Theoretische und empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika

Dissertation

zur Erlangung des

Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät der Martin-Luther-Universität

Halle-Wittenberg,

Fachbereich Erziehungswissenschaften

von Frau Jeannette Drygalla

geb. am 09.06.1969 in Halle a. d. Saale

Gutachterinnen/Gutachter: Frau Prof. Dr. Ursula Rabe-Kleberg

Herr Prof. Dr. Heinz-Hermann Krüger

Tag der Verteidigung: 6. Dezember 2010

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung: Zugang zur, Herangehensweise an und Relevanz der Thematik 1

2 Theoretische Perspektiven auf Mobbing 4

2.1 Zur Auswahl und Abgrenzung des Forschungsgegenstandes: Vom Begriff Mobbing zum eigenen empirischen Modell 4

2.1.1 Herkunft und Verwendung des Begriffes Mobbing 6

2.1.2 Theoretische Begriffseingrenzung und Definitionen 9

2.1.2.1 Mobbingdefinition von Leymann 9

2.1.2.2 Verortung anderer Autoren 10

2.1.2.3 Desiderate bestehender Definitionsansätze 12

2.1.3 Operationalisierung und Vorkommen: Empirische Eingrenzung von Mobbing 12

2.1.3.1 Strategie 1: Mobbing empirisch erfasst über Handlungen und definierte Häufigkeit sowie Zeitdauer 14

2.1.3.2 Strategie 2: Mobbing empirisch erfasst über Handlungen und einen festgelegten Cut-off-Wert 21

2.1.3.3 Strategie 3: Mobbing empirisch erfasst über eine vorangestellte Definition 22

2.1.3.4 Strategie 4: Mobbing empirisch erfasst über individuell-subjektive Begriffsdefinitionen 27

2.1.3.5 Prävalenz und kritischer Blick auf die verschiedenen Strategien 27

2.1.4 Verlaufsmodelle von Mobbing 28

2.1.5 Mobbingpositionen: Perspektiven auf den Prozess 32

2.1.6 Mobbingursachen 35

2.1.6.1 Ursachen aus Sicht der Betroffenen 35

2.1.6.2 Ursachen aus korrelativen Betrachtungen zwischen Mobbingvorkommen und Organisations- sowie Personenvariablen 39

2.1.6.3 Ursachen aus Experten- oder Beraterperspektive 40

2.1.6.4 Mobbingursachen kategorisiert in strukturelle und individuelle Ursachen 42

2.1.7 Mobbingfolgen 43

2.1.8 Zusammenfassung: Konsequenzen für ein empirisches Modell 44

2.2 Spannungsfelder im Berufsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika Deutschlands: Ergänzungen des empirischen Modells durch Spezifika des Forschungsfeldes 47

2.2.1 Spannungsfelder im sich stetig wandelnden Gesundheitswesen Deutschlands: Kostendämpfung, Finanzierung und zunehmende Ökonomisierung 48

Exkurs Sektorentrennung: stationärer und ambulanter Sektor des Gesundheitswesens 53

2.2.2 Spannungsfelder im Krankenhaus: Auswirkungen der Veränderungen und Reformansätze im Gesundheitswesen auf Rahmenbedingungen und innere Merkmale der Krankenhäuser 54
2.2.2.1 Spannungsfelder für die Berufsgruppen im Krankenhaus 57
2.2.2.2 Spannungsfelder im Hinblick auf die Besonderheit der Universitätsklinika 58
2.2.3 Spannungsfelder für die Berufsgruppe der Pflegenden: Auswirkungen von Stellung, Anerkennung und Orientierung der Pflege auf die Arbeitsbedingungen 63
2.2.3.1 Professionalisierung und Status der Pflege 63
2.2.3.2 Hierarchien innerhalb der Pflege und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen 65
2.2.3.3 Orientierung und Leitbilder 66
Exkurs: Pflege als Frauenberuf 68
2.2.4 Zusammenfassung: Ergänzungen für ein empirisches Modell 69
2.3 Theoretische Rahmung der empirischen Fragestellung 72
2.3.1 Theoretische Zugänge zur empirischen Konstruktion eines Kontinuums von Mobbing 73
2.3.1.1 Mobbing als Konflikteskalation 73
2.3.1.2 Mobbing als Prozess zwischen Individuum und Gruppe unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven 77
2.3.2 Theoretischer Zugang zur empirischen Beschreibung des Berufsalltags Pflegender 82
2.3.2.1 Mobbing als aktuelles Phänomen. Ein gesellschaftstheoretischer Ansatz? 82
2.3.2.2 Mobbing im Berufsalltag Pflegender. Ein pflegewissenschaftlicher Ansatz? 84
2.3.2.2.1 Arbeitsteilung und Aufgabenformulierung 84
2.3.2.2.2 Stress- und Arbeitsbelastungen in der Pflege 85
2.3.2.3 Mobbing in einem Frauenberuf. Ein Ansatz der Frauen- oder Geschlechterforschung? 87
2.3.2.4 Mobbing als Herausforderung an das Personalmanagement. Ein personalwirtschaftlicher Ansatz? 89
2.3.3 Zusammenfassung: Von der theoretischen Rahmung zur Theoriebildung als empirischer Erkenntnisprozess 92

3 Methodische Herangehensweise 94
3.1 Quantitativer Teil. Anonyme Fragebogenerhebung zur Analyse von Mobbingsituationen und Beschreibung des Berufsalltags aus der Sicht der Pflegenden 95
3.1.1 Technische und organisatorische Realisation der Erhebung. Stichprobe, Verteilung und Rücklauf 95
3.1.2 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens 97

3.1.2.1 Soziodemografische und Angaben zum Arbeitsverhältnis 99
3.1.2.2 Angaben zur Arbeitssituation 100
3.1.2.3 Subjektpositionen 102
3.1.2.4 Konflikt- und Mobbingvariablen 103
3.1.3 Forschungshypothesen 104
3.1.3.1 Forschungshypothesen zur Zielvariablen Mobbing 104
3.1.3.2 Forschungshypothesen zum Berufsalltag 105
3.1.3.3 Zusammenhänge zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen 105
3.1.4 Auswertungsmodell und statistische Verfahren 106
3.1.4.1 Auswertungsmodell zur Zielvariablen Mobbing 106
3.1.4.2 Auswertungsmodell zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen 109
3.1.5 Statistische Verfahren der Auswertung 109
3.1.6 Auswahl der Stichprobe und Repräsentativität der Ergebnisse der quantitativen Strategie 113
3.2 Qualitativer Teil. Experteninterviews zur Beschreibung des Berufsalltags der Pflegenden aus der Sicht der PflegedirektorInnen 114
3.2.1 Expertenbegriff und Expertenwissen 115
3.2.2 Auswertung der Experteninterviews 117
3.2.3 Technische und organisatorische Realisation der Experteninterviews 120
3.2.4 Verwendung und Validierung der Ergebnisse der qualitativen Strategie 121
3.3 Triangulation der Ergebnisse 123

4 Empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender 125
4.1 Darstellung des Untersuchungsfeldes und der Stichprobe 126
4.1.1 Die Universitätsklinika des Untersuchungsfeldes: dargestellt anhand ausgewählter Zahlen und Fakten 126
4.1.2 Universitätsklinika im Wandel 127
4.1.2.1 Umstrukturierungen auf verschiedenen Ebenen 128
4.1.2.2 Rechtsformänderungen 129
4.1.2.3 (Um)Bautätigkeiten 129
4.1.3 Die Stichprobe der in die empirische Untersuchung einbezogenen Pflegenden 130
4.1.3.1 Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe 130
4.1.3.2 Subjektpositionen zu Aspekten des täglichen Lebens und des Arbeitsalltags 134
4.1.4 Zwischenfazit: Gemeinsamkeiten und signifikante Unterscheidungsmerkmale zwischen den Universitätsklinika sowie innerhalb der Stichprobe 139
4.2 Berufsalltag Pflegender in ausgewählten Universitätsklinika 142

4.2.1 Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe der Pflegenden in Universi-tätsklinika aus der Perspektive der PflegedirektorInnen: Ergebnisse der geführten Experteninterviews 142

4.2.1.1 Merkmale der Universitätsklinika als Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens und Konsequenzen für die Berufsgruppe der Pflegenden 143

4.2.1.2 Führungsstile im Pflegedienst der Universitätsklinika und Konsequenzen für die Berufsgruppe der Pflegenden 146

4.2.1.3 Kommunikationsroutinen und Kommunikationsstrategien der PflegedirektorInnen im Kontext von beruflicher Sozialisation und Hierarchie 150

4.2.1.4 Strategien der PflegedirektorInnen im Umgang mit Konflikten 155

4.2.2 Rahmenbedingungen für die Pflegearbeit in Universitätsklinika aus der Perspektive der Pflegenden: Die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung 157

4.2.2.1 Angaben bezogen auf die Arbeitsverhältnisse der befragten Pflegenden 158

4.2.2.2 Organisationsvariablen 160

4.2.2.2.1 Stationsgröße 160

4.2.2.2.2 Arbeitsanteile und -aufgaben 161

4.2.3.2.3 Aufgabenformulierung 163

4.2.2.2.4 Arbeitsbelastungen und -klima 164

4.2.3.2.5 Führung und Entscheidung 167

4.2.2.3 Konfliktvariablen 170

4.2.3 Zwischenfazit: Den Berufsalltag bestimmende Gemeinsamkeiten sowie Unterscheidungsmerkmale 173

4.2.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Universitätsklinika aus Sicht der PflegedirektorInnen 173

4.2.3.2 Berufsalltag aus Sicht der Pflegenden 175

Exkurs Berufsalltag im Ost-West- und Geschlechtervergleich 176

4.3 Empirische Perspektiven auf Mobbing 179

4.3.1 Mobbingperspektiven im Sinne eines subjektiv empfundenen Erfahrungshorizonts der Befragten. Typenbildung Mobbingopfer, -beobachter und -täter 179

4.3.1.1 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Mobbingtypen als Zielvariable 181

4.3.1.1.1 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Subjektpositionen 184

4.3.1.1.2 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis 187

4.3.1.1.3 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zur Arbeitssituation 187

4.3.1.2 Prüfung von multivariaten Zusammenhängen: Mobbingtypen als Zielvariable 190

4.3.1.2.1 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und demografischen Merkmalen 191

4.3.1.2.2 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zum Berufsalltag 192
4.3.1.3 Zwischenfazit: Mobbingtypen 194
4.3.2 Subjektive Perspektiven auf Mobbinghandlungen 194
4.3.2.1 Mobbinghandlungen aus Betroffenen- und Beobachterperspektive 195
4.3.2.2 Entwicklung eines Kontinuums erlebter und beobachteter Mobbinghandlungen 196
4.3.2.3 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Kontinuum von Mobbinghandlungen als Zielvariable 198
4.3.2.3.1 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und demografischen Merkmalen 198
4.3.2.3.2 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Subjektpositionen 201
4.3.2.3.3 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis 204
4.3.2.3.4 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Angaben zur Arbeitssituation 206
4.3.2.3.5 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Mobbingtypen 211
4.3.2.4 Prüfung von multivariaten Zusammenhängen: Mobbinghandlungen als Zielvariable 211
4.3.2.5 Zwischenfazit: Mobbinghandlungen 213
4.3.3 Individuelle Verständnisse zum Begriff Mobbing 214
4.3.3.1 Erste Dimension empirischer Begriffsverständnisse: Mobbinghandlungen 215
4.3.3.2 Zweite Dimension empirischer Begriffsverständnisse: kausale Ursachen und/oder Folgen von Mobbing 216
4.3.3.3 Dritte Dimension empirischer Begriffsverständnisse: individuelle Positionierung 217
4.3.3.4 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Dimensionen individueller Begriffsverständnisse und Mobbingtypen bzw. Mobbinghandlungen 217
4.3.3.5 Zwischenfazit: Individuelle Begriffsverständnisse 218
4.4 Ein Universitätsklinikum im Längsschnitt 219
4.4.1 Soziodemografische Merkmale 219
4.4.2 Angaben zum Arbeitsverhältnis 220
4.4.3 Angaben zur Arbeitssituation 220
4.4.4 Mobbing: Erfahrungshorizonte im Längsschnitt 224
4.4.5 Mobbing: Handlungen im Längsschnitt 225
4.4.6 Mobbinghandlungen: bivariate Zusammenhangsuntersuchungen im Längsschnitt 226
4.4.7 Zwischenfazit: Berufsalltag und Mobbing im Längsschnitt 227

5. Fazit **229**
5.1 Überprüfung der Hypothesen 229
5.1.1 Forschungshypothesen zur Zielvariablen Mobbing 229
5.1.2 Forschungshypothesen zum Berufsalltag 232
5.1.3 Forschungshypothesen bezüglich Zusammenhängen zwischen Mobbinghandlungen und Kontextbedingungen 233
5.2 Zentrale Erkenntnisse 235
5.3 Konsequenzen 238
5.3.1 Gestaltungsempfehlungen für Mobbingprävention und -intervention 238
5.3.2 Anforderungen an die Theorie 240
5.3.3 Kritischer Blick auf den eigenen Forschungsansatz und Aufgaben für weiterführende empirische Untersuchungen 241

Abbildungsverzeichnis **243**

Abkürzungsverzeichnis **247**

Literatur-/Quellenverzeichnis **248**

Anhang **264**
Tabellen und Abbildungen zu Häufigkeiten bzw. Faktorenanalysen 265
Kreuztabellen zum Berufsalltag 292
Tabellen und Abbildungen zu Mobbingtypen 302
Tabellen und Abbildungen zu Mobbinghandlungen 326
Tabellen und Abbildungen zu Längsschnitt für ein Universitätsklinikum 354
Fragebogen Haupterhebung 371
Fragebogen Nacherhebung 377
Interviewleitfaden 383
Rückantwortbogen zum Abgleich Stichprobe/Grundgesamtheit 384

Danksagung **385**

Eidesstattliche Erklärung **387**

1 Einleitung: Zugang zur, Herangehensweise an und Relevanz der Thematik

Die Sensibilisierung gegenüber der Problematik Mobbing ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich angestiegen. Der Begriff ist Ende der 80er Jahre im deutschsprachigen Raum aufgetaucht (Moebius: 1988) und mittlerweile in den allgemeinen Sprachgebrauch übergegangen. Oswald Neuberger formuliert hierzu: „In der sattsam bekannten Abfolge (Artikel in Publikumszeitschriften, Ratgeber-Bücher, wissenschaftliche Untersuchungen) hat sich das neue Schlagwort im allgemeinen Diskurs etabliert“ (Neuberger 1999: 2). Im Ergebnis einer breit geführten Diskussion sind auf verschiedenen Ebenen Lösungsansätze entwickelt worden, die in zwei Hauptrichtungen gehen: Erstens soll für die betriebliche Ebene ein adäquater Umgang mit diesem Problem ermöglicht werden, zweitens wird auf der individuellen Ebene Mobbingbetroffenen Hilfe und Unterstützung geboten. In beiden Ausrichtungsformen geht es um die bessere Verarbeitung von existenten Problemen, nicht um eine generelle Vermeidung oder Ursachenanalyse. Auf der individuellen Ebene werden i. d. R. Mobbingbetroffene oder deren Bezugspersonen angesprochen (vgl. Meschkutat 2002: 10f.).

Der Berufsalltag Pflegender ist eingebettet – wie auch andere Arbeitssituationen – in eine Gesellschaft, deren wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Transformationsprozesse der vergangenen Jahre tiefgreifende Veränderungen in althergebrachten, bewährten aber nun zu verwerfenden Lebenseinstellungen und -strategien gebracht haben. Für das vorliegende Forschungsvorhaben wurde mit dem Gesundheitswesen ein Bereich ausgewählt, der besonders gravierenden Umwälzungsprozessen gegenüber stand und steht. In der Dissertationsarbeit soll es darum gehen, offene Fragen zum Thema Mobbing für diesen Bereich der Wirklichkeit abzuklären.

Mit der Bearbeitung des Themas soll ein Beitrag der angewandten sozialwissenschaftlichen Forschung zu Problemen der Konfliktentstehung, Konflikteskalation und -bewältigung (oder -nichtbewältigung) am Arbeitsplatz, am Beispiel Pflegender in Universitätsklinika, geleistet werden. Die Untersuchungen zielen darauf ab, empirisch fundierte und praxisrelevante Aussagen zu spezifischem Konfliktverhalten und zugehörigen Kontextbedingungen formulieren zu können. Über das Aufdecken der Mechanismen und Strategien von Mobbing und einen Erkenntnistransfer in die Organisationen soll die Vorrausetzung für Präventions- und Interventionsansätze geschaffen werden.

Durch die Verbindung einer theoretischen und erkenntnisgeleiteten Fragestellung mit praktischen Problemlagen können sowohl theoretischer Erkenntnisgewinn als auch umsetzbare Schlussfolgerungen für Lehre, betriebliche Weiterbildung, soziale Beratungsdienste und für Organisationsentwicklung gewonnen werden. Ziel der Arbeit ist

es, dass die Ergebnisse für die Praxis relevant und nutzbar sein sollen. Damit geht auch einher, dass die Resultate in einer Form präsentiert werden, die sowohl Qualitätskriterien einer wissenschaftlichen (Dissertations)Arbeit entsprechen, als auch für Praktiker verständlich und plausibel sind. Dieser Idee soll dadurch entsprochen werden, dass im Theorieteil Desiderate bisheriger Herangehensweisen analysiert und darauf resultierend ein Anspruch an die eigene Empirie sowie Hypothesen entwickelt werden. Die Hypothesen bilden die Basis für die einzelnen zu entwickelnden Skalen und Indizes. Das heißt, der empirische Teil wird mit dem theoretischen nicht nur unterfüttert sondern fundiert. Der Theorieteil bildet die Basis oder das Stützwerk für die Empirie. Dennoch soll der empirische Teil so entwickelt werden, dass er auch ohne Zuhilfenahme philosophischer, soziologischer oder wirtschaftswissenschaftlicher Theorien gelesen und verstanden werden kann.

Die Relevanz der Arbeit ergibt sich dadurch, dass ein Thema bearbeitet wird, das vermeidbare Kosten auf verschiedenen Ebenen verursacht: Angenommen wird, dass Mobbing **erstens** zu Effektivitätsverlusten in den betroffenen Pflegeteams führt, dass **zweitens** im Falle einer Betroffenheit extreme Belastungen auf der Ebene der einzelnen Pflegenden zustande kommen, die zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen führen (können) und bis in deren Familien hinein wirken können. **Drittens** sind Qualitätseinbußen und zwar auf Kosten der Patienten wahrscheinlich und **viertens** ergibt sich aus der Verbindung der einzelnen Ebenen eine gesamtgesellschaftliche Relevanz.

Der Titel dieser Dissertationsschrift heißt: Theoretische und empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika. Hierin enthalten ist der Begriff ‚Perspektive', der die Art des Zugangs zum eigentlichen Thema beschreibt und auf den deshalb im Folgenden kurz eingegangen werden soll:

Der Begriff **Perspektive** kommt aus dem Lateinischen (lateinisch perspicere = hindurchsehen, hindurchblicken) und hat drei Bedeutungen: erstens Aussicht, Ausblick, Durchblick, zweitens Zukunftsaussicht und drittens die Darstellung des Raumes oder dreidimensionaler Objekte auf einer zweidimensionalen Fläche (vgl. Textor 1998: 241). Eine weitere Bedeutung oder Spezifizierung ergibt sich mit Blick auf die wissenschaftliche Verwendung des Begriffs. Es ist die

> „wissenschaftstheoretische Bezeichnung für die Konsequenz der Tatsache, daß jede wissenschaftliche Betrachtung eines Erfahrungsobjektes in der Realität selektiv ist, abstrahieren muss, das heißt nur bestimmte Aspekte der Wirklichkeit erfassen kann" [alle im Original vorkommenden Abkürzungen sind ausgeschrieben] (Hartfiel & Hillmann 1972: 581).

Der Begriff wurde ganz bewusst verwendet, weil er erstens die Einbeziehung unterschiedlicher Betrachtungswinkel und zweitens die Reduzierung der Dimensionen und die Möglichkeit einer Abstraktion in sich vereint. Verwendung findet er sowohl in der

Bezeichnung der theoretischen als auch der empirischen Blickwinkel auf die Thematik. Das bezieht auch die (verschiedenen) Beobachtungs- und Erfahrungshorizonte der in Mobbing Involvierten und damit verbundene Perspektiven auf das Geschehen ein.

Die **Pflege** ist ein klassischer Frauenberuf, der zudem durch die hierarchischen Abstufungen zwischen Medizin und Pflege gekennzeichnet ist. Das macht ihn zu einem Untersuchungsfeld, in dem in besonderer Weise Fragen von Macht, Hierarchie Geschlecht, und (beruflicher) Identität miteinander verbunden sind. Deshalb erfolgt an dieser Stelle ein kleiner Exkurs zum Thema Sprache und Gendersensibilität:

Gewählt wurde die Form des großen I, oder Binnen-I, als Möglichkeit der (expliziten) Berücksichtigung der weiblichen Form. Der besseren Lesbarkeit halber werden in Ausnahmefällen bei Bezeichnungen von Personen ausschließlich die männliche Form oder der Plural (z. B. Pflegende) verwendet, was keine geschlechtsspezifische Festlegung darstellt. Der Tatsache Rechnung tragend, dass Sprache und Bewusstsein eng zusammenhängen, Sprache bewusstseinsbildend wirkt, wird die Verwendung des Generischen Maskulinums jedoch weit möglichst vermieden.

Bewusst ist mir dabei folgendes:

Erstens widerspricht das Binnen-I den Regeln der deutschen Rechtschreibung. Die Duden-Redaktion stellt im Newsletter vom 26.01.2001 fest, dass VerwenderInnen des Binnen-I „aber gegen die für das Deutsche geltende Regel“ verstoßen, „dass es Großschreibung nur am Wortanfang (eines Substantivs) geben kann, aber nicht im Wortinnern.“ Ein Großbuchstabe darf damit lediglich am Anfang eines Wortes stehen, außer bei kompletter Majuskelschreibweise. Der Duden rät deshalb von der Verwendung des Binnen-I ab (Duden 2001). Die durchgängige Verwendung der doppelten Nennung, als korrekte Form der Deutschen Rechtschreibung, wird jedoch aus Praktikabilitätsgründen abgelehnt.[1] Nur in Einzelfällen wird diese Form gewählt.

Zweitens ist das Binnen-I eher eine Feminisierung (vor allem beim Vorlesen von Texten) als eine geschlechtsneutrale Form der Bezeichnung von Personen. Diese Feminisierung wird bewusst (und billigend) in Kauf genommen: Die Verwendung des Binnen-I erfolgt aus feministischen und damit politischen sowie strategischen Gründen.

1 Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: „Der/Die Wähler/in soll unter Beachtung der Gesamtstimmenzahl in der Art abstimmen, dass er/sie auf dem Stimmzettel die vorgedruckten Namen derjenigen Bewerber/innen, denen er/sie seine/ihre Stimme geben will, ankreuzt oder die dem/der Bewerber/in zugedachte Stimmenzahl (höchstens zwei) einträgt.“ (Wahlzettel zur Senatswahl der Universität Heidelberg, 2006 nach Irmen 2006: 37).

2 Theoretische Perspektiven auf Mobbing

Das Kapitel 2 beleuchtet das Thema Mobbing von drei verschiedenen Ebenen aus. Im ersten Teil wird der Forschungsgegenstand Mobbing abgegrenzt und analysiert, im zweiten Teil soll es darum gehen, das Forschungsfeld – den Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika – zu fokussieren und im dritten Teil werden theoretische Rahmungen für ein eigenes empirisches Modell erörtert.

2.1 Zur Auswahl und Abgrenzung des Forschungsgegenstandes: Vom Begriff Mobbing zum eigenen empirischen Modell

Mit der Bearbeitung dieses Dissertationsthemas soll ein Beitrag der angewandten sozialwissenschaftlichen Forschung zu Problemen der Mobbingentstehung und Mobbingbewältigung (oder -nichtbewältigung) am Arbeitsplatz anhand des Beispiels Gesundheitswesen geleistet werden. Dem Thema liegt die Hypothese zugrunde, dass bisherige theoretische und empirische Ansätze zu Mobbing das Phänomen nicht hinreichend beleuchten. Zur Überprüfung dieser Hypothese werden im folgenden Kapitel Mobbingansätze analysiert. In Anlehnung an Oswald Neuberger wird die Diskussion um den Mobbingbegriff als Diskurs verstanden, als „eine um ein Thema oder ein Konzept zentrierte Diskussion, die Aufmerksamkeit und Ressourcen auf sich zieht“ (Neuberger 1999: 9 f).

Weder beim Vorstellen und Diskutieren der einzelnen Mobbingansätze noch beim analytischen Aufspüren der Desiderate geht es um das Bestätigen oder Widerlegen der einzelnen Ansätze. Ziel ist es vielmehr, Muster und/oder offene Fragen aufzudecken bzw. auf Brüche hinzuweisen, um herauszufinden, ob und inwieweit die Beantwortung der Forschungsfragen in diesem Diskurs bereits geleistet ist. Sollten die Fragen nicht beantwortet sein, gilt es diese zu fundieren und empirisch zu entwickeln. Zentrale Fragestellungen ergeben sich wie folgt:

- Welche subjektiven Perspektiven auf erlebte Mobbingsituationen lassen sich konstituieren und wie bzw. worin unterscheiden und überschneiden sich diese?
- Wie lässt sich die empirische Erfassung von Mobbingvorkommen multiperspektivisch realisieren?
- Welche Zusammenhänge zwischen Mobbingperspektiven und Mobbingvorkommen jeweils zum Berufsalltag lassen sich nachweisen?

Die Arbeit zielt im Ergebnis darauf ab, empirisch fundierte und praxisrelevante Aussagen zu Mobbingverhalten, -perspektiven und -rahmenbedingungen treffen zu können. Über einen Erkenntnistransfer in die Organisationen des Gesundheitswesens und zu Ansprechpartnern für Betroffene sollen zielgerichtete Problemlösungsansätze im Sinne

einer bewusst konflikthemmenden Gestaltung der Arbeitsbeziehungen entwickelt und angestoßen werden. In der wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Diskussion hat sich der Terminus Mobbing für die Auseinandersetzung mit systematischer Konflikteskalation durchgesetzt. Demgegenüber scheint sich aber ein Alltagsverständnis bzw. ein alltäglicher Gebrauch des Wortes etabliert zu haben, das bzw. der auch vereinzelte Übergriffe und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz einbezieht. So werden auch außerberufliche und -schulische Konfliktsituationen mit Mobbing umschrieben.[2] Eine aktuelle Spezifizierung findet sich im Begriff Cybermobbing. Hierunter werden Mobbingaktivitäten unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel verstanden.[3] Weitere Ausdifferenzierungen finden sich in den Begriffen Flashmob, Smartmob und Carrotmob.[4] Es ist zu unterscheiden zwischen:

- Mobbing im Schulalltag von Kindern
- Mobbing im Berufsalltag Erwachsener
- Mobbing im privaten/familiären Umfeld

In der vorliegenden Arbeit geht es um Mobbing im Berufsalltag Pflegender; die beiden anderen Formen werden ausgeklammert.

Seit Beginn der neunziger Jahre werden in der medialen Diskussion im deutschsprachigen Raum unter dem Begriff Mobbing Schicksale von Menschen beschrieben, die an ihrem Arbeitsplatz kontinuierlichen Schikanen ausgesetzt sind. Innerhalb eines zeitlichen Verlaufs zugespitzte Konfliktsituationen am Arbeitsplatz führen oftmals dazu, dass die Betroffenen erkranken und/oder ihren Arbeitsplatz aufgeben (müssen). Durch die öffentlich geführte Diskussion über Mobbing entstand ein Bild, das weitgehend von einer authentischen Definition absieht. Oftmals werden schlicht Arbeitsplatzkonflikte

---

2 Was unter dem Phänomen Cybermobbing oder Cyberbullying steckt, fragt Julia Riebel 2008 in ihrer Publikation ‚Spotten, Schimpfen, Schlagen'. Ihr geht es um den Nachweis von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen ‚klassischem' Mobbing und Cybermobbing in der Schule (vgl. Riebel 2008).

3 Die Zeitschrift Spiegel-Wissen hat den Begriff Cybermobbing am 31.05.2008 zum ‚Wort des Tages' gekürt. Hier heißt es: „Cyber-Mobbing ist eine Form des Mobbings, die derzeit häufig an Schulen vorkommt. Opfer sind Lehrer oder Mitschüler, die mit Hilfe moderner Kommunikationsmittel (Mails, Chatrooms, SMS-Nachrichten oder Videos) diffamiert, beleidigt oder bedroht werden. So werden Fotos der Opfer manipuliert oder entwürdigende Situationen mit dem Handy gefilmt und ins Internet gestellt. Täter sind in der Mehrzahl der Fälle Schüler, aber auch Vorgesetzte, Eltern oder Kollegen" (Spiegel-Wissen 2008).

4 Alle drei Formen nutzen moderne Kommunikationsmedien (Mobiltelefone, Kommunikationsplattformen) zur Information über gemeinsam auszuführende Aktivitäten. Während Flashmobs i. d. R. keine Zielsetzung verfolgen, sind Aktionen, die unter der Bezeichnung Smartmob zusammengefasst werden, politische oder wirtschaftliche Protestaktionen. Der amerikanische Sozialwissenschaftler Howard Rheingold hat den Begriff 2002 mit seiner Publikation ‚Smart Mobs: The Next Social Revolution' eingeführt (vgl. Rheingold 2002). Carrotmobs sind eine Unterform des Smartmobs. Hierbei organisieren sich Menschen zu Blitzeinkäufen bei bestimmten Händlern, die sich verpflichten, einen Teil des Gewinns in ökologische Projekte zu finanzieren (vgl. Smechowski & Laduch 2009: 3).

damit umschrieben; wissenschaftliche Hintergründe und Ursachenforschung bleiben offen. Die mittlerweile enorme Popularität des Begriffes Mobbing ist durch die Publikationen von Heinz Leymann hervorgerufen worden, denen (neben unzähligen journalistischen Publikationen) Veröffentlichungen zumeist aus psychologischem, aber auch aus juristischem Hintergrund folgten.

Zwei Möglichkeiten zur Frage der Neuartigkeit von Mobbingphänomenen stehen sich gegenüber. **Erstens**, dass Mobbing kein neues Phänomen ist, sondern lediglich eine neuartige Umschreibung von Konflikteskalation im Berufsleben und dass diese alte, aber neu beleuchtete Thematik durch die öffentlich geführte Diskussion stärker in das Bewusstsein einer breiten Bevölkerungsschicht gelangt. **Zweitens**, dass in Zeiten schwacher Konjunktur, wirtschaftlicher und finanzieller Krisen sowie Massenarbeitslosigkeit die Konkurrenz unter Kollegen zunimmt und die Angst vor drohendem Arbeitsplatzverlust Abwehrmechanismen erschwert.

Es drängt sich die Vermutung auf, dass mit Mobbing ein Begriff gefunden wurde, welcher aktuelle Befindlichkeiten, Ängste und Konfliktverarbeitungen in sich fasst bzw. verschiedene Problemlagen und Konfliktsituationen bündelt. Fraglich ist nun, was in der öffentlichen Diskussion und in der wissenschaftlichen Theorieentwicklung unter diesem Begriff verstanden wird – und ob bzw. inwieweit dies mit einem Alltagsverständnis hierzu übereinstimmt.

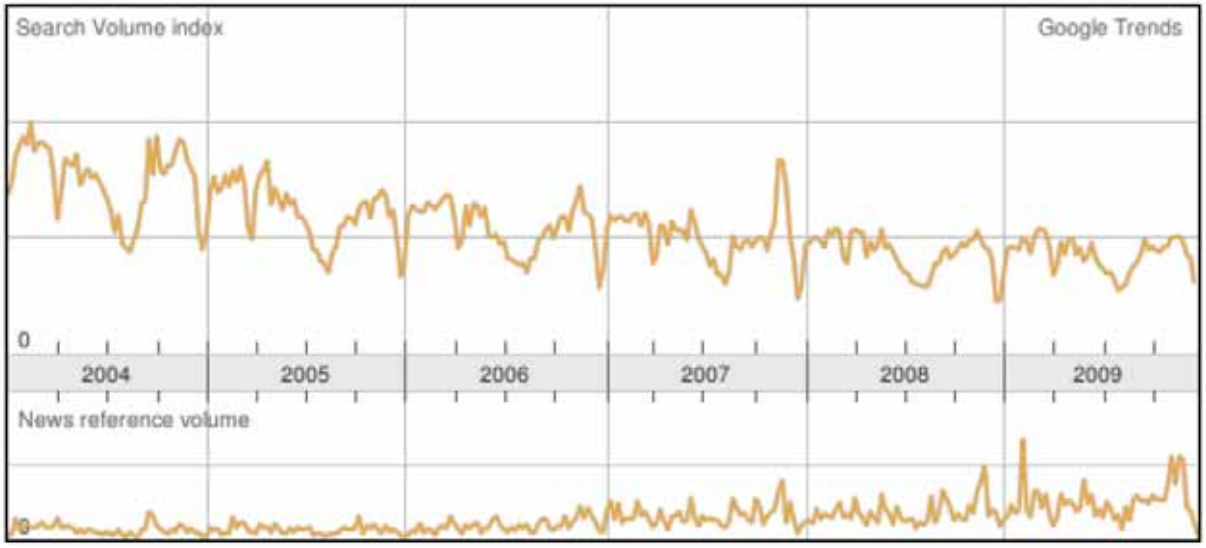
2.1.1 Herkunft und Verwendung des Begriffes Mobbing

Seit nunmehr fast 20 Jahren wird – sowohl in Beiträgen der neuen Medien als auch der Fach- und populärwissenschaftlichen Literatur – der Begriff Mobbing verwendet, ohne dass immer eine eindeutige Verwendung oder das Vorhandensein einer Definition zu erkennen wäre. In dem vom Institut für Deutsche Sprache herausgegebenen ‘Neuen Wortschatz‘, der Neologismen der neunziger Jahre im Deutschen zusammenfasst, heißt es, dass der Begriff seit Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts in Gebrauch ist (vgl. Institut für Deutsche Sprache 2004: 218 f.).

Unter dem Suchprogramm Google finden sich im Juni 2003 insgesamt 209.000 Eintragungen zum Begriff Mobbing im weltweiten Netz, davon 56.400 auf deutschsprachigen Seiten (vgl. Google 2003). Nach sechs Jahren, im Juni 2009, sind es weltweit 4,4 Millionen und im deutschsprachigen Raum 1,6 Millionen (vgl. Google 2009).

Wird diesem Informationsangebot im Internet ein Bedarf an Informationsbeschaffung über dieses Medium gegenübergestellt – hier über die Suchmaschine Google –, zeigt sich folgendes Bild:

Abb.1: Mobbing in Google Trends



Über den Search Volume Index[5] ist zu erkennen, dass sich im Vergleich der letzten fünfeinhalb Jahre ein kontinuierlich abnehmendes Suchverhalten der Google-Nutzer beim Begriff Mobbing gezeigt hat. In jedem Jahr formiert sich zwar ein ähnlicher saisonaler Verlauf, der aber nicht typisch für den Begriff Mobbing sein muss, sondern sich (auch) in ähnlichen Ausprägungen beim Suchverhalten zu anderen – mit Mobbing verwandten – Begriffen zeigt; beispielsweise (unter den Begriffen) Schule, Arbeit, Streit u. a. (vgl. Google Trends 2009).

Aus dem Englischen kommend bedeutet ‚to mob': pöbeln, herfallen, bedrängen und/ oder belagern. Das (englische) Substantiv ‚mob' bezeichnet Pöbel, Gesindel bzw. eine Bande von Verbrechern (vgl. Langenscheidt 1990: 382). Der Begriff wurde von Konrad Lorenz im Kontext der Verhaltensforschung von Tieren (Gänsen) verwendet.[6] Daraus entlehnt, wurde dieser später in Schweden für das Gruppenverhalten von Kindern

5 Zugrunde gelegt werden hier die Daten von Google Trends. Der im oberen Bereich dargestellte Search Volume Index zeigt die Suchanfragen zu einem eingegebenen Begriff auf. Der im unteren Bereich zu sehende Graph News Reference Volume stellt dar, wie häufig der Begriff in (englischsprachigen) Google News Stories auftaucht.

6 In seinem Werk ‚Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression' beschreibt Lorenz eine Gegenoffensive des Beutetiers gegen den Fressfeind. Er charakterisiert: „Besonders sind es gesellschaftlich lebende Tiere, die zu vielt das sie gefährdende Raubtier angreifen, wo immer sie ihm begegnen" (Lorenz 1963: 41). Wie Christoph Schulte formuliert, begreift Lorenz „die Aggression selbst als diejenige unverzichtbare Kraft, die Menschen und Tieren gattungsgeschichtlich im Kampf ums Dasein das Überleben sicherte" (Schulte 1993: 16). Leymann berichtet in seinem Vorwort von 1995 davon, dass Konrad Lorenz als 10-jähriger Junge durch eine Szene in der Kindergeschichte ‚Die wunderbare Reise des kleinen Nils Holgersson mit den Wildgänsen' von Selma Lagerlöf zur Verhaltensforschung von Gänsen inspiriert wurde. In dieser Szene wird Nils vor der Verfolgung von einem Fuchs dadurch gerettet, dass die Wildgänse im Tiefflug Scheinangriffe auf den Fuchs starten. Im Ergebnis liegt der Fuchs völlig erschöpft auf dem Boden und Nils kann auf dem Rücken der Wildgänse entkommen (vgl. Lagerlöf 1948: 28 ff., Leymann 1995: 14 und Neuberger 1999: 3).

genutzt (vgl. Leymann 1996: 167 und Neuberger 1999: 3). Ende der siebziger Jahre griff Leymann diese Bezeichnung auf, als er ähnliches Verhalten in der real erlebten Berufswelt der Erwachsenen in Schweden entdeckte. Die erste Thematisierung von systematischen Feindseligkeiten am Arbeitsplatz findet sich nach Neuberger im Jahr 1976 in der Arbeit der Amerikanerin Carrol Brodsky. In ihrem Werk ‚The harassed worker' fasst sie ihre Erfahrungen als Leiterin von Schiedskommissionen zusammen. Als Schlichterin und psychiatrische Gutachterin wurde sie wiederholt mit der Situation konfrontiert, dass Arbeitnehmer infolge einer ‚schlechten' Behandlung von Kollegen oder Vorgesetzten krank und arbeitsunfähig wurden (vgl. Neuberger 1999: 3). Das Thema wurde Mitte der siebziger Jahre von dem schwedischen Wissenschaftler Leymann aufgenommen, als er in seiner arbeitspsychologisch ausgerichteten Arbeit auf Fälle systematischer Ausgrenzung und Anfeindung am Arbeitsplatz stieß. Dadurch, dass das schwedische Arbeitsschutzrecht Ende der 70er Jahre dem Arbeiter neben einem physischen Arbeitsschutz auch das Recht zuerkannte, psychisch gesund zu bleiben, wurden von staatlicher Seite Mittel zur psychosozialen Arbeitsmilieuforschung zur Verfügung gestellt (vgl. Schild & Heeren 2001: 5). Die Veröffentlichung der Ergebnisse von Leymann machte das Phänomen Anfang der 90er Jahre in Deutschland schlagartig bekannt und führte darüber hinaus zu einer Sensibilisierung für dieses Thema (vgl. Meschkutat u. a. 2002: 9 f.).

Im englischsprachigen Bereich sind bis zum Ende der neunziger Jahre vorrangig andere Begriffe für ähnliche oder gleiche Sachverhalte verwendet worden. In Großbritannien wurde mit dem Begriff ‚Bullying' schikanöses Verhalten von Vorgesetzten gegenüber ihren Untergebenen beschrieben. Beispielsweise von Maarit Vartia-Väänänen wird der Begriff Bullying verwendet und – in ähnlicher Form wie bei Leymanns Mobbingdefinition – die Prozesshaftigkeit hervorgehoben. Hier heißt es:

„Bullying is long-lasting, recurrent, and serious negative process of actions, and behavior that is annoying and oppressing. [...] Negative behavior develops into bullying when it becomes continuous and repeated" (Vartia-Väänänen 2003: 31).

In den USA wird ‚employee abuse' als Begriff für schikanöse Konfliktsituationen am Arbeitsplatz verwendet (vgl. Mackensen von Astfeld 1999: 37, Neuberger 1994: 8 und Schild & Heeren, 2001: 4). Zudem findet sich im Englischen der Begriff ‚(sexual) harassment' für Situationen, in denen Personen zielgerichteten Schikanen ausgesetzt sind. Erst im Jahre 1999 wurde mit der Publikation von Davenport, Schwartz und Elliot mit dem Titel ‚MOBBING Emotional Abuse in the American Workplace' der Begriff Mobbing auch im angloamerikanischen Raum etabliert (vgl. Bookmasters 2003 und Davenport u. a. 1999). Hier wird formuliert:

„Mobbing is aggression against ‚anyone' – rather than specific discrimination against someone based on age, gender, race, creed, nationality, disability or pregnancy – using harassing, abusive and often terrorization behaviors. Mobbing is done intentionally to force the person out of the workplace" (Davenport u. a. 1999: 34).

2.1.2 Theoretische Begriffseingrenzung und Definitionen

Vergleicht man Veröffentlichungen zum Thema Mobbing, dann fällt auf, dass dieses Phänomen größtenteils auf zwei unterschiedliche, aber oft miteinander verbundene Arten beschrieben bzw. erklärt wird: Einmal durch das Schildern oftmals dramatischer Einzelfälle oder – wenn theoretisch begründet – gestützt auf die von Heinz Leymann aufgestellte und oftmals zitierte Mobbingdefinition. Die Thematisierung des Phänomens ist in der Literatur zunächst unstrukturiert bearbeitet worden.

Der mittlerweile enorme Bekanntheitsgrad ist durch die Publikationen von Leymann hervorgerufen worden (vgl. Leymann 1993, 1993-a, 1995, zusammen mit Niedl 1994), denen neben unzähligen journalistischen Publikationen auch Veröffentlichungen zumeist aus psychologischem, aber auch aus juristischem Hintergrund mit Ratgebercharakter für Betroffene folgten (vgl. Brommer 1995, Kollmer 2000, Wolmerath 2000 und Zuschlag 1994). Im Folgenden soll zum einen der von Leymann erörterte, theoretische Ansatz erläutert und einer kritischen Analyse unterzogen werden. Zum anderen werden Ergebnisse weiterer Autoren vorgestellt. Im Ergebnis dessen folgt die Diskussion zu Fehlstellen und offenen Fragen der Ansätze.

2.1.2.1 Mobbingdefinition von Leymann

Theoretische Grundlage nahezu aller (populär)wissenschaftlichen Publikationen zum Thema bzw. Begriff Mobbing ist die von Leymann aufgestellte Definition. In seiner Veröffentlichung von 1993 definiert er allgemein:

„Der Begriff Mobbing beschreibt negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen“ (Leymann 1993: 21).

In seiner überarbeiteten Publikation aus dem Jahre 1995 konkretisiert er seine Definition wie folgt:

„Unter Mobbing wird eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz unter Kollegen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen verstanden, bei der die angegriffene Person unterlegen ist [...] und von einer oder mehreren Personen systematisch, oft [...] und während längerer Zeit [...] mit dem Ziel und/oder dem Effekt des Ausstoßens aus dem Arbeitsverhältnis [...] direkt oder indirekt angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet“[7] (Leymann 1995: 18).

Damit legt er den Schwerpunkt auf die folgenden vier Aspekte. **Erstens** ist das Kriterium für das Auftreten von Mobbing ein Handlungsablauf. Nur Handlungen, die sich „oft“ und über „längere Zeit“ wiederholen (Leymann 1995:18), können als Mobbing betrachtet werden. Handlungen werden also erst durch Wiederholung zu Mobbing.

7 Ausgelassen wurden Nummerierungen.

Zweitens ist die Systematik des Vorgehens eine Bedingung. **Drittens** wird Unterlegenheit und empfundene Diskriminierung der Betroffenen vorausgesetzt. Und **viertens** wird das sogenannte Ausstoßen aus dem Arbeitsverhältnis als Ziel und/oder Effekt des Vorgehens benannt. Mit der Und-/Oder-Formulierung von Leymann entsteht eine extrem weite Definition. Hier können sowohl Täterabsichten als auch Opfererleben Indikator für das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess sein (vgl. Neuberger 1999: 10). Als problematisch kann des Weiteren eingeschätzt werden, dass ausschließlich kommunikative Handlungen in die Definition einbezogen werden und auch nur Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (vgl. Zuschlag 1994: 4).

Leymanns empirische Begriffsbestimmung sieht etwas anders aus; dazu erfolgt eine Eingrenzung seiner Definition im LIPT (Leymann Inventory For Psychological Terrorization). Entsprechend der hier vorgestellten Definition kann jetzt von Mobbing gesprochen werden, wenn mindestens eine von 45 aufgelisteten Handlungen vorliegt und diese wenigstenseinmal pro Woche und mindestens über ein halbes Jahr ausgeübt wird/werden (vgl. Leymann 1993: 33 f.).

Der von Leymann entwickelte Forschungsansatz ist arbeitsmedizinisch ausgerichtet. Er zielt darauf herauszufinden, ob psychische oder psychosomatische Erkrankungen aufgrund des Mobbingverlaufes geortet werden können. Durch die Übertragung dieses Ansatzes auf die wissenschaftliche Diskussion und die Herangehensweisen zu Prävention und Intervention in Deutschland setzen Interventionsmaßnahmen zu einem Großteil auf dieser Ebene an: Als Ergebnis dieser breit angelegten Diskussion in Deutschland wurden Anlaufstellen und Selbsthilfegruppen ins Leben gerufen (vgl. Schild & Heeren 2001: 1). Es gibt Therapieansätze und Sorgentelefone für Mobbingbetroffene und die Liste der Ansprechpartner sowie der Ratgeberliteratur wird von Jahr zu Jahr länger (vgl. Ausfelder 2000, Brommer 1995, Haben u. a. 2001, Resch 1994, Schauer 1998 und Zuschlag 1994).

2.1.2.2 Verortung anderer Autoren

Die Mobbingdefinitionen anderer Autoren beziehen sich in der Regel auf die Definition von Leymann, und zwar sowohl in der empirischen als auch theoretischen Auseinandersetzung (vgl. Brommer 1995, Haben u. a. 2001, Holzbecher 1999, Kirchner 2000, Knorz & Zapf 1996, Mackensen von Astfeld 2000, Meschkutat 2003, Mittelstaedt 1998, Niedl 1994, Resch 1994, Schauer 1998, Schnecke 2003 und Schild & Heeren 2001).

Eine Ausnahme bildet die Definition von Oswald Neuberger (1994), auch wenn er ebenfalls die von Leymann eingebrachten Dimensionen aufgreift und erweitert. Aber Neuberger bezieht in seiner Strukturanalyse die wechselseitige Beziehung zwischen

Opfer und Täter sowie außerdem die Perspektive der „ZuschauerInnen oder WegseherInnen“ in die Betrachtung ein (Neuberger 1994: 26). Eine Erweiterung und Spezifizierung seiner strukturanalytischen Betrachtungen legte Neuberger in den Jahren 1995 und 1999 vor und lieferte damit laut Inga Mittelstaedt die Ansätze für eine systematische Theorieanbindung (vgl. Mittelstaedt 1998). Neuberger diskutiert zudem, Mobbing als grausames Spiel zu betrachten und definiert: „Jemand spielt einem übel mit und man spielt wohl oder übel mit“ (Neuberger 1999: 18). In Anlehnung an Michel Crozier und Erhard Friedberg (1979) führt er eine Spielmetapher ein, die Freiheit und Zwang vereinigt und sowohl Prozess als auch Ausgang des Spiels vom Geschick der Spielenden wie auch der Struktur des Geschehens abhängig macht (vgl. Crozier & Friedberg 1979 nach Neuberger 1994: 81 ff.). Die theoretische Strukturierung des Phänomens wurde in den Publikationen von Ihno Schild und Andreas Heeren (2001) sowie Mittelstaedt (1998) erneut aufgegriffen. Analysen von Ursachen, Folgen sowie des Verlaufs von Mobbingprozessen (theoretisch und/oder empirisch belegt) finden sich bei Sylvia Mackensen von Astfeld (2000), Christa Kolodej (1999) und Kerstin Schlaugat (1999).

Neuberger schlägt eine Unterscheidung in strukturelles und personales Mobbing vor. Beim Konzept des strukturellen Mobbings[8] bietet sich die Chance, „das Mobbing-Phänomen aus seiner Einzwängung in (inter)personale Begründungen zu befreien und eine zusätzliche Erklärungsdimension zu erschließen“. Im Ergebnis würde die Möglichkeit bestehen, Mobbing „als Reaktion auf zwar durch Personen vermittelte, aber nicht durch sie verursachte Widersprüche“ zu begreifen (Neuberger 1999: 67 f.). Weitergehend entlarvt Neuberger die Ausblendung des strukturellen Mobbingkonzepts als eine Möglichkeit, ablenkend und mit „großem publizistischem Aufwand auf dramatische Einzelfälle mit viel human touch“ zu verweisen und diese „lediglich als Fehlentwicklungen in einem ansonsten fairen System“ zu interpretieren. Aus der Perspektive des strukturellen Mobbings jedoch würden über die Kritik der Bedingungen die Grundfesten des Systems in Frage gestellt werden. Er fasst zusammen: Die „Präsentation des Symptoms (Mobbing) lässt die Strukturen unangetastet“ und „immunisiert sie noch zusätzlich“ (Neuberger 1999: 69).

---

8 Er bezieht sich hier auf das Konzept der strukturellen Gewalt des Norwegers Johan Galtung und fasst zusammen: „Dieser Begriff basiert auf der Überlegung, dass die soziale Gewalt in Strukturen, Regeln, Institutionen, Vorschriften oder Artefakten (wie Maschinen, Programmen, Architektur) versachlicht sein kann. […] Nicht die schikanöse Anwendung z. B. von Regeln wäre dann das Verletzende, sondern ihre Einseitigkeit, Unfairness, Undurchschaubarkeit oder Auslegungsbreite“ (Neuberger 1999: 67). Später konkretisiert er: „‚Strukturelles Mobbing‘ liegt vor, wenn in einseitiger und diskriminierender Weise und ohne dass dafür sachliche Gründe geltend gemacht werden (können), bestimmte Personen oder Gruppen durch offizielle Verfahren und Systeme daran gehindert werden, Möglichkeiten zu nutzen, die anderen Personen oder Gruppen eingeräumt werden. Hier wird der für Mobbing typische Ausschluss (aus Organisationen, von Vorteilen) sozusagen ins System eingebaut“ (Neuberger 1999: 88).

Eine Einbindung von Mobbing bzw. der „gesellschaftlichen Aufmerksamkeit“ gegenüber diesem Begriff in einen gesellschaftstheoretischen Kontext erfolgt von Inga Mittelstaedt, indem sie Mobbing in einen Zusammenhang mit Ulrich Becks ‚Entwicklungstheorie der modernen Gesellschaft‘ stellt. Ein Aspekt, den sie in diesem Zusammenhang besonders betont, ist die „gegenwärtige [sic] steigende Bedeutung der Emotionen“. Sie kommt zu dem Schluss, dieser Entwicklung Rechnung tragend, „neue Wege bei der Emotionsbewältigung und damit einhergehend besonders bei der Konfliktbewältigung suchen zu müssen“ (Mittelstaedt 1998: 217 u. 231).

2.1.2.3 Desiderate bestehender Definitionsansätze

Eine zentrale Fehlstelle der verschiedenen Definitionen scheint durch das Fokussieren auf die Opferperspektive zu entstehen. Selbst wenn in der Definition die Täterintension (zunächst) erfasst ist, zeigt sich diese Fehlstelle darin, dass empirisch bisher nahezu ausschließlich aus Opfersicht analysiert und begründet worden ist. Hier zeigt sich das größte Desiderat bestehender Forschungsansätze. Da sich die meisten Forschungslogiken stark an die Vorgehensweise von Leymann anlehnen, sind sie nicht in der Lage, offene Fragestellungen aus dieser Forschungstradition zu beantworten bzw. Hindernisse dieser Betrachtungsweise zu überwinden. Eine Ausnahme nimmt die Analyse von Neuberger ein; eine empirische Untersuchung seiner Definitionserweiterungen liegt jedoch nicht vor.

Wie vorangehend gezeigt, wird bei Leymann (und einem Großteil der Autoren, die sich an seine Herangehensweise anlehnen) die empirische Eingrenzung des Begriffes über zwei Dimensionen realisiert. Zum einen über die Beschreibung von Mobbinghandlungen und zum anderen über die Festlegung, wie oft diese ausgeübt werden. In dem folgenden Abschnitt werden die verschiedenen empirischen Herangehensweisen noch einmal detaillierter in den Blick genommen

2.1.3 Operationalisierung und Vorkommen: Empirische Eingrenzung von Mobbing

Eine Messung des Mobbingvorkommens setzt das Operationalisieren voraus. Ob und inwieweit dies möglich ist, leitet sich von den zugrunde gelegten Definitionen und empirischen Abgrenzungen ab. Zentrale Bestandteile der Mobbingdefinitionen sind Art, Dauer und Häufigkeit der Mobbinghandlungen. Den Kern der Mobbingdefinitionen bildet eine Beschreibung derjenigen Handlungen, die während des Prozesses auftreten (müssen), um Mobbing eindeutig von anderen Konfliktsituationen abzugrenzen. Bei den empirischen Untersuchungen besteht – wie bereits bei Leymann dargestellt – das

Problem, dass den theoretischen Definitionen empirische folgen, welche einzelne theoretische Dimensionen der Definitionen nicht mehr aufgreifen.

In einem Artikel von Dieter Zapf (1999) werden bis dato vorliegende Studien zum Vorkommen von Mobbing analysiert und gegenübergestellt. Er formuliert, dass es in „Deutschland keine substantiellen Querschnittsstudien zu Mobbing gibt" und er seine Aussagen deswegen im Wesentlichen auf skandinavische Studien stützen müsse (Zapf 1999: 4 ff.).[9]

Zapf arbeitet drei unterschiedliche Strategien der empirischen Erfassung des Phänomens Mobbing heraus. Die **erste** Strategie gibt verschiedene Mobbinghandlungen bzw. -items vor (bspw. Leymanns Vorgehensweise im LIPT[10]) und bestimmt diejenigen Personen als von Mobbing Betroffene, die innerhalb einer bestimmten Zeit und mit einer festgelegten Häufigkeit von diesen Handlungen betroffen waren. Die **zweite** Strategie gibt ebenfalls verschiedene Mobbinghandlungen bzw. -items vor, legt aber auf einer Skala einen Cut-off-Wert fest. Dieses Vorgehen findet sich beispielsweise bei Jörg Schnecke. Die Mobbingbetroffenheit ist dann davon abhängig, wo dieser Cut-off-Punkt manifestiert wird. Die **dritte** Strategie gibt eine Definition von Mobbing vor. Sie findet sich unter anderem bei Bärbel Meschkutat sowie bei Maarit Vartia-Väänänen. Es wird hier erfragt, ob eine Betroffenheit im Sinne dieser Definition vorliegt. Zapf resümiert, dass bei der dritten Strategie die geringsten Betroffenheitsquoten ermittelt werden; mittlere Betroffenheitsquoten bei der Vorgehensweise von Leymann (also der ersten Strategie) und die höchsten Betroffenheiten bei der zweiten Strategie (vgl. Zapf 1999: 4). Eine **vierte** Herangehensweise findet sich in einer Studie, die 1997 von der Autorin dieser Dissertationsschrift angefertigt wurde. Der dort entwickelte Indikator wurde 1998 bei Helga Voigtländer und Sabine Böttcher noch einmal verwendet. In diesen Studien geht es nicht „um die Überprüfung einer Betroffenheit nach einer vorhandenen (fragwürdigen) Definition, sondern vielmehr um subjektiv empfundene Mobbingbetroffenheit nach einer individuellen Vorstellung über den Begriff" (Drygalla 1997: 19).

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Herangehensweise von Leymann (erste Strategie) vorgestellt und kritisch erörtert. Anschließend werden die empirischen Eingrenzungen der anderen Strategien vorgestellt, jeweils anhand eines Beispiels. Bei der Festlegung dieser Vorgehensweise (und Reihenfolge der Darstellung)

---

9 In seine Analyse bezieht er neun Studien aus Deutschland ein, zwei aus Finnland, drei aus Norwegen, sieben aus Schweden, eine aus Ungarn, eine aus England und eine aus der Schweiz (Zapf 1999: 5).

10 Im LIPT (Leymann Inventory For Psychological Terrorization) wird folgender Rahmen gesetzt: Mindestens eine der gelisteten Handlungen muss mindestens einmal pro Woche und über mindestens ein halbes Jahr ausgeübt werden.

wird in Analogie zu Abschnitt 2.1.2 davon ausgegangen, dass die Vorgehensweise von Leymann sowohl Vorläufer- als auch Grundlagenstatus hat.[11]

2.1.3.1 Strategie 1: Mobbing empirisch erfasst über Handlungen und definierte Häufigkeit sowie Zeitdauer

Wie bereits in Abschnitt 2.1.2.1 gezeigt, wird in Heinz Leymanns empirischer Begriffsbestimmung dann von Mobbing gesprochen, wenn mindestens eine von 45 aufgelisteten Handlungen vorliegt und diese mindestens einmal pro Woche und wenigstens über ein halbes Jahr ausgeübt wird/werden. Leymann hat diese Handlungen auf Grundlage der Auswertung von 300 Interviews entwickelt, welche er Anfang der 80er Jahre mit einer Forschungsgruppe geführt hat (vgl. Leymann 1993: 22). Keine Aussage findet sich darüber, wie die interviewten Personen ausgewählt wurden und mit welcher Methode die Interviewführung sowie -auswertung erfolgte. Laut Leymann lassen sich diese Handlungen fünf verschiedenen Gruppen zuordnen. Er unterteilt in Angriffe auf …

- die Möglichkeiten, sich mitzuteilen
- die sozialen Beziehungen
- das soziale Ansehen
- die Qualität der Berufs- und Lebenssituation
- die Gesundheit (vgl. Leymann 1993: 33 f.).

Die Zuordnung der einzelnen Handlungen zu diesen Gruppen ist in der folgenden Übersicht dargestellt.

---

11 Die Entscheidung für die Beispiele erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory, die mit ihrer empirischen Herangehensweise des ‚theoretischen Samplings' Empfehlungen formuliert, wie Gruppen oder Kategorien auszuwählen sind und wann die Analyse als abgeschlossen betrachtet werden kann. Im Unterschied zur quantitativen Herangehensweise steht diese Form des Samplings nicht unter dem Postulat der Repräsentativität. Die Entscheidung, wann eine Kategorie als abgeschlossen betrachtet werden kann, erfolgt über das Kriterium der ‚theoretischen Sättigung'. Diese wird von Glaser und Strauss beschrieben als das „Kriterium, um zu beurteilen, wann mit dem Sampling (je Kategorie) aufgehört werden kann. […] Sättigung heißt, dass keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann. Sobald er sieht, dass die Beispiele sich wiederholen, wird er davon ausgehen können, dass eine Kategorie gesättigt ist. Er verlässt nun seinen bisherigen Weg, um nach Gruppen zu suchen, deren Daten so verschieden wie möglich sind, nur um sicher zu gehen, dass die Sättigung auf einer möglichst breiten Datenbasis beruht" (Glaser & Strauss 1998: 68 f. und Strübing 2008: 33).

