

Projekt „Arbeits- und Handlungsbedingungen in der Psychiatrie“

Projekt „Arbeits- und Handlungsbedingungen in der Psychiatrie“
(Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, Projekt-Nr.: 2013-643-4)

Prof. Dr. Michael Lingenfelder, Dr. Bernard Braun, Prof. Dr. Tilmann Steinert, Priv. Doz. Dr. Carmen Uhlmann, Dr. Peter Brückner-Bozetti

Expertenworkshop am 29. Januar 2015

- 1 Ziele – Arbeitsprogramm - Reformimpulse**
- 2 Methodisches Vorgehen**
- 3 Handlungsbedingungen des Managements**
- 4 Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie**



1 **Ziele – Arbeitsprogramm - Reformimpulse**

2 **Methodisches Vorgehen**

3 **Handlungsbedingungen des Managements**

4 **Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie**



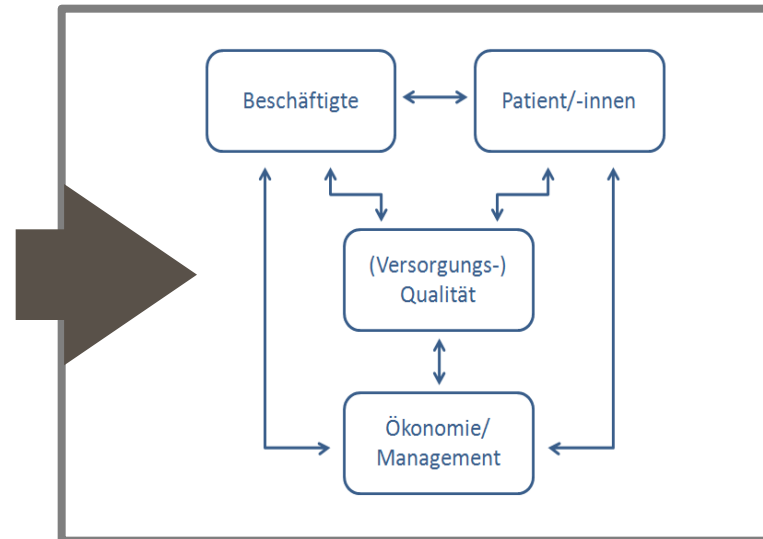
Zielsetzungen:

Das Forschungsvorhaben will zweierlei leisten:

1. Es soll mehr Transparenz darüber hergestellt werden, welche gesundheitspolitischen Veränderungen der letzten Jahre aus der Sicht von Beschäftigten im Behandlungs- und Managementbereich „angekommen“ sind und wirken.
2. Durch einen Vergleich der Versorgung in unterschiedlichen Regionen / Institutionen soll die Leitfrage untersucht werden, ob und wie sich die gesetzlichen Reformvorhaben der letzten Jahre regional unterschiedlich ausgewirkt haben.

Eine solche Analyse stellt nicht zuletzt eine wichtige Grundlage dar für einen realistischen Umgang mit den für die nächsten Jahre beabsichtigten Strukturveränderungen.

Insgesamt sollen vier Perspektiven beleuchtet werden:



- Die Wirkungen auf die strukturellen und qualitativen Merkmale des Versorgungsgeschehens sowie die Patientenversorgung.
- Die Effekte auf die Behandlungs- und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten
- Die Auswirkungen auf das Management und die entsprechenden Strukturen und Prozesse
- Die Wirkungszusammenhänge der beschriebenen Bedingungen auf die Arbeits- und Interaktionsbeziehungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Das Arbeitsprogramm des Projektes



Entwicklungslinien psychiatrischer Versorgung



1 **Ziele – Arbeitsprogramm - Reformimpulse**

2 **Methodisches Vorgehen**

3 **Handlungsbedingungen des Managements**

4 **Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie**



Projektphasen

Phase 1

Sichtung der Literatur, Erfahrungswissen, Diskussionen mit führenden Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen aus der Psychiatrie:

- Welche politischen Reformimpulse gab es seit 1975?
- Wie sind diese, insgesamt betrachtet, wirklichkeitsbestimmend geworden?

Phase 2

Empirisches Forschungsprogramm

- Standardisierte schriftliche Befragung von Mitarbeitern
- Halbstandardisierte mündliche Experteninterviews im Umfang von ca. 45 bis 100 Min.
- Auswahl der Regionen und Einrichtungen
- Sekundärstatistische Erfassung und Beschreibung der Regionen und Einrichtungen
- Klärung der Bereitschaft zur Mitwirkung
- Klärung von prozeduralen, datenschutzrechtlichen Fragen



Planung der Vorgehensweise im Detail



Planung
der
Vorgehens-
weise

- Beschreibung der eingeschlossenen Einrichtungen
- Durchführung, Zeitplanung und Auswertung der zu Tage geförderten Erkenntnisse
- Interpretation und Rückkopplung der Erkenntnisse im Forscherverbund
- Diskussion der Ergebnisse mit Akteuren und Stakeholdern der Psychiatrie und Publikationen
- Entwicklung von weiteren Forschungsprojekten und Forschungsaktivitäten

Empirisches Forschungsprogramm: Auswahl der Regionen und Einrichtungen

Auswahl der
Regionen,
Einrichtungen

- Sowohl großstädtische Agglomerationsräume (mit hohem Anteil an Migranten, Arbeitslosen, unteren bzw. mittleren Sozialmilieus usw.) als auch ländliche Versorgungsregionen
- Sowohl Regionen, die von einem breit und an zahlreichen Standorten aufgestellten Anbieter versorgt werden (Quasi-Alleinstellung), als auch Gebiete, in denen mehrere Anbieter agieren (wettbewerbsgeprägte Versorgungsregionen)
- Auswahl von Regionen über ganz Deutschland verteilt
- Sowohl Fachkliniken als auch sog. Abteilungspsychiatrien
- Sowohl Einrichtungen, die auf Basis einer relativ neuartigen Entgeltvereinbarung kontrahieren (z.B. Regionalbudget, IV-Vertrag), als auch solche, welche die Abrechnung ihrer Leistungen ausschließlich in traditioneller Form vornehmen
- Sowohl Einrichtungen, die sich als universitäre Institution neben der Krankenversorgung wesentlich mit Forschung und Lehre befassen, als auch solche, die ausschließlich oder überwiegend in der Versorgung von psychisch Kranken tätig sind
- Sowohl Einrichtungen in privater Trägerschaft als auch solche in öffentlicher Trägerschaft

