

# Situationen gestalten, um Ärzte am Krankenhaus zu halten

**Carla Albrecht, Anja Kluge & Friederike S. Bornträger**

**Organisationsberatung, Supervision,  
Coaching**

ISSN 1618-808X

Organisationsberat Superv Coach  
DOI 10.1007/s11613-018-0538-4

# OSC

Organisation  
Supervision Coaching



**Themenschwerpunkt**  
Der Mensch in der Personalarbeit

**Hauptbeiträge**

*Astrid Schreyögg*  
Coaching, Training und Co –  
ist das alles Personalentwicklung?

*Stefanie Heinrich*  
Life-Coaching zur Entwicklung der Lebenszufriedenheit.  
Eine empirische Studie

*Thomas Kretschmar -  
Moritz Senarclens de Grancy*  
Containing als Führungsaufgabe  
in Zeiten der Unternehmensveränderung

*Sylke Langenbeck · Jens Nachtwei ·  
Sebastian Uedelhoven*  
Qualität in der Personalberatung am Beispiel  
von Instrumenten der Personalauswahl

**Praxisberichte**

*Christiane von Schachtmeyer*  
Coaching und Mentoring. Möglichkeiten  
und Grenzen beider Ansätze anhand einer Fallanalyse

*Anke Larro-Jacob*  
Wie kann die Gefährdungsbeurteilung psychischer  
Belastung gelingen? Erfahrungen mit dem Moderierten  
Verfahren der B-A-D GmbH

*E. Haghiri Limoudehi*  
Metaphern und Märchen in der Supervision

**Diskurs**

*Heike Hanold-Lynch*  
Glaubwürdigkeit – Das Wesentliche wirken lassen, bis es  
wirkt. Ein Transferangebot aus dem Schauspiel-Coaching

*Beate West-Leuer*  
Alles Coaching oder was?! Anmerkungen zum Internen  
Coaching anlässlich des Buches von Anna Dollinger und  
Stephan Limpächer

1 · 17  
24. Jahrgang

[www.osc-digital.de](http://www.osc-digital.de)

 Springer

 Springer

**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**



## Situationen gestalten, um Ärzte am Krankenhaus zu halten

Carla Albrecht · Anja Kluge · Friederike S. Borntträger

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

**Zusammenfassung** Die Arbeitssituation Krankenhaus wird von Ärzten oft als sehr belastend empfunden. Neben Gesundheitseinbußen kommt es zur Verschlechterung der Versorgungsqualität und als Konsequenz zu einer aus organisationaler Sicht ineffektiven Wechselbereitschaft von jungen Medizinerinnen. Unabhängig von politischen Entscheidungen können Verantwortliche und Betroffene positiven Einfluss auf ihre Situation nehmen. Die Autorinnen diskutieren die Herausforderungen der Ärzteschaft anhand einer Befragung und stellen mit *Situationsdesign* ein Vorgehen vor, wie Arbeitssituationen optimal gestaltet werden können, um das Wohlbefinden der Arbeitenden zu erhöhen und so auch die Leistung weiter zu verbessern.

**Schlüsselwörter** Ärzte · Grundbedürfnisse · Stress · Situationsdesign

### For keeping physicians engaged start designing the situation at hospitals

**Abstract** The situation at work in a hospital is often exhausting for medical doctors. Besides deteriorating health, doctors report a diminishing quality of their work. As a consequence, the willingness to change the hospital one is employed by is increased. Aside from important political decisions, doctors and others of responsibility can design their working situation more positively. The authors discuss the doctors' challenges based on a current survey and introduces *situational design*—an

---

Dr. C. Albrecht (✉) · A. Kluge  
Bauerstr. 19, 80796 München, Deutschland  
E-Mail: [carla.albrecht@m19-organisationsberatung.de](mailto:carla.albrecht@m19-organisationsberatung.de)

A. Kluge  
E-Mail: [anja.kluge@m19-organisationsberatung.de](mailto:anja.kluge@m19-organisationsberatung.de)

Dr. F. S. Borntträger  
Colonnaden 19, 20354 Hamburg, Deutschland  
E-Mail: [Hamburgmail@fsborntraeger.de](mailto:Hamburgmail@fsborntraeger.de)

approach to design working situations optimally so that they positively enhance wellbeing and productivity.

**Keywords** Physician · Needs · Stress · Situational design

Die Berufsgruppe der Ärzte steht seit mehreren Jahren im Fokus der Arbeitsstressforschung und gilt als besonders gefährdet für Burnout und depressive Symptomatiken (vgl. z. B. Albrecht 2016, 2017; Buddeberg-Fischer et al. 2008; Michalsen und Hillert 2011). Belastungsfaktoren, die sich aus der zunehmenden Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft ergeben, werden dabei immer wieder diskutiert, und so wird der Ruf nach Veränderungen laut (vgl. Kälble 2005). Auch der Ärztemangel hat Auswirkungen auf die Belastungssituation. Bedingungen zu schaffen, um junge Mediziner weiterhin für den Arztberuf im Krankenhaus zu gewinnen und zu halten, stellt eine Herausforderung für Kliniken dar.

Um Verbesserungen und Veränderungen herbeizuführen, wird im Bereich der Organisationspflege und -entwicklung einerseits auf die Erhöhung der Führungskompetenz bei Chefarzten gesetzt (Hollmann 2013), andererseits werden Beratungsaufträge zur Prozessoptimierung vergeben. Da sich der Mensch und der Kontext, in dem er sich befindet (sozial sowie räumlich, zeitlich, aufgabenbezogen), aber gegenseitig bedingen, bleiben beide Strategien hinter ihren Wirkungsmöglichkeiten zurück. Ein Erfolg in der Bearbeitung dieser Problemstellungen stellt sich ein, wenn *Situationsdesign* (Bornträger 2015) betrieben wird, das heißt bei jeder Analyse und jeder Intervention der *Mensch im Kontext* betrachtet wird und die gesamte *Situation* in den Blick genommen und gestaltet wird.

Der folgende Beitrag zeigt aktuelle Forschungsergebnisse zur Belastungssituation von Ärzten und mögliche Ansatzpunkte auf, die sich für die Gestaltung von Arbeitsumfeld und Rahmenbedingungen am Krankenhaus ableiten lassen. Anhand eines Fallbeispiels wird erläutert, wie man Situationsdesign nutzen kann, um das Wohlbefinden von Ärzten in einem Klinikbereich zu verbessern.

## 1 Belastungsfaktoren im Krankenhaus

Die aktuelle Lage in deutschen Krankenhäusern und die damit einhergehenden Belastungsfaktoren für die Berufsgruppe der Ärzte erhalten in den letzten Jahren starke Aufmerksamkeit. Durch den zunehmenden Kostendruck und den Versuch, medizinische Leistungen unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu betrachten, haben die Standardisierung von Prozessen und der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand in den letzten Jahren stetig zugenommen (Kälble 2005). Zudem kam es zu einer Arbeitsverdichtung durch einen Anstieg der Patientenzahl auf der einen und einer Verkürzung der Verweildauer auf der anderen Seite. Ärzte müssen also mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003, 2013). Für die Zuwendung und Arbeit am Patienten, die die Ärzte als ihre eigentliche Primäraufgabe ansehen, bleibt dadurch immer weniger Zeit.