Abb. 2: Leymanns 45 Mobbinghandlungen

Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen

1. der Vorgesetzte schränkt die Möglichkeiten ein, sich zu äußern
2. man wird ständig unterbrochen
3. Kollegen schränken die Möglichkeiten ein, sich zu äußern
4. Anschreien oder lautes Schimpfen
5. ständige Kritik an der Arbeit
6. ständige Kritik am Privatleben
7. Telefonterror
8. mündliche Drohungen
9. schriftliche Drohungen
10. Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke oder Gesten
11. Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne dass man direkt etwas ausspricht

Angriffe auf die sozialen Beziehungen

12. man spricht nicht mehr mit dem/der Betroffenen
13. man lässt sich nicht ansprechen
14. Versetzung in einen Raum weitab von Kollegen
15. den Arbeitskollegen/-innen wird verboten, die/den Betroffene/n anzusprechen
16. man wird ‚wie Luft' behandelt

Angriffe auf das soziale Ansehen

17. hinter dem Rücken des Betroffenen wird schlecht über ihn gesprochen
18. man verbreitet Gerüchte
19. man macht jemanden lächerlich
20. man verdächtigt jemanden, psychisch krank zu sein
21. man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen
22. man macht sich über eine Behinderung lustig
23. man imitiert den Gang, die Stimme oder Gesten, um jemanden lächerlich zu machen
24. man greift die politische oder religiöse Einstellung an
25. man macht sich über das Privatleben lustig
26. man macht sich über die Nationalität lustig
27. man zwingt jemanden, Arbeiten auszuführen, die das Selbstbewusstsein verletzen
28. man beurteilt den Arbeitseinsatz in falscher oder kränkender Weise
29. man stellt die Entscheidungen des/der Betroffenen in Frage
30. man ruft ihm/ihr obszöne Schimpfworte oder andere entwürdigende Ausdrücke nach
31. sexuelle Annäherung oder verbale sexuelle Angebote

Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation

32. man weist dem Betroffenen keine Arbeitsaufgaben zu
33. man nimmt ihm jede Beschäftigung am Arbeitsplatz, so dass er sich nicht einmal selbst Aufgaben ausdenken kann
34. man gibt ihm sinnlose Arbeitsaufgaben
35. man gibt ihm Aufgaben weit unter seinem eigentlichen Können
36. man gibt ihm ständig neue Aufgaben
37. man gibt ihm ‚kränkende' Arbeitsaufgaben
38. man gibt dem Betroffenen Arbeitsaufgaben, die seine Qualifikation übersteigen, um ihn zu diskreditieren

Angriffe auf die Gesundheit

39. Zwang zu gesundheitsschädlichen Aufgaben
40. Androhung körperlicher Gewalt
41. Anwendung leichter Gewalt, zum Beispiel, um jemandem einen ‚Denkzettel' zu verpassen
42. körperliche Misshandlung
43. man verursacht Kosten für die/den Betroffene/n, um ihr/ihm zu schaden
44. man richtet physischen Schaden im Heim oder am Arbeitsplatz des/der Betroffenen an
45. sexuelle Handgreiflichkeiten

(Leymann 1993: 33 f.)

Leymann eruierte also 45 Handlungen, die er als Totalität aller möglichen Mobbinghandlungen darstellte. Betrachtet man jedoch diese Liste der Handlungen und denkt über die Möglichkeiten der Erweiterung nach, die sich – wie Neuberger gezeigt hat – ohne Weiteres finden lassen, erscheint die Auswahl recht willkürlich (vgl. Neuberger 1990: 14). Abgesehen von diesem widerlegten Geltungsanspruch (vgl. Neuberger 1990, 1994; Niedl 1995 und Knorz & Zapf 1996) ergibt sich die Frage, wie die Vielzahl der ermittelten Handlungen zu bündeln ist (vgl. Schlaugat 1999: 9 f., 29 f.).

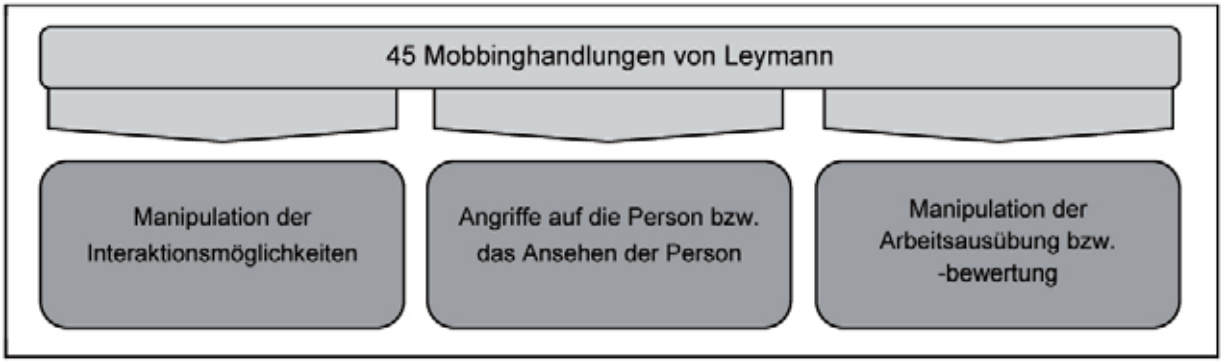
Schaut man sich die Zuordnung der einzelnen Handlungen zu den Gruppen an, ist zu erkennen, dass die Abgrenzung zwischen den einzelnen Gruppen verschwommen ist und im Ergebnis einzelne Handlungen verschiedenen Gruppen zugeordnet werden können. So kann man die Handlung „Man spricht nicht mehr mit dem/der Betroffenen“, wie von Leymann gruppiert, den „Angriffen auf die sozialen Beziehungen“ zuordnen. Unschwer lassen sich aber auch weitere Zuordnungen finden, wie zu den Gruppen „Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen“ als auch „Angriffe auf das soziale Ansehen“ (Leymann 1994: 33 f.).

Unklarheit ergibt sich auch dadurch, dass verschiedene hierarchische Positionierungen der Akteure hierbei von Leymann explizit und implizit einbezogen werden (Kollegen und Vorgesetzte), ohne dass er diese analytische Dimension bei den verschiedenen Handlungen durchzieht. Bei einzelnen Handlungen unterscheidet er, ob diese von Vorgesetzten oder Kollegen ausgeübt werden; bei anderen hingegen ergibt sich die Unterscheidung daraus, dass eine solche Aktion nur von vorgesetzter Ebene aus zu realisieren ist (bspw. Versetzung in einen anderen Raum oder die Zuweisung/Verweigerung von Arbeitsaufgaben). Bei einer Vielzahl der gelisteten Handlungen lässt er dies jedoch völlig offen.

Im folgenden Abschnitt erfolgt der Versuch, die von Leymann aufgestellten Handlungen in einer anderen als der von ihm vorgestellten Weise zu bündeln. Die Zusammenfassung wird in Form einer inhaltlichen Strukturierung mit induktiver Kategorienbildung realisiert (vgl. hierzu Kapitel 3). Die Unterscheidung, von welcher hierarchischen Ebene die Aktion ausgeht[12], wird hier aus Gründen der Einheitlichkeit durchgehend weggelassen.

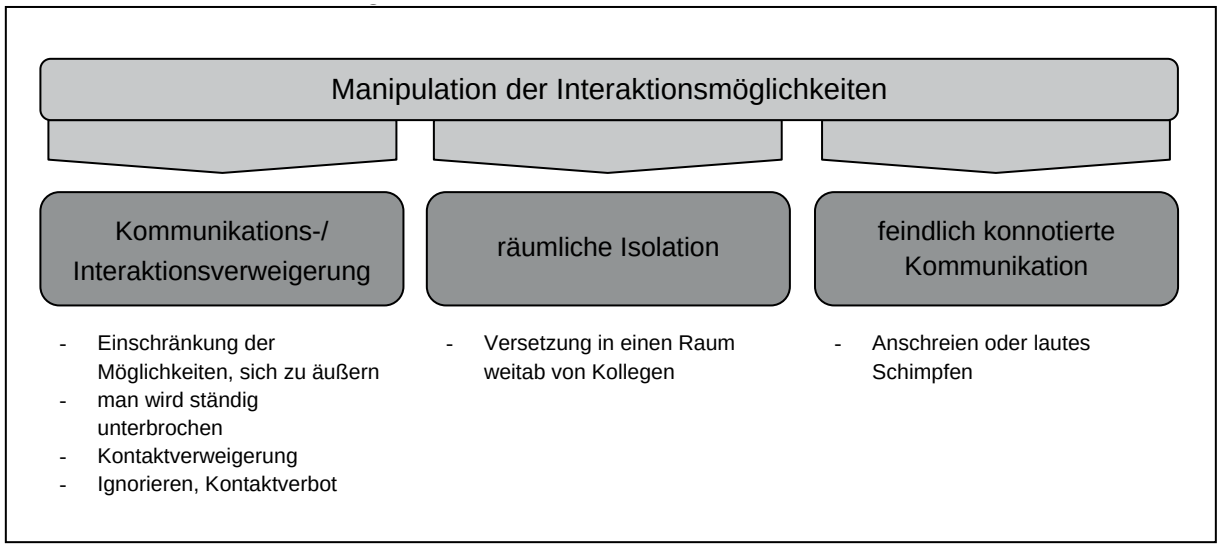
12 Kritische Anmerkungen zur Uneinheitlichkeit dieser Unterscheidung in der bisherigen Herangehensweise finden sich in den vorangestellten Ausführungen.

Abb. 3: Leymanns Mobbinghandlungen mit überarbeiteten theoretischen Kategorien



Es ergeben sich drei Gruppen: **erstens** Aktionen, die sich als Manipulation der Interaktionsmöglichkeiten zusammenfassen lassen (Abb. 4), **zweitens** Angriffe auf die Person bzw. das Ansehen der Person (Abb. 5) sowie **drittens** Manipulation der Arbeitsausübung bzw. -bewertung (Abb. 6).

Abb. 4: Mobbinghandlungen Kategorie 1. Manipulation der Interaktionsmöglichkeiten



In der ersten Gruppe von Mobbinghandlungen, der Manipulation der Interaktionsmöglichkeiten, werden Handlungen der Kommunikations- oder Interaktionsverweigerung, der räumlichen Isolation und der feindlich konnotierten Kommunikation zusammengefasst. Die zweite Gruppe von Mobbinghandlungen mit Angriffen auf die Person bzw. das Ansehen der Person lässt sich in verbale und nonverbale Angriffe unterteilen. Abhängig davon, ob der Betroffene direkt angegriffen wird oder ob die verbalen Übergriffe indirekt über andere Personen vermittelt werden, lassen sich verbale Angriffe weiter in direkte und indirekte Übergriffe untergliedern. Nonverbale Übergriffe können noch

einmal unterschieden werden in tätliche Übergriffe und in Übergriffe, die sich in Mimik oder Gestik ausdrücken.

Abb. 5: Mobbinghandlungen Kategorie 2. Angriffe auf die Person bzw. das Ansehen der Person

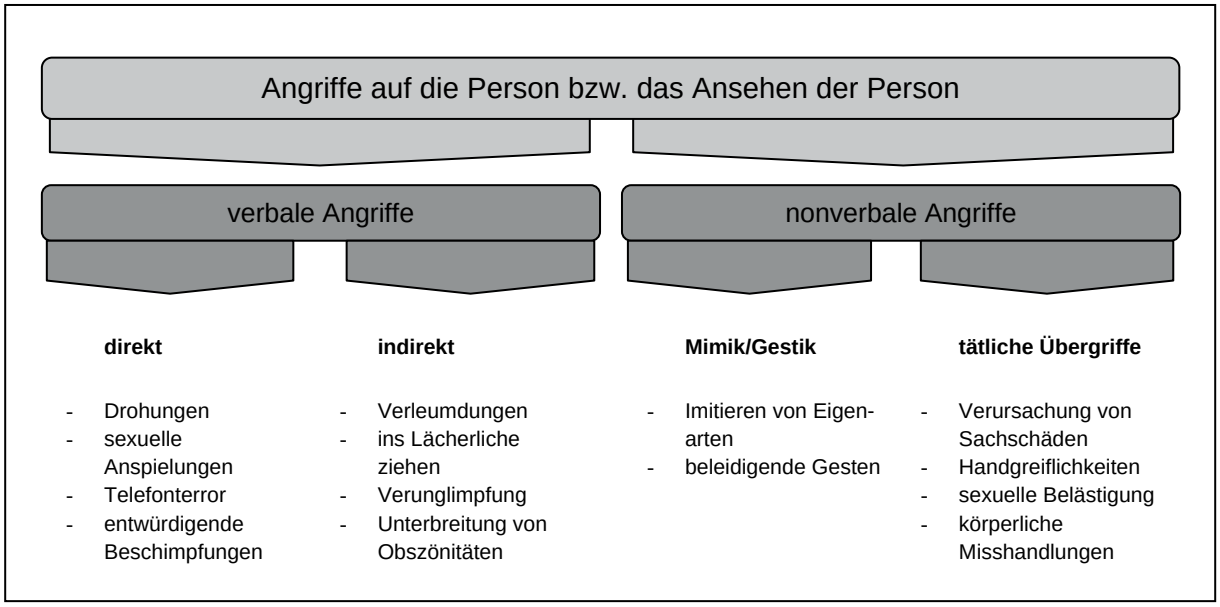
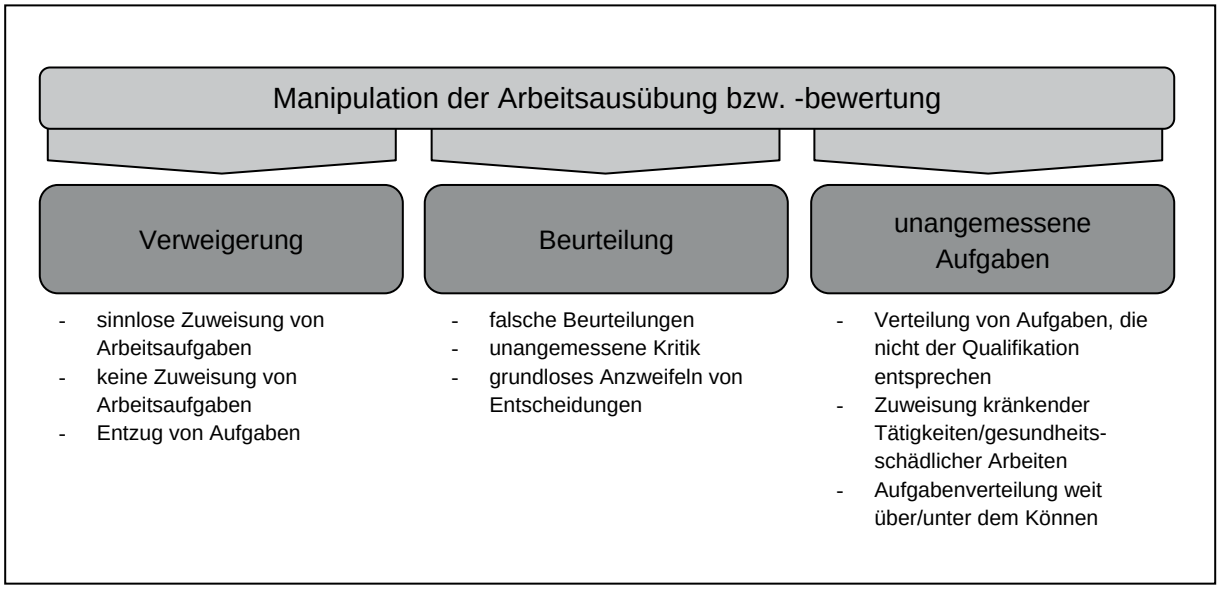


Abb. 6: Mobbinghandlungen Kategorie 3. Manipulation der Arbeitsausübung bzw. -bewertung



Eine dritte Gruppe bilden die Handlungen zur Manipulation der Arbeitsausübung bzw. -bewertung. Diese lassen sich unterteilen in Verweigerung/Behinderung der Arbeit, (falsche oder unangemessene) Beurteilungen der Arbeitsleistung und Zuteilung unangemessener Arbeitsaufgaben. Die hier vorgestellte Bündelung der Handlungen soll nicht den Anspruch erheben, die unzweifelhafte oder endgültige Variante einer (derartigen)

Zusammenfassung zu repräsentieren. Vielmehr soll gezeigt werden, dass eine andere Gruppierung der Handlungen (als von Leymann vorgenommen) logisch und nachvollziehbar sein kann. Es zeigt sich, dass weder die Liste der Mobbinghandlungen insgesamt als auch die vorgenommene Kategorisierung der einzelnen Handlungen schlüssig und eindeutig ist.

Ebenso kritisch wie die Liste der Handlungen sollten die – der Definition zugrunde liegende – zeitliche Eingrenzung und die Häufigkeit betrachtet werden. Hier lassen sich verschiedene Ungenauigkeiten erkennen: Die vorgenommene zeitliche Eingrenzung in ein halbes Jahr erscheint recht willkürlich.[13] Verdeutlicht wird dies noch einmal, wenn man dieser Eingrenzung die ebenfalls von Leymann ermittelte durchschnittliche Dauer von 15 Monaten gegenüberstellt.

Von Dieter Zapf werden unterschiedliche zeitliche Durchschnittsdauern für Mobbingprozesse zusammengestellt. Ståle Einarsen und Anders Skogstad ermitteln 1996 eine durchschnittliche Mobbingdauer von 18 Monaten und Ergebnisse von Zapf (1999) verweisen auf eine durchschnittliche Mobbingdauer von über drei Jahren[14] (vgl. Zapf 2000: 2). Ebenso willkürlich wirkt die zugrunde gelegte Häufigkeit (mindestens einmal pro Woche), welche Mobbingprozesse von anderen Konfliktsituationen abgrenzt.[15]

Während Heinz Leymanns theoretischer Ansatz die Täterintensionen mit berücksichtigt (über die Systematik des Vorgehens und die Wechselwirkungen in der Täter-Opfer-Beziehung), wird in seiner empirischen Vorgehensweise ausschließlich Opfererleben erfragt. Damit bleiben nicht nur die Perspektive der Täter sowie die Wechselwirkung in der Täter-Opfer-Beziehung unterbelichtet, sondern die Beobachter- bzw. Ermöglicherperspektive des Mobbinggeschehens wird ebenfalls ausgeklammert. Dies bringt mit sich, dass auch eine Verschränkung dieser verschiedenen im Prozess beteiligten Perspektiven nicht betrachtet werden kann. Mit den von ihm durchgeführten statistischen Untersuchungen in Schweden zeigt Leymann – entsprechend seiner Definition –, dass 3,5 Prozent der arbeitenden Bevölkerung betroffen sind, wobei Geschlechtsunterschiede nicht signifikant festgestellt werden können.[16] Leymann vermutet, dass aufgrund

---

13 Diese Eingrenzung würde mit sich bringen, dass ein beispielsweise fünf Monate andauernder Handlungsverlauf nicht als Mobbing bezeichnet werden kann.

14 Untersucht wurde eine Mobbingopferstichprobe, die „überwiegend über Zeitungsannoncen und Selbsthilfegruppen gewonnen wurde“ (Zapf 2000: 2).

15 Diese Abgrenzung würde bedeuten, dass ein Vorgehen gegen eine Mitarbeiterin, die z. B. in jedem Monat für drei Wochen in einem Pflegeteam arbeitet und dann jeweils für eine Woche in der pflegerischen Ausbildung tätig ist, durch die Nichterfüllung der Vorgabe ‚mindestens einmal pro Woche‘ nicht als Mobbing bezeichnet werden kann. Und zwar unabhängig von den sonstigen Merkmalen und Ausprägungen dieses Vorgehens.

16 Unterschiede finden sich innerhalb dieser Untersuchung lediglich zwischen Branchen und Bereichen. Er kommt in der Auswertung seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass Angestelltenberufe stärker betroffen sind als jene in produzierenden Bereichen (vgl. Leymann 1994: 85).

ähnlicher oder teilweise gleicher Organisationsstrukturen und arbeitsrechtlicher Bestimmungen innerhalb westlicher Industrienationen die Betroffenheitsquoten nur unwesentlich differieren (vgl. Leymann 1994: 84 ff.).

Neben einer kritischen Betrachtung der – seiner empirischen Definition zugrunde gelegten – Handlungen muss als weitere bedeutende Schwierigkeit die zeitliche Eingrenzung auf ein Jahr betrachtet werden: Leymann nimmt innerhalb seiner retrospektiven Fragebogenerhebung eine Zeitraumeingrenzung von zwölf Monaten vor; durch die Angabe einer durchschnittlichen Mobbingdauer von 1,25 Jahren ist zu vermuten, dass „Vorkommnisse mit in die Antworten eingehen können, deren Beginn länger zurückliegt“[17] (Neuberger 1999: 75 f.). Die laut Definition von Leymann über mindestens ein halbes Jahr ausgeübte/n Handlung oder Handlungen könnte/n also beispielsweise vier Wochen oder aber gut ein Jahr zurückliegen. Er untersucht folglich, ob die von ihm befragten Personen in einem Zeitverlauf gemobbt wurden; was nicht mit einer aktuellen Mobbingbetroffenheit gleichzusetzen ist. Dennoch: Wagemutige Berechnungen ermitteln nun mittels Multiplikation dieser Quote mit der Anzahl der Berufstätigen in Deutschland eine Größe von Mobbingbetroffenen, anhand welcher – zuzüglich kostenrechnerischer Überlegungen – Anti-Mobbingkonzepte sowohl gesellschaftlich als auch unternehmerisch notwendig erscheinen.

In einer empirischen Untersuchung in zwei österreichischen Unternehmen (angelehnt an die Vorgehensweise von Leymann) werden von Klaus Niedl Betroffenheitsquoten ermittelt, die zahlenmäßig über den schwedischen Werten liegen sollen.[18] Er räumt im Anschluss an seine Berechnungen ein, dass es sich nicht um signifikante Ergebnisse handeln kann, da keine ausreichend große Stichprobe untersucht wurde. Niedl argumentiert aber weiter mit diesen Werten und errechnet sogenannte Maximalwerte einer Betroffenheit, indem er Annahmen über den Personenkreis vornimmt, der nicht geantwortet hat:

„Problematisch ist die Tatsache, daß in beiden Untersuchungen nichts über jene Personen gesagt werden kann, die nicht geantwortet haben (dies waren jeweils rund 70 Prozent), so daß ein Mittelwert der Betroffenheit geschätzt werden muß“[19] (Niedl 1995: 59 f.).

---

17 Zusätzlich kann durch rückwärtsgerichtete Datenerhebung auch der Effekt eintreten, dass das „damalige Geschehen im Lichte seiner erst später bekannten Konsequenzen umgedeutet wird“ (Neuberger, 1994: 21 ff.).

18 Untersuchungen wurden jeweils in einem (!) Privatunternehmen und in einer Organisation der öffentlichen Verwaltung durchgeführt. Niedl ermittelt anhand dieser Erhebungen Betroffenheitsquoten im öffentlichen Sektor von 4,4 Prozent und in der Privatwirtschaft von 7,8 Prozent. Niedl bezieht sich in seinen rechnerischen Experimenten auf die Gesamtzahl der ausgegebenen Fragebögen und bemerkt: „diese Mindestwerte wurden unter der Annahme berechnet, dass jene Personen, die nicht antworten, überhaupt nicht von Mobbing betroffen sind. Realistischerweise muss man aber davon ausgehen, daß […] der wahre Prozentsatz höher anzusetzen ist“ (Niedl 1994: 108).

19 Nach den nun durchgeführten Berechnungen ermittelt Niedl Maximalbetroffenheitsquoten für den öffentlichen Sektor von 17,5 Prozent und für den privatwirtschaftlichen Sektor von 26,6 Prozent.

2.1.3.2 Strategie 2: Mobbing empirisch erfasst über Handlungen und einen festgelegten Cut-off-Wert

Jörg Schnecke veröffentlichte 2003 seine Ergebnisse in der Dissertationsschrift, Entwicklung und Prüfung eines Modells zur Beschreibung und Erklärung der Entstehung von Mobbingphänomenen'. Er entwickelt theoretisch folgende Kriterien, die erfüllt sein müssen, um von Mobbing zu sprechen: Ein Handlungsprozess muss vom Opfer als solcher wahrgenommen werden, „Handlungen müssen vom Handlungsempfänger als unangenehm empfunden und als unangemessen beurteilt werden. Dem Handlungssender (Täter) werden in diesem Kontext Schädigungsabsichten zugeschrieben". Im Konfliktverlauf fühlt sich der Handlungsempfänger unterlegen und erleidet eine oder mehrere (psychisch und/oder physisch) klinisch relevante Beeinträchtigung/en. „Die Handlungen müssen innerhalb eines langen Zeitraumes auftreten und entweder häufig auftreten und/oder von hoher Intensität sein und/oder in ihrer Gesamtheit komplex sein". Schnecke führt den Begriff Handlungsempfänger ein, da erst „bei Erfüllung sämtlicher Kriterien der Ausdruck ‚Mobbingopfer' verwendet wird". Anders jedoch bei Mobbingphänomenen, die er aus der Definition teilweise herausnimmt: „Bezogen auf den alltäglichen Sprachgebrauch müssen hingegen nicht sämtliche Kriterien erfüllt werden, um von Mobbingphänomenen zu [sic] sprechen zu können" (Schnecke 2003: 24 f.).

In der empirischen Untersuchung werden von Schnecke zwei Stichproben verglichen: eine Normalstichprobe und eine Mobbingstichprobe.[20] Die Mobbingbetroffenheit wird rechnerisch ermittelt, indem die Skalenausprägungen[21] aller abgefragten Mobbinghandlungen einbezogen werden. Mobbing liegt laut dieser empirischen Abgrenzung dann vor, wenn „der Mittelwert sämtlicher erhobener Items mindestens 2,75 beträgt" (Schnecke 2003: 63). Damit werden vier der zunächst theoretisch entwickelten Kriterien in der empirischen Herangehensweise nicht berücksichtigt. Weder spielt die Angemessenheit der erlebten Handlungen eine Rolle, noch die Schädigungsabsicht der Täter. Die als notwendig formulierte Folge einer klinisch relevanten Beeinträchtigung der Opfer bleibt ebenso ausgeklammert. Das fünfte Kriterium, die Dauer bzw. Intensität oder Komplexität der Handlungen, wird lediglich über die Skalen-Ausprägung ‚oft' einbezogen. Von Schnecke wird entsprechend dieser zugrunde gelegten (impliziten)

---

20 Die Normalstichprobe setzt sich aus Beschäftigten in privatwirtschaftlichen Organisationen, staatlichen Organisationen und Non-Profit-Organisationen Sachsen-Anhalts zusammen; die Mobbingstichprobe aus Ratsuchenden von Mobbing-Selbsthilfegruppen des gesamten Bundesgebietes.

21 Die Skala reicht hier von 1 = ‚fast nie/trifft überhaupt nicht zu' über 3 = ‚manchmal' bis 5 = ‚oft, trifft völlig zu' (vgl. Schnecke 2003: 63). Betrachtet werden die letzten drei Monate der Berufstätigkeit (vgl. Schnecke 2003: 142).

empirischen Eingrenzung seiner Definition eine Mobbingbetroffenheit ermittelt, die bei 2,3 Prozent liegt. Er weist auf Unterschiede zwischen privatwirtschaftlichen Organisationen (1,0 Prozent), staatlichen Organisationen (2,7 Prozent) und Non-Profit-Organisationen[22] (0,1 Prozent) hin und kommt resümierend anhand des Mittelwertvergleichs aller Befragten[23] zu dem Ergebnis, dass staatliche Organisationen stärker betroffen sind als privatwirtschaftliche (vgl. Schnecke 2003: 76).

2.1.3.3 Strategie 3: Mobbing empirisch erfasst über eine vorangestellte Definition

Im Jahr 2002 wurden vom Bundesministerium für Arbeit die Ergebnisse einer ersten ‚Repräsentativstudie zu Mobbing in der Bundesrepublik Deutschland' vorgestellt, die von einem Autorenteam der Sozialforschungsstelle Dortmund unter Federführung von Bärbel Meschkutat angefertigt wurde.[24] Dieser Forschungsarbeit liegt folgende Definition zugrunde: „Unter Mobbing ist zu verstehen, dass jemand am Arbeitsplatz häufig über einen längeren Zeitraum schikaniert, drangsaliert oder benachteiligt und ausgegrenzt wird." Empirisch erhoben wurde, ob die Befragten aktuell oder zurückliegend „im Sinne dieser Definition" von Mobbing betroffen sind oder waren (Meschkutat u. a. 2002: 23). Das heißt, den Interviewten wurde ein theoretisches Konzept zu Mobbing vorgelegt und Mobbingerleben im Sinne dieses Konzeptes erhoben.[25]

Hier wäre kritisch zu beleuchten, inwieweit die Eingangsfrage durch das eigene, ganz subjektive Verständnis von Mobbing und der daraus resultierenden Sicht auf die eigene Betroffenheit interpretiert wird. Daraus ergibt sich die Überlegung, ob tatsächlich eine Mobbingbetroffenheit entsprechend dieser Definition ermittelt wird oder ob sich die Betroffenheit auf ein subjektives Begriffsverständnis bezieht. Ob und inwiefern dieses theoretische Konstrukt mit dem Mobbingverständnis der Befragten übereinstimmt oder wie weit die möglicherweise abweichenden individuellen Begriffsverständnisse

---

22 Schnecke formuliert, dass aufgrund der geringen Beteiligung von Non-Profit-Organisationen (n = 37) und der geringen Mobbingbetroffenheit (n = 1) keine Aussage zu dieser Organisationsgruppe getroffen werden kann (vgl. Schnecke 2003: 76).

23 Der Anteil der ausgewiesenen Betroffenen ist, so die Einschätzung von Jörg Schnecke, zu gering (privatwirtschaftliche Unternehmen n = 3 und staatliche Organisationen n = 23), um hier einen Mittelwertvergleich zu realisieren (Schnecke 2003: 76).

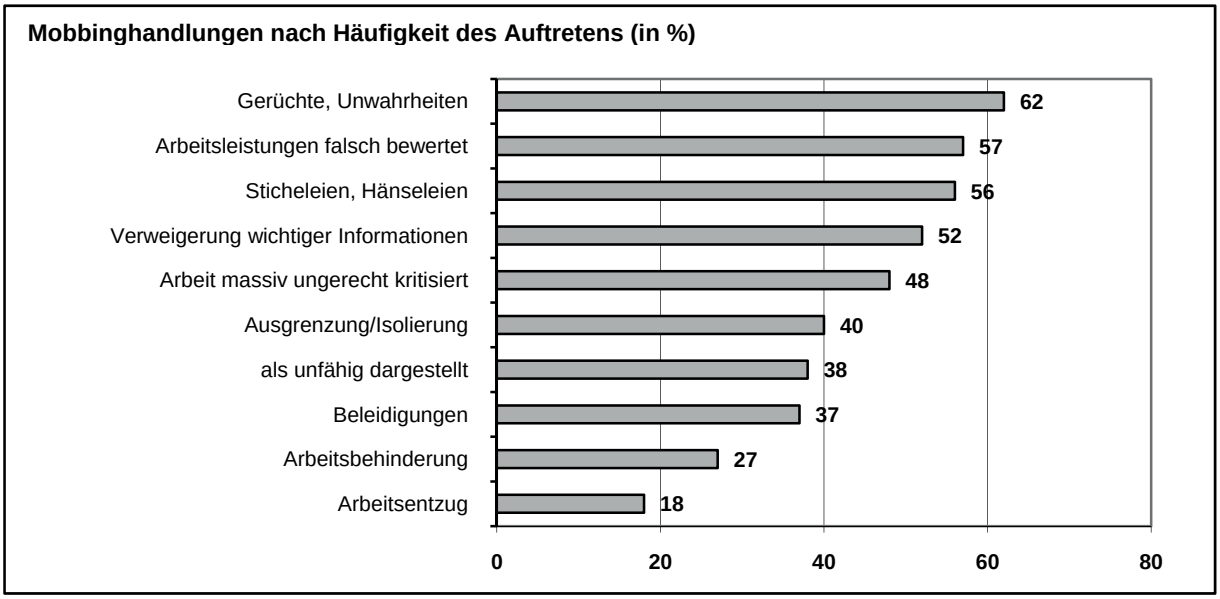
24 Veröffentlicht von Meschkutat, Stackelbeck und Langenhoff: ‚Der Mobbing-Report. Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland'.

25 Die Datenbasis für den Mobbing-Report wurde zweistufig erhoben. In einer ersten Stufe wurden telefonische Bus-Befragungen durchgeführt (4.396 Interviews, davon nach Korrektur 495 Betroffene). In einer zweiten Stufe wurden weitgehend standardisierte Fragebögen mit 48 teilweise offenen Fragen an Betroffene (n = 1.317) verteilt. Die BefragungsteilnehmerInnen stammen aus der ersten Erhebungsstufe und wurden zusätzlich über Aufrufe in der Presse gewonnen (vgl. Meschkutat u. a. 2002: 13 ff.).

das Antwortverhalten beeinflussten, wurde jedoch weder erfragt noch bei der Interpretation der Ergebnisse thematisiert. Schwierig ist des Weiteren die Doppelung in Hinsicht darauf, wie die zwei möglichen Zeitabschnitte abgefragt wurden.

Ähnlich wie die Definition von Leymann untergliedert sich auch die von Meschkutat in zwei Dimensionen: Zum **ersten** in die Ebene der Handlungen oder Aktionen aus Sicht der Betroffenen und zum **zweiten** in die der Häufigkeit und Kontinuität dieser Aktivitäten. Die Ebene der Handlungen wurde aufgegriffen, indem empirisch überprüft worden ist, ob die Betroffenen bestimmten „feindseligen Handlungen" ausgesetzt waren. Mit Blick auf die 45 Mobbinghandlungen von Leymann wurden insgesamt elf Mobbinghandlungen ausgewählt, die laut Meschkutat keinen Anspruch auf Ausschließlichkeit oder Vollständigkeit erheben (Meschkutat u. a. 2002: 19 f.). Der Zeitfaktor des Verlaufs oder der Kontinuität wurde abhängig von der subjektiven Einschätzung der Betroffenen in die Erhebung eingebunden. Expliziert wurde, dass keine Mobbingsituation vorliegt, wenn bestimmte Handlungen nur vereinzelt und/oder kurzzeitig auftreten. Vielmehr muss eine gewisse Kontinuität und Häufigkeit der Übergriffe gegeben sein. Als unstrittig wird von Meschkutat zwar herausgestellt, dass es sich um einen „längeren Zeitraum" handeln muss. Da die Abgrenzung jedoch von ihr als schwierig eingeschätzt wird, ist im For-

Abb. 7: Mobbinghandlungen (nach Meschkutat)



(eigene Abbildung nach Meschkutat u. a. 2002: 39)

schungsansatz dieser „längere Zeitraum“ nicht detaillierter aufgeführt, damit diese Präzisierung „nicht zum Ausschlusskriterium“ wird (Meschkutat u. a. 2002: 21 ff.).

Von Meschkutat wurden im Fragebogen insgesamt elf Handlungen vorgegeben, von denen zehn in der Auswertung erscheinen (Abb. 7).[26] Angegeben wird, dass durchschnittlich fünf der vorgegebenen Handlungen von den Betroffenen angekreuzt wurden und dass i. d. R. eine Kombination von Angriffen auf der fachlichen und auf der sozialen Ebene erlebt wird. Übergriffe, die sich ausschließlich auf einer dieser beiden Ebenen ansiedeln, „finden eher selten statt“ (Meschkutat u. a. 2002: 40, 159).

Diese Handlungen werden nun noch einmal differenziert nach Geschlecht, Alter und Status der Betroffenen betrachtet. Dabei ergibt sich folgendes Bild: Frauen werden eher im sozialen und Männer eher im fachlichen Kontext gemobbt. Jüngere werden eher fachlich in Frage gestellt und Ältere werden über Arbeitsentzug und ausgerichtet auf Schwachstellen der Betroffenen gemobbt. Die Eingruppierung der Mobbingbetroffenen nach dem beruflichen Status erfolgt in folgende drei Gruppen: ArbeiterInnen, Angestellte sowie BeamtInnen. Meschkutat kommt zu dem Ergebnis, dass sich jeder dieser Statusgruppen (mindestens) eine spezifische Mobbinghandlung zuordnen lässt. ArbeiterInnen sind demnach „eher von Mobbinghandlungen betroffen, die auf der Kommunikationsebene anzusiedeln sind“, bei BeamtInnen kommt es zum Vorenthalten wichtiger Arbeitsinformationen, Angestellte sind vergleichsweise am stärksten von Ausgrenzungs- und Isolationsprozessen betroffen (Meschkutat u. a. 2002: 42 ff.).

Bärbel Meschkutat unternimmt den Versuch, das Problem der zeitlichen Eingrenzung der Mobbinghandlungen zu lösen, indem sie zwischen einer aktuellen Betroffenheit, einer Betroffenheit innerhalb der letzten zwölf Monate und der Spanne der gesamten Berufstätigkeit unterscheidet. Ihre Herangehensweise bleibt aber durch das Argumentieren mit unterschiedlichen Zeitperspektiven undurchsichtig. Folgende Ergebnisse für diese unterschiedlichen Betroffenheiten werden von ihr ermittelt:

- aktuell 2,7 Prozent
- im letzten Jahr 5,5 Prozent
- für gesamte Berufstätigkeit 11,3 Prozent (vgl. Meschkutat u. a. 2002: 24 f.)

Der mit o. g. empirischen Abgrenzungen erarbeitete ‚Mobbing-Report‘ – vorgestellt als erste ‚Repräsentativstudie zu Mobbing in der Bundesrepublik Deutschland‘ (SFS 2003: 3) – kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland 2,7 Prozent aller Erwerbstätigen von Mobbing betroffen sind und es keinen Bereich gibt, „der als ‚mobbingfreie‘

26 Der Item „Meine Versuche, die Mobbing-Situation zu verändern, wurden blockiert und unterdrückt“ erscheint nicht in der Auswertung. Dabei wird nicht klar, ob es keine Antworten gab oder die Auslassung aus einem anderen Grund erfolgte (Meschkutat u.a. 2002: 40, 159).

Zone gelten könnte: Vielmehr zieht sich das Phänomen quer durch alle Berufsgruppen, Branchen und Betriebsgrößen sowie Hierarchiestufen und Tätigkeitsniveaus“ (Meschkutat u. a. 2002: 24 ff.). Laut Meschkutat lassen sich Differenzierungen nach Geschlecht und Alter erkennen. Die Betroffenheitsquoten bei Frauen sind höher als bei Männern (betrachtet werden hier die aktuelle und die Betroffenheitsquote für die gesamte Berufstätigkeit). Mit Blick auf die verschiedenen Altersgruppen ist festzustellen, dass die aktuelle Betroffenheit bei den unter 25-Jährigen am höchsten ist, gefolgt von den über 55 Jahre alten Berufstätigen. In den Altersklassen, die dazwischen liegen, sind die Betroffenheiten niedriger und ziemlich konstant (vgl. Meschkutat u. a. 2002: 22 ff.).

Abb. 8: Mobbingvorkommen alters- und geschlechtsdifferenziert

Betroffenheit	**gesamt**	**Geschlecht**		**Alter**				
		weibl.	**männl.**	**<25**	**25 - 34**	**35 - 44**	**45 - 54**	**55+**
	%	%	%	%	%	%	%	%
aktuell	2,7	3,5	2,0	3,7	2,6	2,6	2,2	2,9
im letzten Jahr	5,5	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
für gesamte Berufstätigkeit	11,3	12,6	9,6	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

(eigene Darstellung/Zusammenfassung der Ergebnisse von Meschkutat u. a. 2002: 23, 26, 28)

Eine Differenzierung der Ergebnisse bei Meschkutat erfolgte zudem nach Berufsgruppen, die angelehnt an die amtliche Statistik gebildet wurden. Als Grundlage „zur besseren Einschätzung der Größe des Risikos“ wurde ein Quotient gebildet, der den „Anteil der Mobbingfälle aus einer Berufsgruppe in Relation zu dem Anteil der Beschäftigten in der Berufsgruppe (laut Mikrozensus) der Mobbingbetroffenen“ angeben soll. Aufgezeigt wird dadurch, dass der Mobbingrisikofaktor für soziale Berufe[27] am größten ist (Meschkutat u. a. 2002: 30 ff.).

Dieser Vergleich zwischen den Berufsgruppen unter Heranziehung des Mobbingrisikofaktors ist jedoch aus zweierlei Gründen problematisch. **Erstens** bleibt die Grundlage zu den aufgeführten Mobbingfällen und damit auch zum Mobbingrisikofaktor unklar. Ursache dafür ist **erstens,** dass nicht angegeben wird, welche Mobbingbetroffenheiten zur Berechnung herangezogen werden. Damit steht in Frage, ob als Berechnungsgrundlage die aktuellen oder die Jahres- bzw. Gesamtquoten verwendet werden, welche in einem vorangegangenen Abschnitt von Meschkutat eingeführt wurden. Eine

27 Hierunter werden die SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, HeilpädagogInnen, ErzieherInnen, AltenpflegerInnen, FamilienpflegerInnen, KinderpflegerInnen, HeilerziehungspflegerInnen, Arbeits- und BerufsberaterInnen und sonstige soziale Berufe gefasst (vgl. Meschkutat u. a. 2002: 30 ff.).

weitere Irritation ergibt sich **zweitens** daraus, dass widersprüchliche Angaben zur Aussagedimension der Basisgröße gemacht werden. Fraglich ist, ob es sich um den ‚Anteil an den Mobbingbetroffenen' der Berufsgruppe (so im Text erklärt) oder um die ‚Mobbingfälle' in Prozent handelt (so in der Tabelle bezeichnet). **Drittens** ist die Einteilung der Berufsgruppen aus dem vorliegenden Forschungsinteresse heraus nicht nachzuvollziehen.[28]

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Untersuchung von Bärbel Meschkutat den Anspruch erhebt, repräsentative Aussagen zur Mobbingbetroffenheit treffen zu können, aber durch das Agieren mit unterschiedlichen Zeitebenen undurchsichtig bleibt. Die Forschungslogik von Meschkutat lehnt sich stark an die Vorgehensweise von Heinz Leymann an[29] und ist dadurch nicht in der Lage, offene Fragestellungen aus dieser Forschungstradition zu beantworten bzw. Hindernisse dieser Betrachtungsweise zu überwinden.

Eine ähnliche Vorgehensweise zeigt sich bei Maarit Vartia-Väänänen. Sie gibt ebenso eine Definition vor, erweitert aber den empirischen Blick, indem sie erfragt, ob eine Betroffenen- oder Beobachterperspektive in diesem Sinne vorliegt. Sie definiert wie folgt:

„Bullying is a long-lasting, recurrent, and serious negative process of actions, and behavior that is annoying and oppressing. It is not bullying if you are scolded once or if somebody shrugs his/her shoulders at you once. Negative behavior develops into bullying when it becomes continuous and repeated. Often the victim of bullying feels unable to defend him/herself" (Vartia-Väänänen 2003: 31).

Damit legt sie den Schwerpunkt auf folgende Aspekte: „Mobbing[30] ist ein andauernder, wiederkehrender, ernsthafter und negativ konnotierter Prozess von Aktionen und Verhalten, die verärgernd und unterdrückend sind". Sie grenzt dann einmalige Handlungen aus und ergänzt, dass sich das Opfer häufig nicht in der Lage fühlt, sich selbst zu verteidigen. Die Probanden werden nach einer Betroffenheit (aktuell oder innerhalb der letzten sechs Monate) gefragt; ebenso wird erhoben, ob die Befragten Mobbing an ihrem Arbeitsplatz beobachtet haben, ohne selbst betroffen gewesen zu sein (vgl. Vartia-Väänänen 2003: 36).

---

28 Die Unklarheit der Gruppierung ist dem Mikrozensus geschuldet, der die Vorlage für die Eingruppierung lieferte, und bezieht sich vor allem auf die Berufsgruppe der Pflegenden, aus der sich das Sample der hier vorgestellten Untersuchung rekrutiert. Für diese Berufsgruppe heißt das, dass sie in zwei ausgewiesene Berufsgruppen aufgeteilt ist. Einmal in „soziale Berufe". Hier finden sich Alten- und KinderkrankenpflegerInnen. Zum zweiten in die „übrigen Gesundheitsdienstberufe", dort sind Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie HelferInnen in der Krankenpflege mit enthalten (Meschkutat 2003: 30 ff.).

29 Ausschließlich ausgehend von der Opferperspektive.

30 Eigene Übersetzung, das englische ‚Bullying' wird hier mit ‚Mobbing' übersetzt.

2.1.3.4 Strategie 4: Mobbing empirisch erfasst über individuell-subjektive Begriffsdefinitionen

Von der Autorin dieser Dissertationsschrift wurde 1997 eine Studie zu ‚Konflikterleben am Arbeitsplatz' bei FOKUS (Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e. V.) veröffentlicht, in der 450 Personen aus dem Großraum Halle/Sachsen-Anhalt schriftlich und anonym befragt wurden. Erhoben wurde hier ein Kenntnis- und Erfahrungshorizont bezüglich Mobbing über einen Zeitraum der zurückliegenden zwölf Monate. Grundlage war eine subjektive Vorstellung des Begriffs und eine ebenso subjektive Einschätzung der eigenen Betroffenheit. Im Ergebnis zeigt sich, dass 21 Prozent der Befragten angeben, Mobbing schon selbst erlebt zu haben, aber nicht betroffen gewesen zu sein; 13 Prozent schätzen ein, selbst betroffen gewesen zu sein und 5 Prozent geben an, sich selbst schon beim Mobben ertappt zu haben (vgl. Drygalla 1997: 15 ff.). Dadurch, dass das individuelle Begriffsverständnis – welches den Ergebnissen zugrunde liegt – nicht genauer hinterfragt und analysiert wird, bleiben die Ergebnisse jedoch ohne Bezug.

Von Helga Voigtländer und Sabine Böttcher wird der gleiche Indikator im Jahre 1998 erneut verwendet; die Ergebnisse werden in der Studie ‚Mobbing im Meinungsbild der Bevölkerung' veröffentlicht. Hier geben 16 Prozent der Befragten an, selbst von Mobbing betroffen gewesen zu sein und fünf Prozent ordnen sich anhand des o. g. Indikators als Täter ein. Bei einem Vergleich der ermittelten Erfahrungshorizonte wird angegeben, dass Mobbingtäter „überdurchschnittlich oft selbst von Mobbing betroffen" waren (Voigtländer 1998: 16 ff.). Bei einem Vergleich der Opfer und Täter anhand der soziodemografischen Angaben wird herausgestellt, dass Frauen stärker von Mobbing betroffen sind; ebenso Befragte in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Männer hingegen finden sich überrepräsentiert als Täter. Schwierig ist bei den hier dargestellten Zusammenhängen, dass keinerlei Angabe über ein Signifikanzniveau oder Zusammenhangsmaß erfolgt. In keiner der beiden Studien findet sich eine Analyse dessen, was sich aus Sicht der Befragten hinter dem Begriff verbirgt.

2.1.3.5 Prävalenz und kritischer Blick auf die verschiedenen Strategien

Die Häufigkeiten zum Phänomen Mobbing, die in verschiedenen Studien ermittelt wurden, schwanken stark. Das liegt zum einen daran, dass unterschiedliche Verfahren der Operationalisierung und Messung zugrunde gelegt wurden, was sich durch die verschiedenen definitorischen Begriffseingrenzungen und empirischen Abgrenzungen manifestiert. Eine weitere wesentliche Ursache ist, dass die Auswahl der befragten Personen unterschiedlich erfolgte.

Dies bestätigt die Aussage von Sylvia Mackensen von Astfeld, dass die große Zahl der (vielfach differierenden) Definitionen den Vergleich einzelner empirischer Untersuchungen – insbesondere hinsichtlich ihrer Mobbingprävalenzraten – erschwert (vgl. Mackensen von Astfeld 2000: 37). In dem 1999 von Dieter Zapf veröffentlichten Vergleichsartikel, der bis dato vorliegende Studien zum Vorkommen von Mobbing analysiert und gegenüberstellt, wird resümierend festgestellt, dass alle Untersuchungen ausschließlich auf Aussagen der Opfer beruhen, dass die meisten Untersuchungen methodisch zu kritisieren sind und es bezüglich der Bewältigung von Mobbing wie auch den zugrunde liegenden Ursachen noch viele offene Fragen gibt (vgl. Zapf 1999: 3 ff.). Dennoch fasst er im Jahre 2000 zusammen, dass „realistische Ergebnisse zur Häufigkeit von Mobbing“ durch die Studien von Ståle Einarsen und Anders Skogstad[31] (1996) sowie Leymann[32] (1993 und 1996) geliefert werden, „da sie auf beachtlichen Stichprobengrößen basieren (N = 7787 bzw. 2438)“ (Zapf 2000: 143).

Wie die kritische Analyse der Arbeiten gezeigt hat, die nach dem Artikel von Zapf veröffentlicht wurden, sind auch aktuellere Forschungsansätze nicht in der Lage, die bestehenden offenen Fragen zu beantworten bzw. die Probleme zu überwinden, die sich bei Leymann konstituiert haben. Insbesondere problematisch scheint das Auseinanderklaffen von theoretisch zugrunde gelegten Definitionen und empirischen Herangehensweisen. Eine empirische Erweiterung der Perspektiven auf Mobbing unter Zuhilfenahme einer subjektiven Betroffenheit erscheint sinnvoll, bleibt ohne Erfassung der zugrunde liegenden Definitionen jedoch unbefriedigend.

Oswald Neuberger wirft als Alternative zu der dichotomisierenden Definitionsstrategie von Leymann die Frage auf, ob Mobbing überhaupt als eine Ja-Nein-Angelegenheit zu betrachten sei oder als ein Kontinuum mit den Polen „kein Mobbing“ und „extremes Mobbing“. Er schlägt vor, dass sich die Grade der Mobbingintensität zwischen diesen Polen aus Kombinationen von „Inhalten, Schweregraden, Häufigkeiten und Daueranagaben“ definieren, wobei sich die Kombinationen entweder aus einer theoretischen Rahmenkonzeption ableiten oder aber durch Bezugnahme empirischer Kriterien entwickeln lassen können (Neuberger 1999: 38).

2.1.4 Verlaufsmodelle von Mobbing

Gemeinsamkeiten zeigen sich bei verschiedenen Autoren in dem Versuch, die zeitliche Abfolge des Mobbingprozesses in idealtypischen Verlaufsmodellen darzustellen. Jedoch sind diese Modelle nicht kongruent.

---

31 Hier werden 1,2 Prozent Betroffene ermittelt.

32 Betroffenheitsquote liegt bei 3,5 Prozent.

Heinz Leymann entwickelt ein stereotypes vier- bzw. fünfstufiges Mobbingmodell.[33] **Phase eins** dieses Modells zeichnet sich durch „Konflikte, einzelne Unverschämtheiten und Gemeinheiten“ aus. Leymann weist darauf hin, dass Konflikte zum beruflichen Alltag gehören und sich nur ein „Bruchteil davon, in Promillegröße“ zu Mobbingaktivitäten ausweiten würde. In **Phase zwei** etabliert sich Mobbing zu einem Handlungsablauf, wie er im LIPT empirisch definiert ist.[34] In **Phase drei** kommt es nun zu „Rechtsbrüchen durch Über- und Fehlgriffe der Personalverwaltung“ bzw. zu einer destruktiven Personalverwaltung.[35] In **Phase vier** (erst in der Publikation von 1995 wurde diese Phase neu aufgenommen) kommt es zu einer „zusätzlichen Extension“, in der die Legitimation der feindseligen Behandlung gelöst wird (Leymann nach Neuberger 1999: 82). Leymann beschreibt, dass von externen Gutachtern (Ärzten, Psychiatern, Psychologen) jene Diagnosen gewählt werden, die „weiterhin stigmatisieren und schuldzuschreibend wirken“. In **Phase fünf** kommt es zum Ausschluss aus dem Arbeitsleben. Leymann führt hier verschiedene Möglichkeiten an, wie beispielsweise Abschieben und Kaltstellen, fortlaufende Versetzungen, Krankschreibungen, Abfindungen, Frührenten und Zwangseinweisungen in psychiatrische Einrichtungen (Leymann 1993: 59 ff., 1995-a: 46 und Neuberger 1999: 82). Neuberger kritisiert, dass das Phasenmodell von Leymann „willkürlich bestimmte Stadien eines komplexen Prozesses“ herausgreife und dass nicht erkennbar sei „nach welcher theoretischen Systematik die Abfolge konstruiert wurde“ (Neuberger 1999: 81). Weiterhin kritisch anzumerken ist – wie generell in Bezug auf die Herangehensweise von Leymann – dass in der empirischen Analyse ausschließlich von der Opferseite ausgegangen wird.

In einer Studie von Carmen Knorz und Dieter Zapf (1996) wurde das Verlaufsmodell für eine Strukturierung der (mit Hilfe qualitativer Interviews erhobenen) Fallgeschichten genutzt. Angegeben wird, dass „eine qualitative Untersuchung mit 21 halbstrukturierten Interviews sowie eine quantitative Untersuchung von 50 Mobbingbetroffenen“ zwar „Parallelen zu Befunden repräsentativer Untersuchungen Leymanns“ ergab, dass sich aber ebenso „einige bemerkenswerte Unterschiede“ feststellen ließen. Formuliert wird, dass „das von Leymann vorgeschlagene Phasenmodell von Mobbing nicht bei allen Untersuchungsteilnehmern gefunden werden“ konnte (Knorz & Zapf 1996).

---

33 In seiner Publikation von 1993 geht er zunächst von vier Phasen aus; 1995 erweitert er um eine weitere Phase, die „stigmatisierenden Diagnosen“ (Leymann 1993: 59, 1995-a: 46).

34 Wenigstens einmal pro Woche über mindestens ein halbes Jahr von mindestens einer der gelisteten Handlungen betroffen (vgl. Abschnitt 2.1.3.1).

35 Leymann beschreibt hier, dass die Verantwortlichen (er benennt Arbeitgeber in Person von Vorgesetzten oder Mitarbeitern der Personalverwaltung ebenso wie Betriebsrats- oder Gewerkschaftsmitglieder) zu Mobbingakteuren werden, indem es zu weiteren Konfrontationen mit dem Opfer kommt (Versetzung oder angedrohte Kündigung). Deshalb sei es auch so schwer, den Opfern einen Rat zu geben. „Sinnvolle Ratschläge können sich eigentlich nur an die Täter richten und ebenso an Arbeitgeber und Betriebsrat, die sich falsch verhalten“ (Leymann 1993: 62 f.).

In einer Publikation aus dem Jahre 2000 wird zusammengefasst, dass „entgegen weit verbreiteter Meinungen“ eigene Analysen gezeigt haben, „dass die Verläufe von Mobbing sehr unterschiedlich sein können“ (Zapf & Groß 2000: 25). Claudia Groß spezifiziert in ihrer Dissertation von 2004, dass

„Mobbing auch ohne einen ungelösten Anfangskonflikt auftreten könne. Zudem könnten einzelne Phasen übersprungen werden und die zweite und dritte Phase seien nicht voneinander abzugrenzen, wenn Mobbing von Vorgesetzten ausgehe“ (Groß 2004: 17 f.).

Ein weiteres Mobbingmodell, das sich auf die Intensität des Mobbingerlebens bezieht, wurde von Kaj Björkvist (1992) vorgelegt.[36] Björkvist stellt hier ein dreistufiges, handlungsorientiertes Verlaufsmodell vor, das im Ergebnis explorativer Interviews mit Mobbingbetroffenen entwickelt wurde. Danach beginnt Mobbing in der **Phase eins** mit indirekten Mobbingstrategien, wie z. B. dem Streuen von Gerüchten und dem permanenten Unterbrechen. Diese Handlungen führen zum Entwerten oder Degradieren der betroffenen Person. **Phase zwei** beginnt, wenn das Opfer im Vergleich zu den anderen Beschäftigten als minderwertig angesehen wird. Jetzt kommt es zu direkteren aggressiven Handlungen, welche die betroffene Person weiter abwerten. In **Phase drei** werden extreme Formen direkter Aggressionen verwendet (vgl. Fehr 2007: 44 f, Groß 2007: 18 und Schlaugat 1999: 28). Groß schätzt hierzu ein, dass „das Verhalten der betroffenen Person unberücksichtigt“ bleibt und stattdessen eine „Konzentration auf die zunehmende Eskalation des Prozesses“ gerichtet ist, die „durch eine Zunahme an bedrohlichen und gegen die betroffene Person gerichteten Maßnahmen gekennzeichnet ist“ (Groß 2007: 18).

Oswald Neuberger nimmt in seiner theoretischen Entwicklung von Phasenverläufen eine Unterscheidung in strukturelles und personales Mobbing vor und setzt damit den von ihm entwickelten Anspruch einer solchen Differenzierung (vgl. Abschnitt 2.1.2.2) auch in der Betrachtung der zeitlichen Abfolge um. Im Ergebnis entwickelt er drei Modelle. Das **erste Modell** stellt die Phasen der Veränderung der sozialen Beziehungen durch Mobbing dar. Er geht hier von sechs Phasen aus und untersucht Mobbing als Beziehungsstörung, in deren Verlauf es zunächst zur Herausbildung einer „Täter-Opfer-Beziehung“ kommt, deren „konfrontative Konstellation“ zu einer Spaltung der Gruppe „Lagerbildung“ führt. Es folgen “Expansion“ und „Externalisierung“ in das System und darüber hinaus. In der fünften Phase wird der bislang informelle Konflikt „formalisiert“, es kommt zu einer „Verrechtlichung“. Am Ende steht eine Neuordnung im Geflecht der sozialen Beziehung (Neuberger 1999: 88 f.). Das **zweite Modell** gibt die Veränderung der personenspezifischen Arbeitsverhältnisse durch Mobbing wieder.

---

36 Da die Originalquelle in finnischer Sprache verfasst ist und keine Übersetzung vorliegt, wird das Modell ausschließlich aus Sekundärquellen beschrieben.

In der hier weiterverfolgten Variante des (inter)personalen Mobbings[37] kommt es zu einer Konflikteskalation. Diese führt – über die Verhinderung sachlicher oder persönlicher Zielerreichung – zum Bruch spezifischer Vereinbarungen oder Zusagen und der Verletzung allgemeiner Gewohnheiten. Durch die Eskalation, verbunden mit dem „Versagen von Hilfs- bzw. Korrekturprozeduren", kommt es zu einer Verschlechterung der Arbeitsverhältnisse, Arbeitsleistungen sowie -beziehungen. Dies wird als zirkulärer Prozess verstanden, in dem die einzelnen Handlungen in einer Wechselwirkung zu den anderen stehen. Der Ausweg bzw. das Ende des Prozesses wird über strukturelle Veränderungen wie Abstufung, Versetzung, Kündigung, Entzug von Ressourcen realisiert (Neuberger 1999: 88 f.). Das **dritte Modell** fokussiert auf die Phasen der Veränderung der Person durch Mobbing. Hier steht am Anfang die „normale" lebenstüchtige Person, die wiederholt anhaltenden, intensiven Feindseligkeiten ausgesetzt ist und diese in „ihrer subjektiven Einschätzung […] als bedrohend und ernsthaft" erlebt. Über erfolgte „kognitive Deutungen", „emotionale Reaktionen" und „gescheiterte Bewältigungsversuche" hat der Betroffene sich am Ende mit der erfolgreichen Stigmatisierung und strukturellen Veränderung auseinanderzusetzen (Neuberger 1999: 91 ff.).