Merkmale der Versorgungseinrichtungen

Merkmale	A	B	C	D	E	F	G
Abteilungspsychiatrie				X	X	X	X
Fachklinik	X	X	X				
Alleinstellung	X	X	X		X		
Wettbewerb				X		X	X
Innovative Vergütungsmodelle	X				X	X	X



Bezeichnung und Beschreibung der Versorgungseinrichtungen

A	Fachklinik als Allein- und Komplettanbieter im ländlichen Raum mit punktuell ausgeprägten integrierten Versorgungsverträgen.
B	Fachklinik als Alleinanbieter im ländlichen Raum mit begrenzten Wachstumsmöglichkeiten.
C	Fachklinik als Regionalversorger in einer ländlichen Region.
D	Abteilungspsychiatrie für die Sektorversorgung einer Großstadt mit Ausstrahlung auf die Versorgungsregion eines Landkreises und damit eines anderen Anbieters.
E	Abteilungspsychiatrie im ländlichen Raum mit innovativen Vergütungsmodellen.
F	Abteilungspsychiatrie einer Universität mit allgemeinen Versorgungsauftrag für einen Versorgungssektor.
G	Abteilungspsychiatrie eines Klinikverbundes.

Vorgehen: Experteninterviews



Eckdaten der Untersuchung

Auswahl von je Einrichtung fünf Personen:

- Kaufmännische Geschäftsführung
- Ärztliche Direktion bzw. Chefärzte/leitende Oberärzte
- Pflegedienstleitung bzw. Pflegedienstleitung
- Arbeitnehmervertretung
- Patientenfürsprecher/Patientenvertreter

Datenbasis: 31 Interviews im Umfang von je 45 bis 100 Min.

- 6 Mitglieder der Geschäftsführung
- 11 ärztliche Direktoren bzw. Chefärzte/leitende Oberärzte
- 6 Pflegemanager
- 7 Arbeitnehmervertreter
- 1 Patientenfürsprecher

Fragenkatalog mit 11 Kernfragen sowie Ansatzpunkte für vertiefende (Nach-) Fragen für jede Kernfrage:

- Halbstandardisiertes Design
- Face-to-face-Methode

Eckdaten der Untersuchung II: Durchführung, Transkription, Auswertung

- **Durchführung der Interviews:**
 - Ende Januar 2014 bis März 2014; Nachzügler im Juni 2014
 - Aufzeichnung mit Diktiergerät; Notizen durch Interviewer
- **Transkription der Interviews:**
 - Ca. 5 transkribierte Interviews wurden von den befragten Experten auf Richtigkeit und Vollständigkeit hin geprüft
- **Auswertung der Expertenbefragung:**
 - Inhaltsanalytische Auswertung mittels MAXQDA (Version 10 plus)
 - Theoriegeleitete Entwicklung eines Categoriesystems, indem Aussagen/Wortfolgen als „Codes“ Ober- und Unterkategorien zugeordnet werden; Anwendung des Konzepts des thematischen Kodierens nach Flick (2002), d.h. Entwicklung eines Categoriesystems für einen Datensatz (hier: Interview), das nachfolgend mittels weiterer Datensätze angereichert wird.
 - Auf Basis von 4 Interviews werden die Oberkategorien in Anlehnung an die Inhalte der Kernfragen und die Zielsetzung der Expertenbefragung gebildet

Eckdaten der Untersuchung III: Auswertung der Untersuchung

- Bildung von insgesamt **1339 Codes** nach komplettem Materialdurchgang
- **Frequenzanalyse:** Häufigkeiten von Codes (absolut und im Vergleich mit denjenigen anderer Codes): Absolute und relative Bedeutung von Textstellen/Aussagen (Codes)
- **Valenzanalyse:** Ausprägung von Bewertungen (Welche Bewertung wurde einer Aussage durch befragten Experten zugewiesen?); positiv vs. negativ usw.
- **Kontrolle der Objektivität, Reliabilität und Validität der Kodierung:** 3 Personen haben das komplette Codesystem und 22, ca. 0,5-1,5 Seiten umfassende Textpassagen aus den transkribierten Interviews erhalten (Auswahl nach Zufallsprinzip, aber für alle 3 identisch); Ermittlung der intersubjektiven Übereinstimmung von Kodierung und Codes
- **Ergebnis:** Sowohl Anzahl der Codes als auch die subjektive Interpretation der jeweiligen Textpassagen weisen hohes Maß an Übereinstimmung auf; zugrunde liegendes Categoriesystem führt zu qualitativ befriedigenden inhaltsanalytischen Ergebnissen, was die Frequenz und Valenz von Textstellen betrifft.

Eckdaten IV: Themenschwerpunkte der Interviews

- (1) + (2) Anpassungsstrategien, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien
- (3) Konsequenzen von Reformvorhaben und Strategien von Wettbewerbern auf Managementprozesse und -strukturen
- (4) Strategische Antworten auf die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (=PEPP)
- (5) Personalstrategien
- (6) Aufgabenbereich von Unternehmensteuerung und (Medizin-)Controlling
- (7) Bedeutung von Outsourcing bzw. Insourcing
- (8) Reaktion auf besonders kritische Ereignisse
- (9) Zusammenarbeit Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung
- (10) Umgang mit Widerständen unterschiedlicher Interessengruppen
- (11) Die drei wichtigsten zukünftigen Managementherausforderungen

Bezugspunkt: ... in den letzten 10 Jahren ... in Ihrer Einrichtung/Abteilung ...