Vor diesem Hintergrund kommt es zu vermehrten Rollenkonflikten in der täglichen Arbeit. Krankenhausärzte geben an, sich immer wieder zwischen ihrer professionellen Autonomie und den Vorgaben des Kostenträgers bzw. zwischen den Interessen des Patienten und den finanziellen Interessen entscheiden zu müssen. Die Dilemmata, die sich aus diesen Abwägungen ergeben, gehen oft mit Gewissenskonflikten, Überforderung und emotionalem Stress einher (Manzeschke 2009). Diese Belastungsfaktoren führen unter anderem dazu, dass der Berufsstand der Krankenhausärzte von psychischen Stressfolgeerkrankungen wie Burnout und depressiver Symptomatik besonders betroffen ist. Die Folgen von Burnout und erhöhter Depressivität reichen von schlechterer Behandlungsqualität und Behandlungsfehlern bis zu Selbstmedikation und langen Ausfallzeiten (Hostettler et al. 2012; West et al. 2006). Die Situation an deutschen Krankenhäusern ist somit sowohl für das Personal, das an den Rahmenbedingungen leidet, als auch für die Patienten, die schlimmstenfalls unter sinkender Behandlungsqualität leiden, als bedenklich einzustufen.

Die negativen Auswirkungen, die sich aus der Veränderung des Gesundheitssystems für Klinikärzte ergeben, werden in den nächsten Jahren auf politischer Ebene zu lösen sein. Darüber sollte aber nicht vergessen werden, welche Faktoren zudem einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeits(platz)qualität haben. Besonders junge Ärzte berichten, dass ihre Zufriedenheit und ihre Bereitschaft, in einer Abteilung zu arbeiten, in hohem Maße davon abhängen, ob sie das Gefühl haben, Wertschätzung für ihre Leistung zu erfahren, kollegial in die Gestaltung von Arbeitsabläufen und Veränderungen einbezogen und in ihrer persönlichen Weiterentwicklung unterstützt zu werden (Kasch et al. 2016). Zudem hat die Work-Life-Balance und die Ermöglichung von individuellen Lebens- und Arbeitsentwürfen vor allem bei der steigenden Anzahl angehender Ärztinnen eine hohe Priorität (Hofmeister et al. 2010).

Einen besonderen Stellenwert nimmt diesbezüglich auch die hierarchische Struktur ein, von der die ärztliche Arbeitssituation im Krankenhaus geprägt ist. Wenn eine klare Hierarchie als die Struktur der Wahl in Situationen gilt, in denen gegebenenfalls unter Zeitdruck Entscheidungen getroffen und Prozesse reibungslos durchgeführt werden müssen, dann muss ihre *generelle* Anwendung oder zumindest die Art und Weise, *wie* sie gelebt wird, in Zweifel gezogen werden (Laloux 2015). Denn die Wertschätzung, Einbeziehung und Weiterentwicklung von Kollegen finden dabei häufig nicht statt. Ein beunruhigender Beleg der negativen Auswirkungen einer so gelebten Hierarchie besteht darin, dass die Lebensqualität deutscher Ärzte (im Vergleich zu amerikanischen Ärzten) von der Höhe ihrer Position in der Krankenhaushierarchie abhängig ist; Chefärzte geben die höchste Lebensqualität und die besten Gesundheitswerte an (Jurkat 2010).

Da die Gestaltung dieser Faktoren bislang zu wenig (erfolgreich) angegangen wurde, nimmt die Zahl der Mediziner, die sich für nicht-kurative Tätigkeiten, wie z. B. Unternehmensberatung oder Arbeit im Versicherungssektor, entschieden weiter zu und liegt momentan bei 10,5% (Oberlander 2010). Außerdem lässt sich bei Ärzten in Weiterbildung eine höhere Wechselwilligkeit feststellen. Das heißt, wenn die Bedingungen und das Betriebsklima nicht ihren Vorstellungen einer lebenswerten Arbeitssituation entsprechen, wechseln sie an eine andere Klinik. In Zeiten des Ärztemangels, in denen Ärzte überall gesucht werden, ist dies leicht möglich.

## 2 Kritische Gestaltungsfaktoren im Krankenhaus

Die Qualität der Gestaltung von Arbeitssituationen im Krankenhaus scheint noch nicht optimal zu sein. Die folgenden Ergebnisse einer aktuellen Befragung von 1135 bayerischen Krankenhausärzten (Albrecht 2017) geben Aufschluss darüber, an welchen konkreten Punkten man ansetzen kann, um Wohlbefinden zu steigern und Belastung zu reduzieren:

1. *Räumlichkeiten und Umgebungsbedingungen*: Die Befragung zeigt, dass der räumliche Kontext Einfluss auf das Arbeitsengagement hat. Je höher die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten und Umgebungsbedingungen, desto höher die Produktivität. Über 50 % der Krankenhausärzte finden, dass in ihrem Bereich nicht genügend Arztzimmer vorhanden sind, die Ausstattung der Räumlichkeiten sowie die Umgebungsbedingungen (z. B. Raumklima, Lichtverhältnisse) nur teilweise gut sind.
2. *Gratifikationskrisen*: Das Modell der Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) postuliert, dass Stress entsteht, wenn ein Ungleichgewicht besteht zwischen Belastungen, denen ein Individuum ausgesetzt ist, und den Belohnungen, die es dafür bekommt. Als Belohnungen gelten Arbeitsplatzsicherheit, berufliche Aufstiegschancen, Gehalt sowie Anerkennung und Wertschätzung, die ein Arbeitnehmer im beruflichen Kontext erhält. Das bedeutet, dass schon geringe Belastungen bei nicht vorhandener Belohnung zu Stress führen, während starke Belastungen durch Belohnungen entsprechend ausgeglichen werden können. Das Vorliegen einer Gratifikationskrise ging in Voruntersuchungen mehrfach mit erhöhter Depressivität einher. Bisherige Studien ergeben, dass ca. 16 % der Gesamtbevölkerung unter Gratifikationskrisen leiden. Der Anteil der Ärzte ist deutlich höher. So geben 45 % der Fachärzte und 42 % der Ärzte in Weiterbildung an, eine Gratifikationskrise zu haben. Vor allem eine steigende, subjektive Verausgabung in Kombination mit dem Gefühl, immer weniger Anerkennung und Wertschätzung für die eigene Arbeit zu erhalten, trägt zu diesem alarmierenden Befund bei.
3. *Soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte*: Ein ähnliches Bild zeichnet sich ab, wenn man das Erleben von sozialer Unterstützung innerhalb der Ärzteschaft betrachtet. Das Fehlen sozialer Unterstützung wurde in vielen Studien in direkten Zusammenhang mit dem Auftreten von Stresserkrankungen gebracht (Cohen und Wills 1985; Wang et al. 2003). Dabei sind nicht konkrete Hilfestellungen entscheidend, sondern die subjektive Wahrnehmung von sozialer Unterstützung in potentiellen Problemsituationen. Innerhalb der Ärzteschaft ist soziale Unterstützung eine noch nicht gut genutzte Ressource. Fast drei Viertel der Krankenhausärzte fühlen sich durch ihren direkten Vorgesetzten „gar nicht“ bis „wenig“ sozial unterstützt, und nur die Hälfte gibt an, auf soziale Unterstützung durch ihre Kollegen „ziemlich“ bis „völlig“ bauen zu können. Dieser Anteil ist deutlich geringer als bei anderen Berufsgruppen (Albrecht 2016). Dieser Befund wird durch eine aktuelle Umfrage unter Medizinstudierenden bestätigt, die als wichtigen Grund, nicht-kurativ tätig werden zu wollen, nennen, als Krankenhausarzt würden sie zu wenig Wertschätzung auf Tagesebene und Lob und Anerkennung durch den Vorgesetzten erhalten (Kasch et al. 2016).



