Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA
Dr. med. Dr. rer. nat. Gordon Philipp Otto, M.Sc., MHBA
Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH
Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH

Eine Auszeichnung für attraktive ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Instrument gegen den Ärztemangel – Ergebnisse einer Pilotstudie

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat sich für Krankenhäuser eine zunehmend angespannte Situation bei der Rekrutierung von ärztlichem Personal entwickelt. Die Qualität des Fachpersonals stellt gleichzeitig einen wesentlichen Qualitätsbaustein dar. Eine Auszeichnung für attraktive Arbeitsbedingungen und hohe Mitarbeiterzufriedenheit könnte für Krankenhäuser ein erfolgversprechendes Instrument sein, da es einen unmittelbaren Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenhäusern darstellt.

In diesem Artikel wird eine standardisierte Prüfungsmethodik für Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Krankenhauspersonal vorgestellt sowie die Ergebnisse einer Pilotstudie präsentiert. Die Prüfungsmethodik nutzt eine Mitarbeiterbefragung, Arbeitgeberangaben sowie ein Audit. Aufgrund des Wettbewerbsvorteils für ausgezeichnete Krankenhäuser durch eine gesteigerte Reputation stellt eine solche Auszeichnung einen expliziten Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen dar. Da als schlecht empfundene Arbeitsbedingungen ein Hauptmotiv für praktizierende Mediziner darstellen, ihre ärztliche Tätigkeit einzustellen, könnte eine flächendeckende Verbesserung der Arbeitsbedingungen vermutlich dazu führen, dass mehr Mediziner ihre ärztliche Tätigkeit beibehalten. Folglich stellt eine solche Auszeichnung ein Instrument gegen den Ärztemangel dar.

Schlüsselwörter

Arbeitsbedingungen, Mitarbeiterzufriedenheit, Ärztemangel, Auszeichnung, Arbeitsplatzattraktivität, Work-Life-Balance

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2121

Eines der Hauptmotive für die Abkehr vieler Mediziner von der ärztlichen Versorgung in Deutschland sind nachweislich als schlecht empfundene Arbeitsbedingungen mit einer unbefriedigenden Work-Life-Balance, systematisch zu hoher Arbeitsbelastung und langen sowie unflexiblen Arbeitszeiten (Via medici 2006). Diese resultieren zum einen aus dem Mangel per se (unbesetzte Stellen führen zur Überlastung kompensierender Stellen) zum anderen können sie aber auch als eine anhaltende Folge der 80er und 90er Jahren gesehen werden. In jener Zeit der „Ärzteschwemme" wurde eine hohe Arbeitsbelastung von Medizinern hingenommen, da das Stellenangebot bei hoher Stellennachfrage sehr knapp war. Auch damit verbundene Verstöße gegen Arbeitsrecht oder das Arbeitszeitgesetz wurden und werden auch heute häufig nicht gemeldet oder geahndet (dpa 2017; Via medici 2014; Peters 2013). Die hohe Arbeitsbelastung entsteht aber nicht ausschließlich durch ärztliche Tätigkeiten an sich, sondern vermehrt auch durch eine zunehmende Bürokratisierung des Berufs. In einer Ärztebefragung aus dem Jahr 2010 äußerten mehr als 50% der befragten Mediziner, dass sie mehr als ein Viertel der täglichen Planarbeitszeit für Verwaltungstätigkeiten verwenden (IQME 2011). Da in der Zeit der „Ärzteschwemme" ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung standen, wurde in der Vergangenheit nur begrenzt Wert auf Effizienz oder eine Optimierung der Strukturen und Prozesse gelegt. Während die Struktur- und Prozessdefizite teilweise erhalten blieben, nahmen Personal- und wirtschaftliche Ressourcen kontinuierlich ab, sodass diese Konstellation für die gegenwärtige Arbeitsbelastung als ursächlich betrachtet werden kann. Dies bedeutet jedoch auch, dass sich in diesen Strukturen und Prozessen heute noch ein immenses Potenzial zur Steigerung der Effizienz verbirgt. So gibt es Stationen und Krankenhäuser, in denen an nicht-ärztliches Personal delegierbare Tätigkeiten wie Blutentnahmen oder die Organisation von Dokumenten weiterhin von ärztlichem Personal ausgeführt werden.

>> In naher Zukunft ist mit einer weiteren Verschärfung des Mangels ärztlicher Arbeitskräfte zu rechnen, da der Bedarf einerseits durch den demografischen Wandel und die damit verbundene ältere und morbidere Patientenschaft stetig zunimmt, es anderseits durch die gestiegene Bedeutung der Work-Life-Balance mit höherer Nachfrage nach flexiblen Arbeitszeiten und Teilzeitmöglichkeiten zu einer weiteren Verknappung kommen kann.