Vorgehen: Beschäftigtenbefragung



Forschungsprogramm für die schriftlich, standardisierte Befragung

- Auswahl der Einrichtungen und Kontaktaufnahme mit ihrer Geschäftsleitung und/oder Mitarbeitervertretung
- Ausführliche schriftliche Information der Einrichtungen über die Zielsetzungen, Methodik und Instrumente des Forschungsprojekts
- Durchführung eines oder mehrerer Informations- und Gesprächstermine mit einrichtungsspezifischen Teilnehmerkreisen (z.B. Gesamtbetriebsrat, medical board oder Pflegekräftekonferenz)
- Vereinbarungen über die konkrete Organisation der weiteren Forschungsarbeiten
- Bei Bedarf und Wunsch der Einrichtungen geringfügige inhaltliche Modifikation der Fragebögen für die einrichtungsspezifischen Bedingungen
- Erstellung eines zwischen 36 (für Ärzte/Psychologen und Pflegekräfte) und 30 inhaltlich wie umfangmäßig leicht unterschiedlichen Fragen (für Spezialtherapeuten) umfassenden Fragebogens unter Nutzung mehrerer empirisch erprobter Fragebögen (vor allem RN4CAST und Fischbeck/Laubach 2005*)
- Organisation des einrichtungsspezifischen Versands/Verteilung und Rücklaufmodus der Fragebögen (z.B. Rücklauf über Urnen in der Einrichtung oder postalisch direkt an die Forschungsgruppe)
- Erfassung der Daten und statistische Auswertung mit dem sozialwissenschaftlichen Statistikprogramm SPSS 16.

*=Fischbeck S.; Laubach w: (2005): Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit in einem Universitätsklinikum: Entwicklung von Messinstrumenten für ärztliches und pflegerisches Personal. In: Psychother Psych Med 55: 305-314



Eckdaten der schriftlich standardisierten Befragung

- Bildung von drei mehr oder weniger homogenen Beschäftigtengruppen: Ärzte/Psychologen, Pflegekräfte und Spezialtherapeuten.
- Datenerhebung in insgesamt 8 unterscheidbaren Einrichtungen, von denen eine die Beschäftigten von drei einzelnen psychiatrischen Kliniken eines Unternehmens zusammenfasst.
- Erhebungszeitraum zwischen Oktober/November 2013 und Mitte 2014.
- Datenbasis bzw. Anzahl auswertbarer Fragebögen:
 - Ärzte/Psychologen: 255
 - Pflegekräfte: 796
 - Spezialtherapeuten: 156.
- Rücklauf schwankt von Beschäftigtengruppe zu Beschäftigtengruppe und zwischen Einrichtungen erheblich zwischen 22% und 54%, ist aber im Vergleich mit ähnlichen Studien weder schlechter noch besser.
- Keine Erinnerungsschreiben.
- Mangels differenzierter Daten über die Struktur der Grundgesamtheiten und des mangelnden Zugangs keine Non-Responderanalyse möglich.
- Die für die Gruppe der Spezialtherapeuten von Beginn an erwartete Heterogenität der Befragten (z.B. teilzeitbeschäftigte Musiktherapeuten und vollzeitig tätige Physiotherapeuten) bestätigt sich und erschwert bei absolut geringer Anzahl von Antwortenden differenzierte Analysen.
- Uni-, bi- und multivariate statistische Analysen der Antworten mit dem Programm SPSS für die drei Beschäftigtengruppen (mit eingeschränktem Programm für die Spezialtherapeuten).

Themenschwerpunkte der Fragebögen

- (1) Dimensionen der Arbeitssituation auf einer sechsstufigen Skala (37 bis 43 Fragen)
- (2) Wahrnehmung der Auswirkung von gesetzlichen Veränderungen „der letzten Jahre“ auf die heutigen Arbeitsbedingungen
- (3) Umfang und Art der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern (15 Fragen nur für Ärzte)
- (4) Erwartungen an künftige Arbeitsbedingungen
- (5) Zufriedenheit mit jetziger Tätigkeit
- (6) Qualität der Patientenversorgung; Veränderungen und qualitätsbezogene Ereignisse
- (7) Umfang und Art der Vernachlässigung gesundheitlich notwendiger fachlicher Tätigkeiten; implizite Rationierung (11 bis 22 Fragen)
- (8) Bewältigbarkeit des Arbeitspensums (inkl. Ursachen für Probleme)
- (9) Aktueller Fachbereich und Behandlungs-Setting
- (10) Eckdaten/Merkmale der aktuellen Tätigkeit (z.B. Anzahl Patienten)
- (11) Soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Art der Ausbildung)

1 **Ziele – Arbeitsprogramm - Reformimpulse**

2 **Methodisches Vorgehen**

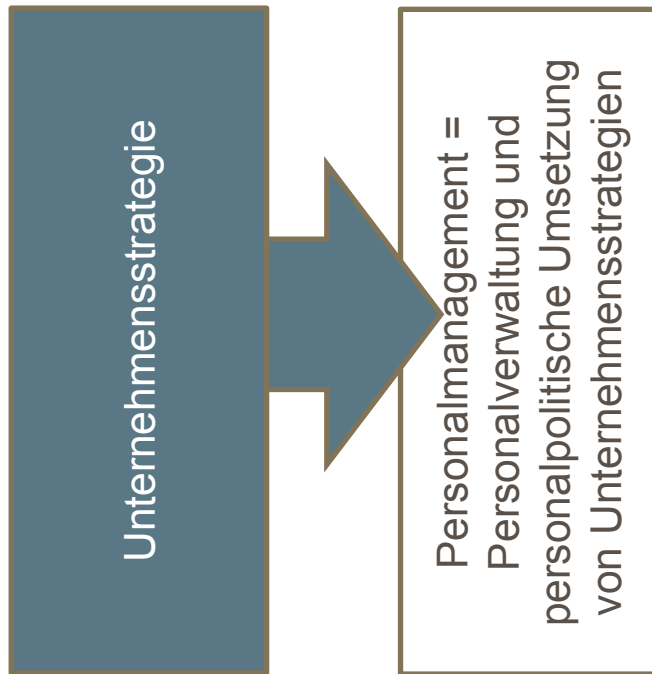
3 **Handlungsbedingungen des Managements**

4 **Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie**



1. Zum Verhältnis von Unternehmens- und Personalstrategien insgesamt und in der Psychiatrie

Personalmanagement - Vergangenheit



Personalmanagement - Zukunft



2. Systematik von Unternehmensstrategien

Unternehmensstrategien

- Anpassungs-, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien
- Wettbewerbsstrategien
- Organisations- und Prozessstrategien
- Kooperations- und Integrationsstrategien
- Finanzierungsstrategien
- Sourcingsstrategien