4. *Wahrgenommener prosozialer Einfluss und beruflicher Erfolg*: Trotz aller Widrigkeiten erlebt die überwiegende Mehrzahl der Ärzte ihren Beruf als sinnstiftend. Krankenhausärzte machen in ihrer Arbeit in einem höheren Maße die Erfahrung, anderen Menschen helfen und etwas bewirken zu können, als andere Berufsgruppen (Albrecht 2016). Ärzte erleben zudem hohen beruflichen Erfolg, sie erreichen ihre Ziele, können Aufgaben abschließen und verbessern die Situation anderer in ihrem Arbeitsalltag. Zudem genießt der Arztberuf nach wie vor ein hohes Ansehen in der Gesellschaft, was sich unter anderem in häufigem, positivem Feedback von Patienten und Angehörigen äußert. Diese Ressourcen fördern das Arbeitsengagement und mildern emotionale Erschöpfung ab.
5. *Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung*: Das Thema Fort- und Weiterbildung wird von den unterschiedlichen Hierarchieebenen sehr kontrovers gesehen. Während Chef- und Oberärzte die Facharztausbildung und Einarbeitung positiv bewerten, bemängeln Assistenz- und Fachärzte die vorhandenen Möglichkeiten und fehlende Förderung.
6. *Handlungsspielraum*: Ärzte, die einen großen individuellen Freiraum in Bezug auf die Gestaltung ihrer Arbeit und des Kontakts zu Patienten und Angehörigen verspüren, haben ein höheres Arbeitsengagement. Bei den Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung geben 30 bis 40 % an, dass sie ihren Handlungsspielraum als „sehr klein“ bis „klein“ erleben. Dieses Ergebnis deckt sich ebenfalls mit der Erwartung von Medizinstudenten nach selbstständigen und abwechslungsreichen ärztlichen Tätigkeiten.
7. *Möglichkeit zur Partizipation*: Das Gefühl, Arbeitsbedingungen mitgestalten zu können, hat positive Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden. Beim Thema Dienstplan scheint dies in vielen Bereichen bereits gelungen zu sein; so geben über 50 % der Klinikärzte an, dass sie bei der Gestaltung des Dienstplans ausreichend mit einbezogen werden. Dagegen sagen fast 75 %, dass sie keinen ausreichenden Einfluss auf die Anschaffung neuer medizinischer Geräte haben. Auch bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen und Veränderungen innerhalb der Abteilung sagen über 50 %, dass sie sich nicht ausreichend beteiligen dürfen. Vor allem Assistenz- und Fachärzte fühlen sich nicht genug mit einbezogen.

### 3 Probleme bisheriger Herangehensweisen

Die dargestellten Erkenntnisse bestätigen, dass die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus bislang noch nicht flächendeckend effektiv stattfindet. Neben den politischen und ökonomischen Entscheidungen, die getroffen wurden, postulieren wir drei weitere Einflussgrößen, die den Erfolg bisheriger entwicklerischer Maßnahmen schmälern:

1. *Person statt Verhalten und Kontext*: Wer Zustände verändern will, setzt intuitiv meist an der Person an. Die Frage, warum etwas (nicht) optimal läuft, wird oft mit einem Verweis auf personelle Kompetenz oder gar den „Charakter“ beantwortet. Ein Arbeitsprozess gelingt nicht? Der Ausführende hat vielleicht einfach kein Talent dazu. Die Stimmung im Team ist gereizt? Die Führungskraft ist nicht in

der Lage, eine kollegiale Atmosphäre zu schaffen. Ich selbst bin erschöpft und frustriert? Vielleicht bin ich für den Arztberuf einfach nicht geschaffen. Zwei entscheidende Dimensionen werden bei dieser Art der Analyse außer Acht gelassen: das Verhalten und der Kontext, bestehend aus räumlich-zeitlich-aufgabenbezogenen sowie sozialen Faktoren. Der Arbeitsprozess gelingt vielleicht schlicht deswegen nicht, weil Wissen über die Ausführung nie gelernt wurde (Verhalten). Die Führungskraft verspürt kaum Einflussmöglichkeiten auf die Team-Stimmung, da es keinen ruhigen Ort und keinen Regeltermin für ein positiv gestaltbares Zusammentreffen gibt (Kontext). Ich bin erschöpft und frustriert, weil ich mich als jüngstes Teammitglied kontinuierlich in einer Situation des Sich-Behaupten-Müssens befinde (sozialer Kontext). Die Ursache bei der Person zu suchen, führt zur Verminderung wahrgenommener Gestaltbarkeit.

2. *Lineare statt systemische Denkweise:* Person, soziales sowie räumlich-zeitlich-aufgabenbezogenes Umfeld bedingen sich gegenseitig. Jede Analyse und jede Intervention, die dieses Charakteristikum nicht beachtet, verringert die Wirksamkeit der Aktion. Dabei ist ein begrenzter, fokussierter Blick z. B. auf die eine Führungskraft oder den Prozess der Patientenaufnahme allein durchaus nachvollziehbar – schon weil es kontrollierbarer erscheint. Die Gesamtsituation zu betrachten, bedeutet, eine Vielzahl von Einflussfaktoren zu bedenken. Das ist mit unserem technisch geprägten Vorgehen nicht zu bewerkstelligen: Wir können nicht *alles* beachten und sind nicht in der Lage, die *Kausalitäten* zwischen dieser Vielzahl an Größen zu identifizieren. Im Versuch, darzustellen, welche Aktion zu welcher Reaktion führt, wird die Alltagskomplexität immer mehr vereinfacht – bis sie in messbare Modelle passt. Die Gewöhnung an einen im naturwissenschaftlichen Sinne messbaren Fortschritt innerhalb einer sozialen Situation führt im Zweifel dazu, dass den Berichten der Beteiligten keinen Glauben geschenkt wird, weil die Zahlen etwas anderes sagen. Bisherige Lösungen sind oft Lösungen für die Modelle, allein die Realität läuft weiter, und die Wirksamkeit unserer Maßnahmen schwindet. Veränderungsstrategien, die den expliziten Blick aufs Gesamtsystem nicht wagen, begrenzen die eigene Gestaltungsmacht.
3. *Von außen, von oben:* Ein Zufriedenheitsfaktor der zitierten Befragung von Krankenhausärzten stellt angemessene Partizipation dar. Wenn man Organisationsentwicklungsprozesse betrachtet, beginnen diese in der Regel „oben“ in der Führungsebene oder „außen“ in der Verwaltung, weil sich das Team selbst aufgrund der hohen Arbeitslast und aufgrund fehlender Ausbildung auf diesem Gebiet kaum um solche Belange kümmern kann. Der Aufwand, den solche Prozesse mit sich bringen, wird daher oft nicht in die Probleme investiert, die für die „Unteren“ einen Unterschied machen würden. Zusätzlich dazu ist die Identifikation mit einem solchen Prozess deutlich geringer, sodass die für den Erfolg notwendige Unterstützung fehlt.