Intensiver Wettbewerb um Nachwuchskräfte

Als Resultat aus dem vorherrschenden Ärztemangel besteht mittlerweile ein ausgeprägter Wettbewerb um Nachwuchskräfte. Die meisten Krankenhäuser geben in Umfragen an, dass Probleme bei der Stellennachbesetzung bestehen (Meißner/Osterloh 2012). Die Bedeutung des Mangels ist hierbei von Region zu Region und von Fachgebiet zu Fachgebiet sehr unterschiedlich ausgeprägt. Manche

Hintergrund

In Deutschland hat sich in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ein progredienter Ärztemangel entwickelt (Kopetsch 2010; Osterloh 2015). Je nach zugrunde liegender Quelle sind 3.000 bis 5.000 Arztstellen nicht besetzt, bei steigender Tendenz (Marburger Bund 2016; Flintrop 2010). Betroffen von diesem Mangel sind alle Sektoren, Fachrichtungen, Landesteile, städtische wie ländliche Regionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; Stukenberg/Elmer 2015). Während Abteilungsleitungen zu Beginn der 2000er Jahre in der Regel auf ein Überangebot von Arbeitssuchenden im ärztlichen Dienst zugreifen konnten, hat sich dies mittlerweile gewandelt. Nun sind es zunehmend die Stellensuchenden, welche aus verschiedenen Arbeitsangeboten wählen können. Die für den vorherrschenden Mangel zugrundeliegenden Ursachen sind multifaktoriell. Manche Mediziner nehmen die ärztliche Tätigkeit nach dem abgeschlossenen Studium erst gar nicht auf oder geben diese im Verlauf auf, um in eine andere Branche zu wechseln (Pharmazeutische Industrie, Versicherungen, Management). Auch beobachtet man seit Jahren eine Auswanderung von Medizinern, häufig in Staaten, in denen diese bessere Arbeitsbedingungen vorfinden können (Ilg 2010; Kopetsch 2008).

Krankenhäuser versuchen dem durch die Einstellung von internationalem ärztlichen Personal gegenzuwirken (Bouncken et al. 2013). Unbesetzte Stellen können für Krankenhäuser ein ernstzunehmendes Risiko darstellen. Da bei unbesetzten bzw. längerfristig schwierig zu besetzenden Stellen die Patientenzahlen meist trotzdem konstant bleiben, entsteht ein Mehraufwand pro ärztlichem Mitarbeitendem, der das entsprechende Krankenhaus als Arbeitgeber noch weiter unattraktiv werden lässt. Besser qualifizierte Arbeitnehmer mit Alternativangeboten verlassen das Unternehmen aufgrund der schlechteren Bedingungen bzw. entscheiden sich im Bewerbungsprozess für attraktivere Arbeitsstellen. Die schlechter qualifizierten oder weniger flexiblen Kandidaten bleiben erhalten. Dies kann eine Abwärtsspirale verursachen, die eine potentiell erhebliche negative Wirkung auf die Versorgungsqualität und langfristig die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses bewirkt. Den negativen Einfluss schlecht empfundener Arbeitsbedingungen auf die Stellenbesetzungsprobleme hat Blum 2010 für Arbeitsbelastung und Arbeitszeitgestaltung gezeigt (s. Abb. 1).

Vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme und Risiken, versuchen einige Arbeitgeber bereits die Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten. So werden früher kaum für möglich gehaltene Veränderungen wie flexiblere Arbeitszeiten eingeführt, Überstunden durch Prozessoptimierung reduziert und vergütet, eine übertarifliche Vergütung angeboten, attraktivere Dienstmodelle genutzt, vermehrt Teilzeitstellen gefördert und Weiterbildungsmöglichkeiten erweitert. Diese Entwicklungen sind bisher allerdings unstrukturiert und nicht flächendeckend.

Erfassung von Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit

Für Krankenhäuser mit attraktiven Arbeitsbedingungen und hoher Mitarbeiterzufriedenheit stellt sich die Frage, wie diese Information transparent gemacht und nach außen kommuniziert werden kann. Eine Möglichkeit hierzu könnte eine Auszeichnung für attraktive Arbeitsbedingungen und hohe Mitarbeiterzufriedenheit sein, welche nach externer Prüfung vergeben wird.

Eine Methodik zur Erfassung der Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit, die eine solche Auszeichnung ermöglicht, sowie ihre Anwendung in einer Pilotstudie wird in diesem Artikel dargestellt. Ziel der Prüfungsmethodik ist die weitestgehend standardisierte Feststellung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Arbeitsbedingungen für ärztliches Krankenhauspersonal. Bei attraktiven Arbeitsbedingungen und einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit kann eine Auszeichnung vergeben werden. Hierfür ist das Festlegen der Mindestanforderungen an die Vergabe notwendig. Die Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhäuser bzw. Abteilungen sollen objektiv verglichen werden können. Es ist bekannt, dass Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern zwischen einzelnen Abteilungen stark differieren können. Daher soll die Prüfung abteilungsweise möglich sein.

Prüfungsmethodik

Mehrdimensionales Konzept von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsfacetten

Zunächst erfolgte die Operationalisierung der Mitarbeiterzufriedenheit. Hierzu greift die Prüfungsmethodik auf das mehrdimensionale Konzept der Mitarbeiterzufriedenheit zurück, welches in mehreren

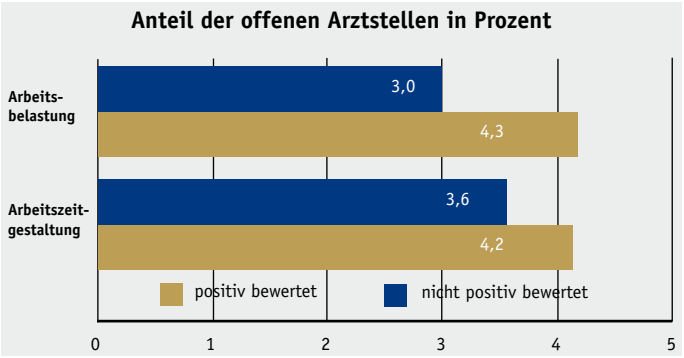


Abb. 1: Zusammenhang der Stellenbesetzungsprobleme mit Arbeitsbedingungen (vgl. Blum/Löffert 2010)

Studien der Arbeits- und Organisationspsychologie bereits etabliert wurde (vgl. Felfe 2006). Das Konzept ermöglicht die spezifische Untersuchung der den Dimensionen entsprechenden Arbeitsfacetten.