3. Systematik von Personalstrategien

Personalstrategien

- Personalplanungsstrategien (Personalbedarf, Personalbemessung u.a.)
- Personalgewinnungs- und Personalmarketingstrategien
- Personal- und Organisationsentwicklungsstrategien
- Flexibilisierungs- und Arbeitsgestaltungsstrategien
- Entgelt- und Tarifgestaltungsstrategien
- Personalcontrolling
- Motivations- und Personalführungsstrategien

4. Empirische Befunde der Expertenbefragung und Interpretation/Diskussion

4.1 Gesamtstichprobe



4.1.1 Anpassungs-, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien

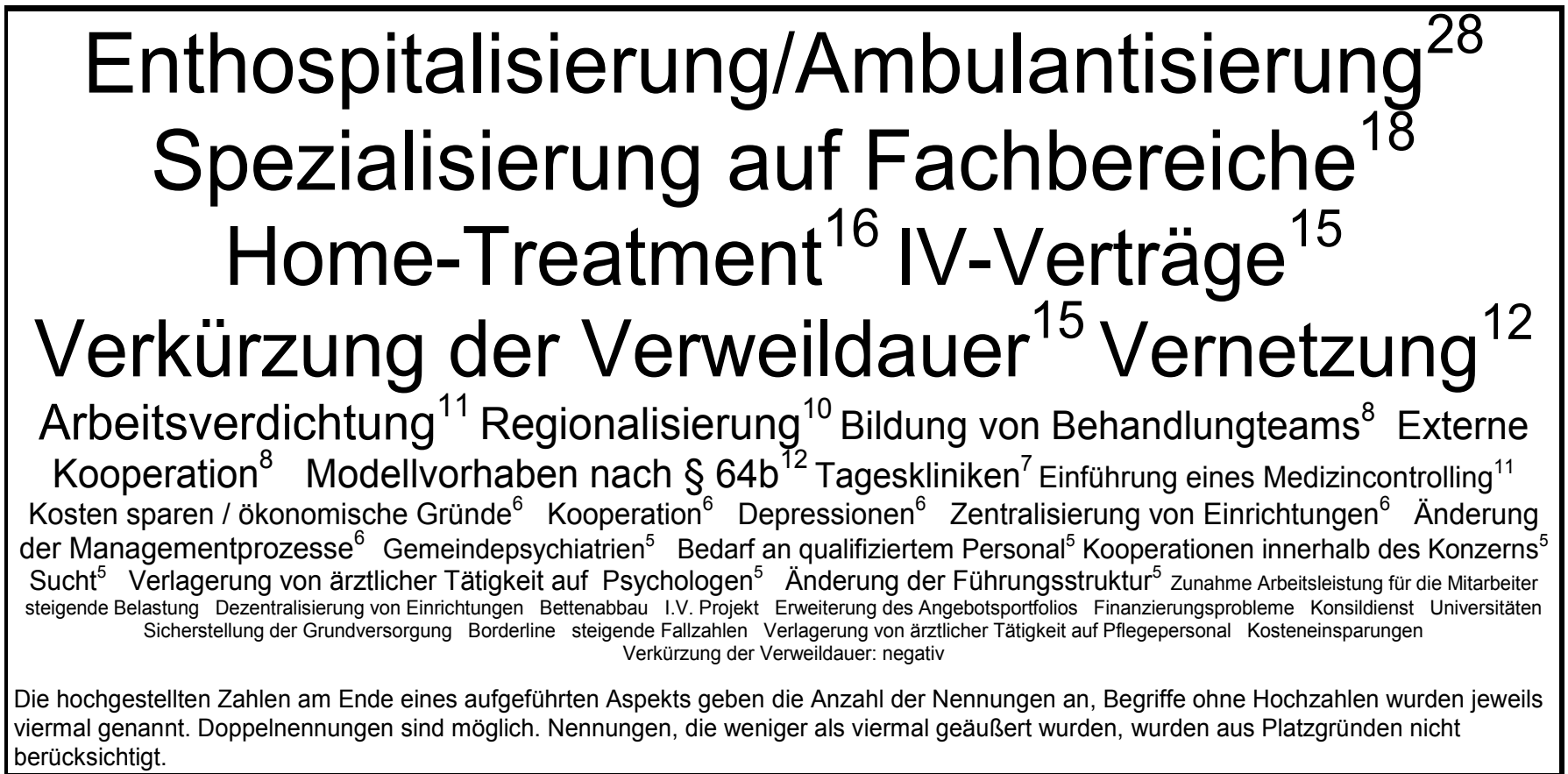


Abb. 1: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen von Anpassungs-, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien aus Sicht der befragten Experten.

4.1.1 Anpassungs-, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien

- Eindeutiger Trend zur Enthospitalisierung
 - Kosteneinsparung kann damit erzielt werden
 - Hohe Personalintensität als Nachteil
 - Einstellung zusätzlicher Fachärzte für Tageskliniken und Ambulanzen
- Spezialisierung auf bestimmte Leistungsfelder (insbes. Demenz, Sucht, Borderline)
 - Hohe Gewinnmargen (z.B. Borderline)
 - Nachteil der Frustration von intrinsisch motivierten Mitarbeitern
- Ausbau von Home Treatment
 - Hoher Bedarf an Fachkräften
 - Finanzierungsproblematik
- IV-Verträge als politisch gewollte Strategie
 - Häufig im Kontext von ambulanten (stationsergänzenden, stationsersetzenden) Leistungen

4.1.1 Anpassungs-, Leistungs- und Geschäftsfeldstrategien

- Verkürzung der Verweildauer
 - Analog Somatik drohen „blutige“ Entlassungen
 - Anstieg von Suizidrate wird beobachtet/befürchtet
 - Ambivalente Erfahrungen in Stichprobe: Verweildauer und Wiederaufnahmerate haben sich verringert!
- Vernetzung
 - Horizontal, innerhalb der Bereiche einer Einrichtung (Tagesklinik, Ambulanz, stationäre (geschlossene; offene) Station)
 - Vertikale Vernetzung mit Beratungszentren, niedergelassenen Ärzten, Heimen, komplementären Diensten/Angeboten, aber auch Vernetzung mit politischen Entscheidern
- Änderung der Führungsstruktur
 - Von sog. Triadenführungsstruktur zum Management-Board
 - Beginn der Aufwertung von wirtschaftlich relevanten Themen mit entsprechender Abbildung in Organisationsstruktur
 - Transfer/Delegation von Verantwortung auf mittlere Ebene

kein Wettbewerb wegen
Beschränkung auf Region⁸
Tageskliniken⁶
Akquisition von Einrichtungen⁴
Wettbewerb um "lukrative" Patienten⁴
Marktanalysen³ Verdrängungswettbewerb³
Wettbewerb über elektive Spezialangebote³

