type="checkbox"/>	Können <i>persönliche Gespräche</i> oder eine persönliche <i>Informationsrunde</i> (ggf. unter Einbezug von Personen mit Leitungsfunktion) mit Möglichkeit für Rückfragen genutzt werden (insbesondere bei komplexen Interventionsinhalten), um (potentielle) Teilnehmende auf die Intervention aufmerksam zu machen?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zielgruppe: Werden umfangreich Mitarbeitende ohne Leitungs-/Führungsfunktion) angesprochen? Steht (wenn gewollt) pflegerisches und ärztliches Fachpersonal gemeinsam im Fokus der Ansprache?

Kommunikation mit Teilnehmenden nach der Intervention	
<input type="checkbox"/>	Werden die <i>Mitarbeitenden regelmäßig</i> über den Fortschritt der in der Intervention gewonnenen Ideen <i>informiert</i> ?
<input type="checkbox"/>	Welche <i>Kanäle</i> werden dafür verwendet? Newsletter-Mail, Newsletter per Aushang, persönliche Gespräche, persönliche Informationsveranstaltung

Inhaltliche Gestaltung der Intervention	
<input type="checkbox"/>	Werden (Kommunikations)techniken verwendet, die sicherstellen, dass die <i>Inhalte stark von den Teilnehmenden geprägt werden</i> , so dass sie sich nicht so fühlen, als würden ihnen Maßnahmen „übergestülpt“?
<input type="checkbox"/>	Sind Bedingungen für einen „ <i>vertraulicher Rahmen</i> “ geschaffen? Sind klare Verhaltens- und Vertrauensregeln an alle Teilnehmenden (glaubhaft) kommuniziert? Ist glaubhaft kommuniziert, dass es keine „Bremsen“ gibt, sondern erst einmal, völlig losgelöst von Budget- oder sonstigen Restriktionen überlegt werden kann?
<input type="checkbox"/>	Bietet sich das Thema dazu an, <i>professionsübergreifend</i> , mit pflegerischem und ärztlichen Fachpersonal, gestaltet zu werden?
<input type="checkbox"/>	Gibt die Intervention den Teilnehmenden <i>konkrete Werkzeuge</i> an die Hand, mit der sie ihre individuellen (psychisch) belastenden Situationen besser handhaben können?
<input type="checkbox"/>	Setzt die Intervention (falls thematisch passend) auch auf der <i>Teamebene</i> an, so dass auch Lösungsmöglichkeiten für Teams thematisiert werden?
<input type="checkbox"/>	Werden Ideen für <i>strukturelle Veränderungen</i> von den Teilnehmenden überlegt und diskutiert?

Literatur

- Amalou-Döpke, Linda (2014): Personalcontrolling als Instrument des Personalmanagements in seiner Austauschbeziehung zur Unternehmensleitung, Köln 2014
- Amalou-Döpke, Linda/Süß, Stefan (2014): HR measurement as an instrument of the HR department in its exchange relationship with top management: A qualitative study based on resource dependence theory, in: *Scandinavian Journal of Management* 30 (4/2014), S. 444-460
- Aoyagi, Yumiko/Beck, Charles R./Dingwall, Robert/Nguyen-Van-Tam, Jonathan S (2015): Healthcare workers' willingness to work during an influenza pandemic: a systematic review and meta-analysis, in: *Influenza and Other Respiratory Viruses* 9 (3/2015), S. 120-130
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2020): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2018, 2. Aufl., Dortmund/Berlin/Dresden 2020
- Berthel, Jürgen/Becker, Fred G. (2007): Personal-Management. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit, 8. Aufl., Stuttgart 2007
- Bruhn, Manfred/Batt, Verena/Flückiger, Benjamin (2013): Aufbau von Arbeitgeberattraktivität - Identifikation der Determinanten und empirische Überprüfung, in: *Die Unternehmung* 67 (1/2013), S. 62-82
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheits-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html>, 18.08.2021
- Dollard, Maureen F./Bakker, Arnold B. (2010): Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement, in: *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 83 (o.H./2010), S. 579-599
- Dollard, Maureen F./Neser, Daniel Y. (2013): Worker health is good for the economy: Union density and psychosocial safety climate as determinants of country differences in worker health and productivity in 31 European countries, in: *Social Science & Medicine* 92 (o.H./2013), S. 114-123
- Elias-Linde, Sabine (2014): Personalknappheit als betriebswirtschaftliches Problem, Wiesbaden 2014
- Eller, Elke (2014): Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistung. Eine empirische Untersuchung in einem großen, deutschen Automobilunternehmen, Paderborn 2014