Es erfolgte eine Anpassung des Konzepts an das ärztliche Umfeld mit Definition der Arbeitsfacetten. Zur Identifikation aller relevanten Arbeitsfacetten wurden bereits bestehende Instrumente zur Arbeitszufriedenheit im Allgemeinen berücksichtigt wie der „Job Satisfactory Survey" von Spector (Spector 1997) oder der „Arbeitsbeschreibungsbogen" von Neuberger/Allerbeck (Neuberger/Allerbeck 1978). Hieraus konnten Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsatmosphäre, Führungskultur, Vergütung und Weiterentwicklung als relevante Arbeitsfacetten identifiziert werden. Außerdem wurde Literatur berücksichtigt, die speziell Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Personal behandelt (vgl. Kaiser 2005; Blum/Löffert 2010; Schmidt et al. 2011; Buxel 2012; Meißner/Osterloh 2012; MB-Monitor 2015, 2017). So konnten folgende weitere Arbeitsfacetten identifiziert werden: Erfüllung in der Tätigkeit, Selbstbestimmung, Fairness, Wertschätzung und Zeit für Patienten. Alle zehn identifizierten und in der Prüfungsmethodik verwendeten Arbeitsfacetten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Arbeitsfacetten
Arbeitszeitgestaltung
Arbeitsatmosphäre
Führungskultur
Vergütung
Weiterentwicklung
Erfüllung in der Tätigkeit
Selbstbestimmung
Fairness
Wertschätzung
Zeit für Patientinnen und Patienten

Tab. 1: In der Prüfungsmethodik verwendete Arbeitsfacetten.

Instrumente der Prüfungsmethodik und Vorgehen

Vier Instrumente wurden zur Datenerhebung eingeschlossen: Mitarbeiterbefragung, Selbstassessment der Abteilungsleitung, Kennzahlen der Abteilung und Audit.

Mitarbeiterbefragung

Ziele der Mitarbeiterbefragung sind Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit, der einzelnen Arbeitsfacetten sowie der Identifikation des Optimierungspotenzials und der Gestaltungsideen aus Mitar-

beitersicht (Bottom-up). Bei der Gestaltung der Befragung wurden Items aus bestehenden Fragebögen „Fragebogen zur Arbeitsanalyse“ (Frieling 1978) und „Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse“ (Keller et al. 2013) übernommen und ergänzt. Außerdem enthält die Befragung noch Items zu Organisation, Personal und Infrastruktur. Die Mitarbeiterbefragung ist anonym und erfolgt online. Die Bearbeitung für Mitarbeitende beträgt 15-25 Minuten. Die Beantwortung der Items erfolgt hauptsächlich anhand einer Zustimmungsskala mit vierstufiger Antwortskala (Likert-Skala). Außerdem enthält die Befragung Items mit Freitextangabe sowie weitere Items, in welchen die Befragten die persönliche Wichtigkeit der einzelnen Arbeitsfacetten angeben können.

In einem Pretest wurden 23 Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Befragung eingeladen, von denen 16 (70%) an der Befragung teilnahmen. Die rückgemeldete Bearbeitungsdauer war etwa 20 Minuten. Technisch wurden keine Probleme verzeichnet. Mit 4,1% (75 von insgesamt 1.840 Antworten) zeigten sich wenige Enthaltungen, was darauf hindeutet, dass die gestellten Items verständlich sind, die Befragten eine Meinung zu diesen haben und mitteilen möchten.

Selbstassessment der Abteilungsleitung

Das Selbstassessment der Abteilungsleitungen dient dazu, zu erfahren, welchen Stellenwert die einzelnen Arbeitsfacetten in der Abteilung einnehmen. Hier soll dargelegt werden, ob die geprüften Arbeitsfacetten in Strategien, Leitbild o.ä. verankert sind und ob Maßnahmen oder Konzepte bezüglich der Arbeitsfacetten bestehen (beispielsweise ein Fortbildungskonzept).

Kennzahlen der Abteilung

Die erfragten Kennzahlen erstrecken sich über die Themengebiete Abteilungsstruktur, Personalstruktur und -entwicklung, Zeitmanagement, Arbeitsablauf sowie Vergütung. Beispiele für die erhobenen Kennzahlen sind die Fluktuationsrate in der Abteilung, bewilligte bzw. genommene Fortbildungstage und die Drop-out-Quote (Anteil der Mitarbeitenden, die in der Facharztausbildung die Stelle beginnen und vor Ende der Facharztausbildung bereits die Stelle verlassen). Hierbei ist zu beachten, dass die Mitarbeiterzufriedenheit nicht zwangsläufig mit einer einzelnen Kennzahl korreliert, sondern mit dem Konstrukt aus mehreren dieser.

Audit

Ziel des eintägigen Audits ist es, die bisher gewonnenen Informationen aus Mitarbeiterbefragung und Arbeitgeberangaben (Selbstassessment und Kennzahlen) zu verifizieren. Dies geschieht in semistandardisierten Interviews, in denen die Mitarbeitenden gezielt befragt werden. Die Items werden großteils nach Erhalt der Informationen aus Mitarbeiterbefragung und Arbeitgeberangaben vor dem Audit formuliert. Außerdem werden die Arbeitsplätze begangen und nach Eignung, Atmosphäre und Ergonomie beurteilt.