Allen drei genannten Phänomenen kann so begegnet werden, dass sie den Erfolg von Veränderungsprozessen nicht mehr hemmen, sondern ihn sogar unterstützen.

Als Ursachen für nicht optimale Zustände ziehen wir Person *und* Verhalten *und* Kontext in Betracht. Bei der Organisationspflege und -entwicklung versuchen wir nicht, die gesamte Komplexität einer ärztlichen Krankenhaussituation zu erfassen



und abzubilden. Stattdessen erarbeiten wir Hypothesen zu relevanten Ansatzpunkten und Ideen für Gestaltungsmöglichkeiten, die wir im Prozess überprüfen und weiterentwickeln. Maßnahmen im Krankenhausalltag gestalten wir auf passende Art und Weise partizipativ, sodass der größte mögliche Nutzen für *alle* Beteiligten entsteht.

Das Konzept *Situationsdesign* fasst eine solche Haltung und Vorgehensweise zusammen. Situationsdesign beschäftigt sich mit der Gestaltung der optimalen Situation. Das humanistische Konzept baut auf systemischer Denkweise auf und kann mit Methoden des Design Thinkings kombiniert werden (Brown 2009). Vor den Ausführungen zur Vorgehensweise von Situationsdesign im Krankenhaus wird nun der Hintergrund des Konzepts rund um die Begriffe Mensch, Situation und Design dargestellt.

## 4 Herangehensweise und Hintergrund eines Situationsdesigners

### 4.1 Mensch

Situationsdesign stellt den Menschen mit seinen *Bedürfnissen* sowie den entsprechenden Kontext in die Mitte seiner Überlegungen und Maßnahmen. So ergeben sich neue Prioritäten und Vorgehensweisen. Aus dieser Perspektive steht außer Frage, dass die Veränderung einer Situation zur Steigerung des Wohlbefindens der Beteiligten beitragen soll. Dies widerspricht nicht den notwendigen ökonomischen Zielen. Wohlbefinden geht Hand in Hand mit Gesundheit und Produktivität. Situationsdesign erweitert auf diese Weise die Zielgröße um den im Krankenhaus besonders wichtigen Faktor Mensch. Eine entscheidende Rolle bei menschlichem Wohlbefinden spielen die psychologischen Grundbedürfnisse Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit (Deci und Ryan 2000). Optimales Situationsdesign ermöglicht die Befriedigung dieser Bedürfnisse.

Unser Bedürfnis nach *Autonomie* ist befriedigt, wenn wir einen hohen Grad an wahrgenommener Selbstbestimmung erleben. Ein Kontext, der es ermöglicht, sich in Einklang mit unseren Werten und Wünschen zu verhalten, in dem die Perspektive des Gegenübers anerkannt und einbezogen wird, in dem Begründungen und sinnvolle Informationen in einer nichtmanipulativen Art und Weise angeboten werden, die Beteiligten Wahlmöglichkeiten und hilfreiches Feedback bekommen und darin unterstützt werden, selbständig zu sein, befriedigt das Autonomiebedürfnis (Sheldon und Filak 2008).

Unser Bedürfnis nach *Kompetenz* ist befriedigt, wenn wir die Wirksamkeit unserer Handlungen und die Möglichkeiten zu deren Weiterentwicklung erleben. Ein Kontext, der von einer positiven Erwartungshaltung gegenüber unseren Fähigkeiten oder Leistungen sowie durch eine Lernorientierung geprägt ist, in dem die Betroffenen den gegebenen und absehbaren Anforderungen gewachsen sind und die anstehenden Aufgaben oder Probleme aus eigener Kraft bewältigen können, in dem es erreichbare Herausforderungen, konstruktives Feedback und lesbare Hinweise gibt, befriedigt das Kompetenzbedürfnis (Soenens und Vansteenkiste 2005; Sheldon und Filak 2008).

Unser Bedürfnis nach *Verbundenheit* ist befriedigt, wenn wir uns anderen zugehörig fühlen, wir geliebt, gebraucht und umsorgt werden sowie jemanden oder etwas lieben, brauchen und umsorgen. Ein Kontext, in dem uns Wertschätzung entgegengebracht wird, in dem wir uns aufgehoben fühlen und unseren Erfahrungen Interesse entgegengebracht wird, befriedigt das Verbundenheitsbedürfnis (Sheldon und Filak 2008). Auch wenn dieses Bedürfnis interpersonale Beziehungen stark in den Fokus rückt, so kann man sich beispielsweise auch mit der Natur verbunden fühlen (Zelenski und Nisbet 2014).

Anders als landläufig oft angenommen, führt Bedürfnisbefriedigung nicht zu einem „satten, selbstzufriedenen Stillstand“, sondern stellt die optimalen Bedingungen für gesunde Weiterentwicklung und damit für Wohlbefinden dar (Deci und Ryan 2000). Erlebt eine Person die Befriedigung ihrer Bedürfnisse, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie zur Befriedigung der Bedürfnisse anderer beiträgt (Deci et al. 2006). Der Aufwand, der in die Befriedigung von Grundbedürfnissen investiert wird, lohnt sich also mehrfach.

## 4.2 Situation

Um Grundbedürfnisse zu befriedigen, lohnt es sich, Situationen als gestaltbar zu betrachten. Möglichkeiten dafür bieten alle drei Dimensionen von Situationen:

1. *Indexperson* – eine handelnde Person, aus deren Sicht die Situation betrachtet wird. Ansatzpunkte für Gestaltungsmöglichkeiten bieten z. B. Einstellungen, Glaubenssätze, Antreiber, eigene Theorien, bewusstes (angeleitetes) Reflektieren, Interpretation, Attribution, Vorlieben, Fertigkeiten und Fachkompetenzen. Das ganze Spektrum von Wahrnehmung, Verarbeitung und Verhalten kann reflektiert und oft willentlich gestaltet werden. Mit dem Wissen z. B. um unser Grundbedürfnis nach Kompetenz können wir in Situationen, in denen wir uns fachlich unsicher fühlen, konstruktives Feedback einfordern, statt uns Sorgen um unsere Fertigkeiten zu machen. Dieses Verhalten beschreibt Situationsdesign in der Dimension *Indexperson*.
2. *Sozialer Kontext* – Personen im Austausch miteinander, die physisch oder gedanklich an der Situation beteiligt sind. Gestaltungsmöglichkeiten bieten z. B. Normen, Rollen, Beziehungen und Interaktionen. Eine Situation, in der es für jeden normal ist, sich und seine Sichtweise äußern zu dürfen, befriedigt das Autonomiebedürfnis – und ist gleichzeitig eine notwendige Bedingung für eine konstruktive Diskussionskultur. Diese Norm aktiv zu gestalten, entspricht Situationsdesign im sozialen Kontext.
3. *Räumlich-zeitlich-aufgabenbezogener Kontext* – bezeichnet alle nicht direkt sozialen Umgebungsbedingungen, die mit unseren fünf Sinnen wahrgenommen werden können, sowie Organisations- und Aufgabenstrukturen. Gestaltungsmöglichkeiten bieten z. B. Räumlichkeiten, Farben, Überschaubarkeit, Lärmpegel, Oberflächenbeschaffenheit, Temperatur, Geruch, Licht, Luftqualität, Ernährungs- und Bewegungsangebot sowie Organigramme, Sitzungsdesign und Tagesroutinen. Eine Situation, in der Hinweisschilder intuitiv lesbar und Räumlichkeiten leicht wiederzuerkennen sind, schafft wahrgenommene Kontrolle und Vertrautheit