Von Kerstin Schlaugat wird 1999 eine Analyse der bis dahin vorliegenden Prozessmodelle dargelegt. Ihrer Einschätzung nach haben sich bisher nur wenige WissenschaftlerInnen der empirischen Erforschung von Mobbingverläufen zugewandt, obwohl „dieses Thema von zentraler Bedeutung für die Analyse weiterer Aspekte des Phänomens zu sein scheint" (Schlaugat 1999: 27). Sie verweist dann auf zwei Modelle: **erstens** auf das handlungsorientierte Prozessmodell von Björkvist und **zweitens** auf das Prozessmodell von Leymann (1995: 29 ff.). Aufbauend auf der vorangegangenen Analyse wird von ihr empirisch auf der Basis eines qualitativen Forschungsdesigns[38] ein Mobbingprozessmodell entwickelt, das nach ihrer eigenen Einschätzung „nicht zu einer allgemeingültigen Beschreibung eines idealtypischen Phasenverlaufs von Mobbing und darauf aufbauend zu einer wissenschaftlich präzisen Mobbingdefinition hinführen" kann (Schlaugat 1999: 138).

Ihr Mobbingmodell besteht aus insgesamt sechs Phasen. Am Beginn steht die **Phase Null**, die als „Vorphase" bezeichnet ist und in der es zu keinen nennenswerten Mobbingfolgen kommt. In der **ersten Phase** erfolgt die Zunahme zwischenmenschlicher Belastungen aufgrund "persönlich stichelnder und schikanierender Handlungen". In der **zweiten Phase**, dem "schleichenden Mobbingbeginn", kommt es zur Opferbildung. Die **dritte Phase**, die "Mobbingfortsetzung", geht mit der Fortführung und Zuspitzung

37 Die zweite Variante des strukturellen Mobbings wird nicht verfolgt.

38 Schlaugat gibt an, insgesamt fünf Mobbingbetroffene interviewt zu haben. Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (vgl. Schlaugat 1999: 72 ff.).

der Mobbinghandlungen einher. Jetzt zeichnet sich die Opferbildung ab und es kommt zur „beginnenden sozialen Isolation am Arbeitsplatz“. **Phase vier** zeichnet sich durch eine zunächst abgeschwächte Mobbingfortsetzung aus und in **Phase fünf** werden der Höhepunkt und die Beendigung des Mobbingprozesses erreicht. In dem Fall, der diesem Phasenverlauf zugrunde liegt, kommt es zum krankheitsbedingten Verlassen des Arbeitsplatzes durch das Mobbingopfer und dessen psychischem Zusammenbruch (Schlaugat 1999: 104). Schlaugat resümiert, dass „Mobbing am Arbeitsplatz zukünftiger Forschungsstudien“ bedarf, um einen idealtypischen Phasenverlauf entwickeln zu können und aufbauend darauf „eine wissenschaftlich präzise Mobbingdefinition“ zu formulieren (Schlaugat 1999: 138 f.).

Lässt man die verschiedenen Verlaufsmodelle und deren Darstellungsformen noch einmal Revue passieren, sind als bedeutende Kritikpunkte anzumerken, dass **erstens** retrospektive Querschnittsuntersuchungen nicht geeignet scheinen, die Prozessstruktur von Mobbingverläufen zu eruieren. Vielmehr wären hier Ansätze zu wählen, welche die Prozesscharakteristik des Mobbingphänomens nicht bloß billigend in Kauf nehmen, sondern explizit darauf fokussieren. Hier erscheinen jene (vorrangig qualitativen) Verfahren geeignet, die auch im methodischen Herangehen für die Prozesshaftigkeit offen sind. Diese Offenheit sollte sich auch auf die Ergebnisse der eigenen Forschung beziehen. **Zweitens** scheint es bei der Komplexität des Themas notwendig zu sein, auch bei den Ergebnissen keine zu starke Vereinfachung vorzunehmen. Das Fokussieren auf stereotype und/oder lineare Modelle blendet notwendigerweise einen Großteil dieser Komplexität aus, die jedoch elementares Charakteristikum des Mobbingprozesses ist.

2.1.5 Mobbingpositionen: Perspektiven auf den Prozess

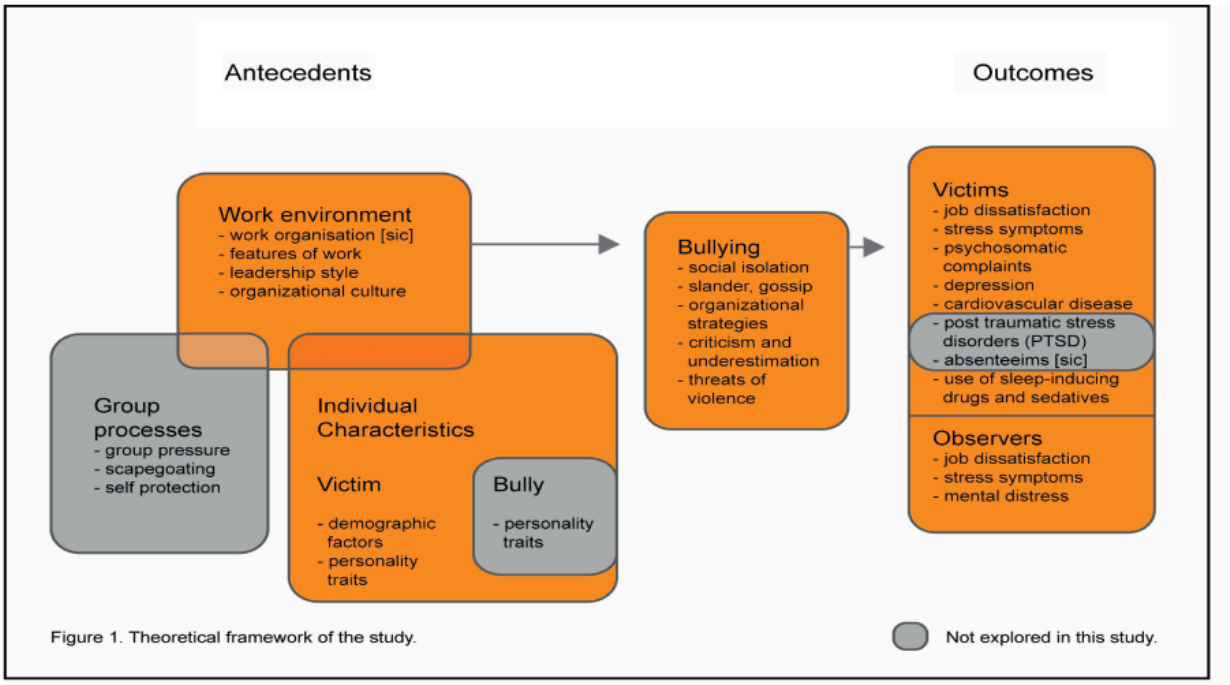
Wie schon bei den Ausführungen zu Abschnitt 2.1.2 (Theoretische Begriffseingrenzung und Verwendung) gezeigt, wird bei den empirischen und theoretischen begrifflichen Eingrenzungen nahezu ausschließlich von der Opferperspektive aus herangegangen. Die Intension des Täters ist in einigen Definitionen berücksichtigt, zum Teil sogar elementarer Bestandteil der Definition. In der empirischen Eingrenzung schlägt sich diese jedoch nicht oder kaum nieder (wie in Abschnitt 2.1.3 gezeigt). Vereinfacht man die verschiedenen Perspektiven, welche im Mobbingprozess denkbar sind, lassen sich die drei Positionen Opfer, Täter und Beobachter herauskristallisieren.

Von Neuberger wird Mobbing als Interaktion näher betrachtet und hierbei analysiert, ob und inwieweit es zu einer Opfer-Täter-Verschränkung kommt. Er fasst zusammen, dass alle von ihm analysierten Mobbingdefinitionen das Opfer in den Mittelpunkt stellen, indem sie es als Ziel von Mobbinghandlungen einer oder mehrerer Personen

sehen. Er schlägt jedoch vor, das Opfer nicht länger als wehrlosen Adressaten von Feindseligkeiten zu betrachten, sondern ihm seinen Status als aktive Person zurückzugeben. Somit würde das Opfer gleichzeitig zum Täter werden und seine Stellung in der Situation wäre dezentriert. Dabei wird davon ausgegangen, dass sowohl Opfer als auch Täter Handlungen ausführen, die sie „wechselseitig als Re-Aktion auf vorausgegangene Angriffe, Störungen, Unbelehrbarkeiten oder Kooperationsverweigerungen erleben oder definieren“ (Neuberger 1999: 45 f.). Neuberger verweist auf die Triangulierung der verschiedenen Perspektiven der am Prozess Beteiligten als eine Möglichkeit, „einem Monopol auf Wirklichkeitsanschauung (z. B. nur die Opfer- oder nur die Täter-Sicht)“ zu begegnen, „indem die Anschauungen (!) unzensiert nebeneinandergestellt und damit relativiert werden. Die übliche oder vor-herrschende Sicht der Dinge ist dann nur eine Auffassung unter mehreren möglichen/realen, aber keineswegs die einzige und/oder richtige“ (Neuberger 1999: 62 f.).

Die Stichproben von Maarit Vartia-Väänänen enthalten neben Gemobbten auch Personen, die zwar nicht gemobbt wurden, aber Mobbingfälle beobachten konnten. Sie bezieht somit, neben der Perspektive der Opfer, auch die Beobachter in ihre Untersuchung ein und vergleicht diese miteinander.

Abb. 9: Theoretische Rahmung bei Vartia-Väänänen



(Abbildung in Anlehnung an Vartia-Väänänen 2003: 28)

„The respondents were asked if they felt that they were subjected to such bullying[39] at the time of the study […] or within the previous six months […]. They were also asked if they had seen anyone else at their workplace being bullied […]“ (Vartia-Väänänen 2003: 36).[40]

In der theoretischen Konzeption, die in der Abbildung 9 veranschaulicht wurde, werden neben den Opfern (Victims) und Beobachtern (Observers) zunächst auch die Täter (Bullies) einbezogen. Die Täter werden für die empirische Herangehensweise dann explizit ausgeklammert. Hier unterscheidet sich Vartia-Väänänens Vorgehen von anderen Konzeptionen, welche Täter(intensionen) zunächst mit einbeziehen und diese dann ohne erneute Erklärung oder Explizierung in einem weiteren Schritt ausklammern. Sie vergleicht in ihren Auswertungen die von ihr ermittelten Beobachter und Opfer mit den Befragten, die über keine Mobbingerfahrungen verfügen bzw. in mobbingfreien Arbeitsbereichen tätig sind. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Beobachter mit ihren Einschätzungen immer genau zwischen den Opfern und denen liegen, die in mobbingfreien Bereichen arbeiten (vgl. Graf 2007: 88). Dies wird so interpretiert, dass dort, wo Mobbing existiert, generell die Arbeitsbedingungen ungünstiger sind als anderswo, und dass diese Einschätzung nicht auf die Perspektive der Opfer begrenzt ist.

„In the present study, the observers also reported feelings of stress, symptoms of mental distress and job dissatisfaction more often than the respondents from the non-bullying workplaces. However, observing bullying had no connection with feelings of selfconfidence. In all, these results give some additional support to the view that the stress reactions measured among victims of bullying are consequences of it and that the problem is not confined to the victim, but affects the whole work unit“ (Vartia-Väänänen 2003: 51).

Von Kerstin Schlaugat wird als Anspruch an zukünftige Forschungsvorhaben formuliert, „dass nicht nur Betroffene, sondern alle Beteiligten eines Mobbingprozesses ausführlich zu Wort kommen“ sollten,

„um über diese unterschiedlichen Perspektiven zu tragfähigen intersubjektiven Rekonstruktionen des Geschehens zu gelangen. Erst durch das Verständnis der subjektiven Sicht aller Beteiligten wird die Dynamik einer eskalierenden Auseinandersetzung sichtbar werden“ (Schlaugat 1999: 137).

Eckhard Diergarten ist nach Neuberger einer der wenigen, die Mobbing unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven untersucht haben. Er schildert zunächst und ausführlich die Sicht des Opfers, dann den Kommentar der mobbenden Arbeitgeberseite, die Einschätzung des Arbeitsrichters und schließlich seine eigenen Eindrücke, die er aus der Beratung der an der Gerichtsverhandlung Beteiligten gewonnen hat. Diergarten schildert anhand von zwei Beispielen den Mobbingprozess und die daraus folgenden

---

39 Vartia-Väänänen gibt eine Definition vor und erfragt, ob eine Betroffenen- oder Beobachterperspektive in diesem Sinne vorliegt. Sie definiert wie folgt: „Bullying is a long-lasting, recurrent, and serious negative process of actions, and behavior that is annoying and oppressing. It is not bullying if you are scolded once or if somebody shrugs his/her shoulders at you once. Negative behavior develops into bullying when it becomes continuous and repeated. Often the victim of bullying feels unable to defend him/herself“ (Vartia-Väänänen 2003: 31).

40 Ausgelassen wurden hier Nummerierungen.

gerichtlichen Auseinandersetzungen. Dabei nimmt er auch die Rolle der medialen Mobbingdarstellung in den Blick und kommt zu dem Ergebnis, dass Mobbingopfer neben individueller Hilfe bei der Bewältigung vor allem auch „leisere Töne in der öffentlichen Diskussion um ihr ‚Schicksal'" brauchen (Diergarten 1994: 153 und Neuberger 1999: 62).

Bisher erfolgte eine Erfassung der Täterperspektive nur über den von der Autorin dieser Dissertationsschrift entwickelten Indikator (vgl. Abschnitt 2.1.3.4).

2.1.6 Mobbingursachen

Von Dieter Zapf wird 1999 eingeschätzt, dass die in Deutschland durchgeführten Studien bis dato nicht so erstellt worden sind, dass sie signifikante Aussagen zu Vorkommen und Ursachen treffen können. In der Literatur zum Thema wird angegeben, dass die Ergebnisse der vorhandenen Untersuchungen auf Ursachen in Organisationsstruktur, Aufgabengestaltung und Führungsstil hinweisen (vgl. Zapf 1999). Auch nach zehn Jahren ist dieser Einschätzung nichts hinzuzufügen. Nach Alexander Graf handelt es sich bei Mobbing um

„ein sehr komplexes Konstrukt, das sich durch ein mehrdimensionales Ursachensystem auszeichnet. Obwohl wissenschaftliche Forschungsergebnisse zur Ursachenanalyse bei Mobbing kaum vorliegen [,] kann gesagt werden, dass die Auslösung eines Mobbingprozesses nicht auf einen Faktor reduzierbar" ist (Graf 2007: 103).

Auch wenn diese Einschätzung plausibel erscheint, multifaktorielle Ursachenanalysen sind bisher nicht vorgelegt worden.

Die Publikationen zum Thema Mobbing, welche Mobbingursachen thematisieren, bewegen sich auf unterschiedlichen Ebenen und kommen zu verschiedenen Ergebnissen.[41] Die Betrachtungs- oder Analyseebenen lassen sich in drei Hauptrichtungen bündeln: In Mobbingursachen aus Sicht der Betroffenen, in Ursachen aus korrelativen Betrachtungen zwischen Mobbingvorkommen und Personen- wie Organisationsvariablen sowie in Ursachen aus Berater- bzw. Expertensicht. Diese drei Kategorien werden im Folgenden aufgegriffen und Beispiele dieser Herangehensweisen vorgestellt.

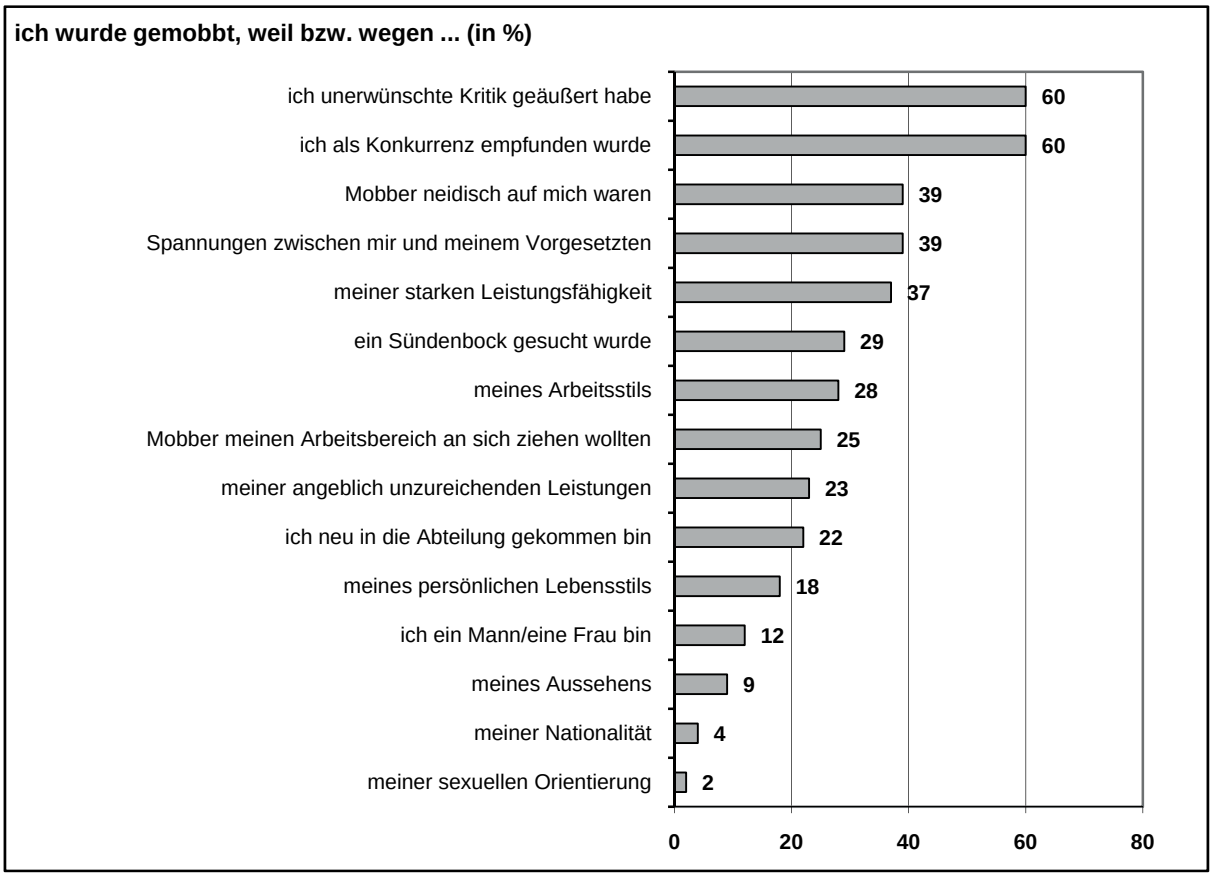
2.1.6.1 Ursachen aus Sicht der Betroffenen

Von Heinz Leymann wird angegeben, dass Ursachen für Mobbingsituationen struktureller und arbeitsbezogener, aber nicht personen- oder persönlichkeitsbezogener

41 Von Vartia-Väänänen werden die unterschiedlichen Ergebnisse im Hinblick auf Geschlecht, Alter und Organisationsform gegenübergestellt. Beispielhaft sei hier auf die Betroffenheit im Vergleich der Geschlechter verwiesen. "Several studies have found that men and women perceive themselves as being bullied equally often". Aufgeführt werden für diese Ergebnisse Einarsen & Skogstad 1996, Hoel & Cooper 2000, Keashly u. a. 1994, Kivimäki, Elovainio & Vahtera u. a. 2000, Leymann 1992-a, Piirainen u. a. 2000, Quine 1999 und Vartia 1991. Andere Studien kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass Frauen stärker betroffen sind. „Although some have shown an overrepresentation of women among the Victims." Aufgeführt werden hier Björkqvist u. a. 1994-a, Nuutinen u.a. 1999, Kauppinen & Kandolin u. a. 1999, Quine 2002 und Salin 2001 (Vartia-Väänänen 2003: 22).

Art sind. Aus der Konflikteskalation entwickeln sich starke mentale Stressreaktionen, in deren Folge die Aufmerksamkeit abnimmt und die mentalen Voraussetzungen zur Konfliktlösung beeinträchtigt werden. Die Ursachen liegen aus seiner Sicht **erstens** in der „Organisation der Arbeit". Hierunter fallen Aspekte der Arbeitsbelastung und Selbstbestimmung. **Zweite** Ursache ist die „Aufgabengestaltung in der Arbeit". Dabei werden die inhaltliche Aufgabengestaltung und die Aufgabenteilung thematisiert. **Drittens** wird die „Leitung der Arbeit" als mögliche Ursache benannt. Hier thematisiert Leymann „Kommunikationsformen", Führungsstile und gesteuerte Gruppenbildungsprozesse. Allerdings gibt es seiner Meinung nach auch Hinweise darauf, dass „eine sozial exponierte Stellung" eine eher breite Angriffsfläche für Mobbingattacken liefert. Das gilt beispielsweise für Frauen, die in männerdominierten Berufen arbeiten und umgekehrt, ebenso für Behinderungen und Auffälligkeiten (Leymann 1993: 132 ff.). Von Bärbel Meschkutat werden Motive aus Sicht der Betroffenen erfragt, jedoch gibt es keine Angabe darüber, inwieweit diese in einem gesicherten statistischen Zusammenhang mit der Betroffenheit stehen.

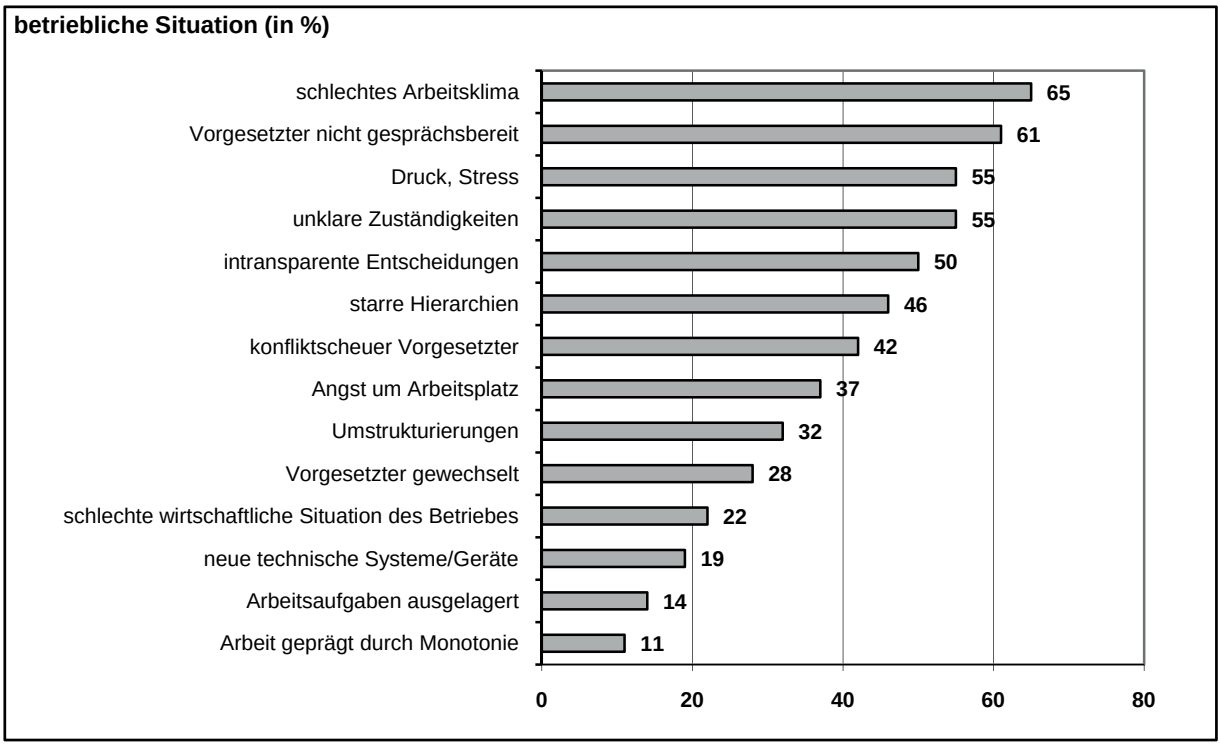
Abb. 10: Mobbingursachen (nach Meschkutat)



(vgl. Meschkutat u. a. 2002: 111)

Bei den von ihr formulierten Indikatoren mischen sich zudem unterschiedliche Dimensionen von (vermuteten) Gründen aus Opfersicht. Erstens werden den Mobbern bestimmte Intensionen unterstellt. Dies können ganz allgemeine Aspekte sein (Neid, generelles Suchen eines Sündenbocks) oder auch arbeitsbezogene Beschreibungen (Konkurrenz oder Übernahme eines Arbeitsbereichs). Zweitens werden Dispositionen der Betroffenen genannt. Dies können allgemeine Persönlichkeitseigenschaften sein (Geschlecht, Aussehen, Nationalität, sexuelle Orientierung und persönlicher Lebensstil) aber auch Persönlichkeitseigenschaften, die auf das Arbeitsleben bezogen sind (starke Leistungsfähigkeit, unzureichende Leistungen). Aussagen der Betroffenen finden sich bei Meschkutat außerdem zu der (betrieblichen) Situation während des Mobbingprozesses.

Abb. 11: Betriebliche Situation während des Mobbingverlaufs (nach Meschkutat)



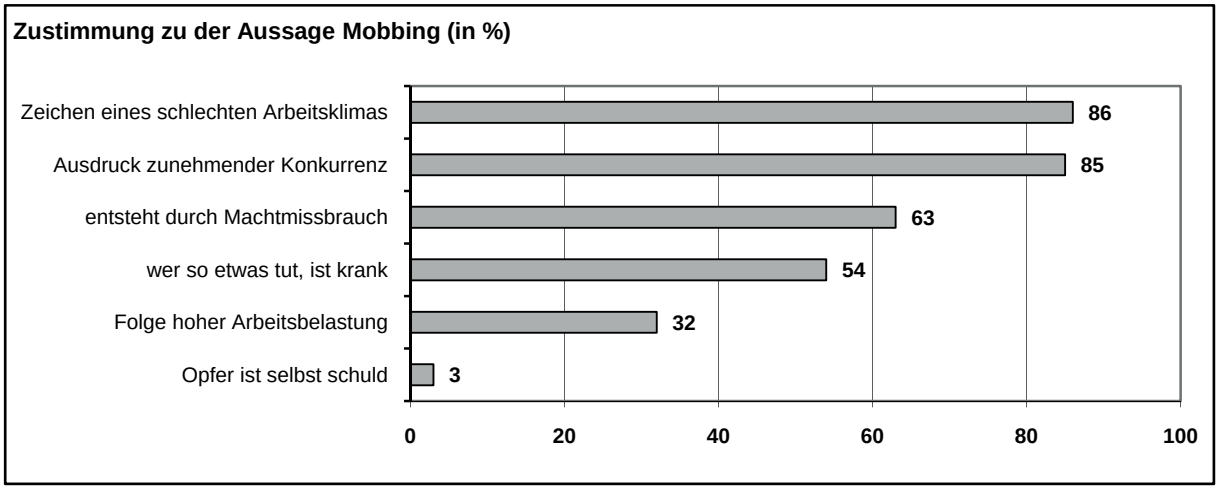
(vgl. Meschkutat 2002: 124) Nennungen über 10 Prozent berücksichtigt[42]

Dadurch, dass auch hier kein Vergleich zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen erfolgt, lässt sich jedoch nicht einschätzen, inwieweit diese strukturellen Bedingungen tatsächlich zum Ausbruch der Mobbingsituation beigetragen haben. Ebenso wenig, welche Zusammenhänge es zwischen diesen Items und dem Auftreten von Mobbing gibt. Durch das Fehlen eines Vergleichs wird hier nur hinterfragt, wie sich die betriebliche Situation

42 Von unter 10 Prozent der Befragten wurden folgende Gründe genannt: Es wurde Team-/Gruppenarbeit eingeführt (9 Prozent), der Betrieb wurde privatisiert (3 Prozent), der Vorgesetzte war autoritär (3 Prozent), der Vorgesetzte war schwach (1 Prozent), der Betrieb wurde übernommen (1 Prozent), im Betrieb fand ein Generationenwechsel statt (0 Prozent) (vgl. Meschkutat 2002: 124).

aus der Sicht der Betroffenen darstellt. Erst ein Vergleich (mit beispielsweise mobbingfreien oder weniger mobbingbelasteten Arbeitsbereichen) würde diese Skala im Hinblick auf Mobbingvorkommen und korrelierende Aspekte der betrieblichen Situation aussagekräftig machen. Schwierig ist außerdem, dass einzelne Indikatoren (z. B. schlechtes Arbeitsklima) sowohl Ursache als auch Folge von Mobbing sein können.

Abb. 12: Mobbingursachen (nach Voigtländer)



(vgl. Voigtländer 1998: 18)

Von Helga Voigtländer werden ebenfalls Ursachen von Mobbing aus Sicht der Betroffenen erfragt.[43]Auch hier werden verschiedene Dimensionen aufgelistet: **Erstens** sind strukturelle Aspekte thematisiert (Arbeitsklima, Konkurrenzdruck und Arbeitsbelastung), **zweitens** wird auf persönliche Ursachen bei den Tätern fokussiert (Machtmissbrauch und krankhaftes Verhalten) und **drittens** wird die mögliche Schuld des Opfers[44] betrachtet. Ebenso wie bei Meschkutat finden sich auch hier Indikatoren, die sowohl den Ursachen als auch den Folgen zugeordnet werden können. Im Weiteren wird von Voigtländer ein Vergleich der reflektierten Mobbingursachen zwischen Mobbingopfern und -tätern angestellt; allerdings ohne dass ein Signifikanzniveau angegeben ist. Zusammenfassend wird festgestellt, dass sich die von Mobbing Betroffenen in der Benennung der Ursachen im Wesentlichen nicht von der Gesamtstichprobe unterscheiden. Anders ist es bei den Tätern. Hier wird resümiert: „Die Meinung der Mobbingtäter weist jedoch zumeist beträchtliche Abweichungen vom Durchschnitt auf. Erwartungsgemäß erfolgt eine stärkere Schuldzuweisung für Mobbing in Richtung der Opfer“ (Voigtländer 1998: 22).

---

43 Dargestellt sind hier die zustimmenden Antworten ‚trifft ganz genau zu‘ und ‚trifft überwiegend zu‘ auf einer Fünferskala.

44 Der Antwortitem heißt hier „Opfer ist selbst schuld“ (Voigtländer 1998: 18).

2.1.6.2 Ursachen aus korrelativen Betrachtungen zwischen Mobbingvorkommen und Organisations- sowie Personenvariablen

Von Jörg Schnecke wird ein Mobbingmodell entwickelt, das sowohl (arbeitsbezogene und nicht arbeitsbezogene) Bedingungen am Arbeitsplatz einbezieht[45] als auch Persönlichkeitsmerkmale der (potenziellen) Opfer. Er geht davon aus, dass negatives Erleben der Arbeitssituation – verbunden mit bestimmten Dispositionen der Teammitglieder – zur Opferselektion und Ausübung einzelner Mobbinghandlungen führt. Abhängig von den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie den dispositionalen Stressbewältigungsmerkmalen des Betroffenen entscheidet sich, ob ein konstruktives oder destruktives Bewältigungsverhalten gewählt wird. Erst bei destruktivem Bewältigungsverhalten des Opfers kommt es zum Mobbingphänomen (vgl. Schnecke 2003: 47 ff.). Neben diesem destruktiven Bewältigungsverhalten werden als strukturelle Ursachen belastendes Vorgesetztenverhalten, belastendes Sozialklima, mangelnde Transparenz sowie qualitative Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben herausgearbeitet (vgl. Schnecke 2003: 85).

Von Claudia Groß (2004) wurde eine Tagebuchstudie angefertigt, die 50 Mobbingbetroffene und 65 nicht von Mobbing Betroffene vergleicht.[46] Die von ihr ermittelten Ergebnisse zeigen, dass von Mobbing Betroffene im Vergleich zu nicht Betroffenen sowohl am Arbeitsplatz als auch im Privatleben insgesamt „häufiger und intensivere soziale Konflikte erleben“. Zudem weist sie empirisch nach,

> „dass die von den Mobbingbetroffenen erlebten sozialen Konflikte durch andere bewertungsbezogene Charakteristika gekennzeichnet sind als die der Nichtbetroffenen. Aufgrund dessen beurteilen die Mobbingbetroffenen die von ihnen erlebten Konflikte am Arbeitsplatz als nicht kontrollierbar sowie kaum bewältigbar, nehmen diese als durch eine Schädigungsabsicht geleitete Handlungen wahr und reagieren auf die von ihnen erlebten Konflikte mit stärkeren unangenehmen und geringer ausgeprägten angenehmen Emotionen. Auch setzen die Mobbingbetroffenen, insbesondere vor dem Hintergrund der geringeren manageability der von ihnen erlebten Konflikte, zu deren Bewältigung andere Strategien ein, vor allem weniger aktive Problemlösung und mehr Vermeidungsverhalten“ (Groß 2004: 134 f.).

Die Arbeit von Groß ist psychologisch ausgerichtet und fokussiert auf Konflikterleben sowie Bewältigung sozialer Konflikte, aber auch auf emotionale Reaktionen und soziale Unterstützung. Ihr Ansatz unterscheidet sich vor allem dadurch von den vorangegangenen Ansätzen anderer AutorInnen, dass sie mittels Tagebuchstudien nicht auf eine retrospektive Einschätzung (ehemaliger) Betroffener setzt, sondern aktuelle Einschätzungen und Befindlichkeiten empirisch analysiert. Als

---

45 Schnecke legt hier das transaktionale Stresskonzept mit Verweis auf Lazarus & Launier (1981) zugrunde. Er erweitert dies um jene personenbezogenen Aspekte, die von Schlaugat (1992) sowie Bamberg & Greif (1982) als unzureichend herausgearbeitet wurden (vgl. Schnecke 2003: 44 ff.).

46 Zugrunde gelegt wurden die Daten einer intervallkontingenten, ereignisbasierten Tagebuchstudie mit Vorab- und Nachbefragung. Die Tagebuchauswertungen umfassen einen Erhebungszeitraum von jeweils 20 Arbeitstagen.

schwierig einzuschätzen ist – und dies wird auch von ihr selbst methodenkritisch vermerkt –, dass die Kontaktaufnahme über Zeitungsannoncen realisiert wurde. Dadurch setzt sich auch die Gruppe der nicht Betroffenen aus „intrinsisch motivierten und am Thema Konflikte am Arbeitsplatz interessierten Personen“ zusammen (Groß 2003: 153).

Maarit Vartia-Väänänen befragte mit der Methode einer vorab formulierten Definition in Finnland eine sog. Stichprobe von 949 Personen. In die Untersuchung einbezogen wurden „members of the Finnish Federation of Municipal Officials, prison officers and other prison personnel and hospital employees”. Vartia-Väänänen ermittelte Unterschiede abhängig von der Organisationsform: „The prevalence of bullying varied between 5 % and 20 %, depending on the organization.” Die höchsten Prävalenzraten weist Vartia-Väänänen bei Gefängnismitarbeitern nach (20 Prozent); bei Verwaltungsangestellten lag die Betroffenheit bei 10 Prozent und die niedrigste Betroffenheitsquote (5 Prozent) fand sich bei Angestellten im Krankenhaus (Vartia-Väänänen 2003: 36 ff.). Geschlechtsunterschiede ließen sich in der Untersuchung von Vartia-Väänänen kaum nachweisen. Sie formuliert:

„Gender differences or similarities in facing and experiencing workplace bullying have attracted surprisingly little attention so far. One aim of this study was to consider the role of gender in this respect Gender differences seem to be small” (Vartia-Väänänen 2003: 53).

Die von Mobbing Betroffenen[47] zeichnen sich – so die Ergebnisse ihrer Analyse – dadurch aus, dass sie unzufriedener mit ihren Arbeitsbedingungen sind, stärkeres Stressempfinden widerspiegeln und ein geringeres Selbstwertgefühl haben. Des Weiteren korrelieren ein schlechtes Arbeitsklima, das Fehlen von Einflussnahmemöglichkeiten und unklare berufliche Rollenverteilungen mit der Mobbingbetroffenheit (vgl. Vartia-Väänänen 2003: 50).

2.1.6.3 Ursachen aus Experten- oder Beraterperspektive

Eine dritte Kategorie von Ursachenbenennung findet sich in Aussagen, die in der Regel aus Experten- oder Beraterperspektive entwickelt worden sind. Diese Form der Ursachenbenennung erfolgt zumeist ohne Angabe darüber, wie die Ursachen ermittelt wurden. Im Folgenden werden drei Beispiele vorgestellt.

Von Martin Resch (1994) werden Ursachen in Organisationsvariablen und Opferpersönlichkeiten gesehen. Für ihn liegen die vier Hauptursachen in der Organisation der Arbeit, dem Führungsverhalten der Vorgesetzten, der sozial exponierten Stellung der Betroffenen und dem moralischen Niveau in der Abteilung (vgl. Resch 1994: 133 ff.).

47 Verglichen wurden die Opfer mit den Beobachtern und jenen Befragten ohne Mobbinghintergrund.

Resch vermutet – in Erweiterung der geschlechtsspezifischen Ursachenbetrachtung von Leymann –, dass ebenso die Hautfarbe, kulturelle oder nationale Identität oder die Tatsache, dass jemand alleinerziehend ist, unter bestimmten Voraussetzungen eine Mobbingbetroffenheit begünstigen kann (vgl. Resch 1994: 137). Das moralische Niveau der Abteilung wird hier vor allem durch die Existenz von „Möglichmachern" beschrieben. Abgegrenzt wird davon das moralische Niveau des Betriebes. Hierzu zählt das Betriebsklima (Resch, 1994: 150). Resch spezifiziert dann weiter für die Situation von Krankenhäusern, dass hier besonders häufig Mobbingbetroffenheit vermutet wird und listet verschiedene, hohe Belastungen für diesen Bereich auf. Hier formuliert er:

„Unter den Berichten, die wir in Deutschland gesammelt haben, sind sehr viele Fälle aus Krankenhäusern. Zwar können wir diese Aussagen nicht statistisch absichern, und Mobbing kommt auch in vielen anderen Bereichen vor. Typisch für Arbeitsabläufe im Krankenhaus sind aber gerade hohe Belastungen, die aus den Mängeln in der Arbeitsorganisation resultieren, wie z. B. unbesetzte Stellen, zu wenig Zeit für Patienten, starre Hierarchie, hohe Verantwortung, geringe Bewertung der Tätigkeit" (Resch 1994: 133).

Für die geringe Bewertung der Tätigkeit wird nicht angegeben, ob diese aus Sicht der Befragten, also im Selbstbild, so bewertet wird, oder ob damit eine fehlende gesellschaftliche Anerkennung gemeint ist.

Von Reiner Wegner werden die Ursachen für das destruktive Verhalten des Täters im Mobbingprozess in ihrer Persönlichkeitsstruktur, in einer „inneren Unausgeglichenheit" und dem Empfinden von „persönlichem, abgrundtiefem Hass" vermutet, wobei als situativer Anlass Unzufriedenheit mit der beruflichen oder familiären Lebenssituation gesehen wird (Wegner 2005: 51).

Ulrike Brommer gibt vier Gründe für Mobbing an: **erstens** die schlechte Wirtschaftslage, die bei einem Teil der Beschäftigten zu „begründeten" Ängsten führt. **Zweitens** benennt sie einen erhöhten Produktions- und Leistungsdruck, der von Arbeitgeberseite her aufgebaut wird und zu einer Mehrbelastung führt, „die auch menschlich nicht ohne Folgen bleiben kann". **Drittens** gibt sie „Konkurrenzdenken anstatt Kooperationsbereitschaft" als Grund an, was zu einem „destruktiven Gegeneinander" anstatt eines „konstruktiven Miteinander" führt. **Viertens** wird von ihr Mobbing auf fehlende Konfliktfähigkeit zurückgeführt, was wiederum darin begründet liegt, dass „unsere Gesellschaft auf Konfliktvermeidung ausgerichtet ist." Ohne Bezug zu dieser vorangestellten Kategorisierung stellt sie später additiv folgende Ursachen in den Organisationen zusammen: Mängel in der Organisation, Mängel in den Produktionsabläufen, fehlende Freiräume bei der Gestaltung der Arbeit, Unter- bzw. Überforderung, unzureichende Personalführung, fehlende Mitarbeiterorientierung, schlechte Arbeitsbedingungen, Mangel an Toleranz und ein niedriges ethisches Firmenniveau (Brommer 1995: 46 ff.).

2.1.6.4 Mobbingursachen kategorisiert in strukturelle und individuelle Ursachen

Die in den vorangegangenen Ausführungen aufgeführten Mobbingursachen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Art, wie sie analytisch bzw. empirisch erfasst oder zusammengetragen werden; sie bilden auch verschiedene Dimensionen ab.

Abb. 13: Mobbingursachen kategorisiert in strukturelle und individuelle Ursachen

individuelle Ursachen

1. im Täter

- Machtmissbrauch
- Suche nach einem Sündenbock
- innere Unausgeglichenheit in beruflicher und privater Lebenssituation
- empfindet Opfer als Konkurrenz
- (Un)Zufriedenheitsdispositionen
- beruflich und privat
- Neid
- krankhaftes Verhalten
- Gewissenhaftigkeit
- Neurotizismus

2. im Opfer

- Geschlecht
- Alter
- familiäre Situation
- sexuelle Orientierung
- Behinderung
- Hautfarbe
- kulturelle/nationale Identität
- Dauer der Teamzugehörigkeit
- Leistungsfähigkeit
- Arbeitsstil
- Äußerung unerwünschter Kritik
- erbrachte Arbeitsleistungen
- (Un)Zufriedenheitsdispositionen beruflich und privat
- Selbstwertgefühl
- Ängste

3. interpersonell

- persönliche Spannungen zwischen Opfer und Täter/n

strukturelle Ursachen

1. in der Gesellschaft

- geringe Bewertung der Tätigkeit
- Konkurrenzdenken als Folge der Gesellschaftsstruktur

2. in der Organisation

- Branche/Organisationsform
- Organisationsstruktur/erfolgte Umstrukturierungen
- neue Technik
- starre Hierarchien
- unklare Zuständigkeiten/ berufsspezifische Rolle
- wirtschaftliche Situation
- unbesetzte Stellen
- Outsourcing einzelner Aufgaben
- Organisation der Arbeit
- Aufgabengestaltung
- Arbeitsabläufe
- Monotonie der Arbeit
- Unterforderung
- Führungsstil
- Entscheidungsfreiräume
- Möglichkeiten zur Einflussnahme
- Arbeitsklima
- ethisches/moralisches Niveau des Arbeitsbereiches
- Toleranz
- Mitarbeiterorientierung
- Intransparenz
- Stress/Arbeitsbelastung
- Überforderung
- zu wenig Zeit für Patienten
- hohe Verantwortung

In Abb. 3 werden die additiv aneinandergereihten (optionalen) Ursachen in das von Oswald Neuberger vorgeschlagene Ursachenmodell aufgeteilt, das zwischen strukturellen und individuellen Ursachen unterscheidet (vgl. Abschnitt 2.1.2.2). Die strukturellen Ursachen werden noch einmal in die Unterkategorien ‚Ursachen innerhalb der Organisation' und ‚gesellschaftliche Ursachen' unterteilt; die individuellen Ursachen werden in die drei Unterkategorien ‚Ursachen im Opfer', ‚im Täter' und ‚im Team' untergliedert.

2.1.7 Mobbingfolgen

Mobbingfolgen lassen sich unterteilen in drei Bereiche: **Erstens** in Folgen für die von Mobbing betroffenen Personen, **zweitens** in Folgen für die Organisationen, in denen Mobbing auftritt und **drittens** in Folgen für die Gesellschaft. Analog zur Definition des Mobbingbegriffs wird auch hier bei der Analyse nahezu ausschließlich von der Perspektive der Mobbingopfer ausgegangen. Die Reaktionen von Mobbingbetroffenen werden meist medizinisch betrachtet. Unterteilt wird in körperliche und psychische Reaktionen (vgl. Kirchner, Resch u. a.). Bei einigen Autoren kommen noch soziale Beeinträchtigungen hinzu (vgl. Ausfeller, Wegner und Schlaugat) oder eine Erweiterung, die das Privatleben und die Familienmitglieder mit einbezieht (vgl. Ausfeller und Kolodej). Insgesamt wird resümiert, dass Mobbing „nachhaltig zu psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen bei den Betroffenen" führt (Schlaugat 1999: 32).

Auf der Ebene der Organisation wird formuliert, dass erhöhte Kosten verursacht werden, die durch hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten, Fluktuationsraten, Produktivitätseinbußen und Qualitätsminderungen zustande kommen (vgl. Leymann 1994: 124, Resch 1994: 127 f. und Schlaugat 1999: 32).

Auf der Ebene der Gesellschaft gibt es bisher nur spekulative Aussagen. Kerstin Schlaugat fasst zusammen: „Mobbing soll die Volkswirtschaft stark beeinflussen, bspw. aufgrund der zu zahlenden Frührenten, Sozialhilfegelder, Krankenhausaufenthalte der Betroffenen" (Schlaugat 1999: 32). Dennoch wird hier von verschiedenen Autoren sehr eindrucksvoll und teilweise etwas halsbrecherisch errechnet, welche Kosten sich aus Mobbingprozessen im Einzelfall oder auch für die gesamte Gesellschaft ergeben.

Neuberger nimmt eine kritische Analyse der dargelegten Kostenschätzungen vor und formuliert: „Was die exakten Rechengrundlagen für derartige Schätzungen angeht, so wird meist die Annahmestruktur nicht offengelegt". Er schlussfolgert daraus: Die monokausale und teilweise recht sorglose Betrachtung der Kosten führt dazu, dass „Effekte, die auch anderen Einwirkungen und sehr komplexen Interaktionen zuzuschreiben sind, einseitig aufs Konto von Mobbing" gebucht werden (Neuberger 1999: 95 f.).

Aus den (auf Organisations- und teilweise auch Betroffenenebene) erfolgten Analysen ist zudem häufig kein klares Ursache-Wirkungs-Gefüge zu erkennen. So könnte ein schlechtes Arbeitsklima ebenso Ursache wie auch Folge von Mobbing sein. Ähnlich verhält es sich mit einigen der in Abschnitt 2.1.6 genannten individuellen Ursachen, die in der Person des Opfers, des Täters oder auf persönlicher Ebene zwischen diesen angesiedelt sind: Eine schlechte Leistungsfähigkeit oder auch ein bestimmter Arbeitsstil könnten demzufolge sowohl Ursache als auch Folge von Mobbing sein. Wie von Alexander Graf herausgestellt wird, sind die „Zusammenhänge dort am stärksten, wo man auch annehmen kann, dass sie Folge von Mobbing sind bzw. mit Mobbing einhergehen, ohne die Ursache zu sein“ (Graf 2007: 86).

Abschließend ist festzuhalten: Die Unterscheidung zwischen Mobbingfolgen und Mobbingursachen ist vor allem bei Zeitpunktanalysen schwierig. Hier sollte es vielmehr darum gehen, Zusammenhänge zwischen Mobbingvorkommen und Organisations- bzw. Personenvariablen aufzudecken. Entsprechend wird von jenen Autoren, die Aussagen anhand korrelativer Betrachtungen zwischen Mobbingvorkommen und Organisations- bzw. Personenvariablen erheben, keine Zuweisung von Ursachen oder Folgen vorgenommen.

2.1.8 Zusammenfassung: Konsequenzen für ein empirisches Modell

Drei Forschungsfragen wurden eingangs formuliert: Welche subjektiven Perspektiven auf erlebte Mobbingsituationen lassen sich konstituieren und wie bzw. worin unterscheiden und/oder überschneiden sich diese? Wie lässt sich die empirische Erfassung von Mobbingvorkommen multiperspektivisch realisieren? Welche korrelativen Zusammenhänge lassen sich zwischen Mobbingperspektiven und Mobbingvorkommen zum Berufsalltag nachweisen? Mit Hinblick darauf kann zusammenfassend – als Kritik an der Leymann-Definition und den (größtenteils) darauf aufbauenden Untersuchungen – Folgendes benannt werden:

- Es wird in den meisten Herangehensweisen ausschließlich von der Opfersichtweise aus betrachtet bzw. analysiert; vereinzelt wird die Perspektive der Beobachter mit einbezogen.
- Eine aktuelle Mobbingbetroffenheit wird mit dem Erfahrungshorizont einer Zeitspanne gleichgesetzt.
- Die Liste der Handlungen, an denen laut seiner Definition Mobbing festgemacht wird (vgl. Abschnitt 2.1.2.1), könnte wahrscheinlich beliebig um eine Liste der fehlenden Handlungen erweitert werden.
- Einschätzungen im Nachhinein, insbesondere über einen unbegrenzt langen Zeitraum hinweg, könnten wirklichkeitsverwischend sein.

- Schwierigkeiten zeigen sich bei unterschiedlichen theoretischen und empirischen Definitionen (vgl. Abschnitt 2.1.3), ohne dass diese (Schwierigkeiten) transparent thematisiert werden.

Wie gezeigt wurde, führt die große Zahl der (teilweise unterschiedlichen) Definitionen dazu, dass einzelne empirische Untersuchungen nur sehr eingeschränkt, insbesondere hinsichtlich ihrer Mobbingprävalenzraten, zu vergleichen sind. Die Prävalenzraten schwanken sehr stark; abhängig von den einzelnen definitorischen Abgrenzungen: Je weiter der Begriff gefasst wird, umso größer die Prävalenz. Als Alternative ist der Vorschlag von Neuberger zu überdenken, Mobbing als Kontinuum zu betrachten und sich damit von einer dichotomisierenden Herangehensweise zu verabschieden (vgl. Abschnitt 2.1.3.5).

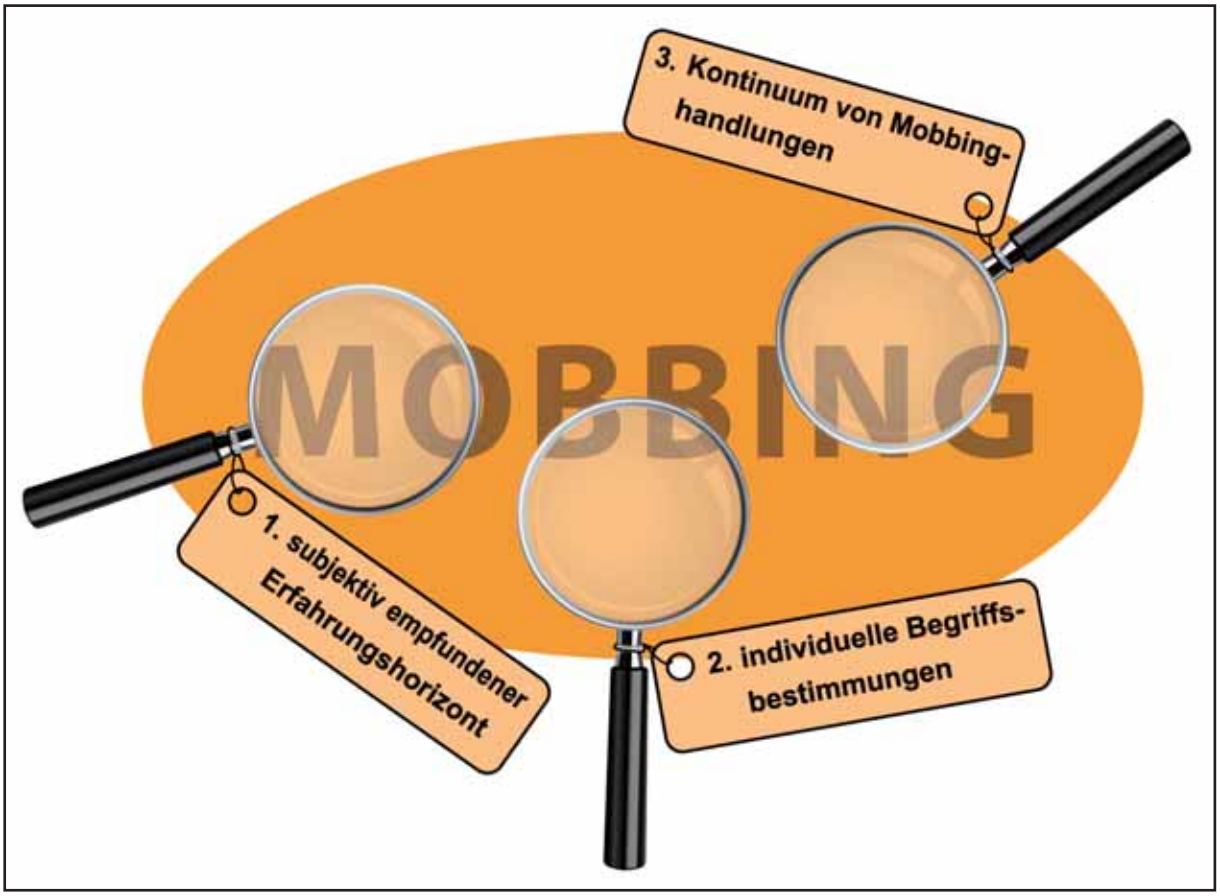
Selbst wenn in der Definition die Täterintension erfasst ist, kann diese nicht ausschließlich aus Opferperspektive begründet werden. Hier zeigt sich das größte Desiderat bestehender Forschungsansätze. Da sich die meisten Forschungslogiken stark an die Vorgehensweise von Heinz Leymann anlehnen, sind sie nicht in der Lage, offene Fragestellungen aus dieser Forschungstradition zu beantworten bzw. Hindernisse dieser Betrachtungsweise zu überwinden (vgl. Abschnitt 2.1.2.2). Aus den Analysen zu Ursachen und Folgen von Mobbing ist nicht immer ein klares Ursache-Wirkungs-Gefüge auszumachen. Einzelne Indikatoren, die als Ursachen von Mobbing herausgestellt werden, könnten ebenso Wirkung sein (vgl. Abschnitte 2.1.6 und 2.1.7).

Aus den dargestellten Desideraten der bisherigen Forschung lässt sich folgender Anspruch an die eigene Empirie ableiten:

- Eine Erweiterung der Perspektiven auf Mobbingsituationen erscheint notwendig, um die Blickwinkel der verschiedenen Akteure im Prozess einzubeziehen und miteinander vergleichen zu können.
- Es sollte ein Mobbingerfahrungskontinuum entwickelt werden, das Mobbinghandlungen aus verschiedenen Perspektiven unter Einbeziehung der zeitlichen Dimension empirisch erfasst.
- Zudem bietet sich eine Einbettung der Mobbingerfahrungen in das berufliche und private Umfeld an. Hierzu sollten unter anderem Angaben zur Arbeitssituation und Organisation, aber auch zur familiären Situation Berücksichtigung finden.
- Aufbauend auf die ersten drei Punkte ist beabsichtigt, Zusammenhangsuntersuchungen von Mobbing und Organisation sowie Personenvariablen durchzuführen, um Ursache-Wirkungs-Verhältnisse sowohl auf struktureller als auch auf personaler Ebene aufzudecken. Damit wird die Grundlage für die Entwicklung betrieblicher und individueller Präventions- und Interventionsansätze geschaffen.

Operationalisiert in Forschungsfragen fächern sich drei Foki auf, die jeweils in den beruflichen und privaten Alltag der Befragten eingebettet sind.

Abb. 14: Empirische Blickwinkel auf Mobbing



Erstens werden subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten thematisiert. Hier geht es kontrastierend um die Blickwinkel der Betroffenen, der Beobachter und der aktiv Mobbenden. Dabei sollen die folgenden Fragen beantwortet werden: Lassen sich unterschiedliche Erlebensperspektiven im Sinne einer subjektiv empfundenen Betroffenheit im Mobbingprozess abbilden? Und wenn ja, wie sind diese miteinander verflochten? **Zweitens** geht es darum, empirische Mobbing-Begriffsverständnisse zu eruieren. Hier stellt sich die Frage, welche individuellen Dimensionen des Alltagsverständnisses empirisch abgebildet werden können. **Drittens** soll zur empirischen Erfassung der Mobbinghandlungen eine Erweiterung der Perspektiven einfließen. Hierbei werden Handlungen, ausgehend von zwei Sichtweisen (Betroffene und Beobachter) erfragt. Dabei sollen diese Handlungen so operationalisiert werden, dass Häufigkeit und Zeitdauer mit einfließen. Ziel ist zu analysieren, welche Korrelationen es zwischen Mobbinghandlungen und Organisations- bzw. Personenvariablen gibt.

2.2 Spannungsfelder im Berufsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika Deutschlands: Ergänzungen des empirischen Modells durch Spezifika des Forschungsfeldes

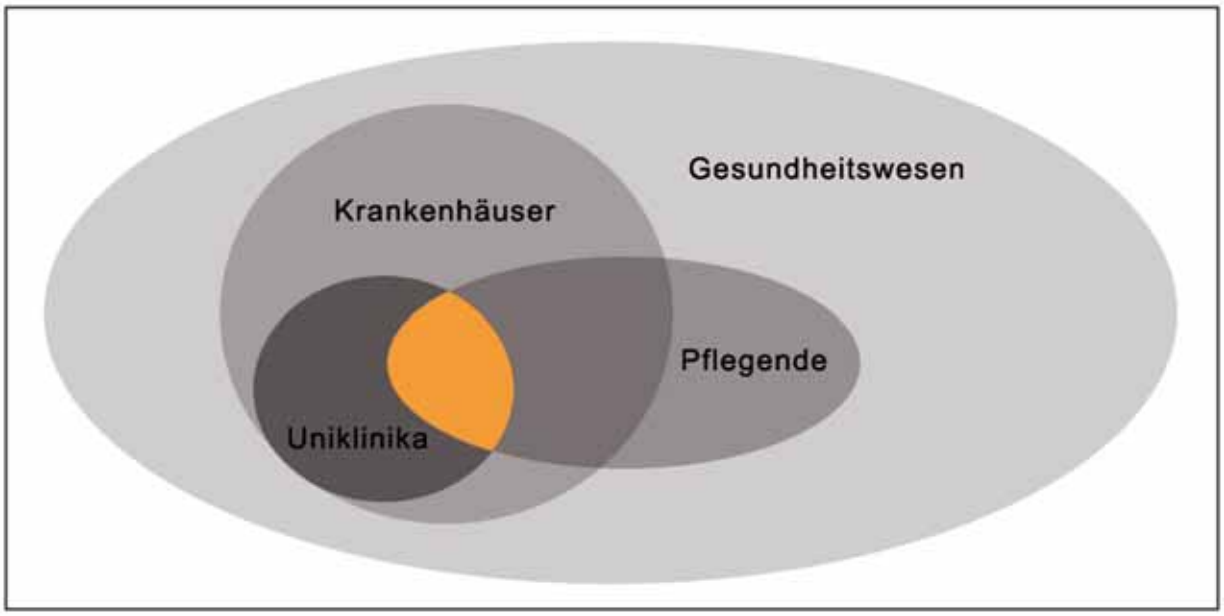
Im folgenden Kapitel wird das Forschungsfeld näher beleuchtet, in welches die Fragestellung dieser Dissertationsschrift eingebettet ist: der Berufsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika Deutschlands.

Hierbei geht es nicht darum, eine umfassende Analyse des Berufsalltags dieser Berufsgruppe vorzunehmen. Ziel ist es vielmehr, Spezifizierungen zum Forschungsgegenstand vorzunehmen und die in Kapitel 2.1 erarbeiteten zentralen Fragestellungen bezogen auf das Forschungsfeld zu ergänzen; gegebenenfalls zu modifizieren. Da mit dem Forschungsgegenstand spezifische Konfliktsituationen in den Fokus gerückt werden, sollen vor allem die Rahmenbedingungen für Pflegende in Universitätsklinika diskutiert werden, aus denen sich Spannungsfelder theoretisch entwickeln lassen. Unter Spannungsfeldern werden all jene Aspekte des Berufsalltags zusammengefasst, die Ambivalenzen und mögliche Widersprüche in sich tragen.