Auswertung der Informationen

Die Auswertung der erhobenen Informationen erfolgt in zwei Dimensionen. Zum einen werden nach einem Scoringsystem für alle Teilabschnitte insgesamt bis zu 100 Punkte vergeben. Hierbei werden bis zu 55 Punkte für die Mitarbeiterbefragung, bis zu 25 für die Arbeitgeberangaben und bis zu 20 für das Audit vergeben. Auch sind Punktabzüge durch das Audit möglich, wenn positiv gewertete Aussagen nicht verifiziert werden können. Des Weiteren werden die Arbeitsfacetten einzeln bewertet. Hierzu werden alle Informationen berücksichtigt, welche die jeweilige Arbeitsfacette betreffen. Aus der Mitarbeiterbefragung und dem Audit gehen die Items mit verschiedener Gewichtung in die Bewertung einer Arbeitsfacette ein. Zusätzlich kann durch die Kennzahlen aus den Arbeitgeberangaben standardisiert eine Hochkorrektur erfolgen. Am Ende der Auswertung steht für jede Arbeitsfacette eine Bewertung auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 die beste und 1 die schlechteste Bewertung widerspiegeln und 5,5 eine neutrale Bewertung bedeutet. Zusätzlich werden die Arbeitsfacetten subsummiert und in einem Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm dargestellt.

Als Mindestvoraussetzung zum Verleihen der Auszeichnung wurde eine Mindestpunktzahl von 60 Punkten festgelegt sowie eine Bewertung aller einzelnen Arbeitsfacetten von mindestens 5,5/10. Die Rationale hierfür ist, dass in Anlehnung an das mehrdimensionale Konstrukt von Mitarbeiterzufriedenheit nicht die am besten empfundenen Einflussfaktoren die Zufriedenheit determinieren, sondern die am schlechtesten empfundenen. Ein als schlecht empfundener Einflussfaktor kann bereits das Gefühl von Zufriedenheit deutlich reduzieren.

Pilotstudie

Study-Site

Die entwickelte Prüfungsmethodik wurde in einer Krankenhausabteilung in einer Stadt mit etwa 120.000 Einwohnern durchgeführt. Die Abteilung verfügte zum Zeitpunkt der Studie über 20 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 37 Normalstationsbetten und 14 Überwachungsstationsbetten. Die Abteilung ist eingebunden in ein akademisches Lehrkrankenhaus der Schwerpunktversorgung mit etwa 500 Planbetten, 16 Kliniken und etwa 1.300 Angestellten. Jährlich werden 24.000 Patientinnen und Patienten behandelt.

Ergebnisse

Feasibility

Die Prüfungsmethodik zeigte sich in der Pilotstudie als durchführbar. Die Informationserhebung, -verarbeitung und -auswertung waren problemlos möglich. Gemäß den festgelegten Mindestanforderungen an die Vergabe einer Auszeichnung ist eine Auszeichnungsvergabe in der hier untersuchten Abteilung nicht möglich.

Mitarbeiterzufriedenheit

Rund 93% der Mitarbeitenden beantworteten das Item „Ich bin mit meiner Arbeitsstelle zufrieden“ mit „Trifft zu“ oder „Trifft eher zu“. Die allgemeine Mitarbeiterzufriedenheit wurde nach der vorliegenden standardisierten Methodik mit 6,8 bewertet. Auch 93% der Mitarbeitenden gaben an, dass sie in den nächsten Jahren bei dem Arbeitgeber bleiben möchten. Den gestellten Alarm-Items (Items, die einen großen Handlungsbedarf erkennen lassen) ist zu entnehmen, dass 29% der Befragten häufig an einen Jobwechsel denken, 0% aktiv einen Jobwechsel verfolgen und 14% aus Unzufriedenheit häufig an einen Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit denken.

Insgesamt erreichte die Abteilung 61 Punkte. Für die Befragung wurden 34, die Arbeitgeberangaben 15 und das Audit 12 Punkte vergeben. Positiv in die Bewertung aufgenommen wurde zusätzlich das ausgearbeitete Konzept zur Fortbildung des ärztlichen Personals in der Facharztausbildung. Informationen zu diesem Konzept wurden dem Selbstassessment und den Freitextfragen der Mitar-

beiterbefragung entnommen und im Audit verifiziert. Zusätzlich positiv bewertet wurde das regelhafte Verwenden längerfristiger Arbeitsverträge. Weiterhin floss positiv in die Bewertung ein, dass die Fortbildungsmöglichkeiten mehrfach explizit in den Freitextangaben positiv erwähnt wurden. Die Punktvergabe aus den Kennzahlen beruhte auf einer vorhandenen elektronischen Arbeitszeitdokumentation, einer niedrigen Fluktuationsquote (< 10 %), einer niedrigen Drop-out-Quote (< 15 %) und der vorhandenen ärztlichen Zuarbeit durch nicht-ärztliches Personal. Die Räumlichkeiten erwiesen sich als geeignet und ergonomisch. Abzüge bei der Punktevergabe ergaben sich nicht, da keine Widersprüche im Audit auftraten und die bereits gewonnenen Informationen verifiziert werden konnten.