**Tab. 1** Optimale Situationsgestaltung aus psychologischer Perspektive

		WOHLBEFINDEN		
		Autonomie	Kompetenz	Verbundenheit
SITU- ATION	Person	Sich im Einklang mit den eigenen Werten und Wünschen verhalten können	Die eigenen Aufgaben aus eigener Kraft bewältigen können	Sich zugehörig fühlen Sich um andere kümmern
	Kontext (sozial)	Die Perspektive des Gegenübers wird anerkannt und geschätzt	Es herrscht eine Lernorientierung	Es herrscht eine wertschätzende Atmosphäre
		Begründungen und sinnvolle Informationen werden in nichtmanipulativer Weise angeboten	Es herrscht gegenseitig eine positive Erwartungshaltung	Den eigenen Erfahrungen wird mit Interesse begegnet
		Es gibt konstruktives Feedback	Es gibt konstruktives Feedback	Es wird sich um jeden gekümmert
	Kontext (räumlich, zeitlich, aufgabenbezogen)	Es gibt Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die Arbeitsaufgabe und Räumlichkeiten	Es bestehen erreichbare Herausforderungen Es bestehen angemessene Anforderungen	Sichtbare Zugehörigkeit mit Arbeitgeber (z. B. Corporate Identity) oder/und Arbeitsplatz

und kann so das Kompetenz- und Verbundenheitsbedürfnis befriedigen. Bedachte Raumgestaltung gilt als Situationsdesign im räumlich-zeitlich-aufgabenbezogenen Kontext. Auch wenn Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb dieses Kontexts psychologische Grundbedürfnisse befriedigen können, haben sie oft darüber hinaus einen allgemeinen, physischen Einfluss auf das menschliche Wohlbefinden. Dieser soll trotz Fokus auf Bedürfnisbefriedigung keinesfalls übersehen werden.

Das Verhältnis der Ansatzpunkte innerhalb dieser drei Dimensionen ist transaktional, das heißt, sie bedingen sich gegenseitig, und Änderungen in einer Dimension haben Einfluss auf die anderen Dimensionen. Ungeachtet dieser Zusammenhänge werden in folgender Matrix psychologische Erkenntnisse zu einer optimalen Situationsgestaltung wegen der besseren Fassbarkeit getrennt aufgeführt (Tab. 1).

### 4.3 Design

Design ist Problemlösen (Papanek 1972; Rittel und Webber 1973). Designer gehen nutzerorientiert und iterativ vor. Das heißt, die Bedürfnisse und Anforderungen aller Beteiligten bilden die Grundlage der Gestaltungsaufgabe. Diese zu erforschen und verstehen zu lernen, nimmt großen Raum ein. Einmal gewonnene Erkenntnisse werden, wenn sinnstiftend und angemessen, an neue Erkenntnisse angepasst. Es wird schnell *getan* (gegebenenfalls wird mit Prototypen gearbeitet), nicht bis zur vermeintlichen Perfektion geplant.

## 5 Vorgehensweise eines Situationsdesigners am Beispiel Krankenhaus

Die beiden letzten Abschnitte beschreiben die Haltung und Denkweise eines Situationsdesigners. Im Folgenden wird die Vorgehensweise bei Organisationsentwicklungsprojekten im Sinne des Situationsdesign am Beispiel Krankenhaus skizziert.

1. *Zielerkundung*: Im Rahmen des beauftragten oder geplanten Projekts beginnen Situationsdesigner mit einer Problem- und Zielbeschreibung der Beteiligten (Nutzerorientierung), z. B. die Bindung junger Ärzte an ein Haus.
2. *IST-Analyse*: Anschließend folgt die Analyse des Ist-Zustands: In welchen Dimensionen werden welche Grundbedürfnisse (noch nicht) befriedigt? Die Frage nach der Bedürfnisbefriedigung ersetzt nicht den eigentlichen (Unter-)Auftrag, z. B. die Schichtübergabe, die Schnittstelle zum Labor oder die OP-Planung zu verbessern. Die Frage nach den Bedürfnissen und die Betrachtung aller Dimensionen führen zu einem breiten Verständnis der „Problemlandschaft“. Widersprüche sind in dieser Analyse normal. Meist werden sie durch zielgruppenspezifische Gestaltung später aufgelöst. In der bedachten und nach vorne gerichteten Analyse bzw. in der gemeinsamen Formulierung der bestehenden Probleme liegen oft zahlreiche (Auf-)Lösungsstrategien (Rittel und Webber 1973; Ludewig 2005). Die oben eingeführte Matrixstruktur wird als Grundlage für die Recherche verwendet. Für jede Zelle stellt sich die Frage: Welche Problemstellungen lassen sich in Bezug auf ... finden? Am Beispiel der Arbeitssituation von Krankenhausärzten, wie in den Befragungsergebnissen oben dargestellt, lassen sich Ansatzpunkte (s. Tab. 2) identifizieren, um die Grundbedürfnisse besser zu befriedigen und dadurch Wohlbefinden und Produktivität zu steigern und die Fluktuation zu verringern. Neben der Bedürfnisbefriedigung können auch andere Faktoren das Wohlbefinden schmälern, ohne sich direkt auf ein Grundbedürfnis zu beziehen. Diese sind in der Spalte „allgemein“ aufgeführt. Es ist nicht notwendig, alle Zellen zu befüllen. Wichtig ist, die Möglichkeit zu eröffnen, an alle zu denken (Tab. 2).
3. *Ableitung von Maßnahmen*: Nach der Analyse erfolgt das Ableiten von Maßnahmen. In Tab. 3 findet sich eine beispielhafte Sammlung von Maßnahmen, die sich aus der Analyse der Situation am Krankenhaus ergeben.
4. *Überprüfung*: Die möglichen Maßnahmen werden anhand der Matrix aus Situations-elementen und Grundbedürfnissen überprüft: Denken wir, dass die Maßnahme nach unserem heutigen Kenntnisstand wirklich (auf die Gesamtsituation bezogen) zu einer globalen Verbesserung führt? Oder bewirkt die geplante Verbesserung eine offensichtliche Verschlechterung an anderer Stelle?
5. *Umsetzung*: Die Überprüfung anhand von Vorüberlegungen führt zu einer Entscheidung, welche Maßnahmen ausprobiert und umgesetzt werden. Dabei liegt der Fokus auf schnellem Ausprobieren und Einholen von Rückmeldungen; das heißt, es wird iterativ vorgegangen und betrachtet, wie sich Veränderungen auswirken und was sich bewährt. Hat ein Vorgehen den gewünschten Qualitätsgrad erreicht, wird es „ausgerollt“ oder in das Standard-Vorgehen übertragen. Alle Beteiligten überprüfen die Situation laufend bewusst auf ihre Gestaltung, um sie gegebenenfalls zu verbessern. Bedürfnisse und Gegebenheiten ändern sich und ziehen den Bedarf nach einem neuen Design nach sich.