Bei der Analyse des Forschungsfeldes sollen die im vorhergehenden Kapitel entwickelten Hypothesen in Bezug auf Mobbing für die Berufsgruppe der Pflegenden konkretisiert und gegebenenfalls erweitert werden. Das Augenmerk liegt hierbei auf der dritten zentralen Fragestellung (vgl. Kapitel 2.1) und damit auf den Korrelationen zwischen der Mobbingwahrnehmung und dem Berufsalltag von Pflegenden. Im Ergebnis wird erörtert, welche dieser Umstände in die Fragestellungen zum Forschungsgegenstand einfließen sollen. Diskussion und Analyse der Spannungsfelder erfolgen – ausgehend vom Gesundheitswesen allgemein – in einzelnen Teilschritten; immer weiter eingrenzend bis hin zur Berufsgruppe der Pflegenden und zur Besonderheit ihrer Arbeitssituation in Universitätsklinika. Dieser Vorgehensweise liegt die Überlegung zugrunde, dass sich durch Überlagerungen und Abgrenzungen zwischen den Einzelbereichen Schnittmengen ergeben, die in der Abbildung 15 verdeutlicht werden.

Entsprechend dieser (fortschreitenden) Eingrenzung ist der Abschnitt in drei Teile gegliedert. Im **ersten Teil** werden Spannungsfelder im Gesundheitswesen analysiert, im **zweiten Teil** geht es um Spannungsfelder in der Organisation der Krankenhäuser mit spezifischem Blick auf die Besonderheiten der Universitätsklinika. Im **dritten Teil** wird die Berufsgruppe der Pflegenden genauer betrachtet. In der Zusammenfassung erfolgt zunächst die Bündelung der Hauptaussagen. Danach werden jene Aspekte herausgefiltert, die mit den zentralen Fragestellungen zum Forschungsgegenstand analytisch in Verbindung gebracht werden sollen.

Abb. 15: Eingrenzung der Spannungsfelder



2.2.1 Spannungsfelder im sich stetig wandelnden Gesundheitswesen Deutschlands: Kostendämpfung, Finanzierung und zunehmende Ökonomisierung

Für dieses Dissertationsvorhaben wurde mit dem Gesundheitswesen ein Bereich ausgewählt, der besonders gravierenden Umwälzungsprozessen gegenüber stand und steht. Die Reformbemühungen innerhalb des deutschen Gesundheitswesens reichen über Jahrzehnte und dauern noch an. Zwar wird der vollzogene Wandel im Gesundheitswesen als weit hinter den ursprünglichen Zielsetzungen zurückliegend eingeschätzt, aber dennoch sind die Veränderungen deutlich zu identifizieren (vgl. Elsner u. a. 2004: 7). Auch in den kommenden Jahren werden tief greifende strukturelle Änderungen nötig sein, um den wirtschaftlichen, qualitativen und moralischen Anforderungen der verschiedenen Seiten (Patienten, Finanzierungsträger, Mitarbeiter im Gesundheitswesen) gewachsen zu sein. Vermutet wird, dass aufgrund der starken hierarchischen Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens (auch innerhalb einer Einrichtung und zwischen den Geschlechtern) ein verstärktes Konfliktpotenzial zustande kommt, das sich in dysfunktionalen, ineffektiven und motivationshemmenden Arbeitsbedingungen niederschlägt.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist eine Mischung aus einem gesetzlichen Gesundheitsversorgungsmodell und einem auf privater Finanzierung beruhenden System. Zusätzlich werden die über dieses Modell geleisteten Beitragszahlungen jedoch über (von den Beitragszahlern) eigenfinanzierte und steuerfinanzierte Anteile ergänzt. Neben der Finanzierung ist auch die Steuerung durch eine Verbindung verschiedener

Herangehensweisen gekennzeichnet. Hier sind sowohl Elemente zentraler Planung als auch dezentraler Organisation gegeben (vgl. Vincenti u. a. 2002: 12). In Deutschland werden, wie in nahezu allen OECD-Ländern, „die Gesundheitsausgaben überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert". Der Anteil lag im Jahr 2007 bei 77 Prozent und damit über dem OECD-Durchschnitt von 73 Prozent (OECD 2009: 1).

Neben der vielfältigen Finanzierungsstruktur ist die Vielgliedrigkeit der Versorgungsstruktur ein weiteres Merkmal. Zielvorgaben, Entscheidungen und Verantwortung sind auf eine Vielzahl von Körperschaften und Organisationen verteilt (vgl. Landenberger 2001: 31 ff). Die Leistungen werden von einer großen Bandbreite privater und öffentlicher Anbieter erbracht; die Steuerung erfolgt im Wesentlichen „auf Basis kollektivvertraglicher Verhandlungen zwischen Krankenkassenverbänden und Vereinigungen der Leistungserbringer". Im Rahmen der Finanzreform ging zum 01.01.2009 die „bislang dezentrale Beitragssatzfestsetzung von den Krankenkassen auf die Bundesregierung über, so dass die Finanzverantwortung nunmehr primär beim Staat liegt" (Pfeiffer 2009: 20). Hinzu kommt, dass die deutsche Gesundheitspolitik in „wachsendem Maße" von der Europäischen Union beeinflusst wird, auch wenn im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft festgelegt ist, dass „die Verantwortung der Mitgliedstaaten [sic] für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt" wird. Die Einflussnahme erfolgt u. a. dadurch, dass durch die europäische Integration der Wettbewerb verstärkt wird, dass das nationalstaatliche Sozialrecht zunehmend durch das europäische Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht beeinflusst wird und dass die Rechte der Bürger bei der „grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung erheblich gestärkt" wurden. Dadurch, dass Europäische Kommission und Europäischer Rat die Gesundheitspolitik in den „Zusammenhang einer liberal geprägten Wirtschafts- und Finanzpolitik" stellen, ist das für „Patienten mit der Gefahr verbunden, dass die Kostendämpfung Vorrang vor dem Ziel einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung erhält" (Gerlinger 2009: 2 f.).

Die Kostendämpfungsmaßnahmen, die im Rahmen der Gesundheitsreformen seit 1970 realisiert wurden, haben dazu geführt, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland von 2000 bis 2007 um (nur) durchschnittlich 1,4 Prozent pro Jahr gestiegen sind. Dies ist im Vergleich zu allen anderen OECD-Ländern der geringste Anstieg in diesem Zeitraum.[48] Sowohl mit der Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen[49], mit der Anzahl der praktizierenden KrankenpflegerInnen[50] und (deutlich) mit der Anzahl der für die

48 Die durchschnittliche Zuwachsrate bei den Gesundheitsausgaben lag in den OECD-Ländern in dieser Zeitspanne bei 3,7 Prozent jährlich.

49 Es sind 3,5 niedergelassene ÄrztInnen auf 1.000 Einwohner in Deutschland, verglichen mit 3,1 ÄrztInnen je 1.000 Einwohner im OECD-Durchschnitt.

50 In Deutschland kommen 9,9 praktizierende PflegerInnen auf 1.000 Einwohner, im OECD-Durchschnitt sind es 9,6.

Akutversorgung zur Verfügung stehenden Betten[51] liegt Deutschland über dem OECD-Durchschnitt. Analog zu den meisten OECD-Ländern ist die Krankenhausbettendichte in Deutschland im Laufe der Zeit, in Einklang mit der gesunkenen durchschnittlichen Krankenhausverweildauer, zurückgegangen (vgl. OECD 2009: 1 ff).

Wie von Thomas Gerlinger zusammengefasst, kann das deutsche Gesundheitswesen auch nach vielfältigen Reformbemühungen mit den Worten „mittelmäßig und teuer“ beschrieben werden. Die Reformbedürftigkeit des deutschen Gesundheitswesens bündelt sich aus seiner Sicht im Befund des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der im OECD-Ländervergleich hierzulande mittelmäßige Ergebnisse und hohe Ausgaben ermittelte. Als Hauptprobleme werden hier angeführt. **Erstens** die Abschottung von Versorgungsbereichen (besonders ambulant und stationär), die zu Brüchen im Behandlungsprozess führt, **zweitens** eine unzureichend entwickelte Qualitätssicherung, **drittens** die akutmedizinische Ausrichtung des Versorgungssystems im Widerspruch zum Anwachsen chronischer Krankheiten und **viertens** die Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung (Gerlinger 2002: 5 ff.).

Diesen Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens liegen ein bestimmtes Verständnis von Gesundheit und eine entsprechende Wertpräferenz zugrunde. Wie von Rolf Rosenbrock formuliert, ist Gesundheit „ein moralisch starkes, aber politisch schwaches Thema“. Er konkretisiert:

„Auf Gesundheit bezieht sich jeder gern, Gesundheit führt in allen Bevölkerungsumfragen die Liste der wichtigsten Güter an. Ganz anders sieht es jedoch aus, wenn es zum Handeln oder zum Geld ausgeben oder zum Verändern oder zum Verzichten kommt. Das gilt aus unterschiedlichen Gründen für Individuen, Gruppen und Institutionen und es gilt auch für den Staat“ (Rosenbrock 2004: 22).

Die Finanzierung der Leistungen über verschiedene Institutionen bringt eine unübersichtliche Struktur mit sich. Zusätzliche Intransparenz entsteht dadurch, dass Leistungsnehmer und Finanzierungsträger in keinem direkten Verhältnis bei der Abrechnung stehen. Die Mitglieder der Krankenkassen finanzieren über ihre Beiträge zwar letztendlich die Leistungen der Diagnostik, Versorgung und Therapie selbst. Da es sich hier jedoch bei den Abrechnungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) um einen indirekten Zusammenhang handelt, verbleiben Verantwortung und Kontrolle über die Finanzierung zu einem Großteil in den Händen der Krankenkassen.[52] Dadurch entsteht ein Verhältnisdreieck zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsnehmern, das nicht frei ist von Spannungen. Die unterschied-

51 In Deutschland stehen 5,7 Betten für die Akutversorgung je 1.000 Einwohnern zur Verfügung, im OECD-Durchschnitt sind es 3,8 Betten je 1.000 Einwohnern.

52 Eine Sonderstellung ergibt sich bei privaten Krankenversicherungen mit ‘Selbstbehalt‘ und Beitragsrückzahlung in leistungsfreien Jahren, was für die Patienten eine gewisse Transparenz in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungsentgelte mit sich bringt.

lichen Interessen sind offensichtlich. Die Leistungsnehmer wünschen einerseits eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung, auf die sie selbst einwirken können und andererseits möglichst geringe Beiträge. Das Interesse der Finanzierungsträger ist jedoch ein gewinnoptimiertes Verhältnis von finanzierten Leistungen und eingenommenen Beiträgen. Damit stehen sich die Interessen der Finanzierungsträger und Leistungsnehmer teilweise diametral gegenüber und die Leistungserbringer sehen sich diesen gegensätzlichen Ansprüchen ausgesetzt. Eine Verhandlung bzw. ein Ausgleich dieser verschiedenen Interessen wird dadurch erschwert, dass die Abrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen über die zwischengelagerten Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erfolgt.[53] Dies führt zu Intransparenz für alle Beteiligten. Guido Offermanns spricht in diesem Zusammenhang von „großen Informationsassymetrien [sic]“ zu Lasten der Patienten, die „auch als mangelnde Konsumentensouveränität“ bezeichnet werden (Offermanns 2009: 8).

Für die im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen ergeben sich dadurch widersprüchliche Anforderungen. Zum einen ist ihre Arbeit auf den Patienten und seine Bedürfnisse und Wünsche gerichtet. Zum anderen stehen sie als vom Gesundheitssystem abhängig Agierende unter dem ökonomischen Druck eines Systems, das sich zunehmend und trotz aller Reformbemühungen in eine Richtung der Gewinnoptimierung[54] entwickelt, die als typisch für die gesellschaftliche Entwicklung insgesamt bezeichnet werden kann.

Offermanns verweist darauf, dass freie bzw. wenig regulierte Märkte gerade bei den „schwächsten Marktpartnern zu schwierigen, teils Existenz bedrohenden Auswirkungen“ führen. Übertragen auf das Gesundheitssystem konkretisiert er, dass sowohl

---

53 „Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, eine mitgliedschaftlich verfasste und unabhängig vom Wechsel der Mitglieder bestehende Organisation, die ihre Individualität als Rechtssubjekt nicht der Privatautonomie, sondern einem Hoheitsakt verdankt. Sie ist ein Zusammenschluss der Kassenärzte in den jeweiligen Bundesländern mit verbindlicher Mitgliedschaft. Alle Ärzte, die gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln, müssen Mitglieder der KV sein. Diese hat dafür zu sorgen, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig versorgt werden (Sicherstellungsauftrag). Von den Krankenkassen auf Länderebene erhalten sie dazu Geld. Das verteilen sie als leistungsbezogenes Honorar an die Ärzte. In Deutschland gibt es 23 regionale Kassenärztliche Vereinigungen. Auf Bundesebene haben sie sich zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammengeschlossen“ (Beck 2004: 129).

54 Der von dem Amerikaner Annas 1995 formulierte Trend für die amerikanischen Krankenhäuser gilt auch in Deutschland: „Die Rolle der Ärzte hat sich radikal verändert, insofern sie heute von Managern unterwiesen werden und somit nicht länger Anwälte des Patienten sein können. Stattdessen müssen sie Anwälte der Versicherungen sein. Das Ziel der Medizin wird eine gesunde Bilanz anstatt einer gesunden Population […] Die Ideologie der Medizin wird ersetzt durch die Ideologie des Markts“ (Annas 1995: 744 ff.). Eine extreme Ausprägung dieses Trends zeigt sich z. B. in den im September 2009 bekannt gewordenen Bestechungsfällen. Mediziner sollen Medienberichten zufolge von Krankenhäusern Gegenleistungen gefordert haben, damit sie ihnen Patienten überweisen. Diese Praxis wird vom Gesundheitsministerium zwar explizit als „Betrug“ verurteilt, jedoch fehlt eine gesetzliche Handhabe (Lohre 2009: 2).

Krankenkassen als auch Leistungserbringer „sich Vorteile zu Lasten von Patienten bzw. Versicherten verschaffen“ (Offermanns 2009: 7).

Von Nadja Rakowitz wird formuliert, dass beim gegenwärtig „forcierten sozialen Kahlschlag“, der auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt macht, die „umfänglichste Lastenverschiebung auf die Versicherten und die Kranken“ in der Geschichte der Bundesrepublik mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zu verzeichnen ist. Sie sieht darin die „praktische Konsequenz, soziale Probleme so zu diskutieren, dass zunehmend den Individuen die Last der Verantwortung für ihre soziale Lage und damit auch für ihren gesundheitlichen Zustand gegeben wird“ (Rakowitz 2004: 56).[55]

Zu dieser Lastenverschiebung passt auch die Tendenz, die Korrelation von Arbeit und Krankheit zu übersehen. Von Gine Elsner und Jürgen Wolters wird der Zusammenhang zwischen Krankheit und Arbeit thematisiert und empirisch belegt. Mit dieser Korrelation im Blick äußern sie Erstaunen darüber, dass „eine sozialdemokratisch bestimmte Bundesregierung die Beiträge für den Krankengeldbezug aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung herausnimmt.“[56] Gestützt auf die empirischen Belege eines Zusammenhangs von arbeitsbedingten Erkrankungen und langfristigem Bezug von Krankengeld kommen sie zu dem Schluss, dass es „sozial ungerecht“ ist, „den Arbeitnehmern allein aufzubürden, den Lohnersatz bei langfristiger Arbeitsunfähigkeit zu finanzieren. Denn langfristige Arbeitsunfähigkeit ist in den allermeisten Fällen arbeitsbedingt“ (Elsner & Wolters 2004: 176 ff.).

Wie von Hagen Kühn gezeigt wird, hat jedes Gesundheitswesen einen kulturellen Hintergrund. Dies impliziert ein Grundverständnis von der Rolle der Medizinprofessionellen und Patienten und ein Verständnis davon, welche Rolle der Staat übernehmen sollte. „Ein Kernpunkt dabei ist die Bedeutung des Geldes.“ Zwar ist „Geld in der modernen Medizin niemals unbedeutend“ gewesen, jedoch nahm die Bedeutung in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zu. „Die Ökonomisierung von medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. meint deren tendenzielle Überformung durch das ökonomische Vorteilskalkül und die entsprechende Qualität der Beziehungen zwischen Arzt bzw. Institution und Patient“ (Kühn 2004: 25).

---

55 Die Individualisierung der Probleme und Risiken im Gegensatz zur Privatisierung von Gewinnen und Chancen ist kein Phänomen, das auf das Gesundheitssystem begrenzt ist (siehe hierzu auch Kapitel 2.1).

56 Das GKV-Modernisierungsgesetz ist der gesetzliche Hintergrund, auf den hier Bezug genommen wird. Dazu wird von den Autoren zusammengefasst: „Zukünftig sollen nur noch die Arbeitnehmer für die Krankengeldbeiträge aufkommen. Das heißt, dass die Arbeitnehmer selbst aufkommen für den Lohnersatz bei Arbeitsunfähigkeit durch arbeitsbedingte Erkrankungen. Das GKV-Modernisierungsgesetz sieht vor, dass demnächst die Arbeitnehmer selbst die Finanzierung des Krankengelds übernehmen“ (Elsner u. a. 2004: 176).

Widersprüchliche Interessenslagen ergeben sich zudem dadurch, dass die Finanzierung der Leistungen über die Diagnostik und Versorgung der ‚kranken' Mitglieder erfolgt. Damit sind die Leistungserbringer aus betriebswirtschaftlicher Perspektive nicht an einer möglichst ‚gesunden' Bevölkerung, am gesunden Menschen, sondern an jenen Behandlungssequenzen interessiert, die eine Kosten-Nutzen-Maximierung ermöglichen. Gleichzeitig werden die Leistungen nicht adäquat honoriert, die auf Gesundheitsberatung und Prävention abzielen. [57]

Exkurs Sektorentrennung: stationärer und ambulanter Sektor des Gesundheitswesens

Die Widersprüche gehen aber noch weiter. Im Gesundheitswesen stehen sich zwei Leistungsbereiche nahezu ausschließlich konkurrierend gegenüber. Die Trennung des ambulanten und des stationären Sektors gehört seit langer Zeit zu den Charakteristika des bundesdeutschen Gesundheitssystems (vgl. Stähr 2009: 88). Die erhöhte Zahl von Schnittstellen, die Informationsverluste und Brüche in der Versorgung für den Patienten mit sich bringen, ist ein Effekt dieser Aufgabenverteilung und Ressourcenabgrenzung. Ein anderer zeigt sich in der Intransparenz der einzelnen Leistungsbereiche. Die stringent getrennte Abrechnung der einzelnen Sektoren durch die Finanzierungsträger ermöglicht Einsparungen auf Kosten des jeweils anderen Sektors. Doppeluntersuchungen und Drehtüreffekte[58] sind Folgen dieser „vertikalen Versäulung" (Badura & Feuerstein 1996: 233 ff.).

Der ambulante Sektor des Gesundheitswesens gliedert sich in Deutschland im Wesentlichen in den Bereich der niedergelassenen Ärzte sowie der anderen medizinischen Berufe und in den Bereich der ambulanten Pflegedienste.[59] Der stationäre Sektor umfasst

---

57 Dem Finanzierungssystem der Leistungen liegt ein pathogenetisches Verständnis zugrunde. Im Gegensatz zu der üblichen pathogenetisch orientierten Frage nach der Ursache von Krankheiten wurde von Aaron Antonovsky das wohl bekannteste integrierte Gesundheitskonzept, das „salotogenetische Modell" entwickelt. Grundannahme des Modells ist ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum", das eine klare Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit ablehnt. Der Fokus der Fragestellung richtet sich nicht auf Krankheit, sondern auf die Erklärung von Gesundheit (Antonovsky nach Waller 2002: 25). Das Modell berücksichtigt Einflussgrößen auf verschiedenen Ebenen und ist dadurch sehr komplex. Es bezieht soziale, physiologische, biochemische, emotionale und kognitive Ebenen mit ein (vgl. Bengel 1998: 89 ff. und Waller 2002: 23 ff.).

58 Der Drehtüreffekt „bezeichnet die erneute Aufnahme eines Patienten mit derselben Diagnose, nachdem er das Krankenhaus erst kurz zuvor verlassen hat" (Dangel 2004: 1).

59 Im niedergelassenen Bereich arbeiten neben Ärzten in freier Praxis auch Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden sowie einige andere Berufsgruppen. Der Bereich der ambulanten Pflege umfasst ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, in denen hauptsächlich Kranken- und Altenpflegekräfte sowie hauswirtschaftliche Hilfskräfte tätig sind. Im Bereich der ambulanten Pflege ist es in den letzten Jahren zu erheblichen Veränderungen gekommen: Die Anzahl ambulanter Pflegedienste ist in den 90er Jahren stark angewachsen. Gründe dafür sind zum einen die zuneh-

neben Krankenhäusern auch Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie Altenpflegeheime.[60] Die stationäre Versorgung in der Bundesrepublik ist in hohem Maße ausdifferenziert. Dies gilt sowohl für den Binnenraum der einzelnen Kliniken als auch für die Versorgungslandschaft allgemein und zeigt sich unter anderem in einer ausgeprägten Hierarchie und der organisatorischen Zergliederung stationärer Einrichtungen in unterschiedliche Abteilungen, bettenführende Stationen und medizintechnische Funktionsbereiche (vgl. Badura & Feuerstein 1996: 13).

Es gibt Regelungen, vor allem im Rahmen der Gesundheitsreformen der letzten Jahre, welche die Zusammenarbeit einzelner Einrichtungen innerhalb der Sektoren wie auch sektorenübergreifend unterstützen und vernetzte Versorgungsstrukturen fördern. Ziel ist es, der Sektorentrennung entgegenzuwirken. Daneben existieren jedoch auch Bestimmungen – vorwiegend aus Gesetzesbereichen, welche nicht reformiert wurden –, die eine Vernetzung der Versorgungsabschnitte eher behindern. Barrieren liegen nicht allein in Gesetzesregelungen, sondern auch in der Reformresistenz der gewachsenen Organisationsstrukturen und Arbeitsroutinen der beteiligten Akteure und Berufsgruppen. Eine bessere Vernetzung der Leistungsanbieter wird in erster Linie durch Finanzierungsregelungen gehemmt. Hauptsächlich fehlen explizite Anreize zur Förderung der Vernetzung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Vernetzungsansätze im Gesundheitswesen haben primär das Ziel, Ausgaben zu senken. Wenn sich Einrichtungen und Berufsgruppen gegen derart motivierte Integrationsversuche wehren, so deshalb, weil sie Einschränkungen ihrer Ressourcen befürchten (vgl. Drygalla 2002: 76 ff.).

2.2.2 Spannungsfelder im Krankenhaus: Auswirkungen der Veränderungen und Reformansätze im Gesundheitswesen auf Rahmenbedingungen und innere Merkmale der Krankenhäuser

Seit Jahrzehnten wird die wissenschaftliche Diskussion über Probleme einer Steuerung der stationären Versorgung in Deutschland von ökonomischen Fragestellungen und Sichtweisen dominiert (vgl. Simon 2000-a: 13). Damit folgen die Krankenhäuser logisch dem Trend der Gewinnoptimierung als vorrangiges Ziel im Gesundheitssystem.

---

mende Alterung der Bevölkerung, zum anderen aber auch die politisch gewollte Bevorzugung „ambulant vor stationär" mit dem Ziel, alten, kranken und gebrechlichen Menschen einen weitgehenden Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Mit dieser gesundheitspolitischen Zielsetzung verbunden ist eine staatliche Politik des Bettenabbaus in Krankenhäusern und in Altenheimen (Landenberger 2001: 33 f.).

60 Krankenhäuser sind Teil des Gesundheitswesens, während Altenheime der Altenpflege und damit dem Sozialwesen zugeordnet sind.

Nach der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 änderten sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser innerhalb kurzer Zeitabstände in einem bis dahin nicht gekannten Umfang (vgl. Gerlinger 2000: 6 f. und Simon 2000: 10). Zahlreiche weitere Überarbeitungen der Krankenhausfinanzierung – unter anderem die Einführung, Fortsetzung und Verschärfung der Budgetdeckelung und die Mitte der 90er Jahre begonnene Umstellung auf ein neues Entgeltsystem[61] – prägen die Arbeit im Krankenhaus nunmehr seit mehreren Jahren (vgl. Gerlinger 2000: 6 f. und Simon 2000: 10). Im Hinblick auf die vielfältigen Veränderungen lässt sich die Aussage bekräftigen, dass sich Kontinuität vor allem an Veränderung festmachen lässt. Aber selbst mit dem Erfahrungsschatz der stetigen Veränderungen, die vorwiegend das Finanzierungssystem betreffen, lässt sich die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems als besonders gravierender Einschnitt beschreiben.

Laut Einschätzung von Michael Simon befindet sich der Krankenhausbereich mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen[62] am Beginn tief greifender Veränderungen. Vergleichend kommt er zu dem Ergebnis, dass „bislang in keinem Staat der Erde der Versuch unternommen wurde, ein alle Krankenhauspatienten erfassendes Fallpauschalensystem einzuführen, auch nicht in den USA und Australien“. Ein „Großexperiment diesen Ausmaßes“ ist aus seiner Sicht nur dann zu legitimieren, wenn es um eine „erhebliche Verbesserung der Versorgungsqualität“ geht. Als „primäres Ziel“ stellt er aber nicht die Versorgungsqualität, sondern die „finanzielle Entlastung der Krankenkassen“ heraus (Simon 2004: 150).

Hermann Schulte-Sasse sieht in der „Ablösung einer bisher fachabteilungsbezogenen Entgeltlogik durch eine umfassende“ Betrachtung ein „spannungsvolles Verhältnis“ zur bisherigen „Versäulung des Krankenhauses“ (Schulte-Sasse 2004: 169).

Der von den vielfältigen Veränderungen ausgehende Druck auf Krankenhäuser wird durch drei Entwicklungstrends noch verschärft. **Erstens** forcieren die Länder seit Mitte der 90er Jahre den Abbau der Anzahl von Krankenhausbetten dadurch, dass sie in

---

61 Im Jahr 1995 wurde eine neue Bundespflegesatzvereinbarung eingeführt, welche die seit 1972 gültigen allgemeinen tagesgleichen Pflegesätze durch ein System differenzierter Entgelte ersetzte. Im Wesentlichen bestand dieses seit 1995 geltende System aus Basis- und Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen.

62 Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser erfolgte i. d. R. auf der Basis von Tagespauschalen. Diese schwankten zwischen Kliniken und Fachabteilungen in erheblichem Ausmaß und waren nicht Folge einer differenzierten Kalkulation, sondern das Ergebnis von Budgetverhandlungen, denen die Realkosten des jeweiligen Krankenhauses zugrunde lagen. Damit wurde eine bessere Effizienz bei der Leistungserbringung nicht belohnt. Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems (DRG steht für Diagnosis Related Groups) soll die differenzierte Behandlung von Patienten vergütet werden. Nach (medizinisch objektivierbaren) Kriterien wie Diagnose, Operationen und anderen Merkmalen werden Patienten den Fallgruppen zugeordnet, die durch vergleichbare Aufwendungen gekennzeichnet sind. Im Vordergrund stehen damit die „Kosten und deren Homogenität in den einzelnen Fallgruppen. Demgegenüber sind medizinische Kriterien nachrangig“ (Schulte-Sasse 2004: 166 ff.).

ihren Krankenhausplänen die Zahl der Betten deutlicher reduzieren. Damit werden zugleich auch die wirtschaftliche Grundlage dieser Versorgungskapazitäten und die daran gekoppelten Planstellen entzogen. **Zweitens** ziehen sich öffentliche Krankenhausträger aus der wirtschaftlichen Verantwortung zurück, indem sie die Rechtsform der Krankenhäuser ändern oder aber die Einrichtungen an private Träger verkaufen (vgl. Gerlinger 2000: 6). Und **drittens** befinden sich Krankenhäuser in einer „Dauerfalle", da bis einschließlich 2008 die „Personalkosten in den Salierungstarifen (BAT, TVöD, TVL) Jahr für Jahr stärker als die nahezu um null erhöhten Erlöse" stiegen (Paeger 2009: 18). Der Reformdruck, dem sich Krankenhäuser ausgesetzt sehen, geht jedoch über einzelne Aspekte wie Krankenhausfinanzierung und die Einführung eines Qualitätsmanagements hinaus. Er zielt auf eine tief greifende Veränderung der Organisation (vgl. Schmerfeld 2000: 94). Dennoch muss – wie von Simon formuliert – darauf verwiesen werden, dass sich „Krankenhauspolitik in Deutschland […] seit Jahrzehnten nicht mit den zentralen und originären Problemen der stationären Versorgung" befasst, denn diese liegen „nicht im Bereich der Kostenentwicklung", sondern sind „in den internen Strukturen deutscher Krankenhäuser lokalisiert" (Simon 2004: 151).

Eine Veränderung der inneren Merkmale durch den äußeren Druck zeigt sich nach Thomas Gerlinger z. B. in Einbußen bei der Qualität, in einer fortschreitenden Rationalisierung sowie bei Patientenabweisungen und -verschiebungen. Der äußere Veränderungsdruck wird aber oftmals auch zum Anlass genommen, „überfällige Reformen von Strukturen und Abläufen in Angriff zu nehmen und durchzusetzen"[63] (Gerlinger 2000: 6 f.).

Die Arbeit im Krankenhaus hat in den vergangenen Jahrzehnten außerdem einen grundlegenden inhaltlichen Wandel durchlaufen. Neue medizinische Erkenntnisse verbinden sich immer enger mit technischen Innovationen. Damit steigt einerseits die Abhängigkeit der Medizin von der Technik und es entsteht ein erhöhter finanzieller Druck, der mit der Bereitstellung dieser Geräte einhergeht. Andererseits birgt diese Entwicklung die Gefahr, alles technisch Mögliche zu tun, ohne dabei stets auch Angemessenheit, „ethisch-humanitäre Vertretbarkeit" sowie finanzielle Auswirkungen hinreichend zu bedenken (Badura 1999: 21). Wie Bernhard Badura und Günter Feuerstein herausstellen, beinhaltet die „für weite Teile der Krankenhausarbeit geltende Konzeption der Akut- bzw. Notfallversorgung […] ein bestimmtes Selbstverständnis der Beschäftigten" und „ein bestimmtes Patientenbild". Ein Widerspruch ergibt sich daraus, dass das Akutkrankenhaus zwar als „personenbezogene Dienstleistungsorganisation zur Produktion des ‚Gutes' Krankheitsbewältigung zwingend auf die Kompetenz, das Vertrauen, die

63 Als Beispiele werden genannt: verstärkte Bemühungen um eine Verbesserung der Versorgungsqualität, vereinzelte Bildung interprofessioneller Teams, punktuelle Vernetzungen zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung sowie die ansatzweise Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren (vgl. Gerlinger 2000: 7).

Motivation und die aktive Mitarbeit der zu versorgenden Menschen angewiesen“ ist. Dennoch wird den somatischen Krankheitsfolgen und technikintensiven Leistungen der Vorrang geben. Nicht „der ganze Mensch und seine Lebensbedingungen, sondern allein sein körperlicher Zustand“ wird betrachtet (Badura & Feuerstein 1996: 36 f.).

2.2.2.1 Spannungsfelder für die Berufsgruppen im Krankenhaus

Die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus sind im Vergleich zu anderen Organisationen besonders deutlich. Die Abstufungen der Entscheidungsbefugnisse im Krankenhaus haben nach Reinhard Grahmann und Alfred Gutwetter eine „starke Affinität zur Struktur der Befehlsgewalt bei militärischen Organisationen“. Eine weitere Besonderheit ist die Verbindung von Geschlecht und Hierarchie, die sich auch darin widerspiegelt, dass sich im Krankenhauswesen in besonderem Maße „patriarchalische Strukturen“ durchsetzten (Grahmann & Gutwetter 1996: 15).

Die Berufsgruppe der Ärzte nimmt im deutschen Gesundheitswesen eine zentrale Entscheidungsfunktion ein. Vergleichsweise gering ist die Repräsentanz der Berufsgruppe der Pflege sowie anderer Gesundheitsberufe. In wichtigen gesundheitspolitischen Gremien sind die Pflegeverbände nicht vertreten. Sie spielen in der Landschaft der politischen Entscheidungsfindung eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Alber 1992: 88 und Landenberger 2001: 32). Die zentrale Stellung des Arztes im Krankenhaus liegt u. a. im Chefarztprinzip begründet,[64] nach welchem in Deutschland Kliniken geführt werden: Der Abteilungsleiter ist weisungsberechtigter Vorgesetzter des gesamten mit der Patientenversorgung beschäftigten Personals seines Bereiches. Dabei geht es nicht nur um medizinische, sondern auch um organisatorische und administrative Fragen. Aus dem Behandlungsmonopol ergibt sich eine Definitions- und Delegationsmacht, die sich in der Krankenhausorganisation niederschlägt (vgl. Eichhorn 1991: 456 und Schulze 1989: 170 f. beide nach Steffen 2001: 70).

Neben hohem Arbeitsdruck und Organisationsproblemen sind es aus Sicht von Badura vor allem unklare Kompetenzen, Abhängigkeiten, Rollenkonflikte, unangemessene Kommunikationsformen und Führungsdefizite, die professionsübergreifende Kooperationsbeziehungen im Krankenhaus zum Konfliktfeld werden lassen (vgl. Badura 1996: 227 f.). Zusätzlich begünstigen Ungleichverhältnisse zwischen sozialer Anerkennung, Verantwortung, Machtverteilung und Stellung in der Hierarchie die professionsübergreifenden Konflikte. Badura weist darauf hin, dass die im Krankenhaus Beschäftigten zugleich „Gegenstand” und „Instrument” der Arbeit sind: „Die Beschäftigten

64 Dabei vertreten leitende Abteilungsärzte – auch Chefärzte genannt – ihr Fachgebiet selbstständig und alleinverantwortlich in Bezug auf Diagnostik und Therapie der Patienten.

bearbeiten und haben Gefühle. Die bei ihnen durch Vorgesetzte, Mitarbeiter, Kollegen und Patienten ausgelösten Gefühle wirken auf diese zurück“, manchmal direkt – in Form spontaner Gefühlsausbrüche –, aber meistens indirekt; bspw. über die Art der Arbeitserledigung sowie über Umfang und Qualität der Interaktionen (Badura 1996: 58).

2.2.2.2 Spannungsfelder im Hinblick auf die Besonderheit der Universitätsklinika

In der (betriebswirtschaftlichen) Krankenhausliteratur werden Universitätsklinika[65] eher am Rande oder gar nicht behandelt. Da dies jedoch Einrichtungen sind, in denen neben den Leistungen der Krankenversorgung auch solche der Forschung und Lehre erbracht werden, weisen sie zahlreiche rechtliche, finanzielle und organisatorische Besonderheiten im Vergleich zu anderen Krankenhäusern auf. Dadurch, dass Universitätsklinika überdurchschnittliche Versorgungskosten produzieren[66] und dass – beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1995 – Krankenhausleistung zunehmend pauschalisierend vergütet wird, geraten sie immer stärker unter Druck. Universitätsklinika werden politisch und finanziell sowohl vom Gesundheitswesen als auch vom Wissenschaftsministerium getragen. In beiden Bereichen stellt sich die Frage, ob die Gelder, die in Universitätsklinika fließen, der Höhe und Struktur nach gerechtfertigt sind (vgl. Braun u. a. 2001: XI ff. und Steffen 2001: 5).

In Deutschland gibt es insgesamt 35 Universitätsklinika (vgl. Leonhard 2005: 31), deren Vielfalt nicht nur die Größe sowie finanzielle und personelle Ausstattung beinhaltet. Sie findet sich auch in strukturellen Eigenheiten wieder. Dies betrifft beispielsweise „die gemeinsame Ausbildung der Studierenden aus zwei Fakultäten an einem Universitätsklinikum“ (z. B. in Kiel, Lübeck), das „Fehlen einer eigenständigen vorklinischen Ausbildung“ (z. B. in München, Mannheim), die „private Trägerschaft einer Hochschule“ (z. B. in Witten-Herdecke), die „Organisation des Universitätsklinikums als gemeinnützige GmbH“ (z. B. in Mannheim) bzw. als „privates Klinikum“ (z. B. in Gießen, Marburg) sowie der „Kooperation der Fakultät mit verschiedenen klinischen Spezialabteilungen der Region und dem Verzicht auf ein eigenes Klinikum“ (z. B. in Bochum) (Fraunhofer Institut 2007: 7 und Leonhard 2005: 31).

---

65 Unter ‚Universitätsklinikum‘ wird in Anlehnung an Antje Steffen die Gesamtheit der medizinischen Einrichtungen des Fachbereichs verstanden, der dazu verwendete Plural ist ‚Universitätsklinika‘. Hierzu formuliert Steffen: „Mit dem Begriff ‚Klinik‘ ist die Einrichtung eines medizinischen Fachgebietes gemeint. Der Plural von ‚Klinik‘, ‚Kliniken‘, ist zu unterscheiden von der Gesamtheit der Kliniken eines Krankenhauses, dem ‚Klinikum‘. Die Mehrzahl von ‚Klinikum‘ ist ‚Klinika‘“ (Steffen 2001: 9). Synonym verwendet werden in dieser Dissertationsschrift die Begriffe ‚Universitätsklinikum‘ und ‚Universitätskrankenhaus‘ ebenso wie ‚Universitätsklinika‘ und ‚Universitätskrankenhäuser‘.

66 Die große Leistungsbreite der Universitätsklinika hat zur Folge, dass diese mit großem Abstand die teuersten Einrichtungen im Gesundheitswesen sind.

Die strukturell unterschiedlichen Ausprägungen gehen einher mit verschiedenen Rechtsformen. Mit Blick auf die Organisationsstrukturen lassen sich – laut Analyse des Wissenschaftsrates – innerhalb der Universitätsmedizin in Deutschland formal zwei verschiedene Organisationsmodelle unterscheiden: das Integrations- und das Kooperationsmodell. Beim Integrationsmodell bilden die Medizinische Fakultät (mit den Aufgaben Forschung und Lehre) und das Universitätsklinikum (mit der Aufgabe Krankenversorgung) eine rechtliche Einheit. Dagegen sind beim Kooperationsmodell die Aufgaben und deren Träger rechtlich voneinander getrennt. Verschiedene Rechtsformen sind im Rahmen vorgenannter Organisationsmodelle möglich. Wobei die „Entscheidung für das eine oder andere Organisationsmodell […] zugleich weitgehend die Wahl der Rechtsform bedingt. Die Umsetzung des Kooperationsmodells geht „zumeist mit der rechtlichen Verselbstständigung der Universitätsklinika als Anstalt des öffentlichen Rechts einher, während das Integrationsmodell in der Regel Körperschaftslösungen erfordert“ (Wissenschaftsrat 2007: 35 ff.).

Bis vor wenigen Jahren waren die meisten Universitätsklinika unselbstständige Landesbetriebe bzw. rechtlich unselbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts und Bestandteil der Universitäten. Derzeit wird nur noch die Medizinische Hochschule Hannover als Landesbetrieb und damit als rechtlich unselbstständiger Teil der Landesverwaltung geführt. Folgende Rechtsformen finden sich: Die unselbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts, die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts, die Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Stiftung des öffentlichen Rechts und Rechtsformen des privaten Rechts (z. B. GmbH). Dazu existieren verschiedene Sonderformen der Zusammenarbeit von Universitäten mit Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft sowie – als weitere Sonderform – die Medizinische Fakultät der Privatuniversität Witten-Herdecke (vgl. Wissenschaftsrat 2007: 35 ff.).

Die „Kontinuität des Wandels“, die für das Gesundheitswesen insgesamt bezeichnend ist, findet sich auch in den Universitätsklinika wieder. Vom Wissenschaftsrat wird konstatiert, dass sich angesichts des „zunehmenden wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Wettbewerbsdrucks und der damit verbundenen notwendigen Schaffung von neuen Strukturen an universitätsmedizinischen Einrichtungen“ die Frage stellt, „ob tradierte Fakultätsgliederungen mit der Orientierung entlang der Fächergrenzen den neuen Entwicklungsnotwendigkeiten noch gerecht werden.“ Dieser Frage Rechnung tragend fanden in den letzten Jahren „an mehreren universitätsmedizinischen Standorten in Deutschland Umstrukturierungen statt. Dabei steht die Bildung von Zentren im Vordergrund“. Insgesamt vier Veränderungstendenzen fasst der Wissenschaftsrat zusammen, denen sich Universitätsklinika gegenwärtig und zukünftig zu stellen haben:

„In den nächsten Jahren sehen sich die Medizinischen Fakultäten im Rahmen zahlreicher Neubesetzungen einer neu herangewachsenen Wissenschaftlergeneration gegenüber, denen attraktive Arbeitsbedingungen, flexible Organisationsformen und klare Leitungsstrukturen angeboten werden müssen. Innovative Wissenschaft entsteht zunehmend an den Rändern und Übergängen zu anderen Disziplinen. Starre Instituts- bzw. Klinikstrukturen erschweren häufig die Hebung von Entwicklungspotenzialen und stehen einer schnellen Anpassung entgegen. Angesichts der gewachsenen Anforderungen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung verliert das traditionelle Leitbild der Hochschulmedizin einer Einheit der zentralen Aufgabenbereiche (Forschung, Lehre, Krankenversorgung) in einer Person an Tragfähigkeit. […] Die finanziellen Veränderungen im Bereich der Universitätsmedizin erfordern eine Steigerung betriebswirtschaftlicher Effizienz und der Versorgungsqualität (Ressourcenoptimierung, verbesserte Prozessabläufe und Patientenführung/Behandlungspfade)“ (Wissenschaftsrat 2007: 5 f.).

Universitätsklinika sind die größten und auch teuersten Einrichtungen im Gesundheitswesen Deutschlands und bilden nach Antje Steffen das „Herzstück des […] Gesundheitswesens“. Mit ihrer angewandten Forschung sowie Grundlagenforschung gelten sie als „Schrittmacher des medizinischen Fortschritts“. Wie keine andere Institution bestimmen sie durch ihre zentrale Rolle in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung das Angebot an Ärzten und deren Qualifikation. Zugleich verfügen sie über das umfangreichste Leistungsangebot im Bereich der Krankenversorgung und über modernste Methoden und Techniken. Des Weiteren erhalten sie, neben Mitteln aus Krankenkassen, Zuschüsse von den Ländern und werden im Rahmen der Hochschulbauförderung über den Bund finanziert (Steffen 2001: 1).

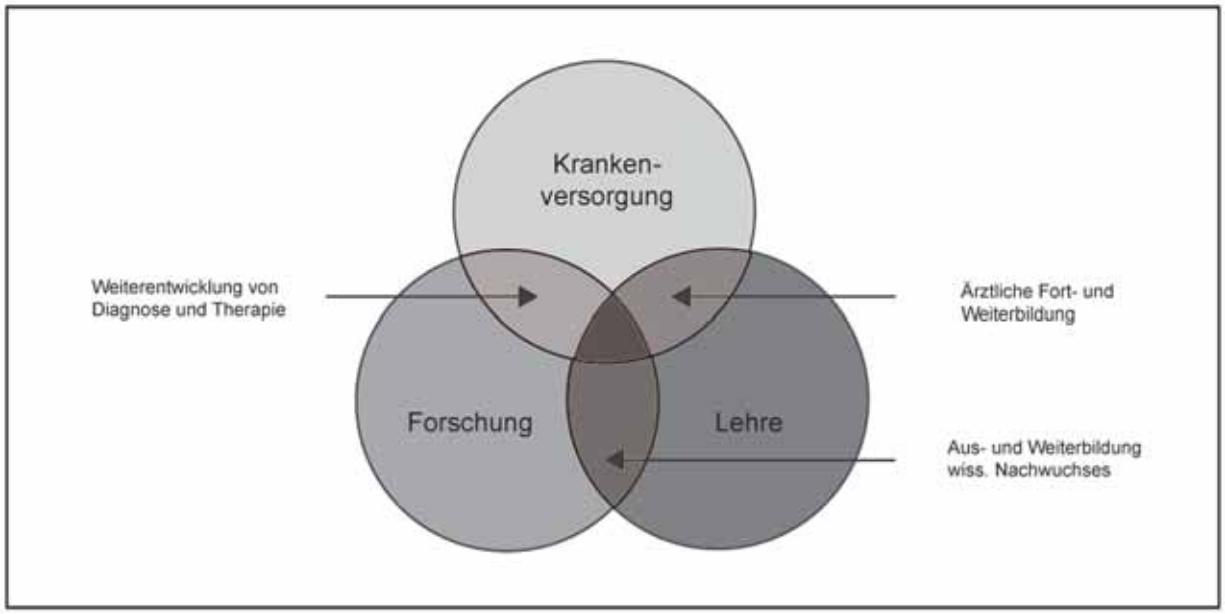
Universitätsklinika haben zudem einen Sonderstatus in der deutschen Hochschullandschaft inne. Nur dem Fachbereich Medizin wird ein so großes praktisches Anwendungsfeld zur Verfügung gestellt, obwohl auch in anderen Fachbereichen die Ausbildung einen Praxisanteil einschließt.[67] In der Hochschulmedizin überlagern sich zwei ansonsten voneinander abgegrenzte gesellschaftliche Teilsysteme: das Wissenschafts- und das Gesundheitssystem. Die am höchsten entwickelten Strukturelemente beider Systeme – die Universität und das Krankenhaus – sind miteinander verschmolzen. Da diese Institutionen grundsätzlich verschiedene Ziele verfolgen und außerdem in unterschiedlichen rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen agieren, stellen Universitätskrankenhäuser besonders komplexe Organisationen dar (vgl. Steffen 2001: 6). Universitätsklinika werden von Steffen als „Zwitterwesen“ bezeichnet, da „sich ihre Aufgaben sowohl aus dem Hochschul- als auch aus dem Krankenhausrecht ergeben“ (Steffen 2001: 6).

Dieser Prozess der Leistungserbringung im Spannungsfeld zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

---

67 Dies trifft beispielsweise in den Bereichen Pädagogik, Musik, Biologie, Ingenieurswissenschaften und Recht zu. Aber hier sind Studenten weitgehend auf sich selbst gestellt, wenn sie praktische Kenntnisse für ihre Ausbildung erwerben wollen (vgl. Steffen 2001: 3).

Abb.16: Universitätsklinika im Spannungsfeld zwischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung



(Abbildung in Anlehnung an Steffen 2001: 7)

Die Leitung der Universitätsklinika (und vieler anderer Krankenhäuser) besteht üblicherweise aus einem dreiköpfigen Direktorium, in dem PflegedirektorIn, VerwaltungsdirektorIn und ärztliche(r) DirektorIn vertreten sind.[68] Den Vorsitz des Direktoriums bestimmt der Träger der Einrichtung, in den meisten Fällen übernimmt ihn der ärztliche Direktor.

In der Krankenhausleitung stehen die einzelnen Mitglieder im Spannungsverhältnis von Interessen, die das gesamte Klinikum im Blick haben sowie von bereichs- oder funktionsbezogenen und berufsgruppenspezifischen Interessen. Nach Ansicht von Steffen ist die „Sicherstellung der patientengerechten Pflege“ Aufgabe der Pflegedirektion, wobei diese „sich häufig als das schwächste Glied der Krankenhausverwaltung sieht“ und daraus resultierend ihre Aufgaben „in besonderem Maße als berufsständische Interessenvertretung“ definiert. Einmal resultierend daraus und zum anderen, weil „die Entscheidungsmacht über die wichtigsten Fragen letztlich häufig beim ärztlichen Direktor bzw. dem Verwaltungsdirektor verbleibt“, kommt Steffen zu dem Schluss, „dass die Einbeziehung des Pflegedienstes häufig eher ein ‚politisches′ Zugeständnis darstellt“ (Steffen 2001: 67).

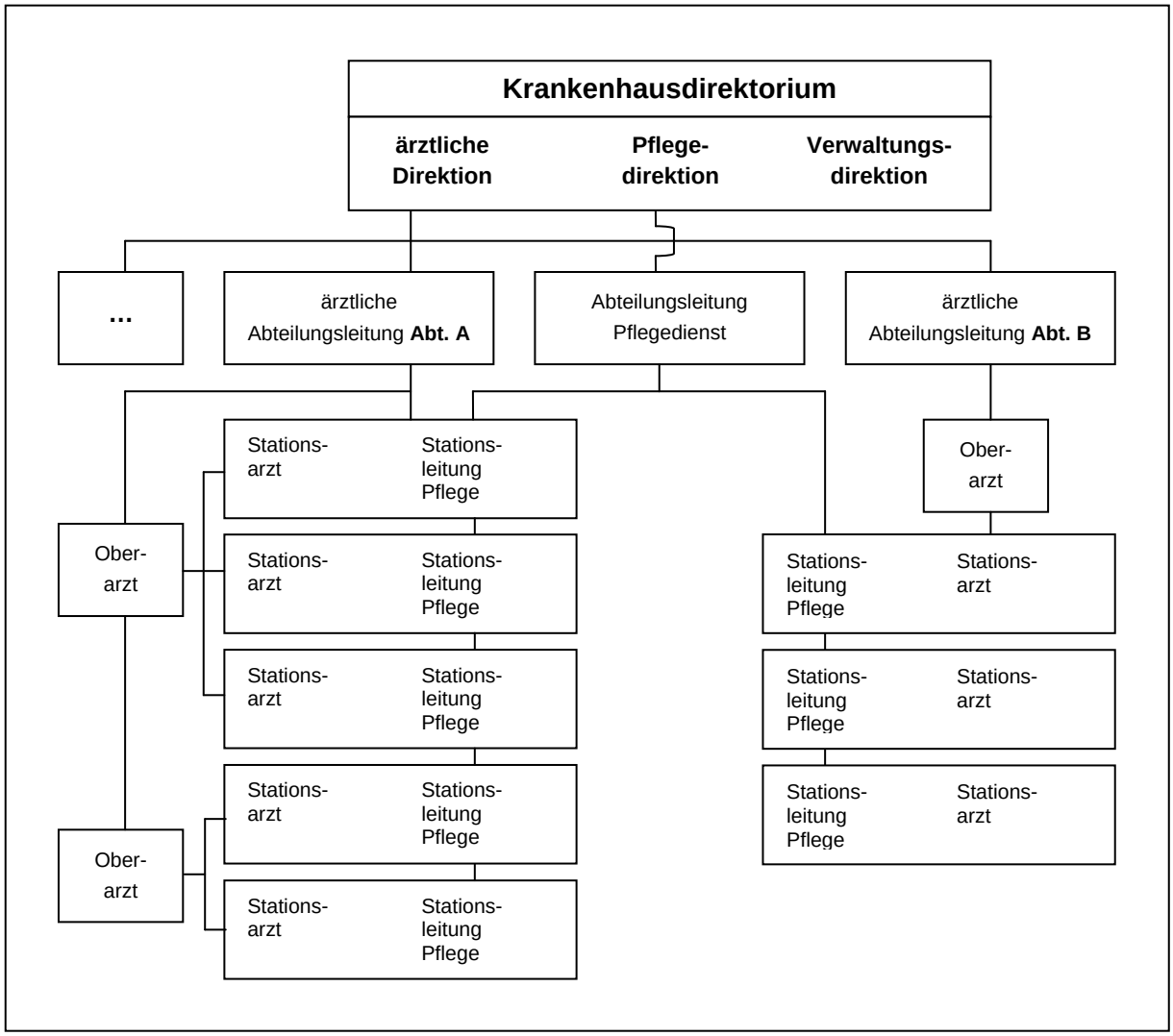
---

68 Eine singuläre Führungsspitze findet sich hingegen in privaten oder privat geführten Krankenhäusern. Die Zusammensetzung des Vorstands der Universitätsklinika wird auf Landesebene festgeschrieben. In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und in Thüringen ist die Pflegedirektion explizit als Vorstandsmitglied aufgeführt; nicht jedoch in Niedersachsen und in Sachsen (vgl. Leonhard 2007: 203 ff.).

Der Pflegedirektion unterstellt sind die Pflegedienstleitungen der einzelnen Stationen; diesen wiederum sind die Pflegenden der Stationen untergeordnet. In der folgenden Übersicht ist eine Struktur der Krankenhausorganisation in Universitätsklinika als Beispiel dargestellt.

Die professionelle Unabhängigkeit der Ärzte im Krankenhaus führt zu einer stark dezentralisierten Entscheidungsstruktur und lässt das Krankenhaus eher als Summe ein-

Abb. 17: Organigramm Krankenhausorganisation



(Abbildung in Anlehnung an Dahlgaard u. a. 1995: 35 und Steffen 2001: 71)

zelner Fachkliniken und nicht als übergreifende Organisation erscheinen (vgl. Steffen 2000: 70). Somit steht das Management vor dem Problem, eine Balance zwischen der dezentralen Autonomie der einzelnen Fachabteilungen und einer zentralen Steuerung

des Gesamtklinikums herstellen zu müssen. Diese Managementaufgabe zieht sich durch die verschiedenen Berufsgruppen und Aufgabengebiete.

In der bisherigen Betrachtung der Universitätsklinika bleiben die Auswirkungen spezifischer Arbeitsbedingungen auf die Beschäftigten weitgehend unberücksichtigt. Die Versorgung der Patienten hängt (in jedem Krankenhaus) wesentlich von der Qualifikation, Aufmerksamkeit, Sorgfalt, Zuverlässigkeit und Dienstbereitschaft der Beschäftigten ab; die alltägliche Umsetzung wiederum von den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation. Individuelle Leistungsbereitschaft und das Leistungsvermögen der Beschäftigten sind von der Personalsituation wie auch der Qualität der Organisationskultur und dem Führungsstil abhängig.

2.2.3 Spannungsfelder für die Berufsgruppe der Pflegenden: Auswirkungen von Stellung, Anerkennung und Orientierung der Pflege auf die Arbeitsbedingungen

Von den bisher geschilderten Problemkonstellationen und Spannungsfeldern ist auch und insbesondere die Berufsgruppe der Pflegenden betroffen. Wie von Margarete Landenberger und Julia Ortmann herausgestellt, ist die Geschichte der Pflege in Deutschland, verglichen mit anderen europäischen Ländern, durch eine besonders schwach entwickelte (professionelle) Autonomie und Selbstbestimmung geprägt (vgl. Landenberger & Ortmann 1999: 19 f.).

In den nachfolgenden Ausführungen werden die Spannungsfelder für die Berufsgruppe der Pflegenden drei Kategorien zugeordnet. Die **erste Kategorie** umfasst Professionalisierung und Status der Pflege, die **zweite Kategorie** beschreibt die Hierarchien innerhalb der Pflege sowie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die **dritte Kategorie** besteht aus Orientierungen und Leitbildern.

2.2.3.1 Professionalisierung und Status der Pflege

Schaut man unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung auf den steigenden Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen, kommt der Pflege und Gesundheitsförderung eine wachsende gesellschaftliche Bedeutung zu. Professionelle Kranken- und Altenpflege stehen in diesem Sinne für einen modernen und zukunftsbezogenen sozialen Beruf mit guten Beschäftigungschancen, hohen Qualifikationsanforderungen und der Möglichkeit, aus der direkten Arbeit mit Menschen Zufriedenheit zu schöpfen. Das heißt, der Pflegeberuf ist als Frauenberuf von einem niedrigen Standard gekennzeichnet aber gleichzeitig von einem hohen Ausbaupotenzial geprägt (vgl. Landenberger 2002: 278).

Jedoch sind laut Bernhard Badura Beschäftigungsperspektiven für Pflegende nur dann tatsächlich als günstig einzuschätzen, wenn man von der leider selten zutreffenden Annahme ausgeht, Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ihre Leistungsangebote würden gesellschaftlichen Bedürfnissen folgen.[69]

In der Bundesrepublik ist im internationalen Vergleich nach Ansicht von Alfred Lorenz

„der Status der Krankenschwestern und -pfleger in den Krankenhäusern sehr niedrig. Während in Amerika die Pflege als Wissenschaft an den Hochschulen schon lange etabliert ist, in Skandinavien und Großbritannien der Ausbildungsgang durchgängig vom Fachschulniveau bis zur Universität reicht, ist der Pflegeberuf im medizinischen System der Bundesrepublik als Hilfstätigkeit für Ärzte definiert“ (Lorenz 2000: 11).

Von Landenberger und Ortmann wird des Weiteren (unter Verweis auf Benner & Rabe-Kleberg 1993, Schaeffer 1994 und Wrubel 1997) formuliert,

„dass bei der Lektüre von Stellungnahmen zur Vergrößerung der professionellen Berufsautonomie der Pflege der Eindruck entstehen könne, dass unter Professionalisierung der Pflege häufig die Übernahme anderer, neuer Aufgaben und Tätigkeiten verstanden wird. […] Die Auffassung, dass die Professionalisierung jedoch das Explizitmachen impliziter Pflegehandlungen bedeutet, scheint wenig Anklang zu finden“ (Landenberger & Ortmann 1999: 19 f.).

Die Geschichte der Anerkennung der pflegenden (wie auch der sozialen) Berufe ist nach Ursula Rabe-Kleberg von zwei Argumentations- und Konfliktlinien geprägt, die sich mehrfach kreuzen und deren Auswirkungen bis in die heutige Zeit zu spüren sind. **Erstens** wird in Frage gestellt, inwieweit für diese Tätigkeiten überhaupt eine Ausbildung nötig ist, und wenn ja, mit welchem Zertifikat diese Tätigkeiten versehen werden bzw. auf welchem Niveau wissenschaftlicher Erkenntnis Ausbildung und Beruf angesiedelt sein sollten. **Zweitens** wurde Arbeit im sozialen Bereich lange Zeit als idealistisch bewertet, die zwar qualifiziert geleistet werden muss und gesellschaftlich notwendig ist, aber nicht als eine gegen Geld zu erbringende Dienstleistung

69 Badura entwickelt hier aus zwei Größen die (theoretische) Hypothese, dass Beschäftigungsperspektiven von Pflegenden nirgendwo günstiger erscheinen als in Deutschland. Erstens führt er an – belegt durch einen Vergleich der OECD-Statistik –, dass der Anteil der Pflegekräfte im deutschen Gesundheitswesen im Verhältnis zum Anteil der Ärzteschaft stark unterentwickelt ist. Zweitens benennt er gesellschaftliche Trends, die für die (steigende) Entwicklung des zukünftigen Pflegebedarfs maßgeblich sind: die demografische Entwicklung, die Zunahme chronisch Kranker und Multimorbider, die Enthospitalisierung der Altenpflege, der Rückgang der Laienpflegekapazitäten und die anhaltende Konzentration der Ärzteschaft auf somatische Problemstellungen und ihre technische Bewältigung. Er merkt aber kritisch an: „Damit aus gesellschaftlichen Bedürfnissen entsprechende Angebote werden, muss in einer teils staatlichen, teils parafiskalischen Versorgungswelt eine entsprechende Bedarfsfestlegung und Ressourcenzuweisung erfolgen.“ Diese werden aber eher politisch und administrativ als wissenschaftlich, fachlich oder marktwirtschaftlich festgelegt. Damit sind sie „abhängig vom politischen Kräfteverhältnis und gesetzlich festgelegten Routinen der Aushandlung, Vertragsgestaltung und Entscheidungsfindung“. Das heißt, nicht allein der Gesundheitszustand der Bevölkerung entscheidet über Bedarfsfestlegungen und Geldströme, sondern dies wird auch deutlich bestimmt durch die „Aktivitäten der traditionell starken Akteure: des Bundes, der Länder, der Ärzteschaft und der Gesetzlichen Krankenversicherungen und – zukünftig verstärkt – der europäischen Gesetzgebung und Rechtssprechung“ (Badura 2001: 9 f).

verstanden wurde. Somit ist ihr bisher ein Aspekt gesellschaftlicher Anerkennung versagt geblieben (vgl. Rabe-Kleberg 1987: 152 ff.).