Arbeitsfacetten

In der Priorisierung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden zeigten sich Arbeitsatmosphäre und Arbeitszeitgestaltung als die am wichtigsten empfundenen Arbeitsfacetten, wobei Selbstbestimmung und Vergütung als die vergleichsweise am wenigsten wichtigen Arbeitsfacetten angegeben wurden. Entsprechend der standardisierten Methodik wurden die Arbeitsfacetten bewertet. Mit einer Bewertung von 7,6 war Führungskultur die am besten bewertete Arbeitsfacette gefolgt von Wertschätzung (7,4) sowie Arbeits-atmosphäre und Fairness (jeweils 6,8). Es erfolgte die Subsumierung der einzelnen Arbeitsfacetten in einem anwenderfreundlichen Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm (Abb. 2) mit Darstellung der Bewertungen von Mitarbeiterzufriedenheit, Führungskultur, Arbeitsbedingungen, Weiterentwicklung und Work-Life-Balance.

Mit einerseits der Priorisierung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden sowie andererseits der Einzelbewertungen der Arbeitsfacetten in der Methodik ist es möglich, Schwächen zu identifizieren. Hier handelt es sich um die schlecht bewerteten Arbeitsfacetten, die gleichzeitig hoch priorisiert werden. In der untersuchten Abteilung zeigte sich die Arbeitszeitgestaltung als Schwäche. Denn die Bewertung war mit 5,7 relativ niedrig und gleichzeitig wurde sie von den Mitarbeitenden als zweitwichtigste Arbeitsfacette angegeben.

Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm



Abb. 2: Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm mit Bewertung der für Bewerber wichtigen Unterpunkte Mitarbeiterzufriedenheit, Führungskultur, Arbeitsbedingungen, Weiterentwicklung und Work-Life-Balance.

Effekte einer Auszeichnung attraktiver ärztlicher Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Im Zeitalter des Fachkräftemangels ist es bereits zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen gekommen. Denn derzeit beurteilen Mediziner im Krankenhaus ihre Arbeitsbedingungen besser als noch vor Jahren. Während in einer Umfrage des Marburger Bundes 2010 noch 42% der Befragten ihre Arbeitsbedingungen als „schlecht" oder „sehr schlecht" angaben, waren es 2017 nur noch 24% (IQME 2011; Marburger Bund 2017).

Vor dem Hintergrund der Ärzteknappheit und dem wachsenden Bewusstsein für die Wichtigkeit der Arbeitsplatzattraktivität kann eine Auszeichnung attraktiver Arbeitsbedingungen und hoher Mitarbeiterzufriedenheit für Krankenhäuser ein ideales Instrument darstellen, um im Wettbewerb um Fachkräfte zu bestehen. Eine solche Auszeichnung stellt durch den in Aussicht gestellten Wettbewerbsvorteil einen Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen dar. Krankenhäuser können mit einer solchen Auszeichnung die Forderungen der jüngeren, selbstbewussten Ärztegeneration nach verbesserten Arbeitsbedingungen erfüllen und die Talente aus dieser Generation an sich binden. Die Auszeichnung erhöht den Wirkungskreis der verbesserten Arbeitsbedingungen und erreicht nicht nur die bereits angestellten Mitarbeitenden. Sie ermöglicht Krankenhäusern, ohne weiteren Aufwand attraktive Arbeitsbedingungen nach außen zu kommunizieren, sodass die Anzahl und Qualität der sich Bewerbenden vermutlich deutlich zunehmen. Beispielsweise kann das Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm öffentlichkeitswirksam auf Stellenanzeigen und auf der Website des Krankenhauses verwendet werden.

Neben der erwarteten Verbesserung der Arbeitsbedingungen für ärztliches Krankenhauspersonal, die sich aus der Anreizwirkung einer solchen Auszeichnung ergibt, ist auch eine direkte Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahrscheinlich. So erlaubt das in der Prüfungsmethodik verwendete etablierte Konzept der mehrdimensionalen Mitarbeiterzufriedenheit Stärken und Schwächen in der Mitarbeiterorientierung zu identifizieren und Maßnahmen hieraus abzuleiten. Außerdem haben die Mitarbeitenden im Mitarbeiterfragebogen mittels geeigneten Freitext-Items und dem Audit im Interview Gelegenheit, konkrete Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Mit der Gewichtung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden können Arbeitgeber zusätzlich den Handlungsbedarf zur Verbesserung einzelner Arbeitsfacetten einschätzen. Bereits das Teilnehmen an einer Mitarbeiterbefragung kann für die Mitarbeitenden positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit haben, wenn für sie das Gefühl entsteht, dass der Arbeitgeber ihre Meinung würdigt.

Mitarbeiterorientierung beim aktuell vorherrschenden ökonomischen Druck

Krankenhäuser stehen in Deutschland unter einem zunehmenden wirtschaftlichen Druck. Während in den letzten Jahren Krankenhäuser in vielen Bereichen Optimierung erfahren haben (beispielsweise in den Bereichen der Leistungs- und Kodierprozesse), scheint das Optimierungspotenzial des wichtigen Erfolgsfaktors Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung in deutschen Krankenhäusern noch sehr hoch. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Notwendigkeit alle Optimierungspotenziale zu erschließen, gewinnen Mitarbeiterorientierung und -bindung zunehmend an Bedeutung.

Es ist elementar für Krankenhäuser, die ineffizienten Prozesse und Strukturen zu identifizieren, die zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden führen, da Unzufriedenheit zu einer geringeren Produktivität führt.