PEPP- interner Wettbewerb nimmt zu Outsourcing dient zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit Abgabe/Verkleinerung von Nichtkerngeschäft Monopolist Kooperation mit Wettbewerbern Vernetzung mit Einweisern Kopierung des Modells Regionalbudget

Die hochgestellten Zahlen am Ende eines aufgeführten Aspekts geben die Anzahl der Nennungen an, Begriffe ohne Hochzahlen wurden jeweils zweimal genannt. Doppelnennungen möglich. Nennungen, die weniger als zweimal geäußert wurden, wurden aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Abb. 2: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen von Wettbewerbsstrategien aus Sicht der befragten Experten.

4.1.2 Wettbewerbsstrategie

- Trotz Quasi-Alleinstellung i.d.R. Wettbewerb bei ambulanten Angeboten (Tageskliniken etc.) und bestimmten Patientengruppen (Essstörungen, Depression bei jungen Erwachsenen werden auch von Pädiatern, Reha-Kliniken usw. „umworben“)
- Als strategische Antwort: Errichtung von Tageskliniken und Akquisition von Wettbewerbern
- Desinvestition aus „Nicht-Kerngeschäftsfeldern“, wenn diese aufgrund schlechter Margen bzw. zu hohem Wettbewerb nicht erfolgreich betrieben werden können
- Angebot von Spezialangeboten (auch für größere Unternehmen vor Ort, auch für Privatpatienten) als Folge des Wettbewerbs
- Fundierte Marktanalysen in der Versorgungsregion als Basis für Strategieentwicklung

4.1.3 Strategische Reaktion im Kontext der Einführung von PEPP

Negativ¹⁵ aktives Vorgehen¹⁵
Entwicklung von PEPP-Dokumentation⁹
Widerstand⁸ Schulung von Mitarbeitern⁷ Bildung von
Arbeitsgruppen⁶ Unsicherheit⁶ steigender
Dokumentationsaufwand⁵ Umstrukturierung der
Behandlungsformen⁵ Veränderung der Organisation⁵
frühzeitige Einführung einer ausreichenden Dokumentation⁵
höhere Transparenz⁴ steigender Arbeitsaufwand⁴ größerer
Dokumentationsaufwand⁴ Qualitätsverluste⁴ Stärkung der Interaktion
zwischen einzelnen Abteilungen⁴

Leistungen unter 20 Minuten werden nicht berücksichtigt schlechte Budgetierungsausgestaltung Gefahr der frühzeitigen Entlassung ansteigende Arbeitsverdichtung
Verlierer/Verlust wegen Landesbasisfall Verkürzung der Verweildauer Prüfklinik Einstellung von Kodierungsmitarbeitern Beteiligung an Gremien/Foren Suche nach Alternativen
Lobbyismus Kalkulationskrankenhaus Lobbyarbeit Ambulantisierung Parallele PEPP-Muster-Abrechnung
Die hochgestellten Zahlen am Ende eines aufgeführten Aspekts geben die Anzahl der Nennungen wieder, Begriffe ohne Hochzahlen wurden jeweils dreimal genannt.
Doppelnennungen möglich. Nennungen, die weniger als zweimal geäußert wurden, wurden aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Abb. 3: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen von strategischen Reaktionen im Kontext der Einführung von PEPP aus Sicht der befragten Experten.

4.1.3 Strategische Reaktion im Kontext der Einführung von PEPP

- Überwiegend herrscht negative Grundhaltung vor, aber in gleicher Intensität findet ein aktives Vorbereiten auf PEPP statt (z.B. Mitwirkung als Kalkulationshaus, Modellvorhaben §64b, Etablierung medizinisches Controlling)
- Leistungsfähiges KIS-System wird als unabdingbar eingeschätzt
- Enormer Veränderungsbedarf wird gesehen, was zugleich Widerstand (offen, verdeckt) provoziert

4.1.4 Neuformierung von Unternehmenssteuerung und (Medizin-) Controlling

Intransparenz/unzuverlässige Zahlen¹²
Einführung eines Medizincontrollings¹¹
Transparenz⁹ Verbesserung des Controllings⁸
größerer Dokumentationsaufwand⁸
Einführung einer Deckungsbeitragsrechnung⁶ schlechte
Kommunikation zwischen Ärzten und Controllern⁶
Personalausbau / Neueinstellungen⁵ schlechtes Controllingssystem⁵
monatliche Berichtserstattung⁵ Forderung nach Verbesserung des
Systems⁵ Ausbau IT⁴ Arzt als Medizincontroller⁴ gute Kommunikation⁴ unregelmäßige
Berichtserstattung⁴ Verlässlichere Daten⁴ neue Berufsgruppen – Medizincontroller³ Einführung eines
standortbezogenen Medizincontrolling³ Ärzte als Medizincontroller: höhere Akzeptanz³ Einführung von Benchmarking
Erweiterung des Berichtswesens auf PEPP Aufbau eines individuellen KIS durch externes Unternehmen wachsende EDV-Abteilung keine einheitliche
Berichtserstattung regelmäßige Berichtserstattung

Die hochgestellten Zahlen am Ende eines aufgeführten Aspekts geben die Anzahl der Nennungen an, Begriffe ohne Hochzahlen wurden jeweils zweimal genannt. Doppelnennungen möglich. Nennungen, die weniger als zweimal geäußert wurden, wurden aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Abb. 4: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen von Unternehmenssteuerung und Controlling aus Sicht der befragten Experten.