Von Rabe-Kleberg wird als das Besondere an der Pflegearbeit – wie auch an anderen sozialen Berufen – die Anwendung eines breiten, abstrakten Wissens auf einen einzelnen Fall hervorgehoben. Dabei betrifft diese Fallorientierung Personen, die auf dieses Wissen und dessen richtige Anwendung existenziell angewiesen sind. Geht man davon aus, dass für die Entwicklung von Professionen Strategien ausschlaggebend sind – welche darauf abzielen, Status und Macht zu gewinnen –, ist die Fallbezogenheit der Pflege zunächst keine Eigenschaft, die deren Professionalisierung fördert (vgl. Rabe-Kleberg 1994-a: 2 ff).

Margarete Landenberger sieht für den Ausbildungsreformbedarf in den deutschen Pflege- und Gesundheitsberufen verschiedene Ursachen. Als ein gewichtiges Feld beurteilt sie die Dreiteilung in die Berufe (Erwachsenen)Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege, die nicht mehr den aktuellen Problemlagen entspricht. Die einseitige medizinische Orientierung in der Pflege wird von ihr als ein weiteres Spannungsfeld bezeichnet: „Erst langsam beginnen Ausbildung und Praxis, den Kernbereich des pflege-therapeutischen Handelns zu definieren“ (Landenberger 2005: 13). Diese herausgestellte Langsamkeit wird noch einmal besonders deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass die Diskussion um die Bedeutung des Explizierens pflegespezifischer Handlungen schon seit mehr als zehn Jahren geführt wird.

Von Jutta Räbiger und Jessica Pehlke-Milde werden Qualifikationsrahmen als Chance gesehen, für Pflegende (und auch andere Gesundheitsfachberufe) die Anerkennung der „z. T. sehr umfänglichen berufspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten“ auf eine neue Stufe zu stellen (Pehlke-Milde & Räbiger 2009: 27).[70]

2.2.3.2 Hierarchien innerhalb der Pflege und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

Eine wesentliche Ursache für die Spannungen im Bereich der Professionalisierung und Anerkennung der Pflege liegt in der Dominanz der Berufsgruppe der Ärzte. Dadurch, dass sich das naturwissenschaftlich-technische Paradigma auch zur Leitdisziplin für

70 Qualifikationsrahmenwerke können auf nationaler und internationaler Ebene ansetzen. Für Deutschland liegt mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) seit 2008 ein internationales Rahmenwerk vor. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) ist Anfang 2009 entwickelt worden und befindet sich seither in einer Erprobungsphase (vgl. Pehlke-Milde & Räbiger 2009: 27 f.). Mit dem „Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ soll ein „umfassendes, bildungsbereichsübergreifendes Profil der in Deutschland erworbenen Kompetenzen vorgelegt“ werden. „Zunächst werden alle formalen Qualifikationen des deutschen Bildungssystems in den Bereichen Schule, Berufliche Bildung, Hochschulbildung und Weiterbildung einbezogen. In zukünftigen Schritten sollen auch Ergebnisse des informellen Lernens berücksichtigt werden“ (BMBF und KMK 2009).

andere Berufe im Krankenhaus und generell im Gesundheitswesen entwickelte, wurde diese Dominanz ebenso gestützt wie durch eine steile Hierarchie, welche die ärztliche Vorrangstellung schützt und die Pflege als ärztlichen Assistenzberuf definiert (vgl. Landenberger & Ortmann 1999: 19 f.). Die aus dieser Hierarchie resultierende Abgrenzung der Berufsgruppen wirkt sich nicht nur entwicklungshemmend auf die Professionalisierung der Pflegenden aus, sondern verhindert auch eine Fachdisziplin übergreifende bis interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser Berufe.[71] Mit Blick auf die Hierarchien innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden drängt sich der Eindruck auf, dass die ausgeprägte hierarchische Struktur des gesamten Systems in der Arbeitsorganisation der Pflegenden ‚gespiegelt' wird.

Hierzu wird von Helga Kirchner ausgeführt: Gesetzliche Bestimmungen in der Pflege führen dazu, dass examinierte Pflegende zur Ausübung bestimmter Aufgaben berechtigt sind, während nicht examinierte MitarbeiterInnen diese Tätigkeiten nur bei Personalengpässen erledigen müssen oder dürfen. Dies wird, so ihre Einschätzung, als „Zwei-Klassen-Gesellschaft" empfunden und führt zu vielfältigen Spannungen, „die geradezu Mobbingaktivitäten auslösen, weil mit den Tätigkeiten Wertmuster verbunden sind" (Kirchner 2000: 5).

2.2.3.3 Orientierung und Leitbilder

Der Aufbau des Arbeitsbereiches Gesundheits- und Sozialpflege zu einem der wichtigsten Dienstleistungsbereiche und größten Arbeitgeber in den meisten europäischen Ländern ist durch eine ganze Reihe von Traditionen und Vorbildern geprägt. Für die Berufe der Krankenpflege ist dabei das medizinische Menschenbild von entscheidender Bedeutung (vgl. A. Evers 1993: 44 f.). Insbesondere in großen Krankenhäusern lässt sich erkennen, dass historisch vor allem eine Orientierung an der industriellen Produktion erfolgte. Im Gesundheits- und Pflegebereich lassen sich laut Adalbert Evers Gründe aufführen, welche diese Orientierung an der Industrie (und zwar im Hinblick auf Arbeitsorganisation, -regelung und -logik) fragwürdig erscheinen lassen.

Daraus ergeben sich verschiedene Spannungsfelder. Die Zerlegung von Arbeitsvorgängen in Verbindung mit der zunehmenden Arbeitsteilung wird zu Recht von Patienten und Pflegenden als unangemessen empfunden. Der mit der Arbeitsteilung ver-

71 Von Gerhard Riecker wird bezüglich der Rolle des Arztes formuliert, dass die moderne Medizin mit der „einseitigen Überbewertung ihrer ethischen Mittel, der eigentümlichen Mentalität ihres erstarrten zweckrationalistischen Medizinbetriebes und dem schwach entwickelten Bedürfnis nach Verstehen und Verstandenwerden" Unbehagen erregt und einem „wachsenden Misstrauen, ja Vertrauensschwund" ausgesetzt ist. Fruchtbar werden aus seiner Sicht jene Ansätze eingeschätzt, die Teilgebiete der Medizin mit anderen Wissenschaftsgebieten verbinden. Ziele sollten seines Erachtens nach Methodenpluralismus und interdisziplinärer Gedankenaustausch sein (Riecker 1994: 54 f.).

bundene Wechsel von Tätigkeit und Arbeitsplatz ist dort problematisch, wo die Arbeit einhergeht mit Vertrauen und Vertrautheit einer bestimmten Person gegenüber. Das Erfolgskriterium der stetigen Effektivitätssteigerung nach industriellem Vorbild ist im Gesundheits- und Pflegebereich kaum anwendbar.[72] Dennoch wird im Gesundheitswesen weiterhin versucht, Zeit zu sparen, um die Produktivität zu steigern. Diese Widersprüche kommen in besonderer Weise zum Tragen, da in der Pflege (stärker noch als in industriellen Bereichen) inhaltliche Motivation und deren durch Arbeitsbedingungen zugelassene Verwirklichung eine Rolle spielen (vgl. A. Evers 1993: 46 ff.). Die „Orientierungskrise“ im Gesundheitswesen, bewirkt durch fortschreitende Arbeitsteilung auf der einen und technikintensivierte Versorgungsleistungen auf der anderen Seite, trifft die pflegenden Berufe besonders. Grund hierfür ist, dass deren traditioneller Anspruch auf personenbezogene Fürsorge und Unterstützung des Patienten zunehmend mit den von der Medizin gesetzten Prioritäten und geforderten technischen Qualifikationen in Konflikt gerät (Badura & Feuerstein 1996: 13).

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich daraus, dass Motivation und Orientierung der Pflegenden aus bestimmten inhaltlichen Ausrichtungen ihrer Arbeit gezogen werden. Die Funktionsweise der Anerkennung von Pflegeleistungen jedoch weist in eine andere (bis gegensätzliche) Richtung. Besonders alarmierend erscheint diese Orientierungsfalle aus Sicht von Adalbert Evers dadurch, dass es mittlerweile selbst zum Lehrbuchwissen des Managements gehört, dass die Rolle persönlicher Motivation, die kommunikative Dimension, Personenzentrierung und Arbeitsbedingungen als Motivatoren oftmals entscheidender sind als Entgeltsysteme. Dennoch hält der Trend auch weiterhin an, Pflegeleistungen zu zerlegen, um sie „krankenkassenfähig” zu machen. Adalbert Evers kommt deshalb zu dem Schluss, dass Fortschritte im Nachdenken über die Beziehung von Qualität und Humanität in Arbeitsmarktkernbereichen generell es erst recht notwendig machen, „traditionelle Formen der Arbeit, der Berufsausübung, der Hierarchie und des Berufszuschnitts der Pflege zu überdenken”. Sonst könnte weder „das Besondere des Helfens und Pflegens“ berücksichtigt, noch „mit den Lernprozessen vieler Beteiligter im Bereich normaler Arbeitsmärkte” Schritt gehalten werden (A. Evers 1993: 46 ff.).

Trotzdem, auch wenn intrinsische Aspekte zur Motivation oftmals entscheidend beitragen, erwachsen Spannungsfelder ebenso aus den äußeren Arbeitsbedingungen. Arbeitszeitfragen gehören zu den zentralen Problemen in den Pflegeberufen und tragen – neben der schlechten Bezahlung – zu der feststellbaren Flucht aus den Pflegeberufen bei (vgl. Priester, 1993: 7 ff.). Spannungen am Arbeitsplatz ergeben sich

72 Die Leistungen der Pflegenden sind nicht standardisierbar, „massenhaft vergleichbar und einfach wiederholbar“ zu machen (A. Evers 1993: 46 ff.).

nach Helga Kirchner dadurch, dass die Beschäftigten in der stationären Alten- und Krankenpflege besonderen Belastungssituationen ausgesetzt sind, weil sie mit kritischen Lebensereignissen von Menschen wie Krankheit, Tod und Verlust naher Angehöriger konfrontiert werden (vgl. Kirchner 2000: 5). Pflegerisches Handeln ist Ausdruck sozialer und moralischer Werte, steht aber durch die zunehmende Gewichtung auf die Faktoren „Zeit“ und „Geld“ unter wachsendem Druck. Daraus ergibt sich als Hauptanspruch an das Pflegemanagement die Steigerung von Effektivität und Effizienz bei gleichzeitiger Bewahrung der Pflege als Dienstleistung humaner Ausprägung (G. Evers 2001: 19).

Im beruflichen Alltag jedes einzelnen Pflegenden findet sich dieses Spannungsfeld von humanitärer Pflege unter Beachtung moralischer Werte auf der einen und einer starken Fokussierung der Wirtschaftlichkeit auf der anderen Seite wieder. Zudem zeigt es sich in der öffentlichen Darstellung und medialen Diskussion personenbezogener Dienstleistungen. Einerseits bestimmen Begriffe wie Pflege, Sorge und Verantwortung die Aussagen von Verbänden (hier Lobbyisten der Krankenhäuser, Pharmakonzerne, Versicherungen und des Bundesgesundheitsamtes). Genau diese Interessenverbände lassen aber andererseits gerne die Tatsache außer Acht, „dass sich der Medizinbetrieb schon lange aus dem Bereich des Helfens und Heilens, dem diese Begriffe entstammen, gelöst hat und zu einer Megaindustrie [...] geworden ist“ (Poliwoda 1993: 13).

Exkurs: Pflege als Frauenberuf

Von Ursula Rabe-Kleberg wird konstatiert, dass in Frauenberufen mit Kundenkontakt auf „Freundlichkeit (bis hin zum Sexappeal)“ der Frauen gesetzt wird. Handlungsmuster des Zuhörens und Beratens, aber auch des Ver- und Umsorgens sind zwar allgemein menschlich, aber im Besonderen durch die weibliche Sozialisation bestimmt. In den sozialen und pflegenden Berufen ist das Verhältnis zwischen „persönlichen Fähigkeiten und eindeutig zu definierenden sachlich-fachlichen Anteilen besonders spannungsvoll“. Diese „oberflächliche Ähnlichkeit” von Pflegetätigkeiten und privat zu erbringenden Reproduktionsarbeiten (die entsprechend der klassischen Arbeitsteilung stärker von Frauen bzw. Müttern erbracht werden) hat zu dem Missverständnis geführt, es reiche eine „gelungene weibliche Sozialisation” als berufliche Qualifikation (Rabe-Kleberg 1987: 151 f).

Die Frauenspezifik der Pflege wird unter anderem in den Beschreibungen der Ausbildungsziele erkennbar. Hier zeigt sich, wie stark gesundheits- und sozialpflegerische Berufe auf „geschlechtsspezifisches weibliches Arbeitsvermögen und karitativen Liebesdienst” ausgerichtet sind. Dadurch, dass sie als maßgebliche Orientierungsgrundlagen für den Beruf anzusehen sind, stehen sie einer „Professionalisierung beruflicher

Kompetenzspektren“ entgegen (Becker & Meiford 1994: 11). Obwohl Bildungs- und Berufssystem bevorzugte Orte sozialer Ungleichheit sind, kann diese Ungleichheit nach Rabe-Kleberg keineswegs als legitim angesehen werden. Das einzig legitime Segregationsmuster könnte sich ihrer Ansicht nach aus Leistung, Bildung bzw. Bildungsabschluss, beruflicher Position und/oder Einkommen entwickeln, jedoch keinesfalls nach „Herkunft, Geschlecht oder anderen Merkmalen der Individuen“ (Rabe-Kleberg 1994: 533).

Allerdings sind, wie von Ulrike Teubner gezeigt, die Kategorien Geschlecht und Qualifikation miteinander verbunden. Damit kommt – entgegen herkömmlicher Ideologie – nicht der Qualifikation die Schlüsselfunktion für die Verteilung beruflicher Chancen zu. Die Feminisierung einer Arbeit geht einher mit einer generellen Geringschätzung und Abwertung von Tätigkeitsanforderungen und Qualifikationsmerkmalen. Dies zeigt sich für das Berufsfeld der Pflege im Spannungsverhältnis zwischen einer verantwortungsvollen Tätigkeit auf der einen und geringer gesellschaftlicher Wertschätzung auf der anderen Seite (vgl. Teubner 1992: 47 f.).

2.2.4 Zusammenfassung: Ergänzungen für ein empirisches Modell

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass sich im Gesundheitssystem Deutschlands und insbesondere für Pflegende in Universitätsklinika vielfältige Spannungsfelder aufzeigen lassen. **Erstens** kommt es zu einem Verhältnisdreieck zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsnehmern, das nicht frei von Ambivalenzen ist. **Zweitens** werden durch die stringente Trennung des ambulanten und stationären Sektors, zusammen mit einer separaten Abrechnung der einzelnen Sektoren, Intransparenz, Ineffektivität und (künstliche) Konkurrenzsituationen geschaffen, die sich einerseits nachhaltig auf die Versorgungssituation der Patienten wie auch andererseits auf die Arbeitsgegebenheiten der im Gesundheitswesen Beschäftigten und damit auf deren Zusammenarbeit auswirken dürften. **Drittens** wirkt sich auf den Berufsalltag von Pflegenden die Dominanz der Berufsgruppe der Ärzte und die steile Hierarchieabstufung in den Organisationen des Gesundheitswesens aus. Daraus entwickelte sich eine im europäischen Vergleich schwach ausgeprägte Autonomie der Pflege. Die Struktur des Gesundheitswesens förderte und fördert die Vormachtstellung der Medizin. **Viertens** ergibt sich ein Widerspruch aus einem perspektivisch ansteigenden Pflegebedarf auf der einen Seite und einer Unterrepräsentierung der Pflege in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens auf der anderen. **Fünftens** entwickelt sich aus dem humanitären Anspruch an die Pflege und der zunehmenden Orientierung des Gesundheitswesens auf wirtschaftliche Aspekte ein weiteres Spannungsfeld.

Sechstens verbinden die Spannungsverhältnisse zwischen Profession, Hierarchie und Geschlecht die Berufsgruppe der Pflegenden auf besonders gravierende Weise.

Zusammenfassend können – mit Fokus auf das Forschungsthema – folgende Hypothesen formuliert werden.

Erste Hypothese: Die Berufsgruppe der Pflegenden ist vermutlich eine Berufsgruppe, die sich aufgrund der besonderen Problemlagen durch ein spezifisches Konfliktverhalten auszeichnet. Zudem ist sie eine der Berufsgruppen, die sich relativ sauber abgrenzen lässt. Die Verbindung der Geschlechts- mit der Hierarchiespezifik weist sie zusätzlich als interessante Forschungsgruppe aus.

Zweite Hypothese: Die Unsicherheit, die sich aus den stetigen Änderungen und der Unklarheit über zukünftige Gestaltungssysteme ergibt, wird Auswirkungen auf den Arbeitsalltag und das Konflikterleben der in Universitätsklinika beschäftigten Pflegenden haben.

Dritte Hypothese: Die Stellung und Verankerung der Pflegedirektion innerhalb des Krankenhausdirektoriums wird sich auf die Konfliktwahrnehmung auswirken.

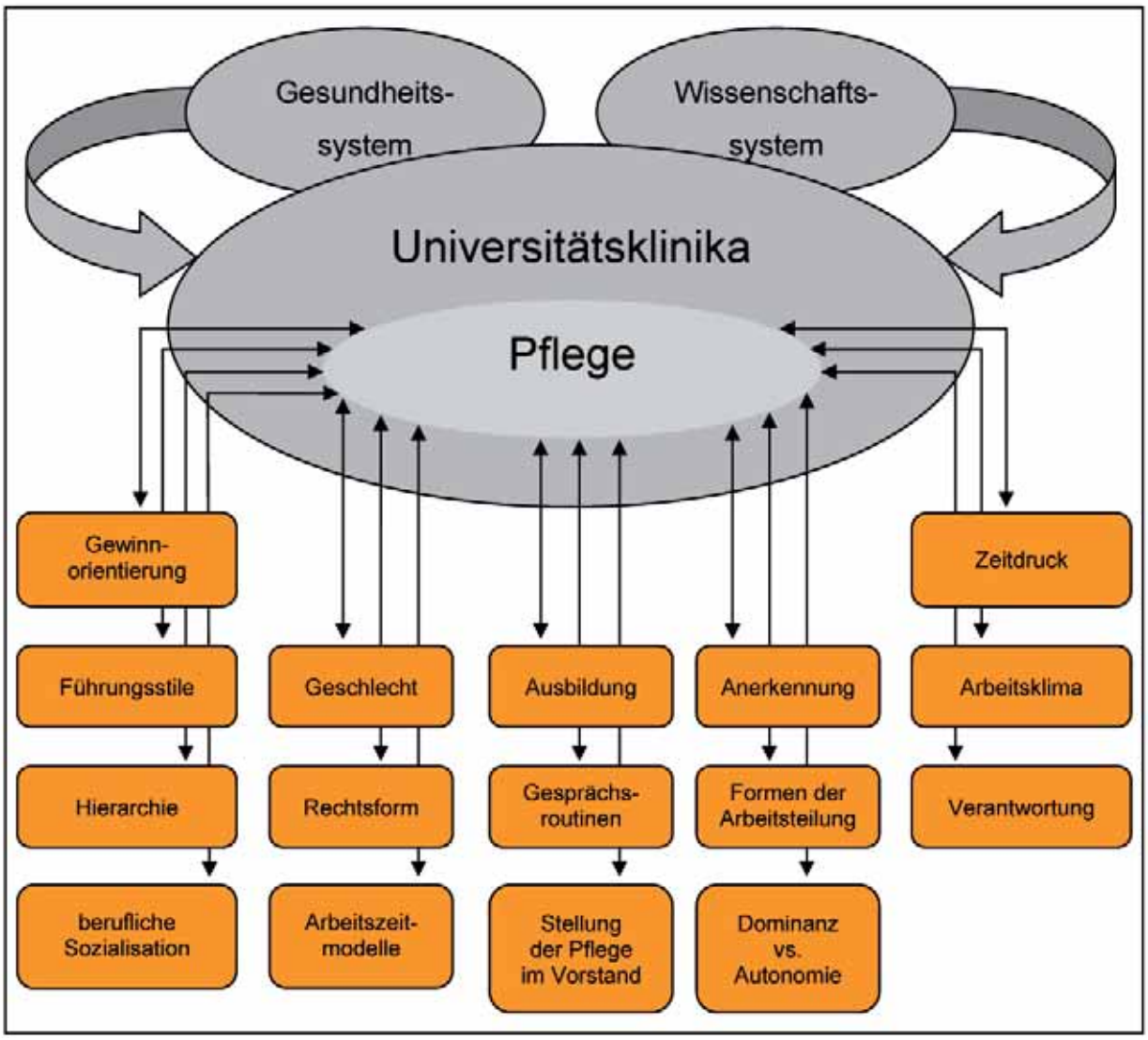
Vierte Hypothese: Sowohl die personen- als auch die organisationsbezogenen Arbeitsbedingungen werden sich im Konflikterleben widerspiegeln.

Aus den analysierten Spannungsfeldern ergeben sich folgende Aspekte, welche in die empirische Untersuchung zu Mobbing im Berufsalltag Pflegender einbezogen werden sollen:

- der Kosten- und daraus resultierende Zeitdruck für die Pflegenden
- die Auswirkungen der Hierarchien zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Pflege in Bezug auf pflegespezifische Entscheidungen
- Personalführungsstile und Formulierung von Aufgaben
- die Möglichkeit eigenverantwortlicher pflegespezifischer Entscheidungen
- die (subjektiv empfundene) Anerkennung des Berufsstandes
- die Stellung der Berufsgruppe innerhalb der Organisation
- Unterschiede der Konfliktwahrnehmung im Geschlechtervergleich

In Abbildung 18 werden diese Aspekte noch einmal in kompakter Weise visualisiert.

Abb. 18: Einzubeziehende Spannungsfelder im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika



Diese über die Spannungsfelder herausgearbeiteten Aspekte (des Berufsalltags Pflegender in Universitätsklinika) sollen bei der empirischen Erfassung von Mobbing sowie den Kontextbedingungen im Berufsalltag berücksichtigt werden und in die Fragestellung einfließen, welche Korrelationen es zwischen Mobbinghandlungen und Organisations- bzw. Personenvariablen gibt.

2.3 Theoretische Rahmung der empirischen Fragestellung

Wie in den vorangestellten Ausführungen des Kapitels 2.1 gezeigt, lassen sich weder aus den vorliegenden theoretischen Arbeiten zu Mobbing noch aus den empirischen Analysen die zentralen Fragestellungen beantworten, die im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens aufgestellt werden. Als Zwischenfazit des Kapitels werden die offenen Fragestellungen herausgearbeitet und in ein empirisches Modell überführt. Die Deskription der (aktuellen) Situation von Pflegenden in Universitätsklinika (Kapitel 2.2) ergänzt dieses um die Spezifika für das ausgewählte Forschungsfeld. In den nachfolgenden Abschnitten sollen in Vorbereitung der eigenen Analyse die offenen Fragen mit Blick auf die empirische Beantwortung theoretisch unterlegt werden. Dabei geht es nicht darum, die einzelnen theoretischen Rahmungen ausschöpfend vorzustellen, sondern vielmehr diese dahingehend zu überprüfen, ob und inwieweit sie für die empirische Abgrenzung des Begriffes und die perspektivische Weitung des empirischen Blicks auf Mobbing relevant sind bzw. sein können.

Der Fokus ist entsprechend des aus dem Kapitel 2.1 entwickelten Anspruchs an die eigene Empirie auf die folgenden beiden Schwerpunkte gerichtet: **Erstens** die Konstruktion eines Kontinuums, das Mobbing-Handlungen aus verschiedenen Perspektiven unter Einbeziehung der zeitlichen Dimension empirisch erfasst. **Zweitens** eine Einbettung der Mobbingerfahrungen in Aspekte des beruflichen Alltags, um Zusammenhangsuntersuchungen von Mobbing- und Organisations- wie Personenvariablen durchführen zu können. Entsprechend gliedert sich der Abschnitt in die beiden Teile ‚Mobbing als empirisches Kontinuum' und ‚Mobbing im Berufsalltag Pflegender'; in einem dritten erfolgt eine Zusammenfassung mit Blick auf ‚Theoriebildung als empirischer Erkenntnisprozess'.

Die nachfolgenden Ausführungen verstehen sich nicht als ein ‚dekoratives Auffächern' verschiedener Möglichkeiten. Denn es soll nicht darum gehen, sich „in der Darstellung des theoretischen Hintergrundes der Untersuchung [...] mit einer breiten Entwicklung von Theorien (zu) schmücken", auf die im weiteren Verlauf der Arbeit, insbesondere in der Darstellung der empirischen Ergebnisse, nicht mehr zurückgegriffen wird (Gumlich 1999: 59). Fokussiert werden sollen hingegen das empirische Modell und jene theoretischen Ansätze, die dieses unterlegen, spezifizieren oder konkretisieren können. Daraus ergibt sich ein Nebeneinander von Ausführungen zu Theorien in allgemeiner Form und von Detaillierungen theoretischer Zugänge. Im Kapitel 3 zur methodischen Herangehensweise werden diese Detaillierungen weiterführend daraufhin betrachtet, ob und inwieweit sich diese operationalisieren lassen.

2.3.1 Theoretische Zugänge zur empirischen Konstruktion eines Kontinuums von Mobbing

Wie im Kapitel 2.1 gezeigt, werden zur Erklärung des Mobbingphänomens verschiedene Erklärungsansätze und theoretische Rahmungen herangezogen. Üblich ist bei den AutorInnen zum Thema Mobbing ein Auffächern verschiedener Erklärungsansätze. Hierunter fallen sozialisations- und lerntheoretische Interpretationen, Ausführungen zu Mobbing und Stress, gruppendynamisch-systemische, labelling- und attributionstheoretische, konflikttheoretische sowie psychodynamische Interpretationen (vgl. Neuberger 1999: 159-189).

In den folgenden Abschnitten soll Mobbing zunächst als eskalierter Konflikt betrachtet werden. In einem weiteren Schritt soll es darum gehen, Mobbing als Prozess zwischen Individuum und Gruppe und aus verschiedenen Perspektiven - abhängig von der eigenen Positionierung innerhalb dieses Prozesses - zu sehen. Entsprechend teilt sich der Abschnitt in drei Unterabschnitte.

2.3.1.1 Mobbing als Konflikteskalation

Vergleicht man Literatur, die sich mit Konfliktmanagement in Organisationen beschäftigt, kann man viele Gemeinsamkeiten mit Mobbingliteratur feststellen. Mobbing ist nach Neuberger eine Art fehlgeschlagenes Konfliktmanagement; die Dynamik interpersonaler Konflikte ist außer Kontrolle geraten und entfaltet sich ungesteuert bis regellos (vgl. Neuberger 1994: 74 f.). Zusammenfassend lässt sich formulieren: Mobbing ist mehr als ein einzelner Konflikt. Es handelt sich um prozesshaftes Geschehen, dessen mögliche Ursache in einem ungelösten Konflikt liegen kann und zu einer Konflikteskalation führt.

Der Begriff ‚Konflikt' wird in verschiedenen Fachdisziplinen verwendet und unterschiedlich weit (oder eng) gefasst. Wie von Giesen formuliert, schließt ein umfassender Gebrauch des Konfliktbegriffs Inkonsistenzen zwischen sozialen Strukturen und Institutionen ebenso ein, wie intrapsychische Spannungen und Krisentendenzen, semantische Missverständnisse und Widersprüche zwischen symbolischen Äußerungen. Im Gegensatz zu dieser sehr weiten Fassung des Begriffs, steht die Eingrenzung auf strategisches Verhalten unter Gewaltandrohung, von Ökonomen und Politikwissenschaftlern verwendet. Wird der Begriff zu eng gefasst, so schließt er latente Konfliktbeziehungen zwischen sozialen Gruppen von der Analyse aus. Damit bleiben wichtige strukturelle Bedingungen für die Entstehung manifesten Konflikthandelns außen vor. Wird er jedoch zu weit gefasst, schließt er jede Form von handlungsrelevanter Ungleichheit oder Inkonsistenz im Gegenstandsbereich der Sozialwissenschaften mit ein (Giesen 1993: 92). Mit Blick auf

die Liste der Mobbinghandlungen (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) lässt sich für Mobbing ein umfassendes Verständnis des Begriffes zu Grunde legen.

Zur Eingrenzung des Begriffes wird der Terminus ‚sozialer Konflikt' verwendet, der – wie Rainer Zeichhardt herausstellt – nicht einheitlich verwendet wird (Zeichhardt 2009: 25 mit Verweis auf Naase 1978: 5ff., Berkel 1984: 88ff.). Hierunter versteht er Konflikte „zwischen interagierenden Akteuren unter den Randbedingungen der Person und Organisation". Neuberger zeigt verschiedene Analyseebenen sozialer Konflikte auf: In der Mitte steht die Ebene des Individuums (mit Werten, Bedürfnissen, Instinkten, Affekten und Persönlichkeitsmerkmalen, die nächste ist die interindividuelle Ebene, in der es um Kommunikation, Interaktion und Dynamik geht. Es folgt die Gruppenebene, auf der Fragen von Gruppenkohäsion, Gruppendynamik, Gruppennorm und Gruppendruck angesiedelt sind. Die äußerste ist die Kultur- bzw. Strukturebene; hier geht es um Aspekte von Hierarchie und Macht, Aufgaben, Normen und Regeln (Neuberger 1991: 4 ff.).

Diese Strukturierung aufgreifend, soll es im empirischen Ansatz der vorliegenden Arbeit darum gehen, Mobbing – das auf der interindividuellen und Gruppenebene ausgetragen wird – im Zusammenhang mit der Strukturebene zu betrachten. Ausgehend aus der Perspektive des einzelnen Individuums, der befragten Pflegenden, sollen Deskriptionen auf der Ebene der Person (zum Beispiel soziodemografische Angaben aber auch Subjektdispositionen wie Einstellungen und Stimmungslagen) ebenso erhoben werden, wie Angaben zur strukturellen Ebene (hier der Organisation: zum Beispiel Führungsstile, Aufgabenformulierung und -teilung).

Von Thorsten Bonacker werden für den Konfliktbegriff drei Konsequenzen herausgearbeitet, die sich aus den grundlegenden Veränderungen des sozialwissenschaftlichen Theoriefeldes ergeben: **Erstens** die Entpolitisierung: d.h., dass der Konfliktbegriff weder normativ ausgezeichnet noch abgewertet wird. **Zweitens** eine Verallgemeinerung: Unter Konflikt wird ganz Unterschiedliches verstanden (ursprünglich: gesellschaftlicher Konflikt, aus dem andere Konflikte entspringen). Darauf basierend ist der Begriff facettenreicher und inhaltlich unbestimmter geworden. **Drittens** wird auf eine Entdinglichung des Konfliktbegriffs und damit auf die Entmischung von Konflikt und Konfliktursache verwiesen (vgl. Bonacker 2002: 13).

In der aktuellen konflikttheoretischen Debatte stellt sich demnach nicht die Frage, welche Ursachen Konflikte haben (entsprechend der Entmischung von Konflikt - und Konfliktursache in der sozialwissenschaftlichen Sozialforschung (vgl. und Bonacker 2002: 13 mit Verweis auf Wasmuth 1992: o. S.). Damit wird auch nicht gefragt, welche Strukturen hinter den Konflikten liegen. Es geht vielmehr darum, die Kontextbedingungen anzugeben, „die latente Konflikte manifest werden lassen". Dieser Übergang von

Latenz zur Manifestation von Konflikten hat die eher statische Frage nach den dahinter liegenden Strukturen bzw. Ursachen abgelöst. Damit ist die Fragestellung prozesshaft orientiert (Bonacker 2002: 13 mit Verweis auf Giegel 1998). Hans-Joachim Giegel formuliert „Konflikte sind keine fixierten sozialen Tatbestände, sondern besitzen eine Prozeßform“. Er entwickelt ein Prozessmodell von Konflikten (mit Bezug auf Dahrendorf 1961-b: 217f.), an dessen Anfang ein latenter Konflikt steht und am Ende entweder die Konfliktbewältigung oder die Konflikteskalation (Giegel 1998: 16).

Diese Tendenz der Entmischung von Konflikt und Konfliktursache wird laut Bonacker dadurch unterstützt, dass sich nicht in jedem Falle theoretisch klären lässt, welche Ursachen ein Konflikt hat, denn die Ursache(n) ist (sind) unter Umständen Teil der Situationsdefinition seitens der Akteure. Dies zeigt sich bei verschiedenen Aspekten: Zum ersten kann die Konfliktursache selbst Gegenstand des Konfliktes sein, zum zweiten besteht die Möglichkeit, dass die Ausprägung des Konfliktes in Abhängigkeit von der Zuschreibung der Ursachen durch die Akteure sehr unterschiedlich ist und drittens kann sich die Akteursbezogenheit auch darin äußern, dass ein Konflikt seitens der Akteure erst einmal festgestellt werden muss. Auch darüber kann es dann zum Konflikt kommen, „der sich paradoxerweise daran entzündet, ob man sich überhaupt streitet oder nicht“ (Bonacker 2002:13 f.).

Resümierend kommt Bonacker zu dem Ergebnis, dass der Konfliktbegriff als sozialwissenschaftlicher Grundbegriff folgende Merkmale aufweist: **Erstens** lässt er sich als Begriff anderen gegenüber nicht hervorheben, **zweitens** ist er als soziales Phänomen kein ausgezeichneter Gegenstand sozialwissenschaftlicher Theoriebildung und **drittens** ist er weder eigenständige sozialwissenschaftliche Theorie oder Paradigma. Die Relevanz des Begriffes ergibt sich aus der interdisziplinären und theorieübergreifenden Thematisierung. Dadurch spielt der Konfliktbegriff in allen sozialwissenschaftlichen Bereichen eine „prominente Rolle“, bezeichnet er doch (neben dem Konsens) eine grundsätzliche Möglichkeit der Form des Sozialen (Bonacker 2002: 14f.).

Welche Formen des Konfliktmanagements gewählt werden, ist unter anderem davon abhängig, welches Selbstverständnis bei den Konfliktakteuren (und innerhalb von Arbeits- und Lebenszusammenhängen) hinsichtlich des Auftretens von Konflikten vorliegt. Oftmals wird hier dichotom herangegangen, Konflikt oder Konsens werden als Gegensatzpaar betrachtet. Die dahinter liegende Frage ist die: Was ist normal, Konflikt oder Konsens?

Von Alexander Thomas wird hierzu formuliert, dass bis vor wenigen Jahren die meisten Sozialwissenschaftler versucht haben, soziale Systeme als im Gleichgewicht und in Harmonie befindlich zu verstehen und Konflikte als das Abweichende zu sehen, das entsprechend zu erklären ist (vgl. Thomas 1992: 206).

Die konflikttheoretische Soziologie beansprucht nach Giesen jedoch – mehr als andere soziologische Theorietraditionen – sozialen Wandel nicht nur als ein spezifisches Erklärungsproblem, sondern als selbstverständlichen Normalfall der sozialen Wirklichkeit zu betrachten. Als Ausgangspunkt sind hier nicht festgefügte soziale Systeme oder stabile Strukturen, sondern die Prozesshaftigkeit, Labilität und Flexibilität von gesellschaftlichen Beziehungen maßgebend. Die dauerhafte Verfestigung zu stabileren Strukturen wird eher als Abweichung vom Normfall eingeschätzt (vgl. Giegel 1993: 126).

Ebenso können die Folgen oder Ergebnisse von Konflikten sowohl positiv als auch negativ sein (vgl. Staehle 1994: 372 ff.). Wie Kast und Rosenzweig gezeigt haben, hat sowohl ein zu niedriges als auch zu hohes Konfliktniveau signifikante Folgen auf die Effizienz innerhalb der Organisation. Die Effizienz ist bei angemessenem Konfliktniveau am höchsten (Kast & Rosenzweig 1985: 344).

Konflikte verlaufen in verschiedenen Phasen. Nach Thomas lassen sich die folgenden vier unterscheiden: Latenzphase, Auslösephase, Handlungsphase und Ergebnisphase. Die Latenzphase ist bestimmt vom Zusammenwirken individueller und situativer Bedingungen, aus denen heraus sich ein Konflikt entwickeln kann. In der Auslösephase werden die Aktivitäten eines Partners so stark behindert oder beeinträchtigt, dass der Konflikt bewusst wird. Mögliche Reaktionsfolgen sind: sich durchsetzen, nachgeben, ausweichen, Kompromisse schließen oder partnerschaftlich eine befriedigende Lösung erarbeiten. In der Handlungsphase werden Aktionen in Richtung des Konfliktpartners gestartet. Diese rufen bei dem Sender dieser Aktionen wiederum spezifische Reaktionen hervor. Im Ergebnis wird der Konflikt entweder verschärft oder abgeschwächt. In der Ergebnisphase werden alle Partner das Interaktionsresultat bewerten und den Konflikt entweder als beendet betrachten, die bisherigen Bemühungen als noch unzureichend beurteilen oder die eingetretene Situation als Ausgangspunkt für neue Konflikte interpretieren (Thomas 1992: 208).

Mit der Analyse des Konflikts als einem eskalierend verlaufenden sozialen Prozess befasst sich Glasl. Konflikteskalationen entwickeln sich aus seiner Sicht über neun verschiedenen Stufen, die durch Schwellenwerte oder Wendepunkte voneinander getrennt sind und grafisch in Form einer sich abwärts bewegenden Treppe charakterisiert werden (vgl. Thiel 2003: 30ff. und Glasl 2002: 211ff.). Nach Thiel ist dabei die „Abwärtsbewegung der Eskalation […] für die Kennzeichnung seines Phasenmodells von großer Bedeutung. Glasl möchte damit zum Ausdruck bringen, dass mit zunehmender Eskalation die Fähigkeit zur Steuerung und Beherrschung des Konflikts mehr und mehr verloren geht“ (Thiel 2003: 33). Die neun Phasen benennt Glasl wie folgt: Verhärtung, Debatte und Polemik, Taten statt Worte, Images und Koalitionen, Gesichtsver-

lust, Drohstrategien, begrenzte Vernichtungsschläge, Zersplitterung und am unteren Ende der Treppe heißt es „gemeinsam in den Abgrund“ (Glasl 2002: 211ff.). Der dynamische Prozess läuft von einer Win-Win- zu einer Lose-Lose-Situation. Zeichhardt formuliert hierzu, dass Konflikte „aufgrund dynamischer Prozesse damit quasi automatisch in einen ‚Teufelskreis‘ münden“ können (Zeichhardt 2009: 30). Zum Hintergrund ist zu formulieren, dass Glasl seine Kennzeichnung von Konflikteskalationen nicht aus konflikttheoretischen Grundlagen ableitet und nicht expliziert, warum er gerade neun Phasen benennt. Zudem sind die Phasen seines Modells nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden und eine Phase setzt nicht unbedingt die vorhergehende voraus (Drygalla u. a. 2004: 14).

Konflikte werden als Beeinträchtigung des individuellen Wohlbefindens, als aversive Reize, als Belastung der sozialen Beziehung empfunden: Entsprechend werden Kräfte zur Konfliktlösung oder Konfliktbearbeitung akzeptiert. Es gibt aber auch Fälle, in denen Konflikte (bewusst oder auch unbewusst) zur Demonstration der eigenen Macht oder Durchsetzung bestimmter Ziele provoziert werden (Thomas 1992: 208 f.).

Die Überlegungen zur Prozesshaftigkeit von Konflikten, Latenz in der Entstehung, Akzeptanz von Konflikt und Konsens als Form des Sozialen und zur Schwierigkeit der begrifflichen Abgrenzung bekräftigen die von Neuberber vorgeschlagene Herangehensweise (vgl. 2.1.3.5), auch Mobbing nicht länger auf Grundlage einer dichotomisierenden Definition, sondern unter Zuhilfenahme eines Kontinuums zu betrachten.

Soziale Konflikte als soziale Beziehungen beruhen auf gegensätzlichen Interessenslagen der beteiligten Akteure. Da eine bestimmte Situation nicht von sich aus ein Konflikt ist, sondern erst als ein solcher wahrgenommen wird, kommt der Konfliktwahrnehmung und dem konkreten Messen gegensätzlicher Interessenlagen in ihrer quantitativen und qualitativen Ausprägung bei einer soziologischen Befragung besondere Bedeutung zu (Drygalla u. a. 2004: 78).

2.3.1.2 Mobbing als Prozess zwischen Individuum und Gruppe unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven

Mobbing ist ein Prozess, der zwischen Individuum und Gruppe abläuft und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten ist (vgl. Kapitel 2.1). Abhängig von der eigenen Positionierung innerhalb dieses Prozesses ergeben sich die Perspektiven Opfer, Beobachter und Täter.

Von Volprich wird ausgeführt, dass Opfer von Mobbing jeder werden, dass aber nicht jeder Täter sein kann. Er konkretisiert dann: Opfer werden diejenigen, die in irgendeiner Hinsicht eine exponierte Stellung einnehmen, die sie in eine Außenseiterposition

bringt. Das kann durch ihre Persönlichkeit verursacht werden. Zum Beispiel Unter- oder Überlegenheit im Vergleich zu ihren KollegInnen in Wissen, Intellekt oder im Anspruchs- und kulturellem Niveau kann diese exponierte Situation begründen, ebenso kann dies aber auch durch das Geschlecht, durch eine Behinderung oder aufgrund der nationalen oder kulturellen Identität gegeben sein. Die Opferposition ist damit durch einen auffälligen Platz in einem Beziehungsgefüge bestimmt. Täter dagegen weisen eine charakteristische Persönlichkeitsstruktur[73] auf (vgl. Volprich 1996: 33).

Die Untersuchung von Opfer- und Täterperspektiven findet sich in der Gewaltforschung[74]. Von Tore Bjørgo werden verschiedene Ansätze (im internationalen Vergleich) gegenübergestellt. Er formuliert, dass die Gewaltforschung eine Vielzahl an Perspektiven und Methodologien repräsentiert und unterscheidet in Agenda-Settings, sowie Opfer-, Täter- oder Vorkommnisperspektiven[75], wobei sich diese Ansätze nicht ausschließen, sondern mehrere dieser Perspektiven innerhalb eines einheitlichen analytischen Rahmens Verwendung finden können (vgl. Bjørgo 2002: 983). Ob und inwieweit Täter durch Prozesse des sozialen Lernens zu solchen werden, untersucht Bandura und legt eine Theorie des sozialen Lernens vor, die kognitiv orientiert ist (vgl. Bandura 1976: 23ff.). Er kommt zu dem Ergebnis, dass Individuen (aggressives) Verhalten durch Beobachtung[76] (von Modellen) erlernen (Bandura 1983 nach Tedeschi 2002: 577).

Mobbing ist ein Prozess, der sich zwischen Individuum und Gruppe abspielt. Zur Erklärung hierfür scheinen sozialpsychologische oder organisationspsychologische Ansätze geeignet, die Entstehung von Gruppen und Prozessen innerhalb dieser näher betrachten. Nach Rosenstiel ist in zweckrational konzipierten Organisationen, in de-

---

73 Volprich führt hierzu aus, dass die Fähigkeit anderen Achtung entgegenzubringen bei Mobbingtätern nicht oder kaum ausgeprägt ist. Weiterhin sei ihre Hemmschwelle für Boshaftigkeit, Hass, Vernichtungswillen, Abwertung und Benachteiligung anderer Menschen niedrig oder nicht vorhanden (vgl. Volprich 1996: 33).

74 Vittorio di Martino analysiert Forschung zu ‚Gewalt im Arbeitsleben' im internationalen Vergleich und kommt zu dem Schluss, dass es keine allgemeingültige Definition zu Gewalt im Arbeitsleben gibt und dass in Untersuchungen zu Gewalt im Arbeitsleben physischer und psychischer Gewalt der gleiche Stellenwert eingeräumt wird. Als neuere Formen von Gewalt im Arbeitsleben stellt er Bullying und Mobbing heraus. Martino weist explizit darauf hin, dass die Verwendung des Begriffs ‚Arbeitsleben' im Unterschied zu ‚Arbeitsplatz' eine Erweiterung ermöglicht, die nicht nur Gewalt direkt am Arbeitsplatz berücksichtigt (vgl. Martino 2002: 1107f.).

75 Opferorientierte oder viktimologische Perspektiven konzentrieren sich auf die Auswirkungen von Gewalt und Schikanierung der Opfer und einige damit in Verbindung stehende Fragen, wie den Grad der Wahrscheinlichkeit, mit denen unterschiedliche Gruppen Gewalt oder Schikanierung ausgesetzt sind. Täterorientierte Perspektiven richten sich auf die gewalttätigen Akteure und auf die Faktoren, die ihr Auftreten beeinflussen (vgl. Bjørgo 2002: 986ff.).

76 Bandura unterscheidet insgesamt sieben Formen des sozialen Lernens: Neben der Beobachtung sind das, Hemmen, Enthemmen, soziale Veranlassung, Reaktionsauslösung, Übertragung emotionaler Erregung und die Beeinflussung von Auffassungen über die Realität (vgl. Bandura 1976: 23ff.).

nen die Tätigkeit spezialisiert arbeitender Menschen koordiniert wird, die Bildung von Gruppen wahrscheinlich. Die Ursache sieht er darin, dass sich dort, wo wegen der Aufgabenerfüllung besonders häufig Kontakte zustande kommen, ein Wir-Gefühl entwickelt und die Sympathie steigt (vgl. Rosenstiel u.a. 1995: 122).

Kontakthäufigkeit und Ähnlichkeit der Aufgaben sind allerdings nur notwendige, nicht hinreichende Bedingungen für das Zustandekommen von Gruppen. Für den Einzelnen gewinnt die Gruppe an Attraktivität, wenn die Mitgliedschaft in ihr mit ‚Belohnungen' verbunden ist. Diese Belohnungen stehen dann in Aussicht, wenn der Aufwand, der mit der Gruppenmitgliedschaft verbunden wird, im Vergleich zu den Vorteilen aus der Gruppenmitgliedschaft als geringer eingeschätzt wird.

Bei der Bildung von Arbeitsgruppen lassen sich verschiedene Phasen der Gruppenentstehung abgrenzen. Die Bildung von Arbeitsgruppen verläuft nach Tuckmann (idealtypisch) in fünf Phasen[77] (Tuckmann 1965: 396 f. und Tuckmann & Jensen 1977: 419 ff.). Bei diesen Phasen der Gruppenentstehung lassen sich einerseits Ähnlichkeiten zu den Mobbingphasen erkennen (vgl. Abschnitt 2.1.5), andererseits wird deutlich, dass Gruppenbildung und Konfliktentstehung miteinander verbunden sind.

Das Insgesamt der Kräfte, die innerhalb einer Gruppe für den Gruppenzusammenhalt wirken, die Gruppenkohäsion, bindet die Gruppenmitglieder an die Gruppe. Aber selbst wenn eine Gruppe für den Einzelnen alle Attraktivität verloren hat, wird er dann in ihr bleiben, wenn er von ihr abhängig geworden ist. Diese Abhängigkeit wird als Dependenz bezeichnet (Rosenstiel u.a. 1995: 133). Gruppenmitglieder, deren Leistungen unter den informellen Leistungsnormen liegen müssen mit Sanktionen rechnen. Noch stärkeren Sanktionen sind jedoch jene ausgesetzt, die die Normwerte überbieten (vgl. Rosenstiel u.a. 1995: 128). Bei Mobbing liegt eine informelle Gruppenbildung vor, in der es nicht um das Bearbeiten von formell übertragen Aufgaben geht. Das ‚Mitspielen' der Mobbingopfer lässt sich sozialpsychologisch über Dependenz erklären. Dennoch liegt die Gruppenebene nicht im Fokus der empirischen Herangehensweise. Zwar ist diese Ebene, neben der interindividuellen, Austragungsort von Mobbing, jedoch ist der Blick der zentralen Fragestellungen nicht hierauf gerichtet (vgl. Abschnitt 2.3.1.1). Es

77 In Phase eins „forming" geht es um die Erkundung angebrachter Verhaltensweisen und die Orientierung über das Ziel der Gruppe. Die zweite Phase - „storming" – ist geprägt durch interpersonelle Konflikte und Polarisierungen innerhalb der Gruppe und in der dritten Phase, „norming", wird eine gewisse Beständigkeit und gegenseitige Akzeptanz erreicht, neue Standards werden entwickelt und Rollen angenommen. In der Phase vier, dem „performing" werden Lösungen für Gruppenprobleme oder Aufgaben sichtbar, die Gruppenstruktur ist klar und verschiedene Rollen können flexibel und damit funktional übernommen werden (Tuckmann 1965: 396 f.). In der Phase fünf, die erst in einer späteren Publikation ergänzt und mit „adjourning" bezeichnet wird, geht es um Abschluss und Auflösung des Prozesses (Tuckmann & Jensen 1977: 419 ff.).

geht vielmehr darum, aus der empirischen Verbindung mehrerer (Einzel)Perspektiven zu einer ‚Scharfeinstellung' auf das Phänomen zu kommen.

Ein Anspruch an die eigene Empirie (vgl. 2.1.8) besteht darin, eine Erweiterung der Perspektiven auf Mobbingsituationen zu realisieren, um soziale Beobachtungen der verschiedenen Akteure im Prozess einzubeziehen und miteinander vergleichen zu können. Welchen Zweck erfüllt nun die Erweiterung der Perspektiven mit Blick auf den empirischen Erkenntnisprozess? Hierzu tauchen verschiedene Fragen bzw. Begriffe auf, die im Folgenden geklärt werden sollen:

Dass die Ergebnisse sozialer Beobachtungen verschiedener Individuen sehr unterschiedlich sind oder sein können und in welchem Verhältnis diese zur ‚Wirklichkeit' oder zur ‚Wahrheit' stehen, ist Gegenstand der Wissenssoziologie. Die Frage nach dem Weg der Erkenntnis und dem Verhältnis von Beobachtung und Wirklichkeit ist so alt wie die Philosophie. In diesem Zusammenhang steht die Frage nach der Subjektivität versus Objektivität von Beobachtungen.

Als Gütekriterium empirischer Sozialforschung hat die Objektivität eine Basisfunktion und meint intersubjektive Überprüfbarkeit der Ergebnisse. „Die Objektivität der wissenschaftlichen Sätze liegt darin, dass sie intersubjektiv nachprüfbar sein müssen" (Popper 1982: 18).

Grundannahme des Konstruktivismus ist, dass soziale Wirklichkeiten in der Beobachtung hervorgebracht (konstruiert und nicht abgebildet) werden. Uwe Flick fasst zusammen, dass unter der Bezeichnung ‚Konstruktivismus' Programme mit unterschiedlichen Ansatzpunkten subsumiert werden, die sich in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen entwickeln. Als Gemeinsamkeit stellt er heraus, „dass sie das Verhältnis zur Wirklichkeit problematisieren, indem sie konstruktive Prozesse beim Zugang zu dieser behandeln" (vgl. Flick 2000: 151f.). Paul Watzlawick – als ein Vertreter des Konstruktivismus – formuliert, dass der „Glaube, es gäbe nur eine Wirklichkeit, die gefährlichste all dieser Selbsttäuschungen ist" und dass es „vielmehr zahllose Wirklichkeitsauffassungen gibt, die sehr widersprüchlich sein können" und „alle das Ergebnis von Kommunikation und nicht der Widerschein ewiger, objektiver Wahrheiten sind" (Watzlawick 1987: 7). Unterscheiden lassen sich verschiedene Strömungen des Konstruktivismus: Beim radikalen Konstruktivismus wird die menschliche Fähigkeit in Frage gestellt, objektive Realität zu erkennen. Jede Form der Erkenntnis liefert damit (nur) Zugang zu den Konstruktionen bzw. Bildern der Welt oder Wirklichkeit, jedoch keinen direkten Zugang. Sozialer Konstruktivismus fragt laut Flick nach den sozialen Konventionalisierungen, die Wahrnehmung und Wissen im Alltag beeinflussen (vgl. Flick 2000: 151). Wird sozialwissenschaftliche Erkenntnis als soziale Konstruktion betrachtet, muss einbezogen werden, dass eine Aneinanderreihung von Konstruktionen vorliegt. Hierzu hat

Alfred Schütz Konstruktionen ersten und zweiten Grades unterschieden: „Daher sind Konstruktionen der Sozialwissenschaften sozusagen Konstruktionen zweiten Grades, das heißt Konstruktionen von Konstruktionen“ (Schütz 1971: 68).

Mobbing soll empirisch eingebettet in die Kontextbedingungen des Berufsalltags betrachtet werden. Der Berufsalltag kann als ein Teil der Alltagswelt betrachtet werden. Wie von Berger und Luckmann herausgestellt, ist die „Wirklichkeit der Alltagswelt“ in besonderem Maße durch Intersubjektivität gekennzeichnet.

„Ihre Intersubjektivität trennt die Alltagswelt scharf von anderen Wirklichkeiten, deren ich mir bewußt bin. Ich bin allein in der Welt meiner Träume. Aber ich weiß, daß die Alltagswelt für andere ebenso wirklich ist wie für mich. Tatsächlich kann ich in der Alltagwelt nicht existieren, ohne unaufhörlich mit anderen zu verhandeln und mich mit ihnen zu verständigen. Ich weiß, daß meine natürliche Einstellung zu dieser Welt der natürlichen Einstellung anderer zu ihr entspricht […]. Ich weiß selbstverständlich auch, daß die anderen diese gemeinsame Welt aus Perspektiven betrachten, die mit der meinen nicht identisch sind“ (Berger & Luckmann 2007: 25f.).

Die Wirklichkeit der Alltagswelt umfasst problematische und unproblematische Ausschnitte: „Solange die Routinewirklichkeit der Alltagswelt nicht zerstört wird“ ist sie „unproblematisch“. Aber auch dieser Ausschnitt ist nur unproblematisch, „solange seine Kontinuität nicht durch das Auftauchen eines Problems durchbrochen wird“. Als Beispiel wird hier aufgeführt, dass in dem Moment, wo Kollegen ihre Routinetätigkeiten unterbrechen und „zusammen in einer Ecke stehen und flüstern“ unterschiedliche Interpretationen und Bedeutungen möglich sind. Diese können sowohl auf der Ebene des „Alltagswelt-Wissens“ liegen aber auch gänzlich anderer Art sein und damit die Grenzen der „Alltagswelt-Wirklichkeit“ überschreiten und damit „auf eine total andere Wirklichkeit“ hinweisen (Berger & Luckmann 2007: 27.).

Die Frage, die sich aus diesen Überlegungen in Bezug auf Mobbing formulieren lässt, ist die folgende: Kann Mobbing als bloße Konstruktion der Opfer interpretiert werden? In der empirischen Herangehensweise dieses Dissertationsprojektes soll es weder darum gehen, einer subjektiven Betroffenheit (als Konstruktion) qua Definition und Abgrenzung eine ‚objektive‘ Deskription der Situation entgegenzusetzen[78], noch soll das Vorhandensein einer ‚objektiven‘ Mobbingsituation verifiziert oder falsifiziert werden. Ebenso soll Wirklichkeit außerhalb der Wahrnehmung nicht in Frage gestellt werden. Die Arbeit siedelt sich nicht innerhalb des radikalen Konstruktivismus an. Vielmehr soll die Idee aufgegriffen werden, dass von unterschiedlichen Positionen bzw. aus verschiedenen (empirischen) Perspektiven heraus auch verschiedene subjektive Wirklichkeiten entstehen (können). Herangehensweise ist, verschiedene Perspektiven zu-

78 Wobei auch hier kritisch zu hinterfragen wäre, inwieweit eine objektive Abbildung überhaupt möglich wäre. Hier spielt die Rolle des Forschers/ der Forscherin eine Rolle, da auch im Forschungsprozess Wirklichkeit (empirisch) konstruiert wird. Als Konstruktionen zweiten Grades.

nächst empirisch herauszukristallisieren, dann gegenüber zu stellen und schließlich in der Entwicklung eines Mobbingkontinuums miteinander zu verbinden.

Mobbing wird dabei eingebettet in den beruflichen Alltag und als ein Teil davon verstanden. Der Berufsalltag als Teil der Lebenswelt wird in Anlehnung an Alfred Schütz nicht als ein marginales Thema der Sozialwissenschaften betrachtet, sondern als deren systematisches Kernproblem (Hitzler & Eberle 2000: 114 mit Bezug auf Schütz 1974). Erleben und nicht ein objektiver Sachverhalt ist entscheidend für eine Situationsdefinition. „Da Erleben, Erfahren, Handeln eine ursprüngliche, nur dem erlebenden, erfahrenen, handelnden Subjekt selber ‚wirklich' zugängliche Sphäre ist, sind sog. objektive Faktizitäten nur als subjektive Bewusstseinsgegebenheiten überhaupt empirisch evident" (Hitzler & Eberle 2000: 114).

2.3.2 Theoretischer Zugang zur empirischen Beschreibung des Berufsalltags Pflegender

Neben der Erfassung von Mobbing soll es darum gehen, Zusammenhangsuntersuchungen von Mobbing- und Organisations- wie Personenvariablen durchzuführen, um Korrelationen sowohl auf struktureller als auch auf personaler Ebene aufzudecken. Zur Spezifizierung der in die Analyse einzubeziehenden Indikatoren wurde im Kapitel 2.2 analysiert, welche den Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika determinierenden Aspekte für die eigene Empirie aufgegriffen werden. Diese Aspekte zur Deskription des Berufsalltages sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt und mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen zu hinterlegen. Eine Gruppierung erfolgte in vier Abschnitte: Der erste Teil betrachtet Mobbing als aktuelles Phänomen, im zweiten Abschnitt sollen theoretische Grundlagen aus der Pflegewissenschaft zur Deskription des beruflichen Alltags herangezogen werden, im dritten Teil geht es um Mobbing in einem Frauenberuf und der vierte Abschnitt recherchiert personalwirtschaftliche Theorien zur Beschreibung des pflegerischen Berufsalltags.

Auch wenn das Ziel des Einbettung von Mobbing in den beruflichen Alltag Zusammenhangsuntersuchungen sind (die keine Kausalitätsrichtung angeben), sollen jene Aspekte die Analyse der Kontextbedingungen einbezogen werden, die im Abschnitt 2.1.6.4 den strukturellen Ursachen von Mobbing innerhalb einer Organisation zugeordnet werden.

2.3.2.1 Mobbing als aktuelles Phänomen. Ein gesellschaftstheoretischer Ansatz?

Wie bereits in Kapitel 2.1 mit Verweis auf Neuberger formuliert, haben sozialwissenschaftliche Begriffe, die sich einer breiten Popularität erfreuen, neben ihrem Erklä-

rungswert Bedeutung darin, dass sie aktuelle Probleme zur Sprache zu bringen (vgl. Neuberger 1999: 1). Und so kann der Begriff nicht losgelöst von der Zeit, in der er populär wird, und kann das Phänomen nicht unabhängig von der Gesellschaft, der es entspringt, betrachtet werden. Von Bude wird für die Konstruktion sozialer Konflikte formuliert, dass diese immer auch eine bestimmte Konstruktion von Gesellschaft impliziert. „Mit anderen Worten: die Antwort auf die Frage, mit welchen sozialen Konflikten wir in unserer Gesellschaft zu tun haben, enthält zugleich eine Antwort auf die Frage, in welcher Gesellschaft wir leben“ (Bude 1993: 154 f.).