Bei Unternehmen verschiedener Wirtschaftsbereiche wurde der Zusammenhang von Mitarbeitermotivation und Unternehmenserfolg bereits untersucht. Es wurde dabei unterschieden in Unternehmen mit hohem (obere 25%) vs. niedrigem (untere 25%) Mitarbeiterengagement. Für die Unternehmen mit hohem Mitarbeiterengagement zeigten sich eine um 21% höhere Produktivität und eine um 22% höhere Rentabilität. Auch zeigten sich 48% weniger Sicherheitszwischenfälle in den Unternehmen mit hohem Mitarbeiterengagement (Sorenson 2013). Es ist ebenfalls vorstellbar, dass eine erhöhte Akzeptanz des Krankenhauses durch gute Arbeitsbedingungen des ärztlichen Personals zu einer erhöhten Förderbereitschaft bei Spendern und Förderern führt. Erklärung für einen solch positiven Effekt auf die zunehmend wichtige Finanzierungsquelle Fundraising ist die Beeinflussbarkeit von Förderverhalten durch ein positives Image des Krankenhauses. Eine nach außen kommunizierte Auszeichnung attraktiver Arbeitsbedingungen kann diesen Effekt weiter verstärken.

Einen anderen Ansatz für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Mitarbeiterorientierung stellt das Konfliktkostenmodell dar, in dem Kosten durch Reibungsverluste wie Mitarbeiterfluktuation, aber auch kontraproduktives oder unternehmensschädliches Verhalten von Mitarbeitern untersucht werden (Insam 2009). Bei einer niedrigen Mitarbeiterzufriedenheit ist von einem höheren Konfliktpotenzial auszugehen. Durch Konfliktlösung sind diese Kosten reduzierbar. Der vorherrschende ökonomische Druck sollte also

Literatur

Blum, K./ Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut (DKI). In: https://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf zugegriffen am 07.02.2018

Bouncken, R. B., Reuschl, M., Pfannstiel, A. (2013): Strategischer Fokus bei der internationalen Personalakquise. In: Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I, DOI 10.1007/978-3-658-00873-4_19, Wiesbaden: Springer Fachmedien

Bund, K. (2014): Wir sind jung … … und brauchen das Glück: Wie die Generation Y die Berufswelt verändert und warum alle von diesem Wandel profitieren. In: Zeit online. In: http://www.zeit.de/2014/10/generation-y-glueck-geld, zugegriffen am 03.07.2018

Buxel, H., (2012): Arbeitsplatzbedingungen und -zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Münster.

dpa (2017): Kliniken - Gewerbeaufsicht geht gegen Arbeitszeit-Verstöße vor. Focus online. In: http://www.focus.de/regional/hannover/gesundheit-kliniken-gewerbeaufsicht-geht-gegen-arbeitszeit-verstoesse-vor_id_7255172.html. zugegriffen 04.09.2017

Felfe, J. (2006): Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment, in: Fischer L. (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde, 2. Auflage, S. 37-61, Göttingen: Hogreve.

Flintrop, J. (2010): In den Krankenhäusern fehlen 5 500 ärztliche Vollzeitkräfte – Tendenz steigend. in: Dtsch Arztebl 2010, 107(40), A-1890 / B-1663 / C-1635

Frieling, E. (1978): Fragebogen zur Arbeitsanalyse (FAA). Bern: Huber

Sorenson, S. (2013): How Employee Engagement Drives Growth. In: https://www.gallup.com/workplace/236927/employee-engagement-drives-growth.aspx aufgerufen am 08.09.2018

Hawkins, W. E., Tan, P. P., Hawkins, M. J. (1999): Depressive symptomology and specificity of social support,+. In: Psychological Reports, 1999, 84, 1180-1186

Ilg, P. (2010): Mediziner Flucht ins Ausland in: ZEIT ONLINE, 22.05.2010, http://www.zeit.de/karriere/beruf/2010-05/mediziner-abwanderung, zugegriffen am 04.09.2017

Insam, A. (2009): Konfliktkostenstudie – Die Kosten von Reibungsverlusten in Industrieunternehmen, KPMG AG

IQME – Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (2011): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Marburger Bund 2010 - Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Landau. In: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mitgliederbefragung-2010-gesamtauswertung.pdf (zugegriffen am 08.08.2018)

Kaiser, R. H. (2005): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland" (Abschlussbericht) – Kommentierte Zusammenfassung und Vergleich mit eigenen Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen. In: https://www.laekh.de/images/Aerzte/QV/Projekte_Veroeffentlichungen/qv_veroeff_2005_01.pdf (zugegriffen am 08.09.2018)

Keller, M., Bamberg, E., Kersten, M., Nienhaus, A. (2013): Validierung des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärz-tinnen und -ärzte (ISAK), Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O (2013), 57, S. 3-21

Kopetsch, T. (2008): Ärztewanderung: Das Ausland lockt in: Dtsch Arztebl 2008, 04.04.2008, 105(14), A-716 / B-626 / C-614

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur-und Arztzahlentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Ley, U./ Kaczmarczyk, G. (2013): Führungshandbuch für Ärztinnen: Gesunde Führung in der Medizin, Berlin Heidelberg: Springer

Maio, G. (2016): Geschäftsmodell Medizin – Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin: Suhrkamp

Marburger Bund (2016): MB Survey 2016 - Umfrage zur Arbeitssituation im ärztlichen Dienst kommunaler Krankenhäuser. In: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2016/viele-arztstellen-kommunalen-krankenhaeusern-unbesetzt/mb-survey-2016.pdf (zugegriffen am 07. September 2017)