4.1.4 Neuformierung von Unternehmenssteuerung und (Medizin-) Controlling

- Beseitigung von Intransparenz und Bereitstellung zuverlässiger Zahlen stehen im Fokus
- Einführung und Ausbau des (Medizin-) Controllings
- Anstieg des Aufwands für Dokumentation
- Zusammenarbeit zwischen (Medizin-) Controllern und Ärzten als Herausforderung



4.1.5 Personalstrategien und deren Wandel im Urteil der Experten

Kein Fachkräftemangel¹⁵ Fortbildungen¹³
Ausbildung/Spezialisierung von Fachkräften/
Führungskräften¹³ Attraktivität des Standortes¹²
flexible Arbeitsangebote⁹
eigene Ausbildungszentren⁸ Vereinbarungsgespräche⁶
Mitarbeitergespräche⁶ Aufbau eines
Gesundheitsmanagements⁶ Attraktivität des Unternehmens⁶
Betriebskindergarten⁶ PsychPV-Quote von 100 %⁶ Personalleasing⁵
Einstellung neuer Berufsgruppen⁵ Personalentwicklungsgespräche⁵ Mitarbeiterbefragungen⁵
Wiedereingliederungsprogramm⁵ Investition in Fortbildung⁵ Kooperation mit anderen
Krankenhäusern⁵ Personalbindung⁵ Personalmanagement⁵ Einstellung von Psychologen Entlastung der Fachkräfte
Zunahme Arbeitsleistung für die Mitarbeiter Fachkräftemangel Fachkräftemangel: Ja Ärztemangel Bachelorstudiengänge Neueinstellungen Spezialisierung von
Mitarbeitern

Die hochgestellten Zahlen am Ende eines aufgeführten Aspekts geben die Anzahl der Nennungen an, Begriffe ohne Hochzahlen wurden jeweils viermal genannt. Doppelnennungen möglich. Nennungen, die weniger als viermal geäußert wurden, wurden aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Abb. 6: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen von Personalstrategien aus Sicht der befragten Experten.



4.1.5 Personalstrategien und deren Wandel im Urteil der Experten

- Attraktivität Standort und Unternehmen als Treiber für fehlenden Fachkräftemangel
- Sofern Fachkräftemangel vorhanden, dann TOP 1 Ärzte und TOP 2 Psychologen
- Attraktivitätssteigerung durch Fortbildungen per se und Ausbildung/ Weiterbildung von Fach- und Führungskräften
- Etablierung von Assistenzberufen: Stations-, Dokumentations-, Versorgungsassistenten
- Personalentwicklung erfährt als Funktion und Position eine Aufwertung
- Personalführungsinstrumente gewinnen noch stärker an Bedeutung
- Großen Stellenwert hat in der Stichprobe die Flexibilisierung und Arbeits(-platz-)gestaltung (Arbeitszeitmodelle, Betriebskindergärten, betriebliches Gesundheitsmanagement, eigener Shuttleservice für Mitarbeiter usw.)

4.1.6 Zur Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung

Positiv¹⁶ schwierig, problematisch, negativ¹⁵
konstruktive Zusammenarbeit¹⁵
personenabhängig¹² gute Kommunikation⁸
schlechte Kommunikation⁸ frühe Einbindung⁵
monatliche Besprechungen⁴
Arbeitnehmervertretung wird „ruhiger“³ gute Vertrauensbasis³
quartalsweise Berichtserstattung³
Problematik mehrerer Arbeitnehmervertretungsgremien³ Einbindung in
Budgetverhandlungen Konflikt Geschäftsführung- Personalrat wg. Outsourcing positive Entwicklung
Problematik Überstunden schlechte Zusammenarbeit auf Konzernebene standortabhängig
themenabhängig unproblematisch verspätete Weitergabe von Informationen wenige
Berührungspunkte

Die hochgestellten Zahlen am Ende eines aufgeführten Aspekts geben die Anzahl der Nennungen an, Begriffe ohne Hochzahlen wurden jeweils zweimal genannt. Doppelnennungen möglich. Nennungen, die weniger als zweimal geäußert wurden, wurden aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Abb. 7: In den letzten zehn Jahren wahrgenommene Veränderungen der Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung aus Sicht der befragten Experten.

4.1.6 Zur Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung

- Ca. zwei Drittel der Experten bewerten Zusammenarbeit positiv/konstruktiv
- Ca. ein Drittel der Befragten empfindet die Kooperation „negativ“
- Ursächlich in vielen Konstellationen Art und Weise, Zeitpunkt der Information/ Einbindung, zugrunde liegende Themen sowie handelnde Personen



Workshop 1: Unternehmens- und Personalstrategien

13:30-15:45 Uhr

Moderation: Frau Kubitschek und Herr Lingenfelder

- **Diskussion, Ergänzung und zentrale Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen**

- Berufsgruppen: Kfm. GF, ÄD/ltd. Ärzte, PD/PDL
- Führungspositionen, Arbeitsnehmervertretung **Diskussion, Ergänzung und zentrale Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen**

- **sowie wichtige Unterschiede zwischen verschiedenen Anbietertypen**

- Quasi-Alleinstellung, wettbewerblich geprägte Versorgungsregion
- Fachklinik, Abteilungspsychiatrie
- Innovative, ausschließlich „klassische“ Vergütungssystematik

Raum:



Vielen Dank!

Bei der Auswertung der Experteninterviews schulden wir Herrn M.Sc. Florian Dürich sehr großen Dank!

Bei der Methodik hat uns Frau Dipl.-Kffr. Sina Schmal beraten und unterstützt.

Prof. Dr. Michael Lingenfelder, Dr. Peter Brückner-Bozetti

Kontakt:

Philipps-Universität Marburg

Lehrstuhl für ABWL, insbes. Marketing und Handelsbetriebslehre

Institut für Health Care Management e.V.

Universitätsstraße 24, 35037 Marburg

Tel.: 06421 28-23763

Fax: 06421 28-26598

E-Mail: lingenfe@wiwi.uni-marburg.de



- 1 Ziele – Arbeitsprogramm - Reformimpulse
- 2 Methodisches Vorgehen
- 3 Handlungsbedingungen des Managements
- 4 **Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie**



Warum multivariate Analysen? Methodisches „auf die Schnelle“.