Gesellschaft ist dabei nicht als die **eine** Gesellschaft zu verstehen, sondern als komplexes Konstrukt mehrerer Systeme. Nach Daniel Bell heißt das, Gesellschaften stellen sich nicht mehr als soziale Systeme dar, die durch Werte und homogene Handlungslogiken integriert werden, sondern als das Nebeneinander mehrere Systeme. Dies sind Systeme der Integration, die Identitäten und Zugehörigkeiten verleihen, Systeme von Märkten und des Wettbewerbs und Systeme von Kulturen, die Vorstellungen vom Subjekt hervorbringen (vgl. Bell 1991: 5ff.).

Die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft, Organisation und Individuen auf Mikro- bis hin zur Makroebene ist unbestritten. Dabei sind die Wirkungen (hier zwischen Organisation und Individuum) in beide Richtungen zu berücksichtigen. Es geht also nicht nur darum, die Auswirkungen der verschiedenen Umweltebenen auf das Individuum zu betrachten, sondern es ist auch einzubeziehen, dass Konfliktpotenziale über die Organisationsmitglieder in die Organisation hineingetragen werden können (vgl. Hugo-Becker 1996: 40f. und Nolting 1990: 119).

Was das für den Einzelnen heißt, wird von Neuberger in Bezug auf Mobbing wie folgt zusammengefasst: Jeder Mensch macht einen Entwicklungsprozess durch, der maßgeblich beeinflusst ist durch kulturelle Gegebenheiten und als Ergebnis einen Persönlichkeitstypen herausbildet, der dem gegebenen Kontext angepasst ist. Dabei spielen die konkreten Umstände der Arbeitswelt eine bedeutende Rolle. In Jedem sind zunächst antagonistische Qualifikationen angelegt; welche davon in Erscheinung treten, hängt von der (beruflichen) Sozialisation ab. Dabei betrachtet Neuberger Strukturen, Regeln und Normen nicht als bloße ‚äußere‘ Rahmenbedingungen sondern berücksichtigt, dass diese in einem „langen Prozeß der Vergesellschaftlichung verinnerlicht“ worden sind (Neuberger 1994: 54 f.).

„Es ist eine menschliche Potenz oder Kompetenz, aggressiv und destruktiv sein zu können; damit die Potenz zur Realität wird, müssen sowohl äußere Gelegenheiten wie innere Bereitschaften vorhanden sein. Aus einer solchen Perspektive ist allen Versuchen, begütigend auf die Mobbing-Parteien einzuwirken, sie zur Zusammenarbeit und zu gegenseitigem Verständnis aufzurufen, nur geringe Erfolgsaussichten beschert, wenn gleichzeitig die systemischen Strukturen und Regeln Konkurrenz, Eigeninteresse, Durchsetzung, Sachlichkeit und ‘Coolness’ belohnen […]. Ein noch so gut gemeintes Organisationsentwicklungs-Projekt kann die Funktionsbedingungen eines Wirtschaftssystems nicht umkrempeln […].

Das bedeutet, daß man lernen muss, sich auf die Krisen gegenseitiger Abhängigkeit einzustellen, sich selbst zu schützen, zu erfahren, wie und von wem man die Unterstützung erhalten kann, Alternativen zu kennen und zu entwickeln“ (Neuberger 1994: 55f.).

Die zentralen Fragestellungen dieses Dissertationsprojektes setzen vorrangig an den Ebenen des Individuums und der Organisation an. Wie o. g. kann die Thematik zwar nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden, diese sind jedoch nicht Fokus der Untersuchung.

2.3.2.2 Mobbing im Berufsalltag Pflegender. Ein pflegewissenschaftlicher Ansatz?

Auch wenn das Thema Mobbing am Beispiel des Berufsalltags Pflegender analysiert werden soll, ist keine pflegewissenschaftliche Arbeit zu erwarten. Sondern es erfolgt eine Einbettung der zentralen Fragestellungen in den Berufsalltag Pflegender, die einzelnen Ausprägungen dieses beruflichen Alltags werden als Kontextbedingungen in die Analyse einbezogen. Der Berufsalltag Pflegender ist Forschungsfeld, nicht Forschungsgegenstand. Aber bei der Beschreibung des Forschungsfeldes und insbesondere bei der empirischen Erfassung der im Kapitel 2.2 aufgezeigten Spannungsfelder sollen pflegewissenschaftliche Ansätze einbezogen werden. Es ergeben sich zwei Schwerpunkte: zum einen Arbeitsteilung und Aufgabenformulierung und zum anderen Stress- und Arbeitsbelastungen in der Pflege.

2.3.2.2.1 Arbeitsteilung und Aufgabenformulierung

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich der Menschen und wird in vielfältiger Weise definiert. Nach der Definition von Rosenstiel ist die abhängige Erwerbsarbeit weitgehend, aber nicht völlig mit dem Handeln in Arbeitsorganisationen gleichzusetzen und als ‚Arbeit‘ werden die Tätigkeiten verstanden, die im Rahmen von Aufgaben geleistet werden. Handeln und Agieren in Arbeitsorganisationen haben dementsprechend dann Arbeitscharakter, wenn sie an den Schlüsselbegriff Aufgabe gekoppelt sind. Diese Aufgaben leiten sich aus dem Gesamtziel einer Unternehmung ab. Zentrale Fragen der Arbeitspsychologie richten sich auf die Analyse, die Gestaltung und die Bewertung der Arbeit und damit vordergründig auf die Analyse der Arbeitstätigkeiten (vgl. Rosenstiel u. a. 1995: 60 ff.).

Im Management-Modell der Pflege unterscheidet Monika Krohwinkel fünf **Aufgabenbereiche**, in denen Pflegende tätig werden: Die direkte Pflege, Pflegedokumentation, Pflegeorganisation, Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie und Kooperations- bzw. Koordinationsaufgaben (vgl. Krohwinkel 1993: 33, Löser 2004: 42 f. und Bollmann

2008: 61). Von Annette Nauert wird darauf verwiesen, dass der Begriff ‚direkte Pflege' problematisch ist, da er nahe legt „darunter die Pflegetätigkeiten zu fassen, die direkt am Patienten, also patientennah, stattfinden und davon indirekte Pflege als patientenferne Tätigkeiten abzugrenzen. Dann könnten aber auch Tätigkeiten aus dem Bereich Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie direkte Pflege sein, sobald es sich um pflegerische Handlungen direkt am Patienten handelt" (Nauert 2000: 773). Von Sabine Bartolomeyczik werden die einzelnen Aufgabenbereiche im „Managementmodell. Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege" ebenso aufgelistet, allerdings wird hier das Adjektiv „direkt" als Beschreibung des Aufgabenbereiches Pflege weggelassen (Bartolomeyczik 1993: 95).

In der Krankenhausbetriebslehre und in der Pflegewissenschaft werden verschiedene Modelle zur Aufteilung der Aufgaben auf die Pflegenden beschrieben. Unterschieden werden kann in **Bezugspflege** und **Funktionspflege**.

„Beim Prinzip der funktionellen Pflege werden alle Patienten einer Pflegeeinheit […] gemeinsam von mehreren Pflegepersonen betreut. Dabei übernimmt jede Pflegeperson bestimmte pflegerische Funktionen und führt sie für *alle* Patienten der Station aus" (Eichhorn 1975: 348).

Nach Alfred Lorenz war bis in die neunziger Jahre eine Arbeitsorganisation auf den Stationen der Krankenhäuser üblich, die nach dem Prinzip der Funktionspflege realisiert wurde. Die Alternative ist eine Arbeitsteilung, die nach dem Bezug der Bezugspflege[79] organisiert wird. Auch wenn hier verschiedene (leicht variierende) Modelle zur Anwendung kommen: „Immer ist gemeint, daß die arbeitsteilige, tayloristische Vorgehensweise durch ganzheitliches Arbeiten überwunden wird." (Lorenz 2000: 40). Praktisch sieht das so aus, dass jede(r) Pflegende(r) für eine festgelegte Gruppe von Patienten zuständig ist und alle pflegerischen Arbeiten übernimmt.

2.3.2.2.2 Stress- und Arbeitsbelastungen in der Pflege

Die Parallelen zwischen Mobbing und Stress[80] sind auffällig. Wie Stress, so kann auch Mobbing als Störung eines normalen oder gesunden Person-Umwelt-Verhältnisses bezeichnet werden: die Möglichkeiten des Mobbing-Opfers, sich gegen die Zuschreibungen und Zumutungen zu wehren, erschöpfen seine Bewältigungskapazität. In der Stressforschung wird auf einige Bedingungen aufmerksam gemacht, von denen die Wahl der Reaktionsformen abhängt. Dazu gehören: Kontrollstile (erlernte Hilflosigkeit), Grade der erlebten Ungewissheit der Situation ebenso wie Grade der (subjektiv be-

79 Synonym verwendete Begriffe sind Zimmerpflege oder Modulpflege (Lorenz 2000: 40).

80 In der Stressforschung wird unterteilt in positiv wirkenden (Eustress) und belastenden (Distress). Während Eustress aktiviert, dynamisch und untermehmungslustig macht, können Folge von Distress ungezielte aggressive Aktionen und Erschöpfung sein (Kirchner 2000:14).

werteten) Bedrohung und Ressourcen, z.B. in Form sozialer Unterstützung (vgl. Neuberger 1999: 165). Neuberger diskutiert den Zusammenhang von Stress und Mobbing und kommt zu dem Ergebnis:

„Bei einer Übertragung der An- und Einsichten der Stressforschung auf die Mobbing-Diskussion wäre auch zu untersuchen, an welchen Symptomen die Existenz von Mobbing festgemacht wird. Dies liefe auf eine neue operationale Definition hinaus, die nicht mehr – wie die 45 Handlungen – inputorientiert ist: Mobbing läge nur dann vor, wenn *bestimmte* Folgen beobachtet werden können. Eine ‚folgenlose' Mobbingsituation kann es nicht geben, sie wäre keine" (Neuberger 1999: 169).

Allerdings werden nach Neuberger nahezu alle Stressfolgen auch im Zusammenhang mit Mobbing genannt (1999: 169). Er fasst zusammen, dass Mobbing bisher von den meisten Autoren stresstheoretisch (reizdefiniert) betrachtet wurde, was sich u.a. aus der Liste der Mobbinghandlungen ablesen lässt (vgl. Abschnitt 2.1.3.1). „Als *Reaktionen* gelten die allgemeinen Stressindikatoren, die in der Literatur behandelt werden. Stress kann sowohl personen- als auch umweltbezogen betrachtet werden oder ‚transaktional', indem die ‚Transaktion' zwischen Person und Umwelt einbezogen wird (vgl. Neuberger 1999: 165, 171).

Zu **Arbeitsbelastungen** in der Krankenpflege wurden von Bartolomeyczik u.a. (1993: 89) verschiedene Untersuchungen analysiert und auf deren Grundlage ein eigener Fragenkatalog erarbeitet (vgl. Abschnitt 2.3.2.2), der pysische uns psychische Belastungsfaktoren enthält. Die AutorInnen orientierten sich dabei an motivations- und stresstheoretischen Konzepten (mit Bezug auf Lazarus 1966 und McGrath 1970). Danach werden Situationen, in denen die Störung oder Behinderung einer motivationalen Reaktionstendenz auftritt, als frustrierend wahrgenommen. Diese Spezifik erzeugt einen psychischen Spannungszustand, der als Stress bezeichnet wird. Als Faktoren, die potenziell stressinduzierenden bzw. Belastungserfahrung vermittelnden Charakter haben, kommen u.a. Disharmonien in der Arbeitsgruppe, Einengung eigener Vorstellungen, Überlastung oder gestörte Beziehungen zu Patienten in Betracht. Dabei wird von einem kumulativen Effekt der verschiedenen Belastungssituationen bezüglich des Stress-Gesamtscores einer Person ausgegangen (GESIS 2009-a).

Von Heinz Schmidtke wird mit Blick auf psychische Belastungsfaktoren formuliert, dass sich in einer Zeit der explosionsartig anwachsenden elektronischen Datenverarbeitung die Frage nach Quantifizierung und damit der Messbarkeit psychischer, mentaler oder informatorischer Belastung und Beanspruchung immer dringlicher stellt. Gesicherte Erkenntnisse existieren jedoch aus seiner Einschätzung lediglich über die Auswirkungen schwerer dynamischer und statischer Muskelarbeit sowie über die gesundheitlichen Risiken einer Reihe von Umwelteinflüssen (vgl. Schmidtke 2002: 6). Nach Einschätzung von Vertretern der Bundesanstalt für Arbeitsschutz bestehen im Zusammenhang mit dem Thema „psychische Belastungen" noch immer Missverständnisse und Verständigungs-

probleme. Oftmals herrsche die Ansicht vor, Probleme im Zusammenhang mit psychischen Belastungen seien eher individuelle Defizite der betroffenen Personen als Defizite bei den Arbeitsbedingungen im Unternehmen (vgl. Ullsperger & Windel 2002: 78). Diese Aussagen zu Belastungssituationen im Arbeitsalltag gelten sowohl für Berufstätigkeit allgemein, als auch für Arbeit im Krankenhaus. Soll das Krankenhaus, das ja gemeinhin als Institution zur Krankheitsbekämpfung und „Produktion von Gesundheit" gilt, auch zu einem Ort der Gesundheitsförderung für die eigenen Beschäftigten werden, dann bedarf es nach Klaus Priester einer weitaus stärkeren Thematisierung der Belastungsproblematik im Krankenhausalltag, als dies bislang üblich ist (1993: 7ff.).

Von Maria-Eleonora Karsten wird darauf verwiesen, dass die pflegerische (ähnlich der erziehungsorientierten oder sozialen Arbeit) die Tendenz aufweist Zeit zu überfordern. Als Grund gibt sie an, dass die Bedürfnisse kranker Menschen sich gegenüber Zeitregelungen als widerständig erweisen, da sie weder planbar sind noch Grenzen kennen. Dadurch tendiert die personenbezogene Dienstleistung zur dauerhaften, regelmäßig wiederkehrenden Überfüllung der Zeit und im Organisationsmodell eines Krankenhauses erfolgt hieraus ein zunehmender Zeitdruck (vgl. Karsten 1992: 145 ff.).

Wie im Kapitel 2.3 gezeigt wurde, bleibt der steigende äußere (finanzielle) Druck auf die Universitätsklinika nicht ohne Auswirkungen auf die inneren Merkmale der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 2.3). Meine Hypothese ist, dass die Unsicherheit, die sich aus den stetigen Änderungen und der Unklarheit über zukünftige Gestaltungssysteme ergibt, Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegenden in Uniklinika hat und der Alltag der Pflegenden in Universitätskrankenhäusern geprägt ist durch knappe zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen.

Die Hypothese in Bezug auf Mobbing ist: Je stärker die belastenden Faktoren, um so stärker die subjektive Wahrnehmung von Mobbing. Eine Veränderung der belastenden Faktoren bewirkt auch eine veränderte Mobbingwahrnehmung. Aber die Korrelationen bleiben, über einen Längsschnitt beobachtet, bestehen.

2.3.2.3 Mobbing in einem Frauenberuf. Ein Ansatz der Frauen- oder Geschlechterforschung?

Das Untersuchungsfeld, in welches die empirische Betrachtung des Phänomens Mobbing eingebettet ist, sind Pflegende in Universitätsklinika. Dadurch, dass der Pflegeberuf ein Frauenberuf und dem Beruf des Arztes (wie im Kapitel 2.2 gezeigt) hierarchisch unterstellt, zeichnet sich das Untersuchungsfeld durch eine besondere Konstellation von hierarchischen, professions- und geschlechtsbezogenen Aspekten aus. Der Pflegeberuf als Beruf, der nahezu idealtypisch durch eine historisch entwickelte

geschlechtsspezifische Arbeitssteilung als Frauenberuf konnotiert ist, zwingt die Frage geradezu auf, ob und inwieweit die Fragestellung unter Aspekten der Frauen-, Gender- oder Geschlechterforschung zu beleuchten wäre.

Nach Faulstich-Wieland ist für die Symbolisierungen von Geschlecht bedeutsam, dass alle Vergeschlechtlichungen mit jeweils binären und oppositionellen Charakterisierungen arbeiten. Sie führt aus, dass das, was einzeln betrachtet wird, eine willkürliche Einteilung impliziert und durch die „Einreihung in ein System homologer Gegensätze (hoch/tief, oben/unten, vorne/hinten, gerade/krumm, trocken/feucht usw.) eine objektiv und subjektiv notwendige Wahrnehmung“ erhält (Faulstich-Wieland 2006: 111).

Die hier vorgestellte Untersuchung ist – wie m. E. auch viele andere quantitativ ausgerichtete Forschungsprojekte – nicht in der Lage, die seit den siebziger Jahren ins Kritikfeld geratene Zweigeschlechtlichkeit der empirischen Forschung aufzubrechen. Wie von Hagemann-White bereits 1988 ausgeführt, wird in der deutschen Diskussion, die an der Zweigeschlechtlichkeit festhält, die Alltagstheorie von der Zweigeschlechtlichkeit immer wieder reproduziert – wenn auch mit einer kritischen Perspektive – und damit verlängert. Hagemann-White weist auf den doing-gender-Ansatz hin, kritisiert aber zugleich die sex-gender-Unterscheidung, da diese durch ihre „Annahme, zwischen biologischem und sozialem Geschlecht unterscheiden zu können und zu müssen [...] immer noch biologistisch“ bleibt, denn diesen Ansätzen ist zueigen, dass sie „einen – meist diffus abgegrenzten – Teil der kulturellen Vorstellungen über maßgebliche Merkmale der Geschlechtszuordnung als ‚Natur’ festschreiben, um davon die bloß anerzogenen Eigenschaften und Erwartungen trennen zu können“. Hagemann-White bietet alternativ an, Geschlecht als symbolische Ordnung anzusehen. Dies bringt die Annahme mit sich, dass es eine Geschlechterordnung gibt, die unabhängig von den Einzelhandlungen der Individuen feststeht, jedoch in den alltäglichen Handlungen immer wieder neu geschaffen bzw. reproduziert wird. Damit bestimmen nicht die Geschlechtsmerkmale das Geschlecht, sondern die Geschlechtlichkeit ist symbolisch und muss dargestellt werden: Die Selbstzuordnung als Junge oder Mädchen in der Kindheit ist in unserer Kultur Bedingung der Möglichkeit von Identität (Hagemann-White 1988: 3 ff.).

Ich kann diese Debatte in meiner empirischen Untersuchung nicht weiterführen, bewege mich doch eher auf der „quantitativen“ und formellen Ebene, die automatisch differenziertere Analysedimensionen ausklammert. Ich kann mit der Untersuchung lediglich eine Analysedimension aufgreifen (die zweigeschlechtliche), ohne anzunehmen, dass ein Aufdecken von Geschlechtsunterschieden der eigentlichen Vielschichtigkeit der Problemlage gerecht wird. Ebenso wie es nicht möglich ist, Diskriminierungsverhältnisse allein auf dieser Analyseebene umfassend zu beschreiben, ist eine Veränderung

– nur bezogen auf diese eine Dimension – nicht in der Lage, diese Diskriminierung aufzuheben.

Von Christine Thon wird die rekonstruktive Geschlechterforschung als Möglichkeit der Überwindung des empirischen Beharrens auf der Zweigeschlechtlichkeit genannt. Sie plädiert dafür, innerhalb eines Forschungsprozesses einen fortwährenden Wechsel der Perspektiven vorzunehmen und daraus „beständig Anschlussmöglichkeiten nach verschiedenen Seiten“ zu produzieren (Thon 2006: 179 ff.). Dies ist insofern von Bedeutung, als damit eine Möglichkeit der intellektuellen Auseinandersetzung unter Einbeziehung verschiedenen Dimensionen und unter Aufbrechen der dichotomisierenden Herangehensweise ermöglicht wird, auch wenn die formalen Möglichkeiten der Forschungspraxis hier an ihre Grenzen stoßen.

Wie bereits im Exkurs ‚Spannungsfeld Professionalisierung der Pflege als Frauenberuf‘ im Kapitel 2.2.3 hervorgehoben wird, lassen sich Geschlecht und Qualifikation nicht voneinander trennen. Die Feminisierung der Arbeit stößt nach Teubner an die Grenze der innerberuflichen Hierarchien [und m. E. ebenso an die innerorganisatorischen Hierarchiegrenzen], da Männer als Minderheiten in Frauenberufen auf den höheren Rängen dominieren, bzw. in den Bereichen, denen eine größere Bedeutung zugeschrieben wird. Zugespitzt hat Teubner gezeigt, dass die Geschlechterhierarchie als Organisations- und Normierungsprinzip sich gegenüber inhaltlich-arbeitsorganisatorischem Wandel und gegenüber den Qualifikationserfolgen von Frauen als resistent erweist (Teubner 1992: 47f.).

Aus der Ausgangsthese von Teubner soll das Spannungsverhältnis von Geschlecht und Qualifikation überprüft werden mit der Überlegung, dass „die Form institutionalisierter Ungleichheit zwischen den Geschlechtern selbst bei gleicher Qualifikation fortbesteht“. Die sich daraus entwickelnde Hypothese ist, dass sich Männer in anderen Hierarchien und Aufgabenfeldern finden, dass sich unterschiedliche Perspektiven auf Konfliktsituationen bis hin zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien finden lassen.

2.3.2.4 Mobbing als Herausforderung an das Personalmanagement. Ein personalwirtschaftlicher Ansatz?

Betrachtet man die Pflegenden als Mitglieder bzw. Angestellte des Unternehmens Universitätsklinikum, ist der Umgang mit Konflikten Aufgabenbereich der Personalwirtschaft. Die Aufgaben des Personalwesens umfassen die andauernde „Sicherung des Produktionsfaktors ‚Arbeit‘ zu wirtschaftlichen Bedingungen für das Unternehmen“, den optimalen Einsatz der Mitarbeiter (auch mit Blick in die Zukunft) und die „Einräumung bestmöglicher Bedingungen für die Mitarbeiter“ (Rohleder 2000: 11). Damit

lässt sich Mobbingprävention und -intervention klar den Aufgabenbereichen des Personalwesens zuordnen. Im Folgenden sollen die Teilaspekte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsklima sowie Führungsstile incl. Konfliktstile näher beleuchtet werden, um die Voraussetzung zu schaffen, diese in die empirische Analyse möglicher Kontextbedingungen von Mobbing einzubeziehen.

Arbeitszufriedenheit ist nach Rosenstiel eine affektive Stellungnahme des Individuums zu seinem Arbeitsplatz, die empirisch unendlich viele Facetten hat. Er stellt gegenüber, dass die Definition der Arbeitszufriedenheit klar erscheinen mag, die Realität der Arbeitszufriedenheitsforschung und der Arbeitszufriedenheit in der Praxis so jedoch nicht abgebildet wird. Das verbreitetste Instrument zur Messung der Arbeitszufriedenheit, das von Neuberger und Allerbeck 1978 entwickelt wurde, ist aus seiner Sicht ein Arbeitsbeschreibungs- kein Arbeitsbewertungsbogen. Die generell hohe Relevanz des Konstrukts Arbeitszufriedenheit ergibt sich daraus, dass sie deutlich mit der Krankheitshäufigkeit und positiv mit der Lebenserwartung korreliert. Auch ohne dass eine Kausalitätsrichtung feststeht, ist es naheliegend, dass in einer arbeitsorientierten Gesellschaft Unzufriedenheit mit der beruflichen Arbeit als langfristiger Stressor wirkt (Rosenstiel u.a. 1995: 248). Neuberger und Allerbeck (1978) gehen in ihrem Ansatz zur Bestimmung der Arbeitszufriedenheit davon aus, dass bestimmte Erfahrungen in der Arbeitswelt von Individuen bewertend (auf der Dimension „gut – schlecht“) registriert werden und dass diese Erfahrungen das Deutungs-, Zuwendungs- und Meidungsverhalten beeinflussen. Arbeitszufriedenheit wird dementsprechend als kognitiv-evaluative Einstellung zur Arbeitssituation konzeptualisiert. Die meisten Items erfassen Wahrnehmungen, einige aber auch Bewertungen einzelner Aspekte der Arbeitssituation (GESIS 2009-a). Dieser empirische Ansatz erhebt Daten mehrdimensional, das heißt er umfasst „Skalen zu unterschiedlichen Aspekten der Arbeit, wie Arbeitsbedingungen, Tätigkeit, Kollegen, Bezahlung etc.“ (Büssing 1997: 138).

Personalführung wird von Rohleder als „zielgerichtete Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter durch Personen, die legitimiert sind, Führungseinfluss auszuüben“ verstanden (2000:60). Wie die Personalführung realisiert wird, ist in großem Umfang von diesen Führungspersonen abhängig. So zeigt Sattelberger z. B. auf, dass Führen einerseits auf Managementfähigkeiten aber zusätzlich noch auf bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen beruht. Managen heißt aus seiner Sicht, „mit fachlicher Kompetenz zu planen, zu steuern, umzusetzen, zu kontrollieren, Feedback zu nutzen und neue Ziele zu setzen“. Führen setzt aber noch zusätzliche und nicht erlernbare Qualitäten voraus: „Leidenschaft und Charakter“ (Sattelberger 2003: 67).

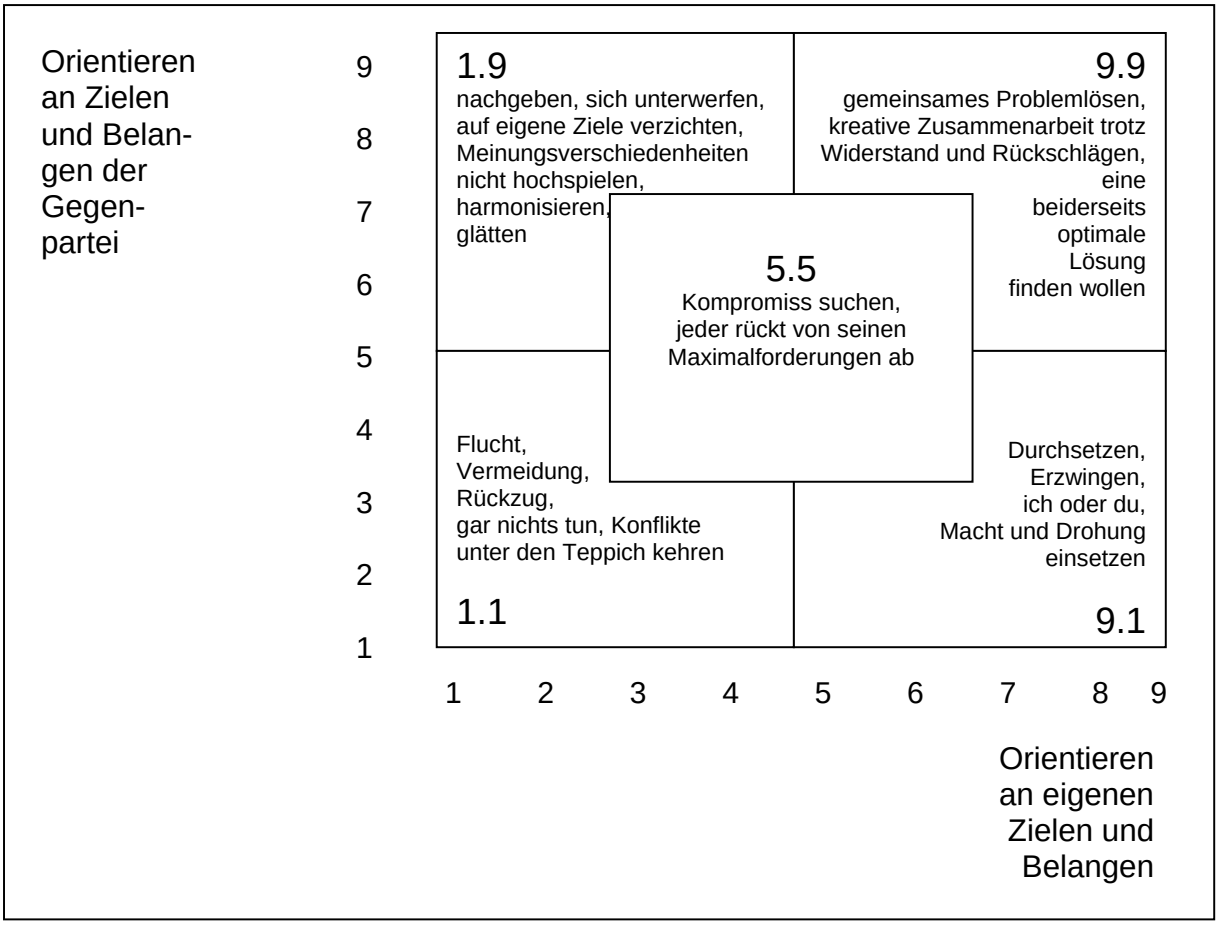
Unter Führungsstil wird verstanden, auf welche Art und Weise Vorgesetzte mit Mitarbeitern umgehen. Während das Führungsverhalten situationsabhängig und fallbezogen ist, wird beim Führungsstil davon ausgegangen, dass dieser „relativ stabil und damit weitgehend situationsunabhängig ist“. In der Führungsforschung wird zwischen verschiedenen idealtypischen Führungsstilen unterschieden. Hierbei ist einmal die Unterscheidung nach Max Weber zu nennen, die patriarchalische und charismatische sowie bürokratische und autokratische Führungsstile gegenüberstellt. Eine andere Gruppierung nimmt Lewin vor; er unterscheidet zwischen autoritärem, demokratischem und laissez-fair Führungsstil (Pieper 1992: 126 f.). Eine weitere Vorgehensweise findet sich bei Tannenbaum und Schmidt (1958: 96). Hier werden nicht einzelne Führungsstile isoliert betrachtet, sondern es wird von einem „Kontinuum des Führungsverhaltens“ ausgegangen. Führungsverhalten „ordnen sie nach dem Grad der Entscheidungsfreiheit der Mitarbeiter einem Kontinuum zu, dessen Endpunkte auf der einen Seite die extrem autoritäre und auf der anderen Seite die extrem partizipative Führung sind“ (Koschnick1996: 207). Blake und Mouton entwickelten ein Verhaltensgitter, das zwei Dimensionen (Beziehungsorientierung und Aufgabenorientierung) vereint (Blake & Mouton 1968: 23). Die beiden Dimensionen werden jeweils durch neun verschiedene Ausprägungen repräsentiert, wodurch sich insgesamt 81 mögliche Kombinationen ergeben. Eine Dichotomie sollte hier abgelöst und ersetzt werden durch eine integrative Betrachtungsweise. Blake und Mouton konzentrierten sich dann auf 5 mögliche Führungsstile, die sie als „Bündel von Annahmen“ bezeichnen (Staehle 1990: 773 mit Bezug auf Blake & Mouton). Unterteilt werden kann in Unternehmens- und Personalführungsstil (vgl. Hentze 1991: 171ff.).

Führungsstil zeigt sich auch und insbesondere darin, wie mit Konflikten im Arbeitsleben umgegangen wird. Entsprechend finden sich Ähnlichkeiten und Überschneidungen zwischen der Analyse von Führungs- und Konfliktstilen. Dargestellt wird in der folgenden Abbildung ein Raster zur Einteilung der Konfliktstile nach Berkel. Dieses Raster ist eine Ableitung der Führungsstile nach Blake & Mouton (vgl. Blake u. a. 1964: 13 und Blake & Mouton 1985: 15ff.).

Abhängig von der Ausprägung der Orientierung (an den eigenen Zielen und Belangen oder an denen von anderen) ergeben sich fünf idealtypische Konfliktstile (vgl. Abb. 19). Der **Anpassungsstil** (1.9) ist durch Nachgeben und Verzichten auf die eigenen Ziele geprägt. Ein solcher Stil wird gewählt, wenn die Möglichkeit bzw. Macht fehlt, einen anderen Stil zu wählen, oder weil Motivation und Interesse fehlen, für eine bessere Lösung zu kämpfen. Der **Konfrontationsstil** (9.1) zeigt sich in der Durchsetzung von Machtpositionen und in Gewinner-Verlierer-Entscheidungen. Der **Konfliktvermeidungsstil** (1.1) ist der unproduktivste, da weder den Interessen der einen noch der anderen Seite Rechnung getragen wird. Der **Kompromissstil**

(5.5) zeichnet sich dadurch aus, dass von verschiedenen Positionen aus verhandelt wird, und inhaltliche Positionen wichtiger als hierarchische Stellungen sind.

Abb. 19: Konfliktstile



(vgl. Berkel 1990: 50 mit Verweis auf Blake & Mouton)

Beim **Stil kooperativer Konfliktlösung** (9.9) wird versucht eine Lösung zu finden, die die Belange aller Beteiligten in einem Höchstmaß berücksichtigt und daher von allen akzeptiert werden kann (Kurray 2008: 29).

2.3.3 Zusammenfassung: Von der theoretischen Rahmung zur Theoriebildung als empirischer Erkenntnisprozess

Mobbing wird betrachtet als eskalierter (sozialer) Konflikt. Damit ist Prozesshaftigkeit indiziert. Dieser Prozesshaftigkeit Rechnung tragend, soll nicht empirisch hinterfragt werden, welche Strukturen hinter Mobbing liegen. Es geht vielmehr darum, die Kontextbedingungen anzugeben, „die latente Konflikte manifest werden lassen“ (vgl. Bonacker 2002: 13) und zur Eskalation, zu Mobbing, führen.

Empirisch kann das so gelöst werden, dass die von Neuberger vorgeschlagene Herangehensweise realisiert wird: Mobbing nicht länger auf Grundlage einer dichotomisierenden Definition sondern unter Zuhilfenahme eines Kontinuums empirisch zu erfassen (vgl. Absatz 2.1.3.5).

Dabei sollen verschiedene Perspektiven (Opfer, Beobachter und Täter) empirisch herauskristallisiert werden. Diese werden zunächst gegenübergestellt und schließlich in der Entwicklung eines Mobbingkontinuums miteinander verbunden. Dabei wird die Idee des konstruktivistischen Forschens aufgegriffen, dass von unterschiedlichen Positionen heraus auch verschiedene subjektive Wirklichkeiten entstehen (können). Hierbei geht es um die Beschreibung und Erklärung des Auftretens von Mobbing im Gegensatz zu einer Begründung. Wie von Sibylle Moder für konstruktivistisches Forschen resümiert, geht es um Wie- anstelle von Was-Fragen (Moser 2004-b: 16).

Das bedeutet, dass die Perspektivität des Erforschten im Sinne Maturanas: „Alles Gesagte ist von jemandem gesagt“ (Maturana & Varela 1991: 32) aufgegriffen wird und dass eine Verbindung von Konzeptionen und Möglichkeiten, ein Pluralismus von Herangehensweisen angestrebt wird. Konstruktivistisch forschen heißt nach Gerhard Rusch

„wissenschaftlich Erfahrungen machen mit Beschreibungen, Erklärungen und Gestaltungen von Prozessen, Voraussetzungen, Bedingungen und Folgen der kognitiven, sozialen, kulturellen, medialen etc. Konstruktion von Wirklichkeit(en) in einer Weise, die entstehende Verantwortlichkeiten (der Begründung und Rechtfertigung sowie der sozialen Validität und Viabilität) berücksichtigt“ (Rusch 2004: 188).

Die Fragestellungen der Dissertationsarbeit sind durch Interdisziplinarität gekennzeichnet. Dies zeigt sich zum einen darin, dass der Konfliktbegriff in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen verwendet und unterschiedlich gefasst wird (vgl. Abschnitt 2.3.1.1) und zum anderen darin, dass zur Beschreibung der Kontextbedingungen des beruflichen Alltags der Pflegenden verschiedene theoretische Zugänge relevant sind (vgl. Abschnitte 2.3.2). Für die Operationalisierungen sollen unterschiedliche theoretische Ansätze aus der Pflegewissenschaft und aus der Personalwissenschaft berücksichtigt werden. Aus den theoretischen Vorüberlegungen dieses Kapitels und den Ergebnissen der Kapitel 2.1 und 2.2 wird in einem nächsten Schritt ein Hypothesenkatalog entwickelt.

In Anlehnung an Hans L. Zeterberg soll die Ordnung der Ergebnisse zusammengestellt nach den Determinanten[81] erfolgen. Hierbei werden all jene Faktoren zusammen-

81 Die Alternative dazu wäre eine Ordnung der Ergebnisse nach den Resultanten. Hierher gehören laut Zeterberg alle Fälle, in denen die Determinante ein und dieselbe ist, die abhängigen Variablen jedoch verschieden sind. Dieses Ordnungsprinzip der ‚dimensionalen Analyse‘ ist von Zeterberg entwickelt worden, um dem von ihm aufgezeigten Dilemma der Soziologie zu entgegnen, das sich darin manifestiert, dass sie sich mit nahezu allen sozialen Phänomenen beschäftigt, aber nur eine spezielle unter vielen Sozialwissenschaften ist (Zeterberg 65). Das unmittelbare Problem, das sich aus seiner Sicht daraus ergibt, ist eine Überfülle an Informationen über soziale Geschehnisse. Daraus entwickelt er als zentrale Aufgabe an die Soziologie die Ordnung der Ergebnisse nach den Dimensionen Resultanten oder Determinanten (Zeterberg 1967: 65ff.).

3 Methodische Herangehensweise

Zur Beantwortung der zentralen Forschungsfragen werden verschiedene empirische Methoden miteinander verbunden. Es sind anonyme schriftliche Befragungen von Pflegenden und Interviews mit den PflegedirektorInnen aus sechs Universitätsklinika in Deutschland durchgeführt worden.

Mit der hier vorliegenden Untersuchung zum Thema Mobbing soll keine sozialstatistische, sondern eine sozialwissenschaftliche empirische Arbeit angefertigt werden. Ziel ist es, einen neuen empirischen Ansatz zur Erforschung von Mobbing zu entwickeln und zu überprüfen. Aus den theoretischen Vorüberlegungen und aus den qualitativen Interviews werden Hypothesen entwickelt, die im Rahmen der quantitativen Untersuchung überprüft werden sollen. Diese Hypothesen sollen jedoch nicht als etwas Unveränderliches bis zum Ende des Forschungsprozesses bestehen bleiben, vielmehr können sie im Prozess der Auswertung fortgeschrieben oder ergänzt werden.

Inspiriert ist diese Überlegung **erstens** durch die Vorgehensweise von Strauss und Corbin, die „Entdeckungen“ (im Rahmen der Grounded Theory) dadurch ermöglichen möchten, dass Konzepte als ‚provisorisch‘ angesehen werden und die Datenerhebung und -auswertung so durchgeführt wird, dass diese „Entdeckungen ermöglicht werden“ (Strauss & Corbin 1996: 52). **Zweitens** fließt die Idee von Zeterberg ein, dass es für die Theoriebildung ohne Bedeutung ist, zu welchem Zeitpunkt die Theorie aufgestellt wird. Aus seiner Sicht ist sowohl die ex-post also auch die ex-ante Theoretisierung möglich, und beide Theorien können den gleichen Bestätigungsgrad erreichen (Zeterberg 1967: 90 ff.).

Das heißt, dass die weitere Vorgehensweise keiner strengen ‚Vorher- Pflicht‘ unterworfen werden soll. Vielmehr können Hypothesen – mit Mut zur Offenheit bei der Generierung – ebenso aus dem Prozess der Auswertung entstehen und geprüft werden.

Bei der vorliegenden Analyse als einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung geht es im Unterschied zu einer sozialstatistischen auch nicht darum, repräsentative Aussagen für die Bevölkerung oder einen bestimmten Bevölkerungsanteil vorzulegen. Dennoch soll es der Anspruch sein, die Gütekriterien für sozialempirische Forschung nicht außer Acht zu lassen.

Dargestellt sind in den folgenden Abschnitten die Methoden zur Durchführung und Auswertung der Experteninterviews sowie zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der schriftlichen Befragung der Pflegenden. Der Abschnitt gliedert sich in drei Teile: **Erstens** wird gezeigt, wie die Durchführung und Analyse der schriftlichen Befragung Pflegender zu Bedingungen ihres beruflichen Alltags und zum Konflikterleben erfolgte. **Zweitens** wird erläutert, wie die Interviews mit den PflegedirektorInnen zu Kontextbedingungen des beruflichen Handelns der pflegenden Mitarbeiter geführt und

ausgewertet wurden. Und **drittens** wird zusammengefasst, wie eine Verbindung der verschiedenen methodischen Herangehensweisen realisiert und welche Zielsetzung dabei verfolgt wird.

3.1 Quantitativer Teil. Anonyme Fragebogenerhebung zur Analyse von Mobbingsituationen und Beschreibung des Berufsalltags aus der Sicht der Pflegenden

In dem Kapitel zur quantitativen Herangehensweise werden fünf Aspekte beleuchtet. Im ersten Teil wird der Aufbau des Fragebogens vorgestellt und werden die verwendeten Skalen diskutiert. Im zweiten Teil geht es um die technische und organisatorische Herangehensweise und im dritten Teil wird ein Auswertungsmodell als Grundlage für die Datenanalyse entwickelt. Im vierten Teil des Kapitels sollen die Forschungshypothesen zusammengestellt und die zur Anwendung kommenden statistischen Verfahren diskutiert werden. Im fünften und letzten Teil geht es um Verwendungsmöglichkeiten und Repräsentativität der Ergebnisse.

3.1.1 Technische und organisatorische Realisation der Erhebung. Stichprobe, Verteilung und Rücklauf

Die schriftliche Befragung der Pflegenden ist über zwei Stufen realisiert worden. Zunächst wurden in der Haupterhebung im ersten Quartal 2001 insgesamt 8.000 Fragebögen an die Pflegenden von sechs Universitätsklinika verteilt. Ziel war es, ca. 1.000 Pflegende aus verschiedenen Universitätskrankenhäusern zu Arbeitsplatzkonflikten und zu Mobbing schriftlich zu befragen[82]. Dann ist im zweiten Quartal 2008 in einem der sechs Häuser eine erneute Erhebung erfolgt. Ziel war die Überprüfung der Ergebnisse im Zeitverlauf.[83]

Die Kontaktarbeit zu den Universitätsklinika hat sich als sehr zeitaufwendig herausgestellt. Schon bei der Vorbereitung der Erhebung hat sich z. B. gezeigt, dass eine Information der Personalräte über die geplante Erhebung nicht ausreicht, sondern dass für jedes in die Befragung einzubeziehende Krankenhaus die Zustimmung des Per-

---

82 Die Kalkulation der zu versendenden Fragebögen erfolgte aufgrund der Erfahrungen von Fragebogenverteilung und Rücklauf im Forschungsinstitut FOKUS e.V. (Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialforschung Halle). Hier lagen die Rücklaufquoten für vergleichbare Erhebungen zwischen 10 und 30 Prozent. Die Zielsetzung von ca. 1.000 in die Auswertung einzubeziehenden Fragebögen erfolgte mit dem Hintergrund, dass damit eine ausreichende Verteilung der einzelnen Fälle in bivariaten und multivariaten Zusammenhangsuntersuchungen ermöglicht wird.

83 Die zweite Erhebung, synonym hier auch Nacherhebung genannt, ist als Trenderhebung durchgeführt worden. Hierbei geht es darum, die Werte gleicher Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Stichproben zu erfassen (Diekmann 1995: 267).

sonalrates und der Pflegedienstleitung vorliegen muss. Zudem ist zur Verteilung der Fragebögen die Unterstützung der Pflegedirektionen Voraussetzung gewesen.

Bereits im dritten Quartal des Jahres 2000 ist der Fragebogen dem Personalrat eines ersten Universitätsklinikums zur Überprüfung übergeben worden, nach zwei Monaten lag die Zustimmung dieses Personalrates vor. Die Zustimmung wurde ohne Änderungswünsche erteilt, sodass der Fragebogen in Druck gegeben werden konnte.

Parallel zum Zustimmungsverfahren in diesem ersten Universitätsklinikum wurden Informationsschreiben an die Klinikumsvorstände, die Pflegedirektionen, die Personalräte und die Gleichstellungsbeauftragten aller weiteren Universitätsklinika Deutschlands versendet. Im Januar des Jahres 2001 wurden dann – bezugnehmend auf die vorliegenden Informationen – Anfrageschreiben mit einem Exemplar des gedruckten Fragebogens an die Personalräte der Universitätsklinika Deutschlands versandt. Im Ergebnis sind von fünf weiteren Personalräten Zustimmungen zur Befragung eingegangen.

Anfang des Jahres 2001 konnten 1.300 Bögen im ersten Universitätskrankenhaus verteilt werden, im April des gleichen Jahres sind 6.700 Fragebögen an weitere fünf Universitätskrankenhäuser verschickt worden. Die Verteilung der Bögen innerhalb der Häuser ist über die Pflegedirektionen realisiert worden. Von dort wurden die Fragebögen an die Stationen weitergeleitet und eine Information über das Vorhaben an die Stationsleitungen gegeben. Die Rücksendung der Fragebögen konnte von den befragten Pflegenden anonym, in beigefügten Rückantwortumschlägen erfolgen.[84]

Innerhalb der Haupterhebung sind ca. 900 ausgefüllte Fragebögen aus sechs verschiedenen Universitätskrankenhäusern zurückgesendet worden, von denen 855 zur Auswertung herangezogen werden konnten. Damit wurde die angestrebte Zahl von 1.000 zu analysierenden Fragebögen zwar knapp verfehlt, dennoch kann von einem zufriedenstellenden Rücklauf gesprochen werden, der mit elf Prozent durchaus in Rahmen vergleichbarer Fragebogenaktionen mit komplexem Erhebungsinstrumentarium liegt. Diese quantitative Befragung ist durch eine erneute Erhebung von Teilen des Fragebogens in einer von sechs untersuchten Organisationen überprüft bzw. fortgeschrieben worden.[85] Diese zweite Befragung dient dem Zweck, exemplarisch anhand eines Hause zu überprüfen, ob und inwieweit sich Veränderungen im Zeitverlauf abzeichnen lassen. Hierzu ist ein Erhebungsbogen erstellt und in das Auswertungssystem EvaSys übertragen worden. Die Verteilung der Bögen ist nach Zustimmung durch den Perso-

84 Ein Frankieren der Rückantwortumschläge durch die Befragten ist nicht nötig gewesen, da dem Fragebogen ein vorfrankierter Umschlag beigefügt war.

85 Die Begrenzung auf eines von sechs Häusern ist aus forschungspragmatischen Gründen erfolgt.

nalrat im Universitätsklinikum im Juni 2008 erfolgt. Insgesamt sind 1.380 Fragebögen verschickt und 249 Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt worden. Die Rücklaufquote liegt hier bei 18 Prozent.[86]

3.1.2 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen ist mit dem Ziel entwickelt worden, für die Erfassung der Variablen zum Thema Mobbing Items zu verwenden, die die Beantwortung der Forschungsfragen unter Berücksichtigung des im Kapitel 2.1 entwickelten Anspruchs an die eigene Empirie ermöglichen. Für die Beschreibung der Kontextbedingungen sollten einerseits möglichst Skalen genutzt werden, die in früheren Erhebungen bereits zur Anwendung kamen und geprüft sind. Andererseits sollten übersichtliche Fragenkataloge verwendet werden, um verschiedene Themenbereiche in die multifaktoriellen Analysen einbeziehen zu können.

Der Fragebogenentwurf wurde in einem Pre-Test von 30 Pflegenden ausgefüllt und auf Verständlichkeit und Leserfreundlichkeit überprüft. Danach ist der Erhebungsbogen entsprechend der Ergebnisse dieses Tests und mit Blick auf Aussagefähigkeit der vorgegebenen Antwortkategorien noch einmal überarbeitet worden.

Der Fragebogen der Haupterhebung besteht im Wesentlichen aus fünf Teilen (die Fragebögen zu Haupt- und zweiter Erhebung finden sich im Anhang), die sich drei inhaltlichen Schwerpunkten zuordnen lassen. Enthalten sind **erstens** Items zur Beschreibung des beruflichen Alltags, **zweitens** Fragen, die Angaben zur Person bzw. Persönlichkeit der Pflegenden und deren Lebenssituationen erfassen sollen und **drittens** Fragenkomplexe zur empirischen Beschreibung von Mobbing. Einen großen Anteil nehmen entsprechend der Ausrichtung der Forschungsfragen Mobbing- bzw. Konfliktvariablen ein. Der inhaltliche Aufbau des Fragebogens und die Zuordnung der Fragebogennummern wird in der Übersicht 20 visualisiert. Der Fragebogen der zweiten Erhebung unterscheidet sich dadurch, dass er nicht alle Fragebogenkomplexe enthält. [87]

---

86 Die Rücklaufquote ist in diesem Universitätsklinikum mit 12,3 Prozent im Rahmen der Haupterhebung bereits höher als die der gesamten Befragungsaktion. Die erhöhte Rücklaufquote der zweiten Erhebung wird damit erklärt, dass der Fragebogen deutlich kürzer ist.

87 Bei den soziodemografischen Angaben wurden Geschlecht, Alter und beruflicher Abschluss erneut erfragt, von den Angaben zum Arbeitsverhältnis sind die wöchentliche Arbeitszeit, die Anzahl der Überstunden und die Angaben zur Stationsgröße wieder eingeflossen. Die Angaben zur Arbeitssituation wurden komplett wieder mit erfragt, allerdings wurde die Zweiteilung der Belastungsfaktoren in persönliche und stationäre Belastungen nicht wieder aufgegriffen. Die Subjektpositionen wurden nicht noch einmal erfragt. Von den Konflikt- und Mobbinghandlungen wurden der Erfahrungshorizont zu Mobbing, individuelle Begriffsverständnisse zu Mobbing und der Fragebogenkomplex zur Erfassung der Mobbinghandlungen unter Berücksichtigung des zeitlichen Aspekts (Dauer, Häufigkeit) und verschiedener Perspektiven erneut im Fragebogen berücksichtigt.

Abb. 20: Aufbau des Fragebogens

	Haupterhebung	
Arbeitsverhältnis:		
- Arbeitszeit	Frage	33
- Überstunden	Frage	34
- Schichtarbeit	Frage	31
- betriebliche Position	Frage	30
- Arbeitsort	Frage	35a
- Dauer der Klinikums- und Stationszugehörigkeit	Frage	19
- Stationsgröße	Frage	20
- Arbeitsanteile	Frage	4
- Aufgabenprofil	Frage	21
- Arbeitsteilung	Frage	5
- Arbeitsverhältnis	Frage	22
Arbeitssituation:		
- Belastungsfaktoren individuelle und bezogen auf die Station	Fragen	6a und 6b
- Arbeitsklima	Frage	9
- Aufgabenformulierung	Frage	3
- Entscheidungsfindung	Frage	8
- Führungsstile in Bezug auf Personal- und Unternehmensführung	Frage	2
Soziodemografische Angaben:		
- Alter	Frage	24
- Geschlecht	Frage	23
- Familienstand und Partnerschaft	Fragen	26, 27
- Berufstätigkeit PartnerIn	Frage	32
- Kinder	Fragen	28, 29
- beruflicher Abschluss und Ausbildungsort	Fragen	26, 35b
Subjektpositionen:		
- Zufriedenheit	Frage	1
- Lebensziele	Frage	16
- Berufsorientierungen	Frage	17
- Stimmungen	Frage	18
Mobbing- und Konfliktvariablen bezogen auf den beruflichen Alltag:		
- Konfliktumgang	Frage	7
- Konfliktursachen	Frage	12
- AnsprechpartnerIn	Frage	14
- Mobbingbetroffenheit von Personen(gruppen)	Frage	13
- Mobbing, Erfahrungshorizont	Frage	11
- Mobbing, individuelle Begriffsbestimmung	Frage	15
- Mobbinghandlungen unter Berücksichtigung des zeitlichen Aspekts (Dauer, Häufigkeit) und verschiedener Perspektiven der Befragten	Frage	10

Gewählt wurde eine Verbindung aus offenen und geschlossenen Fragen (Fragen mit Vorgabe von Antwortmöglichkeiten), wobei die geschlossen Fragen deutlich in der Überzahl sind. Offene Fragen werden lediglich zur Ergänzung der einzelnen Items gewählt und für die Erhebung der individuellen Begriffsverständnisse zu Mobbing. Die geschlossenen Fragen sind über verschiedene Skalenniveaus realisiert worden; es finden sich sowohl nominal skalierte Variablen, als auch Ordinal- und metrische Skalen.[88] Mehrheitlich wurden Ordinalskalen verwendet, die durchgängig als fünfstufige Antwortskalen gestaltet sind. Dabei wurde darauf geachtet, die Richtung der Pole nicht zu wechseln. [89]

3.1.2.1 Soziodemografische und Angaben zum Arbeitsverhältnis

Die erhobenen **soziodemografischen Angaben** umfassen Alter, Geschlecht, Familienstand und ergänzend dazu die Partnerschaftssituation[90] sowie die Berufstätigkeit des Partners bzw. der Partnerin. Enthalten ist zudem die Anzahl der Kinder insgesamt und die Anzahl der Kinder, die (noch) im Haushalt der Befragten leben. Darüber hinaus wurden der berufliche Abschluss und das Bundesland der Ausbildung im Fragebogen berücksichtigt.

Die Angaben zum **Arbeitsverhältnis** enthalten Fragen zur wöchentlichen Arbeitszeit, zur Art des Arbeitsverhältnisses, zur durchschnittlichen Anzahl der wöchentlichen Überstunden sowie zur Dauer der Stations- und Klinikumszugehörigkeit. Zusätzlich wird erfasst, ob die Pflegenden in Schichten arbeiten und wenn ja, in welchem Schichtsystem. Darüber hinaus werden die betriebliche Position, der Arbeitsort (nach Bundesland), die Stationsgröße (hierzu Anzahl der Betten sowie der auf der Station arbeitenden Pflegenden und ÄrztInnen) erfragt. Des Weiteren finden die

---

88 Nominal skalierte Variablen liegen dann vor, wenn die einzelnen Ausprägungen Werte sind vergleichbar mit ‚Etiketten' sind und eine Rangordnung zwischen diesen nicht abzulesen ist; (Bsp. Familienstand: ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet). Ordinal skalierte Werte enthalten hingegen auch Rangordnungsinformationen (Bsp. Zensuren). Bei metrischen Skalen können auch Abstände (oder auch Quotienten) zwischen den Werten einer Untersuchungsskala interpretiert werden, zum Beispiel bei der Variablen ‚Körpergröße' (vgl. Voß 2000:11).

89 Zur Gestaltung von Fragen in Fragebögen gibt es unterschiedliche Auffassungen: Erstens in Bezug auf die Anzahl der Antwortmöglichkeiten. Entweder wird die Möglichkeit einer neutralen Antwortposition einbezogen. Das entspricht der hier gewählten Vorgehensweise mit einer Skala, die eine ungerade Anzahl von Antwortmöglichkeiten und damit eine Mitte anbietet. Oder es werden Forced-Choice-Fragen verwendet, die dem Befragten keine neutrale Antwortmöglichkeit anbieten. Zweitens in Bezug auf die Ausrichtung der Antwortmöglichkeiten. Hier können entweder Pole wechseln oder durchgängig ausgerichtet sein. Während die gleiche Ausrichtung der Pole einer Neigung Vorschub leistet, alle Fragen mit einer Antworttendenz zu versehen, liegen Risiken des Wechsel in der erhöhten Fehlerquote.

90 Da aus dem Familienstand noch nicht ersichtlich ist, in welcher Partnerschaftssituation die Pflegenden leben, ist zusätzlich erfragt worden, ob die Pflegenden in einer Partnerschaft leben.

prozentualen Anteile verschiedener Arbeitsaufgaben, das Aufgabenprofil und die Art der Arbeitsteilung Berücksichtigung.

Bei der Erfassung der **Arbeitsteilung** sind Antwortvorgaben formuliert worden, die die Unterscheidung zwischen Bezugspflege und Funktionspflege ermöglichen sollen (vgl. Abschnitt 2.3.2). Bei der Formulierung der Frage wurde jedoch vermieden, die Begrifflichkeiten selbst zu verwenden.

In Anlehnung an die **Aufgabenbereiche** der Pflege nach Monika Krohwinkel und die Zuordnung von Verantwortungsbereichen nach Sabine Bartholomeyczik u. a. (vgl. Kapitel 2.3.2) werden die fünf Bereiche Pflege, Pflegedokumentation, Pflegeorganisation, Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie und Kooperations- bzw. Koordinationsaufgaben als anfallende Arbeiten vorgegeben und der durchschnittliche Anteil erfragt worden, den diese Aufgabenbereiche im Arbeitsalltag einnehmen. Im Rahmen des Pretests ist von den dort Befragten als weiteres Aufgabengebiet die Pflegeforschung benannt worden und findet sich entsprechend als zusätzliches Aufgabengebiet im Fragebogen.

3.1.2.2 Angaben zur Arbeitssituation

Die im Fragebogen berücksichtigten Angaben zur Arbeitssituation umfassen subjektiv empfundene Belastungsfaktoren, Aspekte des Arbeitsklimas, die Art der Aufgabenformulierung, Entscheidungsfindung und Führungsstile.

Die **Belastungsfaktoren** sind zum einen individuell und zum anderen bezogen auf die Station thematisiert. Zugrunde gelegt sind die Items von vier Untersuchungen, die von Bartolomeyczik u. a. (1993: 89) zusammengestellt werden. Darunter befindet sich auch der von ihr entwickelte Fragenkatalog, der in mehrfach überarbeiteter Form im Skalenhandbuch von GESIS enthalten ist (GESIS 2009-a).[91] Übernommen sind aus der Skala nach Bartolomeyczik in vereinfachter Form die Items unklare Arbeitsabläufe, körperliche Beanspruchung, seelische Beanspruchung, hohe Verantwortung, unzureichende Informationen, zu wenig Zeit für Patienten. Darüber hinaus sind aus der Befragung von Fuchs u. a. das Item Personalmangel (vgl. Fuchs u. a. nach Bartolomeyczik u. a. 1993: 89) und im Ergebnis des Pretests die beiden Items Behandlungsmisserfolge und hoher organisatorischer Aufwand aufgelistet. Zusätzlich finden entsprechend der Ausrichtung des Forschungsansatzes sechs Mobbinghandlungen nach Leymann

91 Hier wird ausgeführt, dass das Instrument in der Originalversion „24 Konfliktsituationen enthält“, die den beruflichen Alltag im Krankenhaus beschreiben „sowie einige über die direkte Arbeitssituation hinausreichende, mit der Arbeit jedoch zusammenhängende Konfliktmöglichkeiten“. Im Ergebnis mehrfacher Anwendung der Skala und faktorenanalytischer Zusammenfassungen liegt nunmehr ein Meßmodell mit zwölf Items vor (GESIS 2009-a).

(vgl. Abschnitt 2.2) in der Liste der Belastungsfaktoren Berücksichtigung. Neu ist die Gegenüberstellung individueller und stationärer Belastungsfaktoren.

Der Fragekomplex zu **Führungsstilen** geht in zwei Richtungen. Es wird sowohl nach der Personalführung der Station gefragt, als auch nach der Unternehmensführung des gesamten Klinikums. Vorgegeben sind jeweils vier Antwortkategorien, die – stark vereinfacht – verschiedene Führungsstile abbilden. Dabei sind Operationalisierungen für einen autoritär/patriarchalischen oder demokratisch/partizipativen bzw. einen unkontinuierlichen oder einen bürokratischen Führungsstil formuliert (vgl. Kapitel 2.3).