Tab. 2 Arbeitssituation Krankenhaus

WOHLBEFINDEN					
SITUATION	Person	Autonomie	Kompetenz	Verbundenheit	Allgemein
		Geringer Handlungsspielraum	Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten	Zu wenig Zeit für Patienten	Physische und psychische Belastungserscheinungen
	Kontext (sozial)	Keine Beachtung von individuellen Wertvorstellungen	Subjektive Verausgabung (unangemessene Anforderungen) Wenig Möglichkeit zur Partizipation bei Entscheidungen und Veränderungen	Als zu gering wahrgenommene soziale Unterstützung der Kollegen und Vorgesetzten	Stresserkrankungen  Schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie
		Kein konstruktives Feedback	Fehlende Anerkennung (durch Vorgesetzte) Kein konstruktives Feedback Misstrauen, destruktiver Kompetenzkampf	Fehlende Wertschätzung  Keine Team-internen Treffen (nicht einmal arbeitsbezogen)	
	Kontext (räumlich, zeitlich, aufgabenbezogen)	Äußere und politische Zwänge	Wenig Aufstiegschancen; wenn dann Kampf für eigene Entwicklung nötig	Keine ausreichenden Teamräume	Umgebungsbedingungen mangelhaft (Lichtverhältnisse, Klima, Essensangebot)
		Ausstattung der Räume kann nicht beeinflusst werden	Mangelhafte Ausstattung		
		Partizipative Umgestaltung der Arbeitsabläufe wird nicht gebilligt			
		„Sehr kleinen“ Handlungs-spielraum für Arbeit und Umgang mit Patienten			

**Tab. 3** Gestaltungsmöglichkeiten im Krankenhaus

		WOHLBEFINDEN			
SITUATION	Person	Autonomie	Kompetenz	Verbundenheit	Allgemein
		Selbstreflexion über eigene Ansprüche und „rote Linien“ Selbstwirksamkeit erhöhen	Das eigene Frühwarnsystem kennenlernen Feedback geben	Selbst-Wertschätzung erhöhen Identifikation mit Team, Station und Krankenhaus erhöhen	Selbstsorge im Hinblick auf Stress und Belastung
		Sich vorhandene Ressourcen bewusst machen, z. B. wahrgenommenen prosozialen Einfluss und beruflichem Erfolg	Mut zur Offenheit (ehrlich sagen, was man denkt)	Erlernen von Feedback-Regeln und Bewusstsein über Wichtigkeit und unterschiedliche Formen von Wertschätzung	
		Wahrgenommene Einengung (der Gestaltungsspielräume) hinterfragen und ansprechen	Offenheit für neue Methoden Sich gegenseitig so gut wie möglich informiert halten	Kommunikationsregeln beachten	
	Kontext (sozial)	Chefarzt unterstützt kreative Verbesserungsideen und bietet Raum, um sie zu äußern Gemeinsame Zieldefinition sorgt für Orientierung statt für Einschränkung	Anlaufstellen/Buddysystem für (Prävention von) Belastungssituationen Ehrlichkeit, offene Kommunikation Lernorientierung statt Kultur des Sich-Beweisen-Müssens	Chefarzt behandelt alle gleich – keine Bevorzugung Teamidentität entwickeln	Mitarbeiter zur Offenheit anhalten Feedback einfordern
				Sich mit Namen grüßen und ansprechen Beziehungen im Team fördern, z. B. Austausch über bisherige Erfahrungen, Stärken und Schwächen und Teamregeln erarbeiten, z. B. morgens grüßen, aussprechen lassen etc. Regelmäßige kollegiale Fallberatung und Austausch	Hierarchie für nützliche Situationen behalten, sonst Miteinander entwickeln Fehlerkultur

**Tab. 3** Gestaltungsmöglichkeiten im Krankenhaus (Fortsetzung)

WOHLBEFINDEN				
Autonomie				
Kontext (räumlich, zeitlich, aufga- benbezogen)	Feedback-Training	Kompetenz	Verbundenheit	Allgemein
	Hinterfragen von standardisierten Prozessen (ist es der einzig mögliche, der beste Weg?)	Weiterbildung an Bedarf anpassen  Ausstattung an Bedarf an- passen. Wenn nicht möglich: Erklärung der Probleme  Gute Orientierungsmöglich- keit in Räumen	Gestaltung einladender und ge- mütlicher Gemeinschaftsräume – wo kann man sich zwanglos begegnen und treffen?  Schlafgelegenheiten  Teampflege in Stellenbeschrei- bung der Vorgesetzten aufneh- men  Hinweise auf Teammitglieder, z. B. Teamfoto, Geburtstagska- lender	Arbeitsorganisation hinter- fragen und (kontinuierlich) partizipativ weiterentwickeln    Sitzungsroutine und -kultur schaffen (Walker 2015)  Mehr Zeit für Patienten (Wal- ker et al. 2017)  Umgebungsbedingungen: Licht, Raumklima, Essensan- gebot



Situationsdesign dient als Rahmenmodell und Haltung für die Analyse von Veränderungsbedarfen, der Definition von Zielen und der Planung von Maßnahmen. Durch das Bewusstwerden des transaktionalen Charakters der Situations-Dimensionen entstehen neue Ideen. So mag es z. B. effektiver sein, einen Raum zu verändern, um die Zufriedenheit einer Inexperson zu erhöhen, als über eine Bonuszahlung nachzudenken. Situationsdesign integriert Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen, wie z. B. der Psychologie, den Umweltwissenschaften, der Architektur, der Verhaltensökonomie, der Pädagogik oder der Medizin und betrachtet explizit die Wechselwirkungen von Physis und Psyche, System, Gesellschaft und Individuum.

Die Verwendung der Gestaltungsmetapher zeigt jedem Einzelnen Möglichkeiten auf, um mit seiner bewussten Wahrnehmung und seinem Verhalten positiv auf die Situation Einfluss zu nehmen. Die Anerkennung der Situation als gestaltbare Größe wirkt versachlichend. Den Beteiligten eröffnet sich ein ganzes Spektrum von Ansatzpunkten, um Wohlbefinden und Produktivität zu erhöhen. Zudem trägt das Selbstverständnis als Situationsdesigner, d. h. als jemand, der Einfluss nehmen und wirksam sein kann, zur Befriedigung des Kompetenzbedürfnisses und so seinerseits zum Wohlbefinden bei.