- Evertz, Lena/Süß, Stefan (2017): The Importance of Individual Differences for Applicant Attraction - A Literature Review and Avenues for Future Research, in: *Management Review Quarterly* 67 (3/2017), S. 141-174
- Fischer, Lorenz/Lück, Helmut E. (2001): Allgemeine Arbeitszufriedenheit. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen, <http://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Fischer+%20Allgemeine%20Arbeitszufriedenheit.pdf>, 27.09.2017
- Fissler, Ernst Rudolf/Krause, Regina (2010): Absentismus, Präsentismus und Produktivität, in: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Aufl., Heidelberg 2010, S. 411–426
- Frese, Erich/Heberer, Michael/Hurlebaus, Thomas/Lehmann, Patrick (2004): „Diagnosis Related Groups“ (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, in: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* 56 (8/2004), S. 737-759
- Gonzales, Adam/Cervoni, Cynthia/Lochner, Megan/Marangio, Jessica/Stanley, Colleen/Marriott, Suzanne (2020): Supporting Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: Mental Health Support Initiatives and Lessons Learned From an Academic Medical Center, in: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 12 (1/2020), S. 168-170
- Harter, James K./Schmidt, Frank L./Hayes, Theodor L. (2002): Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis, in: *Journal of Applied Psychology* 87 (2/2002), S. 268-279
- Heinitz, Kathrin/Rowold, Jens (2007): Gütekriterien einer deutschen Adaptation des Transformational Leadership Inventory (TLI) von Podsakoff, in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 51 (1/2007), S. 1-15
- Johns, Garry (2008): Absenteeism and presenteeism: Not at work or not working well, in: Barling, Julian/Cooper, Cary L. (Hrsg.): *The Sage handbook of organizational behavior*, London 2008, S. 160–177
- Kaluza, Gert (2015): *Stressbewältigung*, Berlin/Heidelberg 2015
- Krause, Hans-Ulrich/Arora, Dayanand (2009): *Controlling-Kennzahlen. Zweisprachiges Handbuch Deutsch/Englisch*, München 2009
- Meyer, Markus/Wenzel, Jenny/Schenkel, Antje (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2018*, Berlin/Heidelberg 2018, S. 331-526

- Pappa, Sofia/Ntella, Vasikika/Giannikas, Timoleon/Giannakoulis, Vassilis G./Papoutsi, Eleni/Katsaounou, Paraskevi (2020): Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, in: *Brain, Behavior, and Immunity* 88 (o. H./2020), S. 901-907
- Preisendörfer, Peter (2010): Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit, in: *Zeitschrift für Personalforschung* 24 (4/2010), S. 401-408
- Reichheld, Frederick F. (2003): The One Number You Need to Grow, in: *Harvard Business Review* 81 (o.H./2003), S. 46-54
- Rennert, Dirk/Kliner, Karin/Richter, Matthias (2018): Arbeitsunfähigkeit, in: Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Zahlen, Daten, Fakten*, 42. Aufl., Berlin 2018, S. 37-122
- Seyda, Susanne/Köppen, Robert/Hickmann, Helen (2021): Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) Kompakt: Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen, <https://www.iwkoeln.de/studien/susanne-seyda-helen-hickmann-pflegeberufe-besonders-vom-fachkraeftemangel-betroffen.html>, 03.05.2022
- Scherm, Ewald/Süß, Stefan (2016): *Personalmanagement*, 3. Aufl., München 2016
- Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans M./Kümmerling, Angelika/Büscher, A./Müller, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf, 24.08.2021
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung: Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle, Working Paper No. 096, Forschungsförderung Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2021
- Singer, Matthias (2010): *Messung und Steuerung von Humankapital. Neue Herausforderungen an das Personalcontrolling*, Hamburg 2010
- Spoorthy, Mamidipalli, Sai/Pratapa, Sree Karthik/Mahant, Supriya (2020): Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review, in: *Asian Journal of Psychiatry* 51 (o. H./2020), 102119

- Straus, Sharon E./Wilson, Kumanan/Rambaldini, Gloria/Rath, Darlyne/Lin, Yulia/Gold, Wayne L./Kapral, Moira K. (2004): Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis, in: *BMJ* 329 (7457/2004), 83
- Süß, Stefan/Weiß, Eva-Ellen (2014): Stressfaktor Chef: Wie der Führungsstil Stress und Work-Life-Conflict beeinflusst, in: *PERSONALquarterly* 66 (3/2014), S. 36-41
- Welk, Svenja (2015): Die Bedeutung von Führung für die Bindung von Mitarbeitern. Ein Vergleich unterschiedlicher Führungsstile im Kontext der Generation Y, Wiesbaden 2015
- Wolf, Gunther (2013): Mitarbeiterbindung. Strategie und Umsetzung im Unternehmen, Freiburg/München/Stuttgart 2013

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen weiteren Mitgliedern des SEEGEN-Verbunds für die Mitarbeit, Beteiligung und Unterstützung an der SEEGEN-Studie: Peter Angerer, Maximilian Baxendale, Kirsten Bikowski, Karl Blum, Marieke Born, Ulrike Bossmann, Dagma Brendle, Antonia Drews, Rebecca Sarah Erschens, Melanie Gantner, Melanie Genrich, Anja Greinacher, Manuela Gulde, Harald Gündel, Nicole Hander, Madeleine Helaß, Florian Junne, Thomas Klein, Janna Küllenberg, Sabine Lettau, Imad Maatouk, Nadine Mulfinger, Christoph Nikendei, Natalia Radionova, Monika Rieger, Eva Rothermund, Jochen Schweitzer, Tanja Seifried-Dübon, Felicitas Stuber, Elena Tsarouha, Jens Walkowiak, Britta Worringer, Ute Ziegenhain, Stephan Zipfel.