Die unter den Themengebieten **Arbeitsklima**, **Aufgabenformulierung** und pflegerische **Entscheidungsfindung** aufgelisteten Items haben eher additiven Charakter. Das heißt, hier fließen jene Aspekte ein, die im Kapitel Spannungsfelder im Berufsalltag Pflegender (2.2) als relevant herausgearbeitet sind, ohne dass für die Verbindung der einzelnen Ausprägungen theoretische Rahmungen gesetzt werden können. Es ergeben sich die folgenden Schwerpunkte:

- Der Kosten- und der daraus resultierende Zeitdruck für die Pflegenden,
- die Auswirkungen der Hierarchien,
- Formulierung von Aufgaben,
- die Möglichkeit und der Umfang eigenverantwortlich pflegespezifische Entscheidungen zu treffen und
- die (subjektiv empfundene) Anerkennung des Berufsstandes (vgl. Kapitel 2.2.4).

Bei der Entwicklung der Items bezüglich des **Arbeitsklimas** ist ein Instrument zur Erfassung vom Organisationsklima „bezüglich struktureller Merkmale des Arbeits- und Kommunikationsflusses“ und des „Vorgesetzten/Untergebenenverhältnisses“. recherchiert worden. Das Instrument ist von Wilpert und Rayley 1983 mit Blickrichtung auf „Auswirkungen unterschiedlicher formaler Mitbestimmungsmodelle, aber auch zusätzlicher Merkmale wie Technologie, Organisations- und Personalstruktur eines Unternehmens“ entwickelt worden (Wilpert & Rayley 1983: 11 nach GESIS 2009-a). Übernommen sind, jedoch in vereinfachter Formulierung, nur der zeitliche Aspekt des Arbeitsklimas und das Engagement Vorgesetzter für ihre Mitarbeiter. Da im zugrunde liegenden Forschungsansatz im Unterschied zum Betriebs- oder Organisationsklima stärker die einzelne Pflegekraft statt das Unternehmen insgesamt fokussiert werden soll, sind die anderen Items nicht berücksichtigt.

3.1.2.3 Subjektpositionen

Die Subjektpositionen sind mit Fragebogenitems erhoben, die schon in anderen Untersuchungen zur Anwendung kamen und von GESIS-ZUMA[92] als Fragebogenvarianten gelistet werden. Damit sollte auf gesicherte Fragebogenformulierungen zurückgegriffen werden.

Die **Stimmungsskala** ist aus der Liste verwendeter Fragebogenitems von GESIS-ZUMA übernommen. Die Stimmungsskala wird hier als siebenstufige bipolare Ratingskala mit den Polen ‚sehr gut' und ‚sehr schlecht' vorgestellt (vgl. ZUMA 2000).

Die Skala zur Erhebung der **Wichtigkeit** verschiedener **Lebensbereiche** wird in etwas kompakterer Form und mit einer Skala mit sieben Antwortmöglichkeiten in mehreren ALLBUS[93] Erhebungen verwendet. Im Unterschied zum ALLBUS werden die Items ‚Familie und Kinder', ‚Beruf und Arbeit' sowie ‚Politik und öffentliches Leben' in Einzelitems getrennt (ZUMA 2000).

Der Fragebogenkomplex zur **Wichtigkeit** verschiedener **Berufsmerkmale** ist ebenso aus dem ALLBUS entnommen. Auch hier kommt ursprünglich eine siebenstufige Antwortskala mit den Polen ‚unwichtig' bis ‚sehr wichtig' zur Anwendung. Übernommen sind zwölf von insgesamt 13 Items. Zusätzlich zu der Wichtigkeit der einzelnen Ausprägungen wird hier in Erweiterung der Herangehensweise im ALLBUS erfragt, inwieweit diese Aspekte der beruflichen Situation als zutreffend eingeschätzt werden.

Die Items zur **Zufriedenheit** mit verschiedenen Aspekten des beruflichen Alltags (und der allgemeinen Lebenssituation) sind in komplexerer Weise von Oswald Neuberger entwickelt worden und werden bei der Messung zur Arbeitszufriedenheit verwendet. Die einzelnen Dimensionen Zufriedenheit mit Kollegen, Vorgesetzten, Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Entwicklungsmöglichkeiten, Bezahlung, Einteilung der Arbeitszeit, Organisation und Leitung[94],

---

92 Das Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) bietet verschiedene Serviceleistungen an. Eine dieser Serviceleistungen ist die Veröffentlichung einer Liste verwendeter Fragebogenitems in einem Skalenhandbuch, das als Freeware zum Download angeboten wird (vgl. ZUMA 2004 und GESIS 2009-a). GESIS bündelt unter seinem Dach unterschiedliche, bis dato eigenständige, Institute. Im Jahre 2008 ist das Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), das ursprünglich das Skalenhandbuch veröffentlichte - wie auch das Informationszentrum für Sozialwissenschaften (IZ) und das Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung (ZA) - in das Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) eingegangen (vgl. GESIS 2009).

93 Der ALLBUS ist eine jährlich seit 1980 vom zu GESIS gehörenden Datenarchiv für Sozialwissenschaften (früher Zentralarchiv für empirische Sozialforschung [ZA]) durchgeführte Studie. Sie enthält Informationen zu Einstellungen, Verhaltensweisen sowie sozialstrukturellen Merkmalen der Bevölkerung in Deutschland. Die Fragen decken ein breites Spektrum soziologisch relevanter Themenstellungen ab. Für Westdeutschland liegen Zeitreihen über die gesamte Laufzeit des ALLBUS vor, für Ostdeutschland reichen die Messungen bis ins Jahr 1991 zurück, d.h. bis kurz nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten (vgl. ZUMA 2000, ZA 2000 und GESIS 2009).

94 Bei Neuberger werden Organisation und Leitung in einem Item zusammengefasst (vgl. ZUMA 2000).

mit Personalführung, Arbeitsklima und der Anerkennung im Team werden übernommen. Ebenso die allgemeineren Ausprägungen Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Leben insgesamt (vgl. Neuberger 1974: 218 ff. und GESIS 2009-a).

3.1.2.4 Konflikt- und Mobbingvariablen

Für die Konflikt- und die Mobbingvariablen konnten keine gelisteten und gesicherten Skalen verwendet werden, da diese nicht in der Form vorliegen, um zur Beantwortung der zentralen Forschungsfragen verwendet werden zu können.

Es sind in Anlehnung an die Konflikt- bzw. Führungsstile nach Blake & Mouton (vgl. Kapitel 2.3.4) Items formuliert worden, die – stark vereinfacht – fünf verschiedene Stile des **Konfliktumgangs** im pflegerischen Arbeitsumfeld abbilden sollen (vgl. Blake u. a. 1964: 13 und Blake & Mouton 1985: 15ff.). Es ergeben sich: Ein Konfliktvermeidungsstil, ein Kompromissstil, ein autoritärer Konfrontationsstil, ein Stil kooperativer Konfliktlösung und ein neutraler Anpassungsstil. In der nachfolgenden Übersicht werden die einzelnen Items sowie die Zuordnung zu diesen Konfliktstilen dargestellt.

Abb. 21: Items zum Konfliktumgang

Items zum Konfliktumgang	Zuordnung zu Konfliktstilen
- wird eher oberflächlich geglättet	- Konfliktvermeidungsstil
- wird durch Verhandeln nach Kompromissen gesucht	- Kompromissstil
- wird die Situation durch Autorität (z. B. durch ein Machtwort) beendet	- autoritärer Konfrontationsstil
- wird die Situation offen und genau analysiert	- Stil kooperativer Konfliktlösung
- wird Neutralität gewahrt	- neutraler Anpassungsstil

Die Items zur Erfassung des subjektiven **Erfahrungshorizonts** und des Kenntnisstandes zum Begriff **Mobbing** werden aus den Studien von der Autorin dieser Dissertationsschrift (Drygalla 1997) sowie Voigtländer und Böttcher (1998) in unveränderter Form übernommen, um eine Gegenüberstellung der Ergebnisse zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.1.3.4).

Zur Erfassung der **Mobbinghandlungen** ist auf der Grundlage der 45 Mobbinghandlungen von Heinz Leymann eine Itembatterie entwickelt worden (vgl. Leymann 1993: 33f.). Dafür sind die von ihm aufgelisteten Mobbinghandlungen um die verschiedenen Dimensionen bereinigt[95] und nach Vorliegen der Ergebnisse des Pretests auf insgesamt

95 Im Kapitel 2.1.3.1 wird gezeigt, dass von Leymann verschiedene Dimensionen der Akteure von Mobbinghandlungen explizit oder implizit aufgemacht werden (Kollegen vs. Vorgesetzte), ohne dass er diese analytische Dimension bei den verschiedenen Handlungen durchzieht.

34 Handlungen reduziert worden. Berücksichtigt werden zwei Perspektiven: Opfer und Beobachter werden befragt, in welcher Häufigkeit aufgelistete Handlungen – zeitlich eingegrenzt auf das letzte Jahr – erlebt bzw. beobachtet worden sind. Hierzu kann auf einer Fünfer-Skala jeweils angegeben werden, ob diese Handlungen nie, einmal, über Tage, über Wochen oder fast immer beobachtet, bzw. im Sinne einer Betroffenheit selbst erlebt worden sind. Des Weiteren werden zwei geschlossene Fragenkataloge zum Thema Arbeitsplatzkonflikte und Mobbing aufgenommen. Erfragt wird erstens, von welchen Personen, Institutionen oder Personengruppen im Falle eines Arbeitsplatzkonfliktes Hilfe erwartet wird; zweitens, welche Personen oder Personengruppen im letzten Jahr von Mobbing betroffen gewesen sind. Darüber hinaus wird offen nach einem individuellen Begriffsverständnis zum Thema Mobbing gefragt.

3.1.3 Forschungshypothesen

Es wird in den vorangestellten Ausführungen der Kapitel Forschungsfeld, Forschungsgegenstand und theoretische Rahmung gezeigt, dass sich aus der Zusammenführung der Deskription der (aktuellen) Situation von Pflegenden in Universitätskrankenhäusern, der theoretischen Analyse des Begriffs Mobbing und der Einbettung in theoretische Hintergründe zahlreiche offene Fragen und Hypothesen formulieren lassen. Im folgenden Abschnitt werden diese zu Forschungshypothesen zusammengefasst.

3.1.3.1 Forschungshypothesen zur Zielvariablen Mobbing

Wie im Kapitel 2.1.8 ausgeführt und bei der Entwicklung des Fragebogens berücksichtigt, lassen sich die zentralen Forschungsfragen bezüglich Mobbing in drei verschiedene Hauptrichtungen operationalisieren: **Erstens** geht es um subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten, **zweitens** um empirische Mobbing-Begriffsverständnisse und **drittens** soll zur empirischen Erfassung der Mobbinghandlungen eine Erweiterung der Perspektiven einfließen. Die Hypothesen zum Themengebiet Mobbing werden in der Reihenfolge dieser Dreiteilung im Folgenden zusammengestellt.

Hypothese eins: Es gibt einen Erfahrungshorizont für Mobbingsituationen und es lassen sich unterschiedliche Perspektiven im Sinne subjektiv empfundener Betroffenheit (Opfer, Beobachter und Täter) aufzeigen.

Hypothese zwei: Die einzelnen Perspektiven sind miteinander verflochten. Vermutet wird, dass die Personen, die sich selbst als Mobbingtäter sehen auch über Erfahrungen als Betroffene und/oder Beobachter verfügen.

Hypothese drei: Trotz dieser Verflechtung unterschieden sich die Personengruppen, die sich diesen Perspektiven zuordnen lassen, signifikant voneinander. Dies zeigt sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Zusammensetzung sowie ihrer Angaben zum Arbeitsverhältnis und der Arbeitssituation.

Hypothese vier: Vermutet wird, dass sich ein Begriffsverständnis innerhalb der Stichprobe finden lässt, das verschiedene Dimensionen im Blick hat, und dass sich Unterschiede der individuellen Begriffsverständnisse in Abhängigkeit vom eigenen Erfahrungshorizont aufzeigen lassen.

Hypothese fünf: Die empirische Erfassung von Mobbinghandlungen lässt sich multiperspektivisch über ein Kontinuum realisieren, das aus den Perspektiven Mobbingopfer und Mobbingbeobachter und unter Einbeziehung des zeitlichen Aspekts zu konstruieren ist.

3.1.3.2 Forschungshypothesen zum Berufsalltag

Diese Zielvariablen sollen nicht eigenständig betrachtet, sondern eingebettet in den beruflichen Alltag der Befragten empirisch erfasst werden. Die folgenden Hypothesen lassen sich formulieren:

Hypothese sechs: Die Unsicherheit, die sich aus den stetigen Änderungen und der Unklarheit über zukünftige Gestaltungssysteme ergibt, hat Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika. Dieser ist geprägt von knappen zeitlichen und personellen Ressourcen.

Hypothese sieben: Männer finden sich auf anderen Hierarchieebenen bzw. in anderen betrieblichen Positionen als Frauen.

Hypothese acht: Unterschiede in der Einschätzung des beruflichen Alltags finden sich im Vergleich der einzelnen Universitätsklinika, im Ost-West-Vergleich sowie zwischen den Geschlechtern.

3.1.3.3 Zusammenhänge zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen

In einem weiteren Schritt sollen Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Zielvariablen (Mobbing) und Kontextbedingungen zusammengestellt werden.

Hypothese neun: Das Vorkommen von Mobbinghandlungen korreliert mit Belastungssituationen, Führungs- und Konfliktstilen, Arbeitsklima und der Aufgabengestaltung. Je stärker die arbeitsbelastenden Faktoren, um so stärker die subjektive Wahrnehmung von Mobbing.

Hypothese zehn: Die Stellung von PflegedirektorIn im Klinikumsvorstand und eine erfolgte Rechtsformänderung haben Auswirkungen auf das Mobbingerleben.

Hypothese elf: Eine Veränderung der Kontextbedingungen des Berufsalltags bewirkt auch eine veränderte Mobbingwahrnehmung, aber die Korrelationen (und die Ausrichtung dieser) bleiben, im Längsschnitt beobachtet, bestehen.

Dieser Hypothesenkatalog ist aus den theoretischen Vorüberlegungen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2) entwickelt worden. Inspiriert durch die Vorgehensweise von Strauss und Corbin soll die weitere Vorgehensweise keiner strengen ‚Vorher- Pflicht' unterworfen werden. Vielmehr sollen Hypothesen – mit Mut zur Offenheit bei der Generierung – ebenso aus dem Prozess der Auswertung entstehen und geprüft werden können.

3.1.4 Auswertungsmodell und statistische Verfahren

Das Kapitel Auswertungsverfahren verfolgt die Zielrichtungen der Entwicklung eines Auswertungsmodells, das die Überprüfung der im Kapitel 3.1.3 zusammengestellten Hypothesen ermöglicht. Zielvariablen sind drei zu entwickelnde Variablenkonstrukte zum Thema Mobbing mit folgenden Inhalten: Subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten, empirische Mobbing-Begriffsverständnisse und Mobbinghandlungen multiperspektivisch erfasst.

Dieses Modell lässt sich in vier Hauptteile gliedern: Die ersten drei sind jeweils Teilmodelle zur Entwicklung der Zielvariablen Mobbing (Mobbingerfahrungshorizonte, Mobbinghandlungen und individuelle Begriffsbestimmungen). Das vierte Teilmodell widmet sich der Prüfung von Zusammenhängen zwischen diesen Zielvariablen und verschiedenen Kontextbedingungen. Der folgende Text gliedert sich in zwei Teile. Zunächst werden die Teile des Auswertungsmodells vorgestellt, die die Zielvariable Mobbing zum Inhalt haben. Danach wird das Auswertungsmodell zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen entwickelt.

3.1.4.1 Auswertungsmodell zur Zielvariablen Mobbing

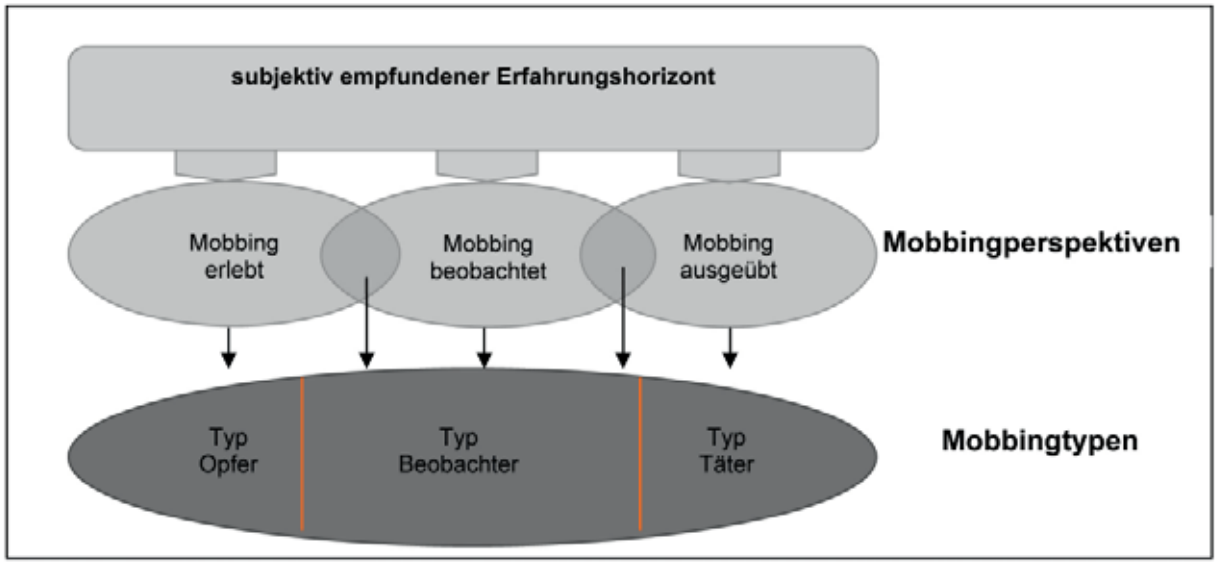
In dem entwickelten Erhebungsbogen wurde eine Frage formuliert, die den individuell und subjektiv eingeschätzten **Erfahrungshorizont** und die jeweilige Perspektive eigener Mobbingerlebnisse abfragt. Hierbei wurden drei mögliche Perspektiven für Mobbingerlebnisse vorgegeben. Zum Ersten die eigene Betroffenheit, zum Zweiten das Beobachten von Mobbinghandlungen und zum Dritten die eigene Täterschaft. Die Antwortvorgaben waren als Multiple-Choice-Form gestaltet, wobei es möglich war, nur eine Perspektive als zutreffend anzugeben, aber auch zwei oder alle Perspektiven

anzukreuzen. Es wurde keine Definition des Begriffes vorgegeben, sodass hier die jeweils vorhandenen individuellen Begriffsverständnisse der Befragten zugrunde gelegt werden können.

Die Antworten auf die Frage zu dem subjektiv empfundenen Erfahrungshorizont soll in mehrfacher Hinsicht ausgewertet werden (Abb. 22). Einmal geht es darum herauszufinden, ob und aus welcher Perspektive sich die Befragten aus ihrem Verständnis heraus mit Mobbingproblemen konfrontiert sahen.

In einem zweiten Arbeitsschritt soll untersucht werden, wie sich die einzelnen Perspektiven zueinander verhalten, ob und inwieweit sie miteinander verflochten sind. Aus diesen Mobbingperspektiven sollen im dritten Schritt – unter Beachtung dieser Verflechtung – Mobbingtypen entwickelt und miteinander verglichen werden.

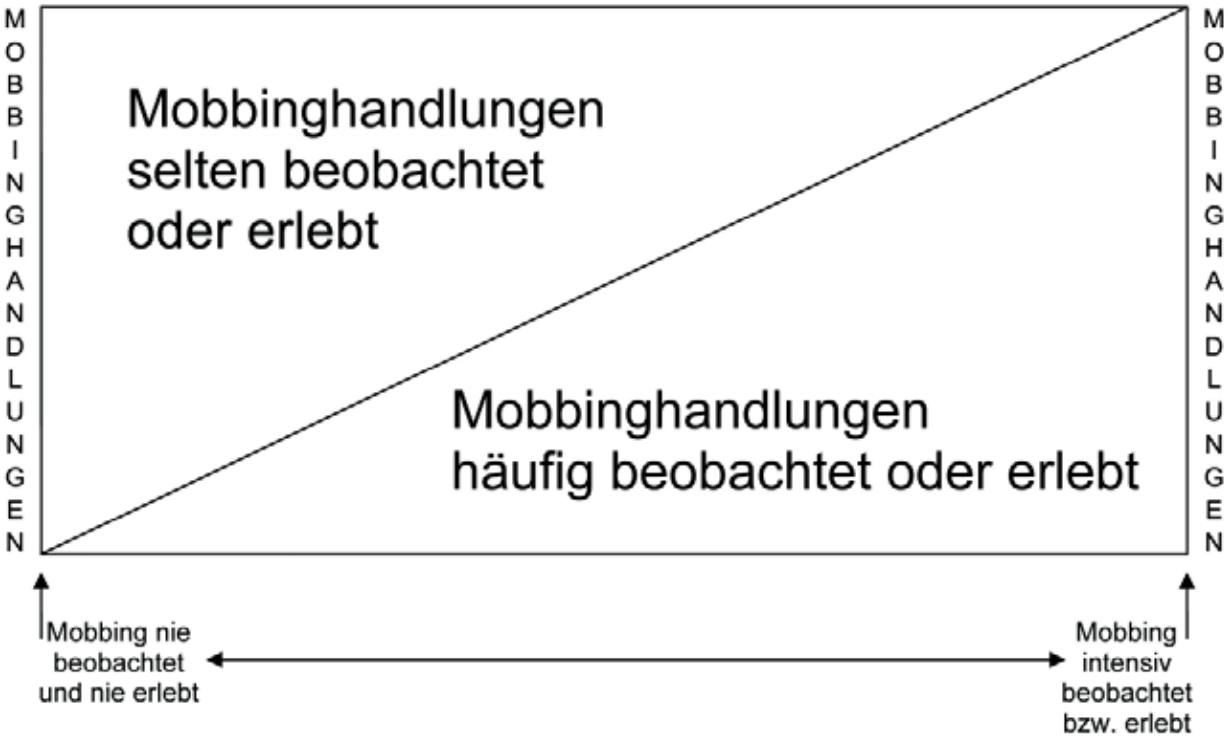
Abb. 22: Auswertungsmodell zu Mobbingtypen (Opfer, Beobachter, Täter)



Ein weiterer Schwerpunkt im Fragebogen ist auf Mobbinghandlungen gerichtet. Dabei werden zwei Perspektiven berücksichtigt: Opfer und Beobachter werden befragt, in welcher Häufigkeit aufgelistete Handlungen erlebt bzw. beobachtet worden sind, eine zeitliche Eingrenzung erfolgt dabei auf das letzte Jahr.

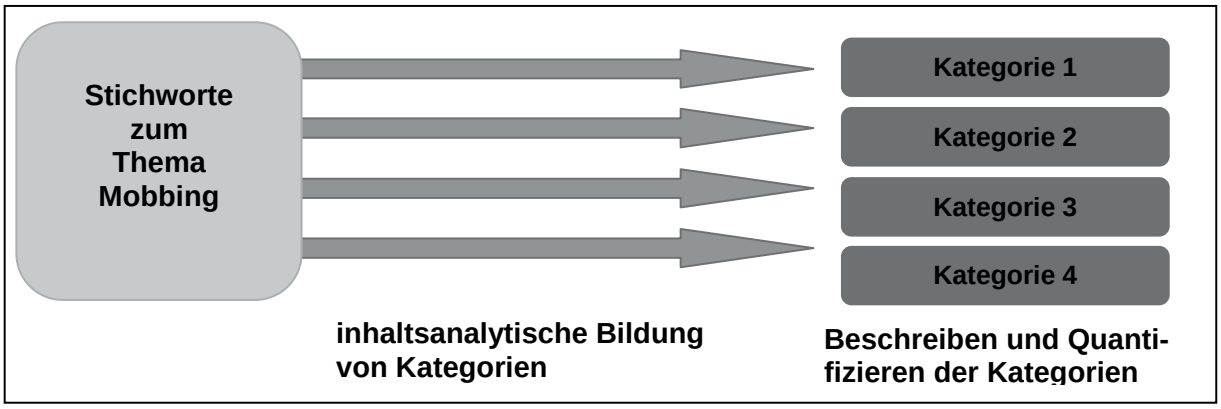
Ziel ist es, über einen Summenscore ein statistisches Kontinuum von beobachteten und erlebten Mobbinghandlungen zu konstruieren, das sich zwischen den Polen ‚Mobbing nie beobachtet und nie erlebt' und ‚Mobbing intensiv beobachtet bzw. erlebt' aufspannt (Abb. 23).

Abb. 23: Auswertungsmodell zu einem Kontinuum von Mobbinghandlungen



In einer offenen Frage des Erhebungsbogens wird nach Stichworten gefragt, die die Pflegenden mit dem Thema Mobbing verbinden. Die Antworten zu den so ermittelten Dimensionen individueller **Begriffsbestimmungen** zum Thema Mobbing sollen wie folgt ausgewertet werden:

Abb. 24: Auswertungsmodell zu Dimensionen individueller Begriffsbestimmungen

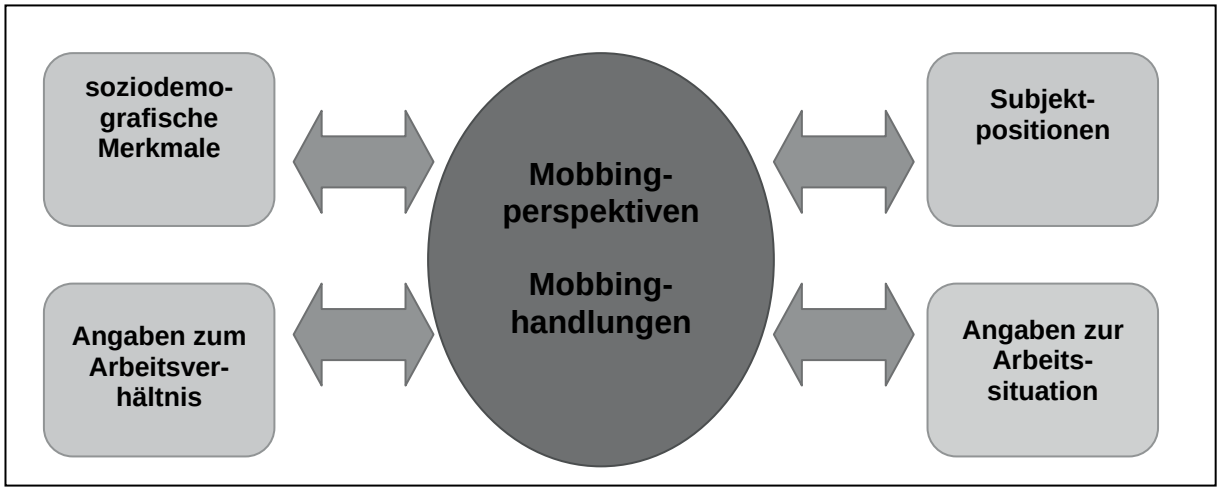


Die abgebildeten Begriffsverständnisse werden zunächst inhaltsanalytisch zusammengefasst, die induktiv zu bildenden Kategorien dann beschrieben, kodiert und quantifiziert.

3.1.4.2 Auswertungsmodell zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen

Zentrales Ziel der durchgeführten Befragung ist es herauszufinden, ob sich Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Mobbing und Kontextbedingungen des beruflichen Alltags statistisch nachweisen lassen. Hierzu werden Zusammenhangsuntersuchungen zwischen den (abhängigen) Zielvariablen Mobbingtypen bzw. Mobbinghandlungen und folgenden (unabhängigen) Kontextbedingungen realisiert: soziodemografische Merkmalen, Angaben zur Arbeitssituation und zum Arbeitsverhältnis sowie Subjektpositionen. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht dies.

Abb. 25: Auswertungsmodell zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen



Um eine Verbindung verschiedener Kontextbedingungen in der Analyse berücksichtigen zu können, sollen neben bivariaten auch multivariate Verfahren zur Anwendung kommen. In den nächsten Abschnitten wird noch einmal darauf eingegangen, welche statistischen Verfahren zur Auswertung herangezogen werden.

3.1.5 Statistische Verfahren der Auswertung

In dem Kapitel geht es darum, die statistischen Verfahren kurz vorzustellen, die zur Datenanalyse herangezogen wurden[96]. Dabei ist es nicht das Ziel einen vollständigen Überblick über einzelne Verfahren zu geben. Vielmehr soll der Schwerpunkt auf die

96 Die Auswertung der Fragebögen erfolgt mit dem statistischen Auswertungsprogramm SPSS Version 9.0 und 13 und dem Zusatzmodul Chaid.

Begründung der Auswahl und die Erläuterung des Aussagegehaltes sowie der Interpretationsmöglichkeiten der verwendeten Verfahren gelegt werden.

Zur Anwendung kommen zunächst Verfahren der **univariaten** Statistik. Hierunter werden alle Methoden verstanden, die nur eine einzelne Untersuchungsvariable betrachten.[97] Diese Verfahren dienen der Deskription des Antwortverhaltens zu einzelnen Variablen, im hier vorliegenden Fall sowohl zur Darstellung des Berufsalltags Pflegender als auch zu Mobbing. Antworten können prozentual, als Absolutnennungen oder – abhängig vom Skalenniveau – als Mittelwerte dargestellt werden. Mittelwerte dienen dabei dem Ziel, wichtige Eigenschaften einer Variablen[98] zusammenfassend zu charakterisieren. Welcher Mittelwert anzuwenden ist, hängt vom Skalenniveau der Variablen ab[99]. In der Regel wird in den vorgestellten Ergebnissen mit dem arithmetischen Mittel gearbeitet, dabei wird bei den vorliegenden Rating-Skalen von einer Intervallkontinuität ausgegangen.

Darüber hinaus werden Methoden der **bivariaten Statistik** angewendet. Hierbei geht es darum, zwei Variablen im Zusammenhang zu betrachten bzw. das Vorliegen eines Zusammenhangs zu überprüfen. Diese Verfahren kommen einerseits zur Anwendung, um im Rahmen der Beschreibung des Berufsalltags Pflegender verschiedene Teilpopulationen miteinander zu vergleichen. Andererseits wird damit der Zusammenhang zwischen Zielvariablen und Kontextvariablen überprüft, wie im Auswertungsmodell Teil vier (vgl. Abschnitt 3.1.3.2) beschrieben. Zur statistischen Prüfung von Zusammenhängen kann zwischen verschiedenen Verfahren und unterschiedlichen Zusammenhangsmaßen[100] gewählt werden.

---

97 SPSS ermittelt in allen Verfahren der univariaten Statistik zunächst die Anzahl der Fälle, die betrachtet werden und gibt des Weiteren an, wie viele davon ‚gültig' sind. Als gültig bezeichnet werden die Fälle, bei denen Angaben von den Befragten gemacht wurden, die ‚Missings' fallen heraus. Die relativen Häufigkeiten (prozentualen Ausprägungen) werden einmal bezogen auf alle Fälle insgesamt und einmal auf die gültigen Fälle berechnet (vgl. Voß 2000: 43 f.). Durch die Verwendung der gültigen Fälle wird eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Fragen oder zwischen verschiedenen Aspekten einer Frage ermöglicht und die Effekte der ‚Zeilensterblichkeit': werden dadurch ausgeschaltet. Bei Fragenkatalogen, die mehrere Einzelitems enthalten, werden die erstgenannten Items häufiger beantwortet, die Antwortbereitschaft nimmt i. d. R. von Item zu Item ab. Hier werden i. d. R. gültige Prozente verwendet, im Abweichungsfall wird gesondert darauf verwiesen.

98 Solche Eigenschaften sind eine zentrale Tendenz, d. h. die Mitte einer Verteilung, gegebenenfalls ihre Streuung. Die wichtigsten Maßzahlen dieser zentralen Tendenz sind das arithmetische Mittel, der häufigste Wert (Modus) und der Zentralwert, der ‚Median' (vgl. Voß 2000: 69 ff.).

99 Das arithmetische Mittel kann nur bei metrischen Skalen verwendet werden, für die Verwendung des Medians sollen mind. ordinal skalierte Werte vorliegen und der Modus kann für Nominalskalen verwendet werden.

100 Abhängig vom Skalenniveau kann unterschieden werden zwischen Chi-Quadrat-basierten Maßen (Nominalskalen), Rangkorrelationskoeffizienten von Spearmann (Ordinalskalen) und Korrelationskoeffizienten von Bravais und Pearson für metrische Skalen (vgl. Voß 2000: 145).

In der hier vorliegenden Dissertation werden bivariate Zusammenhänge mittels Chi-Quadrat-basierten Maßen geprüft. Mit Hilfe von Chi-Quadrat wird die Pearson'sche Prüfgrösse U ausgerechnet. Die Überschreitungswahrscheinlichkeit für U, die Asymptotische Signifikanz (AS), gibt an, ob die Nullhypothese der Gleichverteilung abgelehnt werden kann (vgl. Voß 2000: 203 f.). In sozialwissenschaftlichen Untersuchungen gilt die Regel, dass die Nullhypothese der Gleichverteilung abgelehnt werden kann, wenn die Asymptotische Signifikanz kleiner als 0,05 ist. In diesem Fall kann dann davon ausgegangen werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen zwei Größen gibt.[101]

Die Entscheidung für die Prüfung von Zusammenhängen mittels Chi-Quadrat ist erstens darin begründet, dass dieses Verfahren für alle Skalenniveaus geeignet ist. Ein weiterer Vorteil liegt in der Darstellungsmöglichkeit des Zusammenhangs in Kreuztabellen über den Vergleich von Verteilungen. Damit ist die Voraussetzung gegeben, einen gesicherten Zusammenhang (auch für Nichtstatistiker) nachvollziehbar zu visualisieren.

Bei den **multivariaten** Verfahren der Statistik können mehr als zwei statistische Untersuchungsvariablen gemeinsam betrachtet werden. Hier kamen Faktorenanalysen und das Verfahren ‚Answer Tree' aus dem SPSS-Zusatzmodul ‚Chaid' zur Anwendung.[102] Die Faktorenanalyse kann einmal die Aufgabe erfüllen Daten zu reduzieren. Darüber hinaus dient sie aber auch der Entwicklung neuer Hypothesen, indem sie zusätzliche Faktoren erkennt, die sich sozusagen hinter den erhobenen Items verbergen (vgl. Voß 2000: 267ff.). Letztlich geht es darum, durch Einbeziehung mehrerer Variablen zu umfassenderen Ergebnissen zu kommen und durch Datenreduktion ein überschaubares Bild zu bekommen (vgl. Voß 2000: 268). Gearbeitet wird hier mit dem Verfahren der Hauptkomponentenanalyse. Dabei wird als erster Faktor einer Faktorengruppe derjenige extrahiert, der den größten Teil der Streuung aller Variablen statistisch erklärt und damit jener Faktor, der die Gruppe am stärksten beschreibt.

Darüber hinaus wird das Entscheidungsbaumverfahren ‚Answer Tree' aus dem SPSS-Zusatzmodul Chaid zur multivariaten Auswertung verwendet. Hier wird eine abhängige, (die Zielvariable) mit einer Reihe von unabhängigen Variablen (Prädiktoren) im Zusam-

---

101 Die Asymptotische Signifikanz basiert auf der Annahme, dass der Datenumfang so groß ist, dass eine Verteilung über die einzelnen Felder einer Kreuztabelle und die Berechnung der Zusammenhangsmaße gewährleistet sind. Wenn ein Datensatz klein oder schlecht verteilt ist, ist dies möglicherweise kein guter Hinweis auf Signifikanz (vgl. SPSS 11.5). Das Programm SPSS gibt dann eine entsprechende Warnung heraus. Zusammenhänge werden in der Dokumentation der Ergebnisse nur dann ausgewiesen, wenn die Verteilung des Datensatzes auf die einzelnen Zellen der Kreuztabelle gewährleistet ist. In Ausnahmefällen (i. d. R. bei metrischem Skalenniveau) wird ein Zusammenhang mit Mittelwertvergleichen realisiert, hier ist entsprechend die ANOVA Signifikanz angegeben.

102 Die multiple Regression als ein weiteres Verfahren der multivariaten Statistik ist nicht geeignet, weil Kollinearität (Abhängigkeit zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen) nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Voß 1997: 177).

menhang betrachtet. Für dieses Verfahren spricht erstens die Übersichtlichkeit. Von Matilde Bahrmann wird hierzu formuliert: „‚Answer Tree' ist sicherlich dasjenige von den multivariaten Verfahren, dessen Ergebnis am übersichtlichsten und damit relativ mühelos zu interpretieren ist" (Bahrmann 2002:76). Erstellt wird eine Visualisierung in Form eines Entscheidungsbaums, in deren Stammknoten alle Fälle der Stichprobe bzw. die Zielvariablen enthalten sind. Ausgehend von diesem Stammknoten wird die Stichprobe nun in sich ausschließende Untergruppen aufgeteilt. Hierbei entsteht eine Rangfolge, denn die Merkmale, die den höchsten Einfluss auf die Zielvariable haben, werden als erstes verzweigt; als Kriterium wird der Chi-Quadrat-Test herangezogen. Die Aufteilung wird hier so weit fortgeführt „bis keine signifikanten Prediktoren mehr gefunden werden" (Bahrmann 2002:75). Zweitens sprechen für das Verfahren ‚Answer Tree', dass die Anzahl der möglichen Merkmalsausprägungen je Prediktor mit bis zu 31 sehr hoch ist (vgl. Universität Trier 1988: 5 nach Bahrmann 2002: 76), auf das Skalenniveau keine Rücksicht genommen werden muss und Abhängigkeiten zwischen den Prediktoren unproblematisch sind (vgl. Vavrik 1990: 78 ebenfalls nach Bahrmann 2002: 76).

Auch wenn ein Großteil der im Erhebungsbogens gestellten Fragen in Form von geschlossenen Fragestellungen mit vorgegebenen Antwortkategorien formuliert sind, werden doch einige Fragen des Fragebogens teilweise offen gestaltet. Hier kann eine Liste vorgegebener Items von den Befragten ergänzt werden. Drei Fragen des Erhebungsbogens sind gänzlich offen, ohne Vorgabe von Antwortmöglichkeiten formuliert. Folgende Vorgehensweise wird für die Auswertung der **offenen Fragen** realisiert. Zunächst werden alle Antwortmöglichkeiten schriftlich erfasst, die weitere Auswertung wird wie folgt vollzogen:

- Bei den Fragen, wo die offenen Antwortmöglichkeiten zur Ergänzung der vorgegebenen Items verwendet sind, werden diese – wenn angezeigt – den Vorgaben zugeordnet. Die verbleibenden Nennungen werden quantifiziert.
- Bei der offenen Frage zur Erhebung der Dimensionen des individuellen Begriffsverständnisses werden die Antwortmöglichkeiten in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Kapitel 3.2.2) ausgewertet (vgl. Mayring 2003). Aus den Aspekten der Antworten werden inhaltliche Gruppen gebildet, in denen möglichst viele der gegebenen Antwortmöglichkeiten inhaltlich zusammengefasst werden können. Die einzelnen Antwortmöglichkeiten werden dann diesen Gruppen zugeordnet. Die entstandenen Gruppen werden sowohl inhaltsanalytisch beschrieben als auch in einer neuen Variablen zusammengefasst und quantifiziert. Für diese Frage ist ein Auswertungsmodell erarbeitet, das im Kapitel 3.1.4.1 vorgestellt wird.

3.1.6 Auswahl der Stichprobe und Repräsentativität der Ergebnisse der quantitativen Strategie

Ausgewählt wurden die Universitätsklinika – wie in Kapitel 3.1.1 gezeigt – abhängig von der Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen. Von insgesamt 35 in Deutschland ansässigen Universitätskrankenhäusern konnten so sechs in die Erhebung einbezogen werden. Eine Verteilung der Fragebögen erfolgte an alle in den sechs Häusern arbeitenden Pflegenden. Verteilt wurden insgesamt 8.000 Fragebögen, erreicht wurde eine Rücklaufquote von 11,5 Prozent. Wie von Noelle-Neumann gezeigt, ist ein generelles Problem bei schriftlichen Umfragen, dass der Rücklauf von jenen realisiert wird, die ein Interesse an der Thematik der Befragung haben (vgl. Noelle-Neumann 2000: 227f.). Wenn eine Stichprobe die Verteilung der Merkmale einer bekannten Grundgesamtheit mit großer Genauigkeit abbildet, dann kann man (über den statistischen Repräsentationsschluss) auch davon ausgehen, dass bisher unbekannte Merkmale dieser Stichprobe mit der Grundgesamtheit in hoher Genauigkeit übereinstimmen (vgl. Noelle-Neumann 2005: 227). Übliche Verfahrensweise ist, dass die Stichprobe hinsichtlich bestimmter Merkmalsausprägungen mit der Grundgesamtheit verglichen (i. d. R. soziodemografischen Merkmalen) und bei Nichtübereinstimmung entsprechend gewichtet wird. Ein solcher Vergleich ist hier erfolgt, es konnte Übereinstimmung festgestellt werden, sodass sich eine Korrektur als nicht notwendig erwiesen hat.

In einem der sechs Universitätsklinika wurde im Abstand von sieben Jahren eine erneute Befragung durchgeführt, um Veränderungen der Mobbingwahrnehmung und der Kontextbedingungen zu untersuchen und die Ergebnisse der Hauptuntersuchung zu überprüfen. Die Ergebnisse von Haupt- und Nacherhebung werden im Kapitel 4 präsentiert. Die Verbindung der qualitativen und der quantitativen Herangehensweise wird noch einmal im Kapitel 3.3 aufgegriffen.

3.2 Qualitativer Teil. Experteninterviews zur Beschreibung des Berufsalltags der Pflegenden aus der Sicht der PflegedirektorInnen

Um das Forschungsfeld, in dem die Ergebnisse der durchgeführten Befragung positioniert und kontextuiert sind, genauer zu beschreiben, sind Experteninterviews[103] mit den PflegedirektorInnen der sechs in die Untersuchung einbezogenen Universitätsklinika geführt worden. Diese Gespräche sind in Form von problemzentrierten Leitfadeninterviews mit narrativen Anteilen realisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet worden.[104]

Die Experteninterviews dienen dem Zweck, mögliche Unterscheidungskriterien der Häuser herauszuarbeiten und zusätzliches Kontextwissen zur Beschreibung des Berufsalltages zu erarbeiten, das die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und der Dokumentenanalyse ergänzt. Die Vergleichbarkeit der Interviews wird über den gemeinsam geteilten institutionell-organisatorischen Hintergrund und über die leitfadenorientierte Interviewführung gesichert.

Abb. 26: Methodenverbindung bei der Führung und Auswertung der Experteninterviews

Für die Realisation und Auswertung der Experteninterviews werden zwei qualitative Forschungsansätze miteinander verbunden: Einmal das Verständnis für Experten und deren Wissen aus der Methode von Meuser und Nagel und zum Zweiten das Verfahren der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl Meuser & Nagel 1991: 441 ff. und Mayring 2003).

Aus der Methode von Meuser und Nagel werden der Expertenbegriff, die Strukturierung des Expertenwissens, der Aufbau und das Führen der Expertengespräche mit Hilfe eines offenen Leitfadens sowie einzelne Transkriptionsregeln entnommen. In Anlehnung an Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse wird die Auswertung in Form einer inhaltlichen Strukturierung unter Berücksichtigung deduktiver wie induktiver Formen der Kategorienentwicklung realisiert. Die Verknüpfung von Experteninterviews mit strukturierender Inhaltsanalyse

103 Hier wurde in Abweichung von der sonstigen Verfahrensweise darauf verzichtet, die gendersensible Form mit dem Binnen-I zu verwenden, da mit ‚Experteninterview' ein eingeführter Begriff der empirischen Sozialforschung verwendet wird.

104 Der Leitfaden findet sich im Anhang.

erfolgt deshalb, weil bei der Auswertung und für die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen weniger Interaktionsstrukturen und -muster eine Rolle spielen, als es bei der Methode von Meuser und Nagel der Fall ist, sondern die Gespräche dahingehend ausgewertet werden, welche (Sach-)Informationen sie enthalten (vgl. Meuser & Nagel 1991: 441 ff. und Mayring 2003).

In den nachfolgenden Abschnitten werden zunächst diese beiden Verfahren genauer beleuchtet.

3.2.1 Expertenbegriff und Expertenwissen

Bei der Führung und Auswertung der Experteninterviews bildet in Anlehnung an den Expertenbegriff von Meuser und Nagel im Unterschied zu anderen Formen des Interviews nicht die Gesamtperson[105] den Gegenstand der Analyse. Vielmehr steht im Vordergrund des Forschungsinteresses ein organisatorischer bzw. institutioneller Zusammenhang. Dieser Zusammenhang ist nicht identisch mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden Person(en), sondern die Interviewten stellen einen „Faktor“ des organisatorischen Zusammenspiels dar (Meuser & Nagel 1991: 442). Die PflegedirektorInnen werden im vorliegenden Fall als Informationsträger der Kontextbedingungen[106] der Arbeit der Pflegenden in den einbezogenen Organisationen befragt.

Meuser und Nagel trennen zwischen zwei Untersuchungslagen von Experteninterviews (Abb. 27): In Variante a bilden die ExpertInnen selbst die Zielgruppe der Untersuchung. Die Interviews sind dann entsprechend darauf angelegt, dass die ExpertInnen Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben. Diese Untersuchungslage ist im hier vorgestellten Forschungsvorhaben nicht von Relevanz. Vielmehr repräsentieren die ExpertInnen eine zur Zielgruppe komplementäre Handlungseinheit. Dieser Untersuchungsfokus entspricht Variante b. Die Interviews haben dann die Aufgabe, Informationen über Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe zu liefern. Die Experteninterviews bilden im Untersuchungsansatz der dieser Dissertationsschrift zugrunde liegt eine zusätzliche Datenquelle, um ergänzend zur Hauptdatenquelle der schriftlich durchgeführten Befragungen von Pflegenden die Kontextbedingungen zu bestimmen. Im Unterschied zur Variante a werden die Auswertungsschritte der Experteninterviews dann gestoppt, wenn

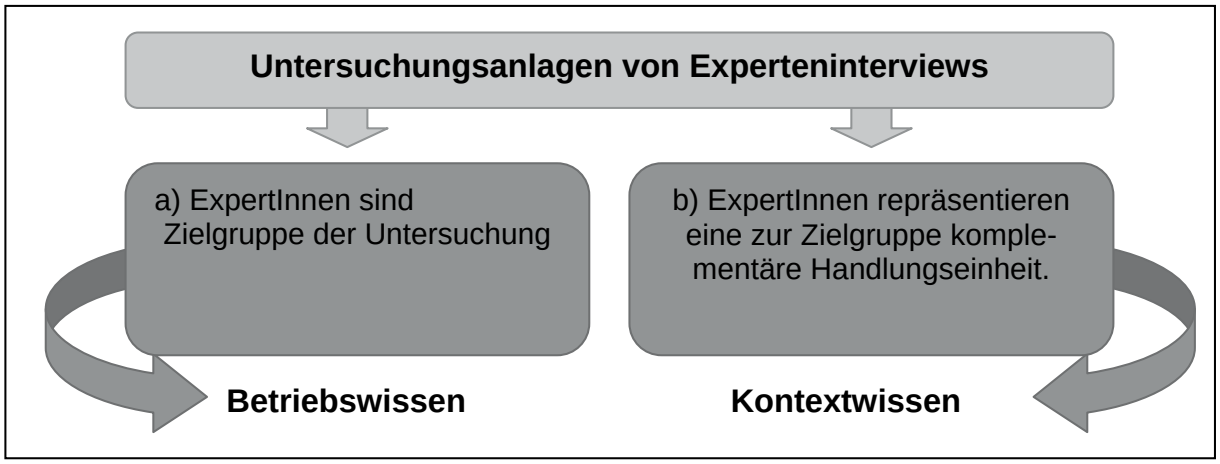
---

105 Was alternativ bedeuten würde, dass sie als Person mit ihren Orientierungen, Einstellungen und Reflexionen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhanges Gegenstand der Analyse wäre.

106 Ausgegangen wird bei der Analyse des Kontextwissens von der „Betrachtung eines überbetrieblichen sozialen Systems“, dessen Funktionieren durch die ExpertInnen „mit bedingt ist“. Vorausgesetzt wird dabei das „Vorhandensein von wechselseitigen Beziehungsmustern innerhalb dieses Systems, dessen Bestimmung jedoch in Beobachtungskategorien erfolgt und nicht im Rahmen theoretischer Erklärungsansätze“ (Meuser & Nagel 1991: 453f.).

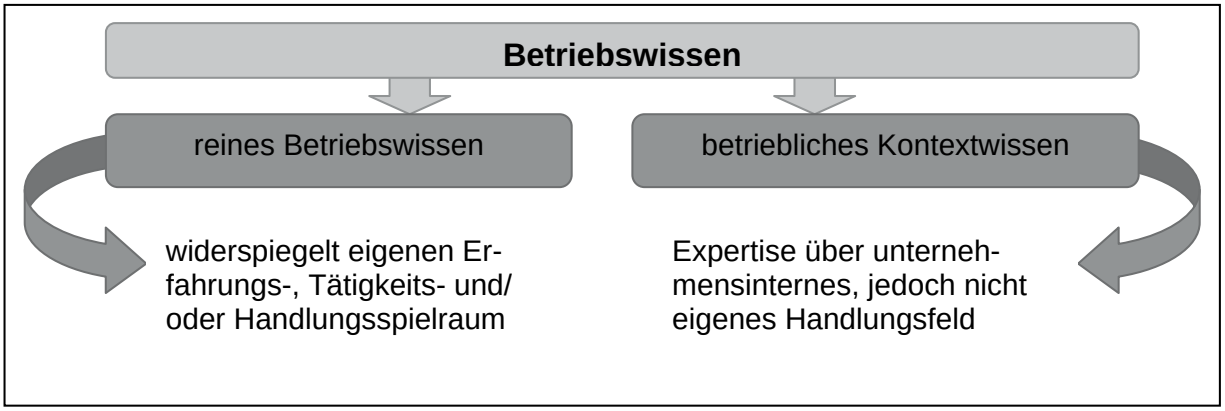
ihr Zweck erfüllt ist, also wenn die durch die Expertinnen gesetzten Bedingungen inhaltlich bestimmt sind, wenn Themen und Hypothesen für die weiteren (anderen) Auswertungsschritte realitätsgesättigt sind (vgl. Meuser & Nagel 1991: 445 ff.).

Abb. 27: Betriebswissen und Kontextwissen bei Experteninterviews



(eigene Darstellung nach Meuser und Nagel 1991: 453 f.)

Abb.28: Unterteilung Betriebswissen bei Experteninterviews



(eigene Abbildung in Erweiterung von Meuser 2002)

Allerdings liegt m. E. noch einmal ein spezieller Fall vor. Während Meuser und Nagel Kontextwissen eher außerhalb der Organisation der Experten angesiedelt sehen[107], geht es bei den durchgeführten Gesprächen mit den PflegedirektorInnen um Kontextwissen innerhalb der Organisation, um betriebliches Kontextwissen zu den Arbeitsbedingungen der Pflegenden in den Organisationen (Abb. 28).

107 Unterschieden wird in Kontextwissen, das ein „Metawissen“ abbildet, welches nicht den eigenen Arbeits-, Handlungs- und Entscheidungsbereich repräsentiert, sondern vielmehr als eine „Expertise“ über gesellschaftliche/ systemische Strukturen bezeichnet werden kann, in dem der Experte Mitglied ist, aber nicht Akteur. Im Gegensatz dazu bildet Betriebswissen den eigenen Erfahrungsnahraum ab (aus Methodenworkshop zbbs, Workshop mit Ulrike Nagel vom 17.01. - 19.01.2002 in Magdeburg).

3.2.2 Auswertung der Experteninterviews

Für die Auswertung dieses ExpertInnenwissens kommt eine weitere methodische Herangehensweise zur Anwendung.[108] Hier wird nach dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring gearbeitet, das von ihm im Rahmen einer großangelegten Interviewstudie entwickelt worden ist. Mayring zeigt im Rahmen seiner Qualitativen Inhaltsanalyse ein Bündel verschiedener Techniken oder Verfahrensweisen systematischer Textanalyse auf. Grundlage der zu analysierenden Texte ist eine (schriftlich) fixierte Kommunikation. Ziel der Analyse ist es, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation oder der Kommunikationsinhalte zu ziehen (Mayring 2003-2: 11f.).

Mayring unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens: Die Zusammenfassung, die Explikation (enge und weite Kontextanalyse) und die Strukturierung (vgl. Mayring 2000: 472 und 2003-2: 58). Die hier zum Einsatz kommende inhaltliche Strukturierung will Material zu bestimmten Themen und Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen (vgl. Mayring 2003: 85). Ziel ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern bzw. eine inhaltliche Struktur aus dem Material herauszuarbeiten und unter vorher festgelegten (oder m. E. auch aus dem Material induktiv gewonnenen) Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen. Hierbei kommen sowohl inhaltliche, typisierende als auch formale und skalierende Vorgehensweisen in Frage (vgl. Mielke 2003, Mayring 2000: 473, Mayring 2003: 82f.).

Zusätzlich wird eine Explikation (weite Kontextanalyse) durchgeführt und Zusatzmaterial, das über den Interviewtext hinausgeht, in die Auswertung einbezogen (vgl. Mayring 2003: 78). Hier werden Patienteninformationsbroschüren, Patientenratgeber, Selbstdarstellungen der Universitätsklinika im Internet, Geschäftsberichte und Leitbilder einbezogen. Alle zusätzlich verwendeten Quellen sind im Anschluss an die Transkripte aufgeführt.

Welche Inhalte und Themenbereiche aus dem Material herausgefiltert werden können, wird in zwei verschiedenen Herangehensweisen realisiert. Zum einen werden **deduktiv** durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien (und Unterkategorien) Inhalte aus dem Material extrahiert. Im Gegensatz dazu werden bei der **induktiven** Vorgehensweise die Kategorien – dem Offenheitsanspruchs der qualitativen Sozialforschung entspre-

---

108 Die Auswertung der Experteninterviews nach dem Verfahren von Meuser und Nagel wurde deshalb nicht gewählt, da in ihrem Verfahren eine deduktive Herangehensweise ebenso wenig vorgesehen ist, wie die Möglichkeit der ‚Ökonomisierung' des Verfahrens. Bei der Interpretation und Auswertung der Interviews besteht vielmehr der Anspruch, alle vorab angestellten Überlegungen und zu Grunde gelegten Theorien ‚zu vergessen' und mit einem größtmöglichen Offenheitsanspruch heranzugehen (aus ‚Autonomes Seminar' im Rahmen des zbbs-Graduiertenstudiums am 08.03.2003 in Großjena). Die formale, sprachliche und die strukturelle Ebene des Gespräches soll und muss nicht zur Interpretation herangezogen werden, da nicht die Handlungsebene der PflegedirektorInnen fokussiert wird, sondern die der Pflegenden. Die Handlungsebene der PflegedirektorInnen liefert eine Rahmung, keinen Schwerpunkt.

chend – aus dem Material „in einem Verallgemeinerungsprozess“ heraus entwickelt (Mayring 2003-1), ohne sich auf vorab entwickelte Theoriekonstrukte zu beziehen (Mayring 2003-2: 75). Die induktive Kategorienbildung ist, neben der von Mayring stärker herausgearbeiteten deduktiven Form, ein Instrument, das der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zugeordnet ist.[109]

Kategorien für die hier zur Anwendung kommende inhaltliche Strukturierung werden **erstens** deduktiv aus den zentralen Forschungsfragen und den theoretischen Vorüberlegungen hierzu (Kapitel 2.1 bis 2.3) entwickelt. **Zweitens** werden durch induktiv aus dem Interviewmaterial gewonnene Kategorien diese theoriegeleiteten Kategorien erweitert und zu einem Gesamtkategoriensystem zusammengeführt. Dieses Kategoriensystem wird im nächsten Arbeitsschritt an das Material herangetragen.

Dadurch ergibt sich eine Weiterentwicklung des Ablaufmodells der strukturierenden Inhaltsanalyse, wie es in der folgenden Abbildung (29) in Anlehnung an Mayring (2003: 47ff.) dargestellt wird.

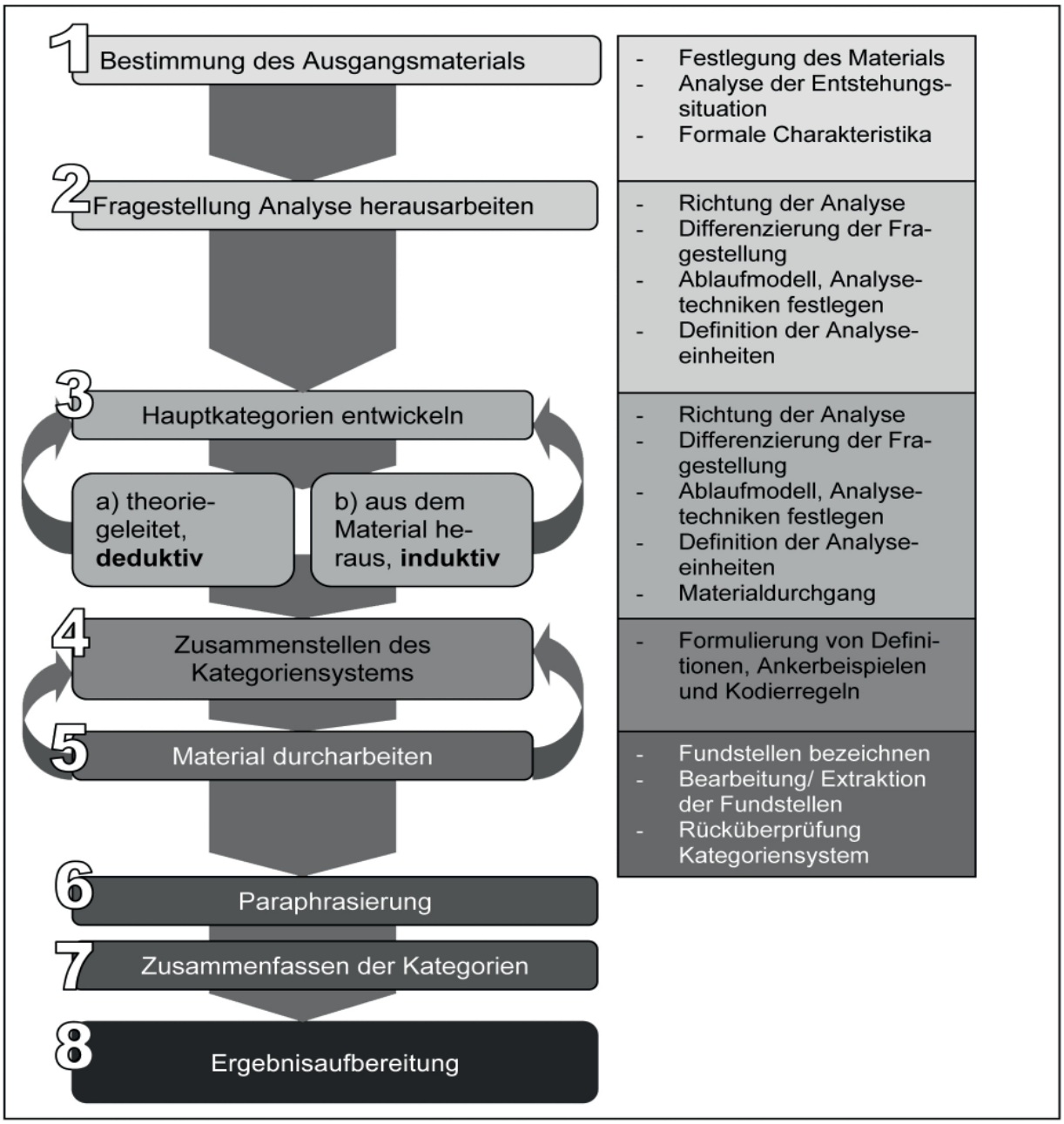
Der kreative (methodeninnovative) Anteil besteht darin, **erstens** eine Weiterentwicklung der Unterteilung Betriebswissen (nach Meuser und Nagel) in betriebliches Kontextwissen und reines Betriebswissen vorzunehmen und **zweitens** in der Verwendung der induktiven Kategorienbildung auch für die inhaltliche Strukturierung.