Marburger Bund (2017): MB-Monitor 2017. In: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mb-monitor-2017-zusammenfassung.pdf zugegriffen am 05.08.2018

Matyssek, A. K. (2011): Wertschätzung im Betrieb: Impulse für eine gesündere Unternehmenskultur. Norderstedt: Books on Demand GmbH

Meißner, M./Osterloh, F. (2012): Ärztemangel im Krankenhaus: Erfolgsfaktor Familie. In: Dtsch Arztebl 2012, 16.11.2012, 109(46), A-2280 / B-1858 / C-1822

Neuberger, O./ Allerbeck, M. (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB). Bern: Huber

Osterloh, F. (2015): Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Dtsch Arztebl 2015, 112(16), A-703 / B-597 / C-577

Peters, S. (2013): Nach Unfalltod in Krefeld Arbeitszeitverstöße: Bußgeld gegen Helios-Klinikum; In: RP ONLINE. In: http://www.rp-online.de/nrw/staedte/krefeld/arbeitszeitverstoesse-bussgeld-gegen-helios-klinikum-aid-1.3226742, zugegriffen am 04.09.2017

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Kurzfassung, Bonn/Berlin, Juni 2014, S. 103

Schmidt, C., Möller, J., Schmidt, K., Gerbershagen, M., Wappler, F., Limmroth, V., Padosch, S., Bauer, M., (2011): Generation Y: recruitment, retention and development. Der Anaesthesist. 60: 517–524

Schürmann, B. (2014): Die Generation Y, Die Integration verschiedener Generationen funktioniert nur dann, wenn Jüngere und Ältere Verständnis füreinander entwickeln. in: Dtsch Arztebl 2014, 111(29-30)

Spector, P. E. (1997): Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences, in: British Journal of Industrial Relations. Dec98, Vol. 36, Issue 4: 672-674

Stukenberg, T./ Elmer, C. (2015): Datenlese Blog, Örtlich betäubt in: Spiegel online: http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/landaerzte-datenanalyse-zum-mangel-wo-aerzte-fehlen-a-1013906.html, zugegriffen am 04.09.2017

Via medici (2006): Motivationsbarometer 2006: Motivation für den Arztberuf – Umfrage unter 2 672 Medizinstudierenden und Ärzten. In: http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/politik/motivationsbarometer.html zugegriffen am 20.06.2013

Via medici (2014): Arbeitsrecht und Überstunden im Arztberuf. In: https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-allgemeine-infos-1570/a/arbeitsrecht-und-ueberstunden-im-arztberuf-23861.htm, abgerufen am 04.09.2017

nicht als Argument gegen, sondern vielmehr als Argument für eine Stärkung der Bedeutung von Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit auch im Gesundheitswesen dienen. So sollten Maßnahmen zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit als Investitionen betrachtet werden.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Die aktuelle Tendenz zu einem höheren Bedarf bei gleichzeitiger Knappheit an Medizinern macht eine entschlossene, nachhaltige Gegensteuerung notwendig. Hierbei sind einerseits Maßnahmen zu berücksichtigen, welche die Anzahl des ärztlichen Personals erhöhen, als auch Maßnahmen, die zu einer gesteigerten Effizienz in der ärztlichen Tätigkeit führen.

Gängiger Ansatzpunkt ist eine Erhöhung der Studierendenzahl. Zu beachten dabei jedoch ist, dass Drop-out-Quoten von 14% während des Studiums und 12% der Absolventen nach Abschluss des Humanmedizinstudiums bestehen (Kopetsch 2010). Ein weiterer Ansatz ist das Anwerben von internationalem ärztlichem Personal. Hier kritisch zu betrachten ist neben der Sprachbarriere für Patienten und Ärzte der globale „Brain Drain", den das Anwerben internationaler Mediziner als Dominoeffekt nach sich zieht. Denn in ihrem Land besteht meist ebenfalls ein Bedarf an Medizinern und das Defizit dort wird durch den Wegzug weiter verstärkt. Dies verschlechtert die medizinische Versorgung in jenen Staaten weiter.

Mit einer Auszeichnung attraktiver ärztlicher Arbeitsbedingungen im Krankenhaus kann auf mehreren Ebenen dem Ärztemangel entgegengewirkt werden. Insbesondere durch ihre Anreizwirkung kann sie über eine breitflächige Verbesserung der Arbeitsbedingungen dazu führen, dass weniger Mediziner die ärztliche Tätigkeit beenden. Auch ist wahrscheinlich, dass weniger Mediziner ins Ausland ziehen, um dort ärztlich tätig zu sein, da der Unterschied in den Arbeitsbedingungen zwischen den Staaten weniger bedeutend wird. Somit bleiben vermutlich mehr Mediziner deutschen Krankenhäusern und Praxen erhalten und führen ihre ärztliche Tätigkeit fort.