Multivariate Analysen

- Uni- oder bivariate Analysen müssen nicht, können aber wirklichkeitsferne, unterkomplexe oder unwahre Ergebnisse haben (z.B. die Korrelation von Geburtenhäufigkeit und Häufigkeit von Störchen)
- Multivariate Analysen machen es möglich, den gleichzeitigen Einfluss mehrerer als unabhängig und erklärend ausgewählten Merkmale auf ein abhängiges Merkmal zu untersuchen bzw. zu quantifizieren
- Hier gewählte multivariate Methode: binäre logistische Regression

Warum multivariate Analysen? Methodisches „auf die Schnelle“ II

Relevante
Merkmale für die
statistische
Aussage und
deren Güte

- Signifikanz der im Modell enthaltenen unabhängigen, erklärenden Merkmale: *=5% und weniger, **=1% und weniger und ***=0,1% und weniger Irrtumswahrscheinlichkeit)
- Prozentsatz der erklärten Varianz des gewählten Modells (theoretisches Maximum=100%): Nagelkerkes-R-Quadrat (NK)
- Odds ratio (OR) (theoretisch zwischen 0 und unendlich): gibt die Chance an für das Auftreten einer bestimmten Merkmalshäufigkeit (z.B. Qualitätsmängel) in einer Gruppe A (z.B. junge Beschäftigte) im Vergleich zur Häufigkeit in einer anderen Gruppe B (z.B. ältere Beschäftigte); ein hoher OR-Wert oder einer nahe bei Null bedeutet bei Signifikanz, dass z.B. das Alter einen mehr als zufälligen Einfluss auf Qualitätsmängel hat.

Abhängige binäre Merkmale von Arbeitsbedingungen in den Befragungsdaten

- Qualitätsmängel (8 Einzelindikatoren Pflegekräfte/6 Ärzte/Psychologen) „ständig“ oder „oft“; Kodierung: keine/wenig - viele Mängel
- Nicht erbrachte notwendige Tätigkeiten oder implizite Rationierung (22/11 Indikatoren); Kodierung: keine/wenig - viel implizite Rationierung
- Patientenorientierung (5/5); Kodierung: positiv – negativ
- Verhältnis zu Vorgesetzten/Hierarchie/Beteiligung (13/11); Kodierung: gut/positiv - schlecht/negativ
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (10/10); Kodierung: positiv – negativ
- Arbeitsbelastungen/belastende Arbeitssituationen (9/9); Kodierung: wenige/positiv - viele/negativ

- Nur für Ärzte/Psychologen: Kooperation von Ärzten/Psychologen mit anderen Leistungsanbietern (15): Kodierung: keine/wenig „gut funktionierende Kooperation“ - viel „gut funktionierende Kooperation“

Unabhängige subjektive und objektive Merkmale in den Befragungsdaten (theoretisches Modell mit erhobenen Merkmalen)

- Alter (Kodierung: 41 und älter – Referenz bis 40)
- Geschlecht (Kod.: weiblich Referenz männlich)
- Anzahl der Patienten mit direkter Verantwortung (Kod.: 6 und mehr - Referenz bis 5)
- Anzahl aufwändiger Patienten (Kod.: viel - Referenz wenig)
- Berufsqualität/erfüllte Erwartungen und Niveau der Qualifizierung (Kod.: niedrig unzureichend – Referenz hoch/ausreichend)
- Vergütungssysteme (Kod.: traditionell – Referenz innovativ)
- Wettbewerber in der Region (Kod.: nein – Referenz ja)
- Nur für Pflegekräfte: Pflegeausbildung (Kod.: alle anderen Ausbildungen – Referenz examinierte Pflegekraft/psychiatrische Fachpflegeausbildung,)
- Fachbereich (Kod.: alle Spezialpsychiatrien – Referenz Allgemeinpsychiatrie)
- Behandlungssetting (Kod.: teilstationär/ambulant/Institutsambulanz – Referenz vollstationär)
- Arbeitsbelastungen/belastende Arbeitssituationen (Kod.: viel/negativ – Referenz wenig/positiv)
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Kod.: selten/negativ/unzureichend – Referenz häufig/positiv/ausreichend)
- Verhältnis zu/mit Vorgesetzten, Hierarchie, Beteiligung (Kod.: unzureichend/negativ/selten – Referenz ausreichend/positiv/häufig)



Multivariate Analysen von Arbeitsbedingungen/-situationen von Pflegekräften

	Qualitätsmängel (NK 25,3%)	Implizite Rationierung (NK 25%)
Alter	0,682***	-
Geschlecht	0,629*	-
Anzahl Patienten	-	-
Anzahl aufwändiger Patienten	1,614**	2,189***
Berufsqualität	1,600**	1,875*
Vergütungssystem	-	0,508**
Wettbewerber in der Region	-	-
Pflegeausbildung	-	1,462*
Fachbereich	0,423***	0,600*
Behandlungssetting	0,303*	-
Belastende Arbeitssituationen	-	2,644*
Zusammenarbeit andere Berufsgruppen	2,119**	-
Verhältnis Vorgesetzte etc.	-	-



Multivariate Analysen von Arbeitsbedingungen/-situationen von Pflegekräften II

	Arbeits- belastungen (NK 22,7%)	Patienten- orientierung (NK 24,2%)	Zusammen- arbeit Berufs- gruppen NK 31%)	Verhältnis Vorgesetzte etc. (NK 37,6%)
Alter	-	0,663***	-	-
Geschlecht	-	0,635*	-	1,566*
Anzahl Patienten	-	-	1,255*	-
Anzahl aufwändiger Patienten	-	1,679**	-	1,429*
Berufsqualität	4,970*	-	1,644*	2,640***
Vergütungssystem	-	0,545*	-	-
Wettbewerber in der Region	0,321*	0,488*	-	-
Pflegeausbildung	-	1,414*	1,303*	-
Fachbereich	-	-	-	-
Behandlungssetting	-	-	-	-
Belastende Arbeitssituationen		2,739**	-	4,625**
Zusammenarbeit Berufsgruppen	-	1,926*		6,969***
Verhältnis Vorgesetzte etc.	4,324**	-	7,041***	