## 6 Fallbeispiel

In einem internistischen Bereich eines Allgemeinkrankenhauses in ländlicher Region kommt es über Zuständigkeiten und Abläufe immer wieder zu Konflikten zwischen den sechs Oberärzten. Die Assistenzärzte, zu einem großen Anteil aus dem europäischen Ausland, äußern sich unzufrieden über die Arbeitsbedingungen und bleiben durchschnittlich nur 17 Monate am Haus. Die Patienten der Stationen beschweren sich über lange Wartezeiten, unvorhersehbare Entlassungen und die Monate umfassende Erstellung des finalen Arztbriefs. Der Chefarzt kommt mit der Anfrage nach einer Teammaßnahme für seine Oberärzte mit zusätzlichem Einzelcoaching für jeden, um sie „endlich teamfähiger zu machen“. Die hohe personelle Fluktuation lähme außerdem seinen Betrieb. Er sei selbst viel beschäftigt und habe keine Zeit, sich auch noch ständig mit diesem „Kindergarten“ auseinanderzusetzen.

Eine Analyse der Situation (s. Tab. 4) mit einer Befragung aller Ärzte des Bereichs in Gruppeninterviews ergibt, dass die Oberärzte sehr selbstbestimmt arbeiten, dass Durchsetzungsfähigkeit mehr Anerkennung bringt als Kooperation und dass es keine Strukturen gibt, die kollegiales Arbeiten oder die Weiterbildung der Assistenzärzte in besonderem Maße unterstützen würden. Die Planungs- und Führungskompetenz der Oberärzte wird von den Assistenzärzten als defizitär, von der Hälfte der Oberärzte als unwichtig beschrieben: „Schließlich bin ich weder Lehrer noch Manager. Ich bin hier, um Menschen zu heilen.“

Hauptgrund für die Beschwerden der Patienten sind aus Sicht der Oberärzte die vergleichsweise schlecht ausgebildeten ausländischen Kollegen, die sich wenig integrieren und „nicht wirklich bemühen, Deutsch zu lernen“. Die Assistenzärzte leiden vor allem darunter, dass ihre Fähigkeiten und Veränderungsideen zu schlankeren und schnelleren Arbeitsabläufen oder zur verbesserten internen Ausbildung nicht angenommen werden. Außerdem berichten sie ein grundsätzliches Unwohlsein, das sie

Tab. 4 Fallbeispiel: IST-Analyse

		WOHLBEFINDEN			
SITUATION	Person	Beibehalten	Autonomie	Kompetenz	Verbundenheit
			Gestaltungsfreiheit für Oberärzte gegeben	Wirksamkeitserleben, Menschen helfen Hoher beruflicher Erfolg Ziele werden erreicht	–
		<i>Verändern</i>	Geringer Handlungsspielraum von Assistenzärzten möglich	Kaum Weiterentwicklung der Assistenzärzte Wenig Möglichkeiten für Assistenzärzte, sich auszuprobieren Der Alltag der Assistenzärzte schwankt zwischen Unter- und Überforderung Planungs- und Führungskompetenz der Oberärzte ist entwicklungsbedürftig	Spaltende Hierarchie zu geringe Deutschkenntnisse der ausländischen Kollegen Durchschnittliche Zeit von Assistenzärzten am Haus beträgt 17 Monate
	Kontext (sozial)	<i>Beibehalten</i>	Angemessene Einbindung bei der Dienstplannerstellung	Anerkennung für Durchsetzungsfähigkeit und Schnelligkeit Fachlich positives Feedback von Patienten und Angehörigen	Der gute Ruf der Station im Umfeld stiftet Identifikation
		<i>Verändern</i>	Kein Interesse an neuen Vorgehensweisen, die von Assistenzärzten eingebracht werden könnten	Keine Anerkennung für Kooperation oder Nachfragen Interaktionen sind geprägt durch Ironie und Sarkasmus Keine positive Lernorientierung Kein konstruktives Feedback	Zu geringe Integration der ausländischen Kollegen Empfundene Ungerechtigkeiten Fehlender Teamgeist Zusammentreffen aller nur im Konfliktfall
	Kontext (räumlich, zeitlich, aufgabenbezogen)	<i>Beibehalten</i>	–	–	–
		<i>Verändern</i>	–	Ineffektive Besprechungen, Vielrederei lange Wartezeiten für Patienten Unvorhersehbare Entlassungen Erstellung des finalen Arztbriefs dauert Monate	Raum für Teamtreffen stark hierarchisch organisiert

**Tab. 5** Fallbeispiel: Mögliche Maßnahmen

WOHLBEFINDEN	
SITUATION	Person
Autonomie	Moderiertes Gespräch zu unterschiedlichen Perspektiven und Verbesserungsmöglichkeiten
Kompetenz	Arbeitsgruppen gründen, um eine Strukturierung eines verbindlichen Tagesablaufs, Regeln zu Arztbody-Schreiben und Entlassungen und ein Einarbeitungskonzept für ausländische Ärzte zu erstellen
Verbundenheit	Kontext (sozial)
Kompetenz	–
Verbundenheit	Kontext (räumlich, zeitlich, aufgabenbezogen)
Kompetenz	–
Verbundenheit	–

vor allem auf Ungerechtigkeiten und fehlenden Teamgeist zurückführen: Die ausländischen Ärzte finden, dass die deutschen Kollegen bevorzugt werden, die Deutschen finden, dass sie durch die ausländischen Ärzte unangemessen viele zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen.

Das fehlende Miteinander lässt sich auch an der räumlichen Gestaltung erkennen. Wenn die Belegschaft vom Chefarzt einberufen wird (was nur im Konfliktfall geschieht), treffen sie sich in einem Raum mit Tischen, an deren Stirnseite der Chefarzt Platz nimmt. Die weitere Sitzordnung ergibt sich aus dem Dienstal der Anwesenden. „Falsch“ Sitzende werden aufgefordert, dieser Ordnung nachzukommen.

Nach dieser ersten Diagnose erstellt das Beratersteam mögliche Maßnahmen (s. Tab. 5) für ein besseres Situationsdesign und damit eine Erhöhung von Wohlbefinden und Produktivität und stellt sie dem Chefarzt vor:

Der Chefarzt bleibt bei der Übersicht über die Maßnahmen vor allem bei den Vorschlägen zum räumlich, zeitlich, aufgabenbezogenen Kontext hängen. Er findet großen Gefallen an der Idee, seine Oberärzte mit Rollen für die Organisation von Besprechungen im Sinne von Kollegialer Führung (Oestereich und Schröder 2017) auszustatten – auch wenn er in Frage stellt, dass diese wirklich regelmäßig stattfinden müssen. Er ist aber bereit, dies beim Auftakt- Teamworkshop zur Diskussion zu stellen. Von der Idee zur räumlichen Gestaltung ist er zuerst irritiert und sagt, dass er gerne sofort die Tische entfernen lasse, und dann könne man ja sehen, ob das zu irgendeiner Verbesserung beitrage. Auf das Einzelcoaching möchte er zunächst auch aus Budgetgründen verzichten und abwarten, wie sich die Situation mithilfe der anderen Maßnahmen verbessert. Nach dem ersten Workshop, bei dem die unterschiedlichen Perspektiven und Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert und Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen (z. B. Strukturierung eines verbindlichen Tagesablaufs, Regeln zu Arztbrief-Schreiben und Entlassungen) gegründet wurden, werden, durch die Oberärzte koordiniert, regelmäßige Besprechungen abgehalten. Der Chefarzt ist über den plötzlichen Motivationsschub, den die Veränderungen bei den Assistenzärzten nach sich ziehen, erstaunt und plant, die Zusammenarbeit mit den Beratern mit einem jährlichen Workshop fortzuführen, um die positive Entwicklung der Situation weiter zu unterstützen.