Eine solche Auszeichnung stellt erstmals einen expliziten Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern dar und kann so dabei helfen, den Prozess der Verbesserung zu beschleunigen. Die dargestellte Prüfungsmethodik orientiert sich gleichmäßig an den Bedürfnissen der Krankenhäuser als auch der Mediziner. Die in der Methodik berücksichtigte Work-Life-Balance spielt für die jüngere Medizinergeneration bei gleichzeitigem Wunsch nach Sinnhaftigkeit eine zunehmend große Rolle. Die Mediziner der Generation „Y" beschäftigen sich intensiv mit der Frage, ob sie in einem Umfeld leben, das sie glücklich werden lässt und in dem sie den Rest ihres Berufslebens verbringen möchten (Bund 2014; Schürmann 2014). Die Selbstverwirklichung wird als höheres Gut angesehen als die Treue zum Arbeitgeber. Wertschätzung stellt einen wichtigen Gesundheitsfaktor dar (Matyssek 2011), fördert Arbeitsfähigkeit (Ley/Kaczmarczyk 2013) und reduziert Ängste sowie das Depressionsrisiko (Hawkins 1999). Zeit für Patientinnen und Patienten sowie das Patienten-Arzt-Verhältnis ist ein zentraler Faktor für Zufriedenheit im ärztlichen Setting (Maio 2016).

Viele Mediziner wünschen sich mehr Transparenz bei der Stellensuche. Die bisherigen Möglichkeiten sich über die Arbeitsbedingungen einer möglichen neuen Stelle zu informieren, beschränken sich meist auf die Aussagen aktuell Mitarbeitender während einer Hospitation oder Erfahrungsberichte, die im Internet veröffentlicht werden. An der Gültigkeit der Aussagen können für Bewerber allerdings Zweifel bestehen, da die Motivation der aktuell Mitarbeitenden sowie der Autoren von Erfahrungsberichten die Beurteilung stark verzerren können. Vorteilhaft an der Prüfungsmethodik ist die standardisierte, objektivierte Prüfung der Arbeitsbedingungen, die nicht nur auf die subjektive Darstellung von Abteilungsleitung oder den Mitarbeitenden, sondern auch auf objektive Kennzahlen zurückgreift, welche auf attraktive Arbeitsbedingungen schließen lassen. Um dem Wunsch nach mehr Transparenz nachzukommen, können Krankenhäuser beispielsweise das in der Methodik beschriebene Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm nach außen kommunizieren. Mit diesem sind für Interessierte wie Bewerber die Stärken einer Abteilung ersichtlich und die Arbeitsbedingungen verschiedener Abteilungen können verglichen werden. <<

An award recognizing attractive working conditions in hospitals as a mechanism to combat the physician shortage – a pilot study

Recruiting and retaining medical staff has become increasingly challenging for German hospitals in recent years. Qualified medical staff play a critical role in determining the quality of care in a hospital. An award recognizing hospitals for attractive working conditions and high physician satisfaction could be a promising tool for hospitals to attract and retain physicians.
This article describes a standardized methodology for the evaluation of working conditions and physician satisfaction in hospitals and presents the results of a pilot study. The methodology uses an employee survey, an audit, as well as data concerning working conditions provided by the employer.
The positive impact on a hospital's reputation as a result of this award results in a competitive advantage, thus providing an incentive for hospitals to improve satisfaction in the workplace. Given that one of the primary reasons physicians provide for leaving medicine in Germany is poor working conditions, a widespread improvement would encourage them to continue practicing. Therefore, an award recognizing hospitals for attractive working conditions and high physician satisfaction could represent a useful mechanism to combat the physician shortage.

Keywords

working conditions, physician satisfaction, physician shortage, award, attractive workplace, work-life balance

Autorenerklärung

Dr. Carstensen ist Geschäftsführer der Treatfair GmbH in Stuttgart. Neben Dr. Carstensen arbeiteten an Studie und Veröffentlichung mit: Dr. Dr. Gordon Otto, Prof. Dr. Oliver Schöffski und Prof. Dr. Kai Wehkamp. Sie haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Zitationshinweis

Carstensen et al.: „Eine Auszeichnung für attraktive ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Instrument gegen den Ärztemangel – Ergebnisse einer Pilotstudie", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/19), S. 53-59, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2121

Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA
hat Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg studiert und ist aktuell Assistenzarzt für Innere Medizin am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. 2017 absolvierte er ein Studium zum Master of Health Business Administration an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen-Nürnberg. Seitdem widmet er sich der Bedeutung der Mitarbeiterzufriedenheit im Gesundheitswesen. Seit 2018 ist er Geschäftsführer der Treatfair GmbH. Kontakt: benedict.carstensen@treatfair.org



Dr. med. Dr. rer. nat. Gordon Philipp Otto, M.Sc., MHBA
hat an der Justus Liebig Universität in Gießen Humanmedizin studiert und begann am Klinikum der Friedrich Schiller Universität in Jena seine Tätigkeit als Assistenzarzt für Innere Medizin/Nephrologie. Später wechselte er in die Industrie in den Bereich Medical Affairs bei Baxter und SHIRE und ist nun für Sandoz im Bereich klinische Entwicklung tätig.
Kontakt: gordonpotto@googlemail.com



Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH
ist seit 2000 Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und Projektleiter des BMBF-Projekts „Begleitforschung Gesundheitsregionen der Zukunft" an der FAU. In Forschung und Lehre beschäftigt er sich mit den ökonomischen Fragen des Gesundheitswesens, sein Forschungsschwerpunkt sind gesundheitsökonomische Evaluationen. Kontakt: oliver.schoeffski@fau.de



Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH
hat Humanmedizin und Public Health studiert und ist aktuell als Geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel sowie als Professor für Public Health im Department Medizinmanagement an der Medicalschool Hamburg tätig. Verschiedene Aktivitäten im Gesundheitswesen, u. a. seit 2017 Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Kontakt: kai.wehkamp@uksh.de