Multivariate Analysen von Arbeitsbedingungen/-situationen von Ärzten/Psychologen

	Qualitätsmängel (NK 23,1%)	Implizite Rationierung (NK 33,6%)	Kooperation mit externen Anbietern (NK 21,6%)
Alter	-	0,573*	-
Geschlecht	-	-	-
Anzahl Patienten	-	1,775*	1,727*
Anzahl aufwändiger Patienten	2,392*	1,973*	-
Berufsqualität	-	-	-
Vergütungssysteme	-	-	-
Wettbewerber in der Region	-	-	-
Fachbereich	-	-	0,244**
Behandlungssetting	-	-	-
Belastende Arbeitssituationen	4,223*	-	-
Zusammenarbeit andere Berufsgruppen	-	-	-
Verhältnis Vorgesetzte etc.	-	3,741*	-



Multivariate Analysen von Arbeitsbedingungen/-situationen von Ärzten/Psychologen II

	Verhältnis Vorgesetzte etc. (NK 21,8%)	Arbeitsbelastung (NK 28,8%)	Zusammenarbeit Berufsgruppen (NK 13,8%)	Patientenorientierung (NK 40,6%)
Alter	-	0,457*	-	0,371**
Geschlecht	-	-	-	0,278*
Anzahl Patienten	-	2,585*	-	-
Anzahl aufwändiger Patienten	-	-	-	2,255*
Berufsqualität	3,072*	-	-	-
Vergütungssystem	-	-	-	-
Wettbewerber in der Region	-	-	-	-
Fachbereich	-	-	-	-
Behandlungssetting	-	-	-	-
Belastende Arbeitssituationen	9,730*		-	-
Zusammenarbeit andere Berufsgruppen	-	-		-
Verhältnis Vorgesetzte etc.		11,329*	-	-



Schlagzeilen der Ergebnisse der multivariaten Analyse für Pflegekräfte (PK)

- PK, die schlecht mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten, eine schlechte Berufsqualität haben oder viele aufwändige Patienten zu pflegen haben, haben größere Chancen für viele, ständig oder oft auftretende **Qualitätsmängel**; ältere oder weibliche PK, PK, die in Spezialpsychiatrien arbeiten oder in nicht vollstationären Settings haben eine geringere Chance für viele Qualitätsmängel/höhere Chance für wenig Qualitätsmängel
- PK mit vielen aufwändigen Patienten, unzureichender Berufsqualität und viel belastenden Arbeitssituationen haben größere Chancen für viel **implizite Rationierung**; wenn PK in Kliniken arbeiten, die ein traditionelles Vergütungssystem haben, haben sie weniger mit viel impliziter Rationierung zu tun/Pflegekräfte mit innovativem Vergütungssystem haben dagegen höhere Chancen für viel implizite Rationierung
- PK, die eine schlechte Berufsqualität angeben und PK mit einem schlechten Verhältnis zu Vorgesetzten etc. haben eine größere Chancen für viele **belastende Arbeitssituationen**, PK aus Kliniken ohne einen Wettbewerber in der Region haben deutlich weniger belastende Arbeitssituationen
- PK mit vielen Patienten, schlechter Berufsqualität, ohne Ausbildung als examinierte Pflegekraft oder psychiatrische Fachpflegekraft und einem schlechten Verhältnis zu Vorgesetzten etc. haben mehr Chancen für schlechte **Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

Schlagzeilen der Ergebnisse der multivariaten Analyse für Pflegekräfte (PK) II

- Bei PK mit vielen aufwändigen Patienten, die keine examinierte Krankenpflegekraft bzw. psychiatrische Fachpflegekraft sind, viel belastende Arbeitssituationen haben, oder schlecht mit anderen Berufsgruppen und Vorgesetzten zusammenarbeiten, haben eine schlechte oder wenig **Patientenorientierung**, bei älteren und weiblichen PK ist die Chance für wenig/schlechte Patientenorientierung geringer, ebenso, wenn sie in Kliniken mit traditionellem Vergütungssystem arbeiten oder dort wo es keinen Wettbewerber in der Region gibt
- PK mit schlechter Berufsqualität, weibliche PK und PK mit vielen aufwändigen Patienten, vielen belastenden Arbeitssituationen und schlechter Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen haben eine erhöhte Chance eines schlechten **Verhältnisses zu Vorgesetzten** etc.

Schlagzeilen der Ergebnisse der multivariaten Analyse für Ärzte/Psychologen (ÄP)

- Bei ÄP mit vielen aufwändigen Patienten oder vielen belastenden Arbeitssituationen treten deutlich mehr **Qualitätsmängel** auf
- ÄP, die viele Patienten haben, haben eine bessere **Kooperation mit anderen Leistungsanbietern**, wenn ÄP in Spezialpsychiatrien arbeiten, ist ihre Chance vieler guter Kooperationen mit Externen geringer
- ÄP, die ein schlechtes Verhältnis zu Vorgesetzten etc. haben, viele und viel aufwändige Patienten pflegen, haben eine höhere Chance für **implizite Rationierung**; ältere ÄP haben es deutlich weniger mit viel impliziter Rationierung zu tun
- ÄP mit einer unzureichenden Berufsqualität und mit vielen Belastungen haben auch eine deutlich höhere Chance für ein schlechtes **Verhältnis zu Vorgesetzten** etc.
- ÄP mit vielen Patienten und schlechtem Verhältnis zu Vorgesetzten etc. geben viele **belastende Arbeitssituationen** an, weniger werden die nur bei älteren ÄP
- ÄP mit vielen aufwändigen Patienten haben eine schlechtere **Patientenorientierung**; ältere und weibliche ÄP kommen mit Patienten besser zu Recht
- Für die Arbeitsbedingung **Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen** gibt es im theoretischen Modell keine signifikanten Einflussfaktoren

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Ab 13.30 Uhr vertiefende Diskussion mit drei Schwerpunkten...

Workshop 1: **Unternehmens- und Personalstrategien**

Prof. Dr. Michael Lingenfelder (Moderation: Frau Karin Kubitschek)

Workshop 2: **Arbeit und Arbeitsbedingungen**

Dr. Bernard Braun (Moderation: Heike Mertesacker)

Workshop 3: **Qualität der Patientenversorgung**

Prof. Dr. Tilman Steinert (Moderation: Dr. Dorothea Voss)

Fragestellungen:

1. **Meine Verständnisfragen sind...**
2. **Meine erste Bewertung der Ergebnisse ist (Erklärung, Hintergründe, ...)...**
3. **Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für meine Arbeit...**