## 7 Fazit

Der Sektor Krankenhaus ist vielen Belastungen ausgesetzt; Belastungen, die nicht naturgegeben und damit nicht unveränderbar sind. Wegen der hohen Relevanz der gesellschaftlichen Aufgabe ist es dringend notwendig, Bedingungen für gute Arbeit im Krankenhaus zu schaffen. Das Konzept Situationsdesign unterstützt dieses Vorhaben, ob es sich um eine Strategie-, eine Personalmaßnahme oder eine Prozessoptimierung handelt. Der Fokus auf menschliche Grundbedürfnisse sowie die Beachtung der Gesamtsituation stellt zentrale Designkriterien dar. Durch gelungenes Situationsdesign steigen das Wohlbefinden der Beteiligten und damit die Behandlungsqualität, man erreicht höhere Patientenzufriedenheit, geringere Fluktuation und weniger Fehlzeiten. Dieses Gestaltungspotenzial soll nicht darüber hinwegtäuschen,

dass es dringende Umgestaltungen auf politischer Ebene geben muss, um den Sektor zu entlasten.

Ob man als Arzt arbeitet oder mit organisationsentwicklerischen Aufgaben betraut ist: Mit jedem Verhalten, das wir an den Tag legen (und wir können uns nicht nicht verhalten), nehmen wir gestalterischen Einfluss auf die Situation. Wir gestalten Situationen, ob wir wollen oder nicht. Situationsdesign leitet dazu an, diese Gestaltungsaufgabe bewusst und wirkungsvoll hin zu mehr Wohlbefinden und Produktivität wahrzunehmen.

## Literatur

- Albrecht, C. (2016). *Belastungserleben bei Lehrkräften und Ärzten. Neue Ansätze für berufsgruppenspezifische Prävention*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Albrecht, C. (2017). *Belastungssituation bayerischer Krankenhausärzte 2016*. Unveröff. Manuskript.
- Bornträger, F. S. (2015). *Situationen: Analyse und Design*. München: LMU. Dissertationsschrift
- Brown, T. (2009). *Change by design: how design thinking transforms organizations and inspires innovation*. New York: Harper Business.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., et al. (2008). Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 2441–2447.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The „what“ and „why“ of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Deci, E. L., Guardia, J. G. L., Moller, A. C., Scheiner, M. J., & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: mutuality in close friendships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 313–327. <https://doi.org/10.1177/0146167205282148>.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2003). *Zahlen, Daten, Fakten*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Gesellschaft.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2013). *Eckdaten der Krankenhausstatistik*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Gesellschaft.
- Hofmeister, D., Rothe, K., Alfermann, D., & Brähler, E. (2010). Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (S. 159–174). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hollmann, J. (2013). *Führungskompetenz für leitende Ärzte*. Berlin: Springer.
- Hostettler, S., Hersperger, M., & Herren, D. (2012). Grundlagen-Papier der DDQ: Ärztliches Wohlbefinden beeinflusst die Behandlungsqualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(18), 655–659.
- Jurkat, H. B. (2010). Lebensqualität von berufstätigen Medizinerinnen. Arbeitsbelastung und psychische Gefährdung. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (S. 185–198). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kälble, K. (2005). Between professional autonomy and economic orientation. The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social Medicine*, 2, 1–13.
- Kasch, R., Engelhardt, M., Förch, M., Merk, H., Walcher, F., & Fröhlich, S. (2016). Ärztemangel: Was tun, bevor Generation Y ausbleibt? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Zentralblatt für Chirurgie-Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 141(02), 190–196.
- Laloux, F. (2015). *Reinventing organizations: ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit*. München: Vahlen.
- Ludewig, K. (2005). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Manzeschke, A. (2009). *Diakonie und Ökonomie*. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin-Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozioethische Bewertung. [http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht\\_Dia\\_Oeko\\_Auszuege.pdf](http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf). Zugegriffen: 25. Juni 2013.
- Michalsen, A., & Hillert, A. (2011). Burn-out in Anästhesie und Intensivmedizin: Teil 2: Epidemiologie und Bedeutung für die Versorgungsqualität. *Der Anaesthetist*, 60(1), 31–38.

- Oberlander, W. (2010). Die berufliche Situation junger Ärzte. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (S. 117–126). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Oestereich, B., & Schröder, C. (2017). *Das kollegial geführte Unternehmen. Ideen und Praktiken für die agile Organisation von morgen*. München: Vahlen.
- Papanek, V. (1972). *Design for the real world*. London: Thames and Hudson.
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.
- Sheldon, K. M., & Filak, V. (2008). Manipulating autonomy, competence, and relatedness support in a game-learning context: new evidence that all three needs matter. *British Journal of Social Psychology*, 47(2), 267–283. <https://doi.org/10.1348/014466607X238797>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27–41.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2005). Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: the role of parents' and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 589–604.
- Walker, D. (Hrsg.). (2015). *Lean Hospital: Das Krankenhaus der Zukunft*. Berlin: MWV.
- Walker, D., Alkalay, M., Kämpfer, M., & Roth, R. (2017). *Mehr Zeit für Patienten. Lean Hospital im Einsatz auf der Station und in der Abteilung*. Berlin: MWV.
- Wang, H. H., Wu, S. Z., & Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 19(7), 345–350.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *JAMA*, 296(9), 1071–1078.
- Zelenski, J. M., & Nisbet, E. K. (2014). Happiness and feeling connected the distinct role of nature relatedness. *Environment and Behavior*, 46(1), 3–23.



**Dr. Carla Albrecht** Dipl.-Psych., Gesellschafterin M19 Manufaktur für Organisationsberatung, psychodynamisch-systemische Organisationsberaterin und Coach im Profit- und Non-profit-Bereich, systemischen Paar- und Familientherapeutin; Tätigkeitsschwerpunkte: Organisationskulturentwicklung, Förderung weiblicher Führungskräfte und Umgang mit Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen, Forschungstätigkeit zum Belastungserleben von Krankenhausärzten und Lehrkräften.



**Anja Kluge** M.Sc. Psychologie mit Schwerpunkt Wirtschafts-, Organisations- und Sozialpsychologie, Organisationsberaterin bei M19 Manufaktur für Organisationsberatung; Tätigkeitsschwerpunkte: Veränderungsbegleitung, Teamentwicklung und Coaching, Trainerin für Soziale Kompetenzen (LMU); Masterarbeit über gesundheitsfördernde Umgebungen und Architekturpsychologie.



**Dr. Friederike S. Borntträger** Dipl.-Psych., ist Organisationsberaterin und Dozentin für Sozialpsychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Promotion zum Konzept *Situationsdesign* als Basis für ihren ganzheitlichen Beratungsansatz von (Groß-)Projekten; Tätigkeitsschwerpunkte: Stakeholdermanagement, guter Umgang und zukunftsfähige Strukturen.