In den nächsten beiden Abschnitten geht es um die technische und organisatorische Realisation der Experteninterviews und um die Verwendung und Validierung der Ergebnisse.

---

109 Mayring geht seit seiner 6. Auflage der ‚Qualitativen Inhaltsanalyse‘ auch von einer induktiven Kategorienbildung aus. Im Gegensatz zur deduktiven Kategorienbildung, bei der das Auswertungsinstrument oder -raster durch theoretische (Vor)Überlegungen bestimmt wird, geht es bei der induktiven Kategorienbildung darum, die Kategorien direkt aus dem Material abzuleiten, ohne sich auf vorher formulierte Theoriekonzepte zu beziehen (vgl. Mayring 2003-2: 74 und 43). Allerdings geht er auf die induktive Entwicklung von Kategorien nur in einer von insgesamt vier Formen der Interpretation/Auswertung innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse ein, wodurch der Eindruck entsteht, dass sie auch dieser vorenthalten ist.

Abb. 29: Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring



(eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring 2003: 47-83)

3.2.3 Technische und organisatorische Realisation der Experteninterviews

Der Kontakt zu den sechs PflegedirektorInnen der untersuchten Universitätsklinika hat seit der Durchführung der schriftlichen Befragungen (im ersten Quartal des Jahres 2001) kontinuierlich bestanden. Im April 2002 ist eine Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt; hierzu ist ein ca. 40seitiges Ergebnisdokument auf CD gereicht worden. Dadurch hat zum Zeitpunkt der Interviewführung bereits Kenntnis über die Zielrichtung der Forschungsarbeit bestanden sowie die Bereitschaft, über die eigene Arbeit zu berichten. Die Gespräche mit den PflegedirektorInnen der sechs in die Untersuchung einbezogenen Universitätsklinika sind in Form offener Leitfadeninterviews geführt worden. Mit Hilfe eines Anfangsstimulus sind die PflegedirektorInnen gebeten worden, über ihre Arbeit zu erzählen. Dieser im Ergebnis des Anfangsstimulus zustande gekommene narrative Teil der Interviews fällt in den sechs geführten Gesprächen unterschiedlich lang aus. Der folgende Nachfragteil des Gesprächs bezieht sich auf diese Narration, hinterfragt zum Einen noch einmal detaillierter die von den Interviewten dargestellten Informationen. Zum Anderen können die Fragen des Gesprächsleitfadens gestellt werden, die im ersten Teil des Interviews noch nicht beantwortet worden sind.

Bei der Verschriftlichung der Gespräche werden aufwendige Notationssysteme vermieden, d. h. Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbal und sprachliche Elemente werden nicht verschriftlicht, da sie auch nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht werden. Abhängig von der leitenden Forschungsfrage[110] wird beim Transkribieren bereits inhaltsbezogen selektiv vorgegangen. In Anlehnung an die Transkriptionsregeln von Meuser und Nagel wird mit Blick auf die leitende Forschungsfrage entschieden, welche Teile des Interviews transkribiert und welche paraphrasiert werden sollen (vgl. Meuser & Nagel 1991: 455f.). Um einerseits eine vorschnelle Einordnung der Interviewinhalte in Kategorien zu vermeiden und andererseits nicht mit erheblich viel Aufwand mehr zu transkribieren, als zu analysieren (vgl. Meuser und Nagel 1991: 455, Mayring 1992: 28, Moser 1995: 182 und Kowal 2000: 443) wird im Einzelnen wie folgt vorgegangen:

Ziel ist es, die geäußerten Wortfolgen (verbale Merkmale), nicht jedoch die lautliche Gestaltung sowie redebegleitendes nichtsprachliches Verhalten festzuhalten. Transkribiert werden all jene Teile des Interviews, die eine Sachinformation enthalten. Wortwiederholungen und Füllwörter (ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen) werden dann ausgelassen, wenn das Gesamtverständnis der Aussage

110 Gerichtet auf die Beschreibung des Untersuchungsfeldes der sechs Universitätskrankenhäuser mit Fokus auf der Arbeitsweise der Pflegedirektionen, den Führungsphilosophien, dem Konfliktumgang und Gesprächsroutinen.

dadurch nicht beeinträchtigt wird. In einem weiteren Arbeitsschritt, der Paraphrasierung, werden alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile gestrichen, die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt und die Aussagen in eine grammatikalische Kurzform transformiert.

3.2.4 Verwendung und Validierung der Ergebnisse der qualitativen Strategie

Die Experteninterviews sind geführt worden, um zusätzliches Kontextwissen zu den Ergebnissen der schriftlichen Befragung zu bekommen, eine Beschreibung der Kontextbedingungen des beruflichen Alltags Pflegender aus Sicht der PflegedirektorInnen zu gewinnen und um die Sicherung der statistischen Daten aus der schriftlichen Befragung zu unterstützen. Die Inhalte der (analysierten) Experteninterviews gehen in verschiedenen Formen und mit unterschiedlichen Intensionen in die Arbeit ein. Sie bilden die Grundlage für:

Erstens die Beschreibung des Untersuchungsfeldes und den Vergleich der einbezogenen Universitätsklinika in den Kapiteln 4.1.1 und 4.1.2, **zweitens** die Deskription des Berufsalltags Pflegender aus der Perspektive der Pflegedirektionen im Kapitel 4.2.1 und **drittens** die Zusammenhangsuntersuchungen zwischen Mobbing und Berufsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika.

Dabei geht es darum, ergänzend zum Hauptteil der Untersuchung überblicksartig eine Beschreibung des Forschungsfeldes und des Berufsalltags aus der Perspektive der PflegedirektorInnen zu erarbeiten. Ziel ist es darüber hinaus, die Ergebnisse zur Arbeitssituation und zum Konflikterleben der Pflegenden einzubetten und zu kontextuieren. Dieser Teil der Ergebnisverwendung ist Hauptintension der Interviews. Ein weiterer Inhaltspunkt der Gespräche ist der Abgleich der soziodemografischen Daten der befragten Pflegenden mit der soziodemografischen Struktur aller im jeweiligen Universitätsklinikum arbeitenden Pflegenden. Aussagen hierzu finden sich im Kapitel 3.1.5.

Die Gültigkeit der Ergebnisse, insbesondere der Interpretationen kann man u. a. dadurch prüfen, dass sie den Interviewten nochmals vorgelegt werden. Diese in der englischen Literatur als ‚member check' diskutierte Form der qualitativen Validierung[111] lässt durch die untersuchten Personen eine Bewertung der Gültigkeit vornehmen.

111 In der Diskussion um Qualitätskriterien qualitativer Forschung lassen sich nach Steinke drei Positionen ausmachen: In der ersten Position werden quantitative Kriterien auch für die qualitative Forschung zugrunde gelegt, in der zweiten Position werden eigene Kriterien für qualitative Forschung erarbeitet und die dritte (postmoderne) Position argumentiert generell gegen die Möglichkeit, Qualitätskriterien für qualitative Forschung zu formulieren (vgl. Steinke 2000: 319 ff.). Die Form der kommunikativen Validierung qualitativer Forschungsergebnisse lässt sich der Position „Eigene Kriterien der qualitativen Forschung" zuordnen.

Wenn diese sich in den Analyseergebnisse wiederfinden, kann das als Indiz für abgesicherte Ergebnisse gewertet werden (vgl. Wiesinger 2003: 27, Steinke 2000: 320 und Mayring 2003: 109 ff.). Diese Form der kommunikativen Validierung wird für die geführten Interviews gewählt, um die (aktuelle) Gültigkeit zu überprüfen.

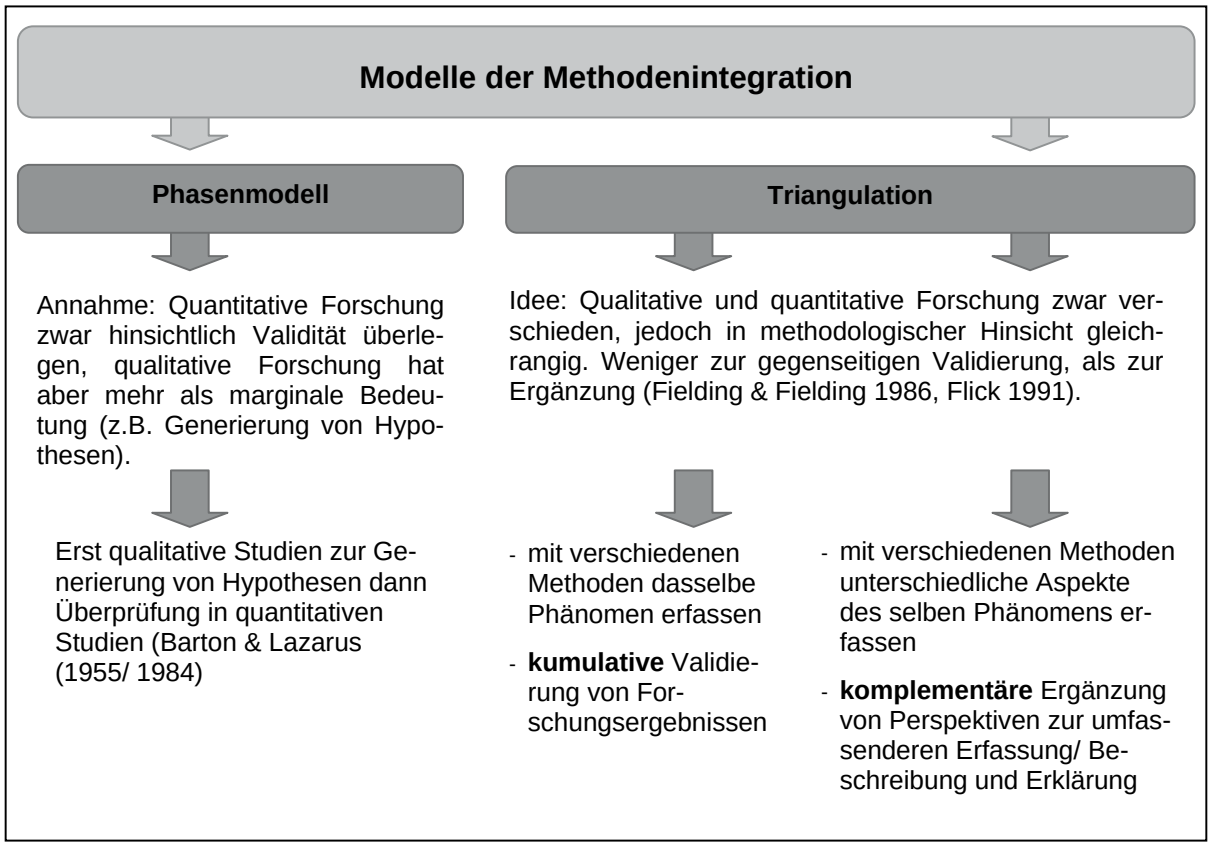
Hierzu ist ein Entwurf der erarbeiteten Kapitel auf Grundlage der Experteninterviews an den Verband der Pflegedirektorinnen und -direktoren der Universitätsklinika (VPU) weitergeleitet worden. In diesem Gremium ist eine Diskussion und Rückmeldung an die Autorin dieser Dissertationsschrift erfolgt. Zudem ist eine Präsentation und anschließende Diskussion zentraler Ergebnisse auf der Mitgliederversammlung des VPU im November 2008 realisiert worden. Bei beiden Etappen der kommunikativen Validierung erfolgte eine Bestätigung der Aussagen. Konkretisierungen und Hinweise zu Formulierungsänderungen wurden in die entsprechenden Kapitel eingearbeitet.

3.3 Triangulation der Ergebnisse

In den nachfolgenden Abschnitten soll beschrieben werden, wie die Verbindung der verschiedenen angewendeten Verfahren realisiert wird. Seit einigen Jahren sind nach Uwe Flick Trends zu beobachten, durch die eine ursprünglich strikte Trennung zwischen qualitativen und quantitativen Forschungstraditionen überwunden werden kann (Flick 2007: 75).

Wie von Kelle und Erzberger gezeigt, müssen qualitative und quantitative Methoden kein Gegensatz sein. In ihrem Artikel listen sie verschiedene Forschungsansätze auf, die beide Herangehensweisen miteinander verbinden. Sie unterteilen hier in Modelle, die beide Verfahren in verschiedenen Phasen miteinander kombinieren und die Bedeutung qualitativer Forschung in der Generierung von Hypothesen sehen. In der zweiten Gruppe finden sich jene Herangehensweisen, bei denen – nicht validierend, sondern ergänzend – mit verschiedenen Methoden entweder dasselbe soziale Phänomen erfasst werden soll oder unterschiedliche Aspekte eines Phänomens (Kelle & Erzberger 2000: 302 f.). In der nachfolgenden Abbildung werden diese Modelle der Methodenintegration überblicksartig dargestellt.

Abb. 30: Modelle der Methodenintegration nach Kelle und Erzberger



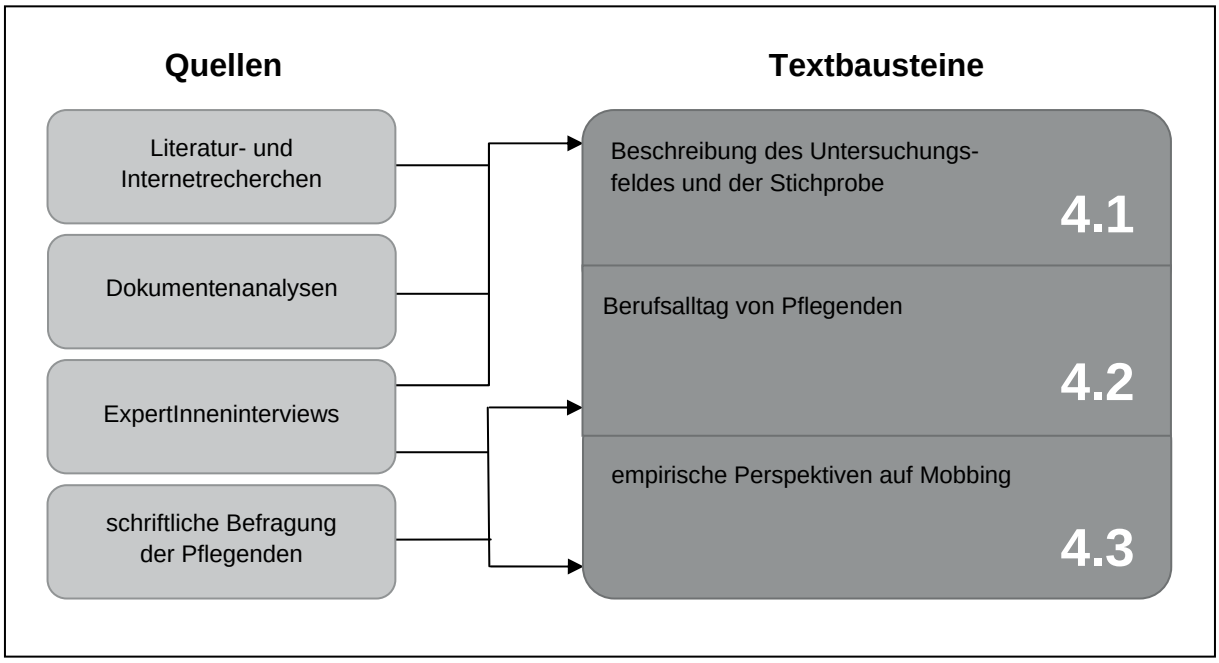
(eigene Abbildung nach Kelle & Erzberger 2000: 300ff.)

Eingeordnet in diese Struktur der Methodenintegration kann für die methodische Herangehensweise des Dissertationsvorhabens Folgendes resümiert werden: **Erstens** erfolgt mit der Beschreibung des Berufsalltags aus zwei Perspektiven (der Pflegenden und der PflegedirektorInnen) eine – ergänzende – Hypothesengenerierung parallel zum quantitativen Forschungsprozess. **Zweitens** werden in dieser Beschreibung des Berufsalltags verschiedene Aspekte desselben Phänomens beleuchtet. Und **drittens** wird über die Ergänzung der Perspektiven eine umfassendere Beschreibung von Mobbing angestrebt, indem Unterscheidungen der Stichprobe nach zusätzlichen Kriterien erfolgen, die in die quantitative Auswertung mit eingehen sollen.

4 Empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse des Dissertationsvorhabens präsentiert. Dieses Kapitel gliedert sich in drei Teile: **erstens** in die Darstellungen des Untersuchungsfeldes und der Stichprobe, **zweitens** in die Beschreibung des Berufsalltages und **drittens** in den Teil, in dem Mobbing – ausgehend von verschiedenen Perspektiven – beleuchtet wird. Die Ausführungen basieren auf verschiedenen Quellen, Daten und Materialien. Zugrunde gelegt werden Informationen aus der Analyse von Dokumenten (beispielsweise Patienteninformationsbroschüren, Patientenratgeber, Selbstdarstellungen der Universitätsklinika im Internet und Geschäftsberichte). Zudem sind die Auswertungen der Interviews mit den PflegedirektorInnen in die Untersuchung von Universitätsklinika eingeflossen. Diese Gespräche sollen dazu dienen, zusätzliches Kontextwissen über Organisationsstrukturen, aktuelle Veränderungspotenziale, Gesprächs- und Informationsroutinen, berufsgruppeninterne und -übergreifende Kooperationen sowie über die Zusammenarbeit auf Vorstandsebene zu gewinnen. Und schließlich werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen von Pflegenden (zu Rahmenbedingungen ihres beruflichen Alltages wie auch zu Mobbing) als zentrales empirisches Material diesen Ausführungen zugrunde gelegt. Aussagen zur methodischen Herangehensweise an die einzelnen empirischen Schritte finden sich in Kapitel 3. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht den Aufbau des Kapitels und zeigt auf, welche Quellen in die jeweiligen Textbausteine eingeflossen sind.

Abb. 31: Quellen der Textbausteine



4.1 Darstellung des Untersuchungsfeldes und der Stichprobe

Im folgenden Kapitel werden die sechs Universitätsklinika vorgestellt, in denen die einzelnen empirischen Schritte realisiert worden sind. Hierzu erfolgt eine Beschreibung des Forschungsfeldes sowie der Stichprobe der befragten Pflegenden.

Eine zentrale Fragestellung des Dissertationsvorhabens besteht in der Untersuchung, welche Korrelationen sich zwischen Mobbing und dem beruflichen Alltag nachweisen lassen (vgl. Kapitel 1). Aus der Analyse des Forschungsgegenstandes wird der Anspruch an die eigene Empirie entwickelt, eine Einbettung der Mobbingerfahrungen in das berufliche sowie das private Umfeld – unter Berücksichtigung der Angaben hinsichtlich Person bzw. Persönlichkeit – vorzunehmen (vgl. Kapitel 2.1). Hierbei stehen zwei Blickwinkel im Mittelpunkt: Zum einen soll das Untersuchungsfeld der sechs in die Untersuchung einbezogenen Universitätsklinika und die Zusammensetzung der befragten Pflegenden beschrieben werden. Zum anderen sollen – im Ergebnis dieser Deskriptionen – Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Teilpopulationen herausgestellt werden. Damit dient dieser Arbeitsschritt der weiteren Hypothesengenerierung und der Spezifizierung der zentralen Fragestellungen.

4.1.1 Die Universitätsklinika des Untersuchungsfeldes: dargestellt anhand ausgewählter Zahlen und Fakten

Wie die Analyse der verschiedenen Informationsquellen[112] zeigt, unterscheiden sich die sechs ausgewählten Universitätsklinika hinsichtlich ihres Alters und ihrer Gründungsgeschichte. Die Altersunterschiede reichen von Universitäten, die auf eine hundertjährige Geschichte der medizinischen Ausbildung zurückblicken bis hin zu einem Klinikum, welches erst vor einigen Jahren in die Universitätsstrukturen eingegliedert wurde. Zwei dieser Häuser Universitätsklinika befinden sich in den alten, die anderen vier in den neuen Bundesländern. Alle sechs Häuser haben gemeinsam, dass sich noch andere Universitätsklinika im jeweiligen Bundesland befinden. Die Anzahl der insgesamt beschäftigten Mitarbeiter variiert zwischen 3.000 und 6.500 Personen, unter denen sich 1.000 bis 2.000 Pflegende befinden. Geringe Unterschiede weisen die Bettenkapazitäten auf; deren Anzahl liegt zwischen 1.150 und 1.320 pro Klinikum.

Große Unterschiede zwischen den Universitätsklinika finden sich in Bezug auf den Umgang mit Pflege- bzw. Unternehmensleitbildern. Einerseits gibt es verschiedene Diskussionsstände, andererseits Unterschiede in der Art der existenten Leitbilder.

112 Einbezogen worden sind Patienteninformationsbroschüren, Patientenratgeber, Selbstdarstellungen der Universitätsklinika im Internet und Geschäftsberichte. Die Quellenangaben der Dokumente, die dieser Kontextanalyse zugrunde liegen, finden sich in den Transkripten (vgl. CD-ROM).

In einem Haus gibt es z. B. weder ein Pflege- noch ein Unternehmensleitbild, in drei Häusern finden sich nur Pflegeleitbilder, in einem Haus nur ein Unternehmensleitbild und in einem Haus sind sowohl Pflege- als auch Unternehmensleitbild vorhanden.[113]

4.1.2 Universitätsklinika im Wandel

In der Darstellung des Forschungsfeldes (Kapitel 2.2) wird die Aussage formuliert, dass sich Kontinuität im Gesundheitswesen (allgemein und bezogen auf die Universitätsklinika) vor allem an der Veränderung festmachen lässt. Diese Tendenz findet sich in den Einschätzungen der PflegedirektorInnen wieder. Ein Aufzeigen von Veränderungen zieht sich als roter Faden durch alle Interviews. In den Universitätsklinika zeichnen sich jeweils spezifische Veränderungsvorgänge auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedenen Ausprägungen ab. Ausgehend von der – ebenfalls nicht statischen – gesetzlichen Grundlage auf Landesebene und sich stets zuspitzenden Wirtschaftlichkeits- bzw. Rentabilitätsanforderungen vollziehen sich Veränderungsvorgänge, die sowohl das Tagesgeschäft als auch den Umgang miteinander determinieren. Damit einher geht die Notwendigkeit, sich in der täglichen Arbeit – im Umgang mit Mitarbeitern und Patienten – immer wieder neu zu orientieren und Handlungsroutinen mit Transformations- und Reformationsanforderungen abzustimmen. Auch wenn die Veränderungsebenen unterschiedlich sind, ist es doch den Häusern und den darin arbeitenden Pflegenden gemeinsam, sich kontinuierlich mit diesen Veränderungssituationen auseinandersetzen zu müssen. Änderungen innerhalb der Universitätsklinika haben keinen Ausnahmecharakter, sondern „es passiert ständig etwas“ (IC 163).

Aus Sicht der Pflegedirektionen werden die dargestellten Veränderungsvorgänge in den Häusern gerahmt von Umstrukturierungsprozessen der Gesellschaft und des Gesundheitswesens betrachtet. Als Ergebnis des kontinuierlichen Wandels wird Sicherheitsverlust widergespiegelt. Dies konkretisiert sich zum einen in der Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes und zum anderen in der Intransparenz noch ausstehender Reformprozesse. Im Ergebnis entwickeln die Pflegenden Ängste, deren Bewältigung als Teil des Arbeitsalltags erlebt wird.

„Sicherheit am Arbeitsplatz war in den Krankenhäusern eigentlich gegeben und jetzt ist die in Gefahr. Das ist das eigentlich Heroische unserer Zeit und das ist das, was die Ängste auslöst. Das ändert sich nicht von heute auf morgen, weil diese Reformperiode überhaupt nicht abgeschlossen ist [...] Und viele Dinge denke ich, sind nicht durch den Betrieb bestimmt, sondern durch die allgemeine, die gesellschaftliche Situation“ (IB 708).

---

113 Auch wenn eine detaillierte Darstellung der Universitätsklinika an dieser Stelle sicher von Relevanz – und somit aufschlussreich für die nachfolgenden Ausführungen – wäre, muss aus Gründen der zugesicherten Anonymität darauf verzichtet werden.

Die durch die PflegedirektorInnen skizzierten Veränderungsvorgänge der Universitätsklinika weisen in drei Richtungen, welche jedoch nicht streng voneinander getrennt sind. Dies betrifft strukturelle Veränderungen, Rechtsformänderungen und Bautätigkeiten.

4.1.2.1 Umstrukturierungen auf verschiedenen Ebenen

In allen Häusern ist es in den vergangenen Jahren zu Umstrukturierungen gekommen, die sich ‚prägend' auf die Arbeit der Pflegedirektionen auswirken und neben beruflichen teilweise auch personelle Veränderungen und – damit einhergehend – Stresspotenziale für die Mitarbeiter mit sich bringen (vgl. IA 191 ff.). Die Umstrukturierungen sind i. d. R. mit einer Verschlankung der Strukturen oder mit einer Abflachung der Hierarchien verbunden, wie beispielsweise die Zusammenführung der Arbeitsbereiche oder eine „systematische" Reduzierung der Fachleitungen (IA 10 ff, IF 9 ff, IE 7 ff, IB f.).

„Wir führen [...] die Arbeitsbereiche so gut zusammen, dass man eine Fachleitung für mehrere Kliniken zuständig machen kann, [...] das prägt natürlich momentan schon die Stimmung im Team der Pflegenden" (IA 10 ff).

Diese Umstrukturierungen sind von den Teams wie auch von den einzelnen Mitarbeitern in ganz persönlicher Art zu tragen; sie sind nicht abgeschlossen und werden auch in den nächsten Jahren noch zu Veränderungen führen (vgl. IF 9ff. und IE 283 ff.).

In einigen Häusern finden klinikumsübergreifende strukturelle Veränderungen statt. Diese können in der Form erfolgen, dass Teile des universitären Klinikumsbetriebes in andere Standorte und/oder andere Trägerschaften überführt werden, und dass dann z. B. in Form von Kooperationsverträgen geregelt wird, wie der Bestand an Forschung und Lehre für die Universität gesichert werden kann. Eine andere Form der Umstrukturierung ist, Fachbereiche aus kommunaler Trägerschaft in das Universitätsklinikum zu integrieren (vgl. IC 52 ff. und 104 ff., IE 213 und 219 ff.). Für die Mitarbeiter, die durch solche Veränderungsvorgänge betroffen sind, kann dies verschiedene, ganz konkrete Bedingungen ihres Arbeitsverhältnisses betreffen: eine andere Rechtsform des Arbeitgebers und/oder eine Veränderung der Vergütung und/oder veränderte Arbeitsverträge (vgl. IC 104.).

In einem der Universitätsklinika hat es einen Führungswechsel auf der Ebene der Pflegedirektion gegeben. Mit der Neubesetzung der Funktion der PflegedirektorIn ist eine „Umstrukturierung in der Organisation" (IC 547) verbunden; einhergehend mit einem neuen Führungsverständnis. In Workshops werden partizipativ Lösungen erarbeitet, „wie der Pflegedienst völlig neu organisiert" werden kann, um Ressourcen und Möglichkeiten innerhalb der Organisation aufdecken und gewinnbringend einsetzen zu können (IC 190, 207 und 551 ff.).

4.1.2.2 Rechtsformänderungen

Während sich alle sechs befragten Universitätsklinika in der Trägerschaft des jeweiligen Bundeslandes befinden, bestehen unterschiedliche Rechtsformen abhängig von der Gesetzgebung auf Landesebene.[114] In zwei Universitätsklinika hat es vor der schriftlichen Befragung eine Änderung der Rechtsform zu einer Anstalt/Körperschaft des öffentlichen Rechts gegeben. In einem dieser Universitätsklinika geht diese Veränderung mit einer Abgrenzung des Klinikums von der Medizinischen Fakultät sowie mit einer Aufgabenteilung einher: Krankenversorgung auf der einen sowie Forschung und Lehre auf der anderen Seite. Vier der Universitätsklinika sind zum Zeitpunkt der Erhebung (noch) als Landesbetriebe geführt worden, jedoch ist auch in diesen Häusern das Thema Rechtsformänderung präsent.

Eingeschätzt wird, dass die erfolgte Änderung der Rechtsform (in zwei Universitätsklinika) weitere Unsicherheiten für die Pflegenden mit sich gebracht hat. Auch wenn eine Rechtsformänderung nicht mit einem Wechsel der Eigentumsform gleichzusetzen ist, „wurde das wie Privatisierung diskutiert“(IB 757). Die Auseinandersetzung damit, verbunden mit der „Diskussion um die neuen Verträge“ (IB 760 ff), wird vermutlich die Befindlichkeit der Pflegenden und die Zusammenarbeit in den Teams wesentlich beeinflusst haben. Daran ändert aus Sicht der PflegedirektorIn auch die Tatsache nichts, dass es keine gravierende Veränderung im Hinblick auf die Arbeitsplatzsicherheit gegeben hat. Mögliche Änderungen der Vergütung oder der Verträge bringen „kontroverse Diskussionen“ und ein großes Potenzial an Unsicherheit so lange mit sich, wie die neuen vertraglichen Grundlagen nicht transparent sind.

„Das hat die Mitarbeiter natürlich sehr verunsichert [...] solange die Mitarbeiter das nicht schwarz auf weiß haben, ist man natürlich verunsichert [...]. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Unsicherheiten durchaus eine große Rolle gespielt haben“ (IF 224 ff.).

4.1.2.3 (Um)Bautätigkeiten

In allen Universitätsklinika wird die tägliche Arbeit bestimmt durch umfangreiche Um- und Neubauarbeiten bei „laufendem Klinikumsbetrieb“ (IC 157, IA 17 ff, IA 191 ff., ID 22 ff., UE 198 ff.). Das geht damit einher, „dass durch die baulichen Situationen sehr viele zusätzliche Belastungen“ und „Schwierigkeiten“ zu tragen sind und damit „ein richtiges, echtes, zusätzliches Stresspotenzial“ für die Pflegenden entsteht (IA 17 ff.). Neben den arbeitsbelastenden Faktoren der Bautätigkeit werden jedoch auch Chancen reflektiert. Dazu zählen zum einen der über Sanierungs- und Erweiterungsvorhaben erreichte Modernisierungsschub, zum anderen aber auch die Möglichkeit für

114 Zu Rechtsformen der Universitätsklinika vgl. Kapitel 2.2.

die Pflegenden, sich in Entscheidungsprozesse und Umstrukturierungsmaßnahmen einbringen zu können.

„Die Pflege ist von Anfang an in vielen Fragen den Neubau betreffend in Arbeitsgruppen mit einbezogen worden, ob das Ausrüstung, Organisation war, Raumaufteilung […]“ (ID 52 ff.).

4.1.3 Die Stichprobe der in die empirische Untersuchung einbezogenen Pflegenden

In den nachfolgenden Ausführungen werden Merkmale der Gruppe der befragten Pflegenden deskriptiv zusammengefasst. Der Abschnitt gliedert sich in drei Teile. Im **ersten Teil** werden soziodemografische Merkmale der Stichprobe näher beleuchtet, im **zweiten Teil** der Ausbildungsstand sowie berufliche Abschluss und im **dritten Teil** Subjektpositionen im Sinne von Zufriedenheit mit sowie Einschätzungen zur Wichtigkeit verschiedener Lebens- und Arbeitsaspekte.

4.1.3.1 Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe

Von den befragten Pflegenden sind 85 Prozent weiblichen und 15 Prozent männlichen Geschlechts; 57 Prozent kommen aus den neuen Bundesländern und 43 Prozent aus dem Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland.[115] Deutliche Unterschiede[116] der Geschlechterverteilung zeigen sich zwischen den einzelnen Häusern sowie im Ost-West-Vergleich.

Abb. 32: Geschlechterverteilung

	gesamt	abhängig vom Standort							
		Ost	West	Westburg	Westbach	Oststadt	Osthagen	Ostroda	Ostleben
Geschlecht	%	%	%	%	%	%	%	%	%
- weiblich	85	92	76	75	76	92	92	95	89
- männlich	15	8	24	25	24	8	8	5	11
Signifikanz			0,000						0,000

115 Aufgrund der zugesicherten Anonymität der einbezogenen Universitätsklinika muss an dieser Stelle auf eine konkrete Auflistung der einzelnen Arbeitsorte verzichtet werden.

116 In allen nachfolgenden Ausführungen werden immer nur die Zusammenhänge benannt, bei denen sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt. Zur Prüfung des Zusammenhanges wurde mit Chi-Quadrat gearbeitet. Chi-Quadrat testet die Hypothese, dass Zeilen- und Spaltenvariablen einer Kreuztabelle in SPSS unabhängig sind, ohne dass dabei die Stärke oder die Richtung der Beziehung angegeben wird. Zugrunde gelegt wird das Signifikanzniveau auf der Basis der asymptotischen Verteilung einer Prüfstatistik. Üblicherweise gilt ein Wert kleiner 0,05 als signifikant (vgl. SPSS 11.5).

Der Anteil der männlichen Pflegenden ist im Westen Deutschlands signifikant größer. In den neuen Bundesländern sind acht Prozent und in den alten Bundesländern 24 Prozent der Pflegenden männlich.

Bei einer Altersspanne der befragten Pflegenden zwischen 17 und 64 Jahren liegt das Durchschnittsalter bei 34,8 Jahren.

Abb. 33: Altersdurchschnitt der Stichprobe im Standortvergleich

	gesamt	**abhängig vom Standort**							
		Ost	**West**	**Westburg**	**Westbach**	**Oststadt**	**Osthagen**	**Ostroda**	**Ostleben**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Alter in Jahren (MW)	34,8	35,8	33,5	32,2	36,1	37,4	34,4	37,0	33,3
Anova-Signifikanz			0,013						0,045

Signifikante Unterschiede beim Alter zeigen sich zwischen den einzelnen Häusern und im Ost-West-Vergleich. Der Altersdurchschnitt liegt in den neuen Bundesländern mit 35,8 Jahren etwas über dem Durchschnitt der alten Länder (33,5 Jahre).

Abb. 34: Altersdurchschnitt im Vergleich der Geschlechter

	gesamt	**Männer**	**Frauen**
Alter: Mittelwert	34,8	33,7	35,0
Anova-Signifikanz			0,002

Im Vergleich der Geschlechter zeigen sich Abweichungen im Altersdurchschnitt: Männliche Pflegende sind mit einem Altersmittelwert von 33,7 Jahren etwas jünger als ihre Kolleginnen (MW = 35).

Die Frage nach dem Familienstand ist insgesamt von 91 Prozent der Befragten beantwortet worden. Es zeichnet sich folgendes Bild ab: Gut die Hälfte der befragten Pflegenden ist verheiratet, 40 Prozent sind ledig und unter 10 Prozent geben an, geschieden oder verwitwet zu sein.

Es kristallisieren sich jeweils signifikante Unterschiede des Familienstandes bei der Gegenüberstellung der Geschlechter im Alters- sowie Ost-West-Vergleich heraus: Im Osten Deutschlands sind die verheirateten Pflegenden die größte hier betrachtete Teilpopulation. In den alten Bundesländern ist der größte Anteil der Pflegenden hingegen ledig. Von den ostdeutschen Pflegenden ist nur ein Drittel unverheiratet. Vergleicht man die beiden Geschlechter, zeigen sich bei den Frauen jeweils größere Anteile mit

Abb. 35: Familienstand und Partnerschaftssituation

soziodemografische Angaben	gesamt %	abhängig von Standort Ost %	West %	Geschlecht Frauen %	Männer %	Alter MW
Familienstand:						
- ledig	40	32	51	39	49	29,5
- verheiratet	51	57	43	52	49	38,8
- geschieden	7	9	5	8	3	39,3
- verwitwet	1	2	1	2	0	43,6
Signifikanz			0,000		0,041	0,000
Partnerschaftssituation:						
- nicht in Partnerschaft lebend	31	24	39	30	33	32,9
- in Partnerschaft lebend	69	76	61	70	67	36,2
Signifikanz			0,000		0,277	0,000

dem Familienstand verheiratet, geschieden oder verwitwet; bei den Männern sind die Anteile der ledigen größer. Von den Befragten insgesamt leben 69 Prozent in einer Partnerschaft. Dieser Anteil ist im Osten mit 76 Prozent deutlich höher als im Westen Deutschlands. Der Altersdurchschnitt der Pflegenden, die in Partnerschaft leben, ist mit 36 Jahren höher als der von Alleinlebenden. Keine signifikanten Unterschiede lassen sich im Vergleich der Geschlechter ausmachen.

Als Ergänzung zu den soziodemografischen Angaben sind Angaben zur Berufstätigkeit des Partners oder der Partnerin erhoben worden.

Abb. 36: Berufstätigkeit des Partners/ der Partnerin

soziodemografische Angaben	gesamt %	abhängig von Standort Ost %	West %	Geschlecht Frauen %	Männer %	Alter MW
Berufstätigkeit PartnerIn:						
- ja, voll	82	84	79	86	61	33,9
- ja, Teilzeit	8	3	13	4	27	36,7
- nein	10	12	7	10	12	39,7
Signifikanz			0,000		0,000	0,000

Von 90 Prozent der in Partnerschaft lebenden befragten Pflegenden sind die PartnerInnen berufstätig. Der Großteil davon befindet sich in Vollzeitbeschäftigungsverhältnissen. Ein Zehntel der befragten Personen gibt an, nicht berufstätige Partner zu haben. Im östlichen Teil Deutschlands sind die Anteile der Pflegenden mit nicht berufstätigen bzw. voll berufstätigen PartnerInnen etwas höher, während im Westen ein etwas größerer Teil der PartnerInnen teilzeitbeschäftigt ist. Ebenso zeigt sich ein Unterschied im Vergleich der Geschlechter: Bei den Frauen ist der Anteil mit voll berufstätigen Partnern höher als bei den Männern.

Abb. 37: Anzahl der Kinder

	gesamt	abhängig von				
		Standort		Geschlecht		Alter
		Ost	West	Frauen	Männer	
Kinder	%	%	%	%	%	MW
- kein Kind	47	33	65	45	57	29,6
- ein Kind	24	31	16	25	18	36,5
- zwei Kinder	23	30	15	25	16	41,4
- drei und mehr Kinder	6	7	4	5	8	43,9
Signifikanz			0,000		0,013	0,000

Von den Befragten hat knapp die Hälfte keine Kinder; jeweils ca. ein Viertel haben ein oder zwei Kinder und nur sechs Prozent der in der Stichprobe Befragten sind Eltern von mehr als zwei Kindern. Auch bei der Anzahl der Kinder zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern; zwischen den Geschlechtern und abhängig vom Alter.

Im Osten Deutschlands ist der Anteil der Pflegenden mit Kindern deutlich höher als im Westen. Geschlechtsunterschiede sind signifikant – wenn auch nicht in dieser Deutlichkeit auszumachen: In der männlichen Teilpopulation ist der Anteil der Kinderlosen aber auch der Anteil der Kinderreichen (mit drei und mehr Kindern) jeweils höher als im weiblichen Teil der Stichprobe. Und wenig überraschend: Der Altersdurchschnitt nimmt mit Anzahl der Kinder zu.

Abb. 38: Schulischer und pflegerischer Abschluss

	gesamt	abhängig von				
		Standort		Geschlecht		Alter
		Ost	West	Frauen	Männer	
	%	%	%	%	%	MW
höchster Abschluss:						
- Hauptschule/mittlere Reife	34	16	56	33	35	33,8
- Abitur/Fachabitur	21	10	34	18	39	30,9
- Fachschule	42	70	6	46	20	37,2
- Fachhochschule/Universität	4	3	4	3	6	38,3
- kein/anderer Abschluss	0	0	0	0	0	34,3
Signifikanz			0,000		0,000	0,000
pflegerischer Abschluss:						
- PflegerIn incl. Fach- und OP-Pflege	85	85	85	85	89	35,1
- KrankenpflegehelferIn	2	2	1	1	3	42,6
- KinderkrankenpflegerIn	7	8	6	8	0	33,1
- kein Abschluss	3	2	4	2	6	26,1
- anderer Abschluss	4	4	4	4	3	
Signifikanz			0,225		0,004	0,000

Zur Darstellung des Ausbildungsstandes der befragten Pflegenden sind zwei verschiedene Aspekte erhoben worden. Berücksichtigt sind zum einen der höchste Abschluss allgemein und zum anderen der berufliche Abschluss in der Pflege.

Zu erkennen ist Folgendes: Gut 40 Prozent der Stichprobe verfügen über einen Fachschulabschluss. Knapp 35 Prozent besitzen einen Hauptschulabschluss oder die mittlere Reife und etwas mehr als 20 Prozent der Befragten ein Abitur oder Fachabitur. Weniger als fünf Prozent können einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss nachweisen.

Im Osten Deutschlands liegt der Anteil des Fachschulabschlusses mit genau 70 Prozent deutlich höher als im Westen. Grund hierfür sind Ausbildungsunterschiede in den vormals zwei Teilen Deutschlands.[117] Das zeigt sich auch darin, dass der Altersdurchschnitt der Pflegenden mit diesem Abschluss höher ist.

Die Antworten auf die Frage nach den pflegerischen Abschlüssen zeigen ein anderes Bild: Hier sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern auszumachen. Der Großteil der befragten Pflegenden verfügt über einen pflegerischen Abschluss. Nur ein sehr geringer Anteil (unter 10 Prozent) hat keinen oder einen anderen Abschluss. Die Geschlechter unterscheiden sich dadurch, dass der Anteil der Männer mit einem pflegerischen Abschluss bzw. ohne derartigen Abschluss jeweils etwas höher ist als bei den Frauen.

4.1.3.2 Subjektpositionen zu Aspekten des täglichen Lebens und des Arbeitsalltags

Die Subjektpositionen sind mit Fragebogenitems erhoben worden, die schon in anderen Untersuchungen zur Anwendung gekommen sind. Damit soll auf gesicherte Fragebogenformulierungen zurückgegriffen werden.[118]

Die Antworten auf Fragen nach der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens und der Arbeit zeigen insgesamt ein eher positives Bild. Angeführt wird die Rangliste der zufriedenen und sehr zufriedenen Einschätzungen von Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, der Tätigkeit allgemein, der Anerkennung im Team und der Arbeit insgesamt. Jeweils zwischen zwei Drittel bis zu 80 Prozent der befragten

---

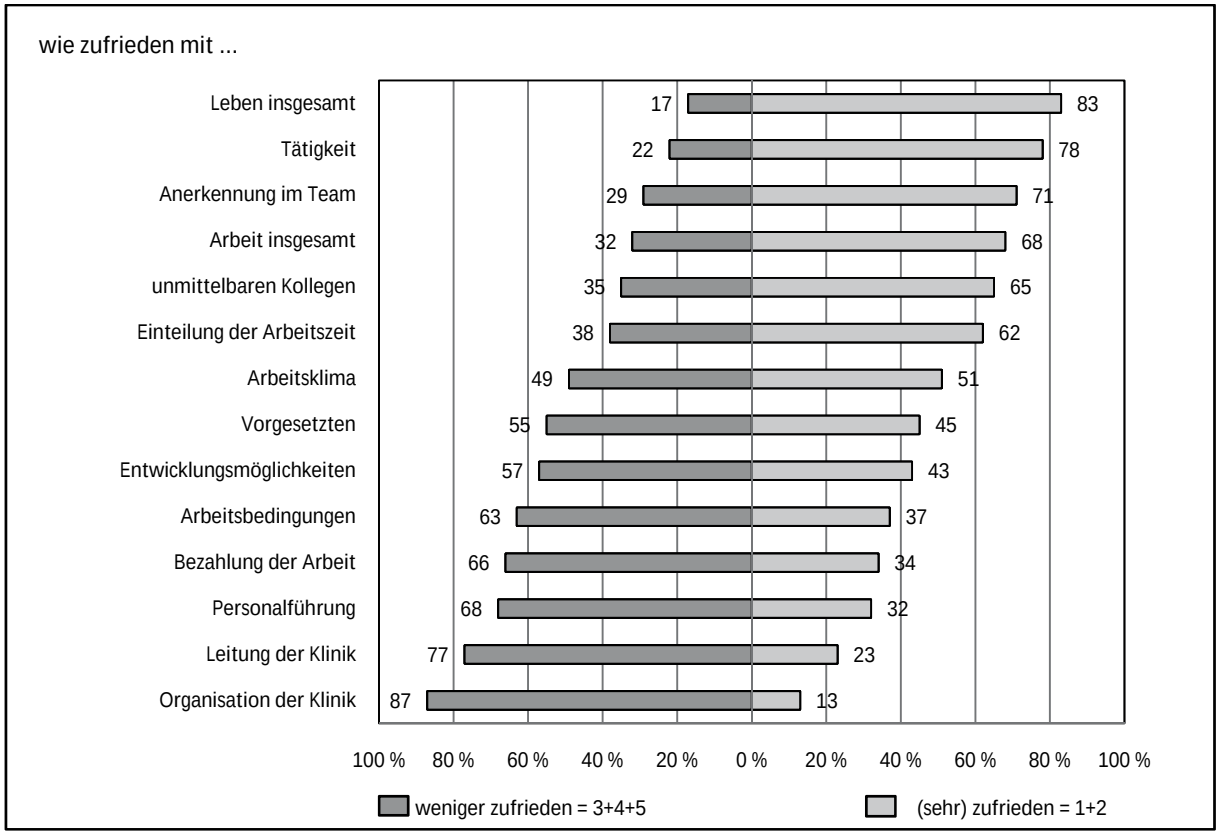
117 In der DDR war die Pflegeausbildung durchgängig als Ausbildung mit Fachschulniveau organisiert, während in der ehemaligen Bundesrepublik und auch im vereinigten Deutschland die Pflegeausbildung an Pflegeschulen mit unterschiedlichem Status durchgeführt wurde bzw. wird (vgl. Kapitel 2.2).

118 Die Items zur Zufriedenheit werden in ähnlicher, aber komplexerer Weise von Neuberger bei einer Messung zur Arbeitszufriedenheit verwendet (vgl. Neuberger: 1974). Die Skala zur Erhebung der Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche wird in etwas kürzerer Form und mit einer 7er-Skala in mehreren ALLBUS-Erhebungen verwendet. Erläuterungen zur Auswahl der Skalen siehe Kapitel 3.

Pflegenden sind mit diesen Aspekten ihres Arbeitsalltags und ihrer gesamten Lebenssituation (sehr) zufrieden.

Im Mittelfeld erscheinen Aussagen zu Arbeitszeit, Arbeitsklima, Vorgesetzten, Entwicklungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen. Auch hier überwiegen im Gesamtbild die zufriedenen Einschätzungen; allerdings stehen diesen jetzt auch Teilpopulationen zwischen acht bis 27 Prozent gegenüber, die sich mit diesen Sachverhalten eher unzufrieden oder sehr unzufrieden erklären.

Abb. 39: Zufriedenheitsaspekte



Eher ausgeglichen sind zufriedene und unzufriedene Einschätzungen der Pflegenden bezüglich der Bezahlung ihrer Arbeit sowie in Bezug auf die Personalführung. Hinsichtlich der Leitung und Organisation der Klinik überwiegen die (sehr) unzufriedenen Einschätzungen (vgl. hierzu auch Tabelle EH 11 im Anhang).

Abb. 40: Zufriedenheitsaspekte im Vergleich (Alter, Geschlecht und Ost-West-Vergleich)

	gesamt	**abhängig von**								
		Standort Ost -West			**Geschlecht**			**Alter**		
sehr zufrieden bzw. zufrieden mit…		**O**	**W**	**AS**	**F**	**M**	**AS**	**(sehr) zufrie-den**	**ge-samt**	**AS**
	%	**%**	**%**		**%**	**%**		MW	MW	
- Leben insgesamt	83	84	81	0,230	83	84	0,671	34,7	34,8	0,751
- Tätigkeit	78	83	72	**0,001**	79	74	0,439	34,7	34,7	0,798
- Anerkennung im Team	71	76	64	**0,000**	70	73	0,630	34,9	34,7	0,327
- Arbeit insgesamt	68	72	63	**0,010**	69	62	0,308	34,8	34,7	0,763
- unmittelbaren Kollegen	65	68	61	0,101	34	32	0,923	35,0	34,7	0,292
- Einteilung der Arbeitszeit	62	65	59	0,204	62	61	0,904	35,5	34,7	**0,005**
- Arbeitsklima	51	54	48	0,064	52	50	0,915	35,1	34,7	0,336
- Vorgesetzten	45	48	42	**0,042**	44	51	0,130	35,2	34,8	0,199
- Entwicklungsmöglichkeiten	43	41	43	0,854	45	31	0,006	36,4	34,6	**0,000**
- Arbeitsbedingungen	37	43	29	**0,000**	36	38	0,224	35,4	34,7	0,132
- Bezahlung der Arbeit	34	40	26	**0,000**	35	30	0,267	33,6	34,8	**0,013**
- Personalführung	32	33	28	0,209	33	25	0,169	35,4	34,5	0,240
- Leitung der Klinik	23	27	18	**0,000**	24	18	0,102	35,2	34,8	0,509
- Organisation der Klinik	13	16	9	**0,000**	14	11	0,306	33,8	34,8	0,295

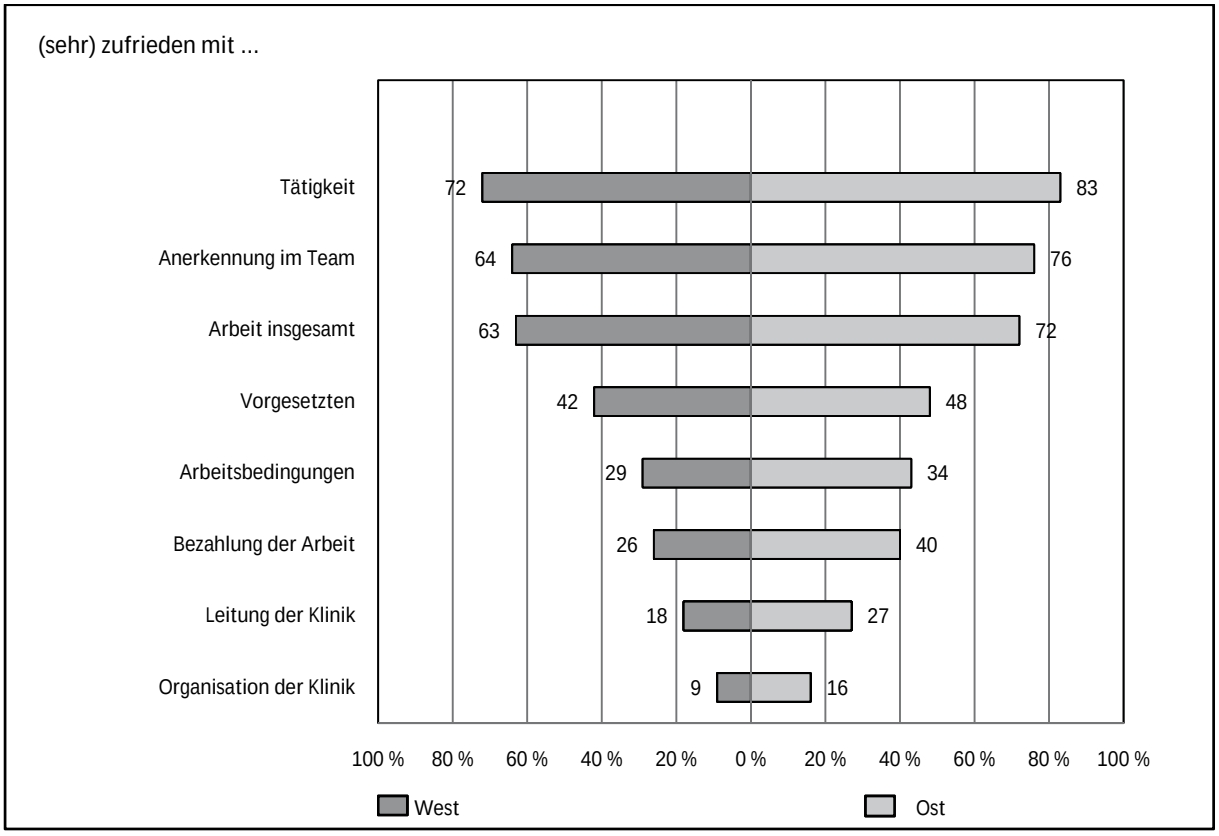
Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Geschlecht, Alter und im Ost-West-Vergleich, zeigt sich, dass es die meisten Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern gibt und die wenigsten im Geschlechtervergleich. [119] Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

Mit ihren Entwicklungsmöglichkeiten sind Frauen zufriedener als Männer. Des Weiteren steigen die Zufriedenheitswerte zu diesem Sachverhalt mit zunehmendem Alter. Signifikante Altersdifferenzierungen lassen sich außerdem bei zwei weiteren Aspekten nachweisen. Einmal bei der Zufriedenheit mit der Einteilung der Arbeitszeit. Die Gruppe der Zufriedenen ist hier signifikant älter. Entgegengesetzt verhält es sich bei den Zufriedenheitsausprägungen mit der Bezahlung der Arbeit. Hier ist die Gruppe der Zufriedenen im Durchschnitt jünger.

Im Ost-West Vergleich zeigen sich signifikante Unterschiede bei acht von insgesamt 14 Aspekten, und zwar in der Form, dass bei allen genannten Sachverhalten die Zufriedenheit im Osten höher ist als im Westen.

119 Wie auch schon bei den Ausführungen zu den soziodemografischen Angaben wird zur Prüfung des Zusammenhanges mit Chi-Quadrat getestet. Dort, wo sich Unterschiede statistisch sichern lassen, sind die Felder der Tabelle grau schattiert.

Abb. 41: Zufriedenheitsaspekte im Ost-West-Vergleich

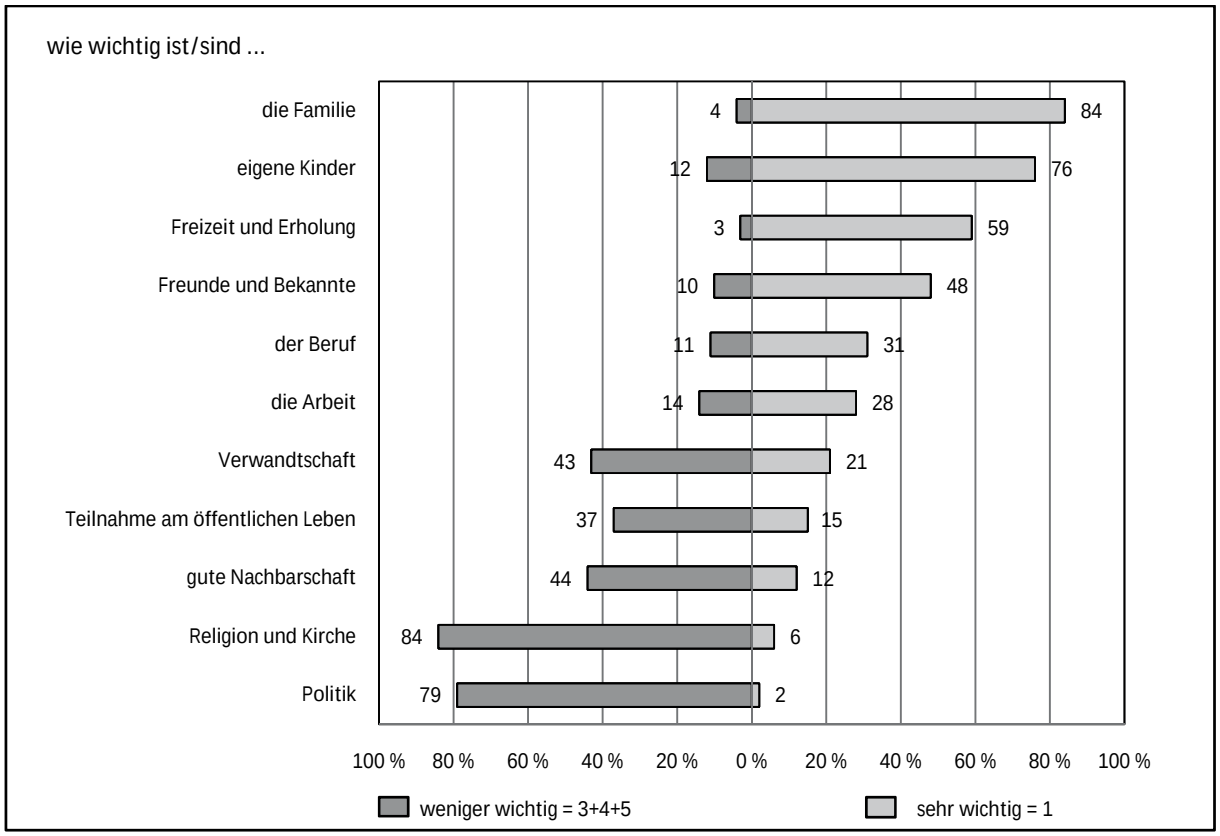


In den nachfolgenden Ausführungen geht es um die Wichtigkeit verschiedener Bereiche des Lebens und der Arbeit. Betrachtet man die Antworten auf die Frage, welche Aspekte des Lebens für die befragten Pflegenden wichtig sind, lässt sich erkennen, dass alle genannten Gesichtspunkte als wichtig eingestuft werden. Eine deutlichere Unterscheidung lässt sich erst erkennen, wenn die Nennungen sehr wichtig den anderen Einstufungen (neutrale und unwichtige Einschätzungen) gegenübergestellt werden (vgl. hierzu Tabelle EH 16 im Anhang).

An erster Stelle der Rangliste stehen die Familie und eigene Kinder; dies wird jeweils von einem Großteil der Befragten (76 bzw. 84 Prozent) als sehr wichtig eingeschätzt. Es folgen Freizeit und Erholung sowie Freunde und Bekannte. Hier stuft dies jeweils etwa die Hälfte der Befragten als sehr wichtig ein. Deutlich seltener werden der Beruf und die Arbeit von etwa einem Drittel als sehr wichtig eingeschätzt. Noch einmal in der Bedeutung abgesetzt erfolgt die Beurteilung der Teilnahme am öffentlichen Leben, der Verwandtschaft und einer guten Nachbarschaft. Tendenziell als kaum wichtig oder unwichtig werden Politik, Religion und Kirche eingestuft.

Differenziert nach demografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht und Arbeitsort) lassen sich in einigen Zufriedenheitseinschätzungen Unterschiede feststellen.

Abb. 42: Wichtigkeit



Im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern lassen sich in sieben Punkten signifikante Unterschiede nachweisen. Von den Pflegenden im Osten Deutschlands werden sowohl familienbezogene als auch arbeitsbezogene Aspekte des Lebens wichtiger eingeschätzt als von ihren westlichen Kollegen. Anders verhält es sich mit den Punkten bezüglich Politik und Religion oder Kirche. Hier wird die Bedeutung für das eigene Leben eher von der westlichen Teilpopulation hoch eingestuft.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Vergleich der beiden Geschlechter. Bei der Einschätzung zu Religion und Kirche sowie zur Wichtigkeit der Arbeit lassen sich im Geschlechtervergleich keine Unterschiede, aber dafür hinsichtlich Freizeit und Erholung bei Männern und Frauen andere Subjektpositionen erkennen. Im Einzelnen ist zu erkennen: Von den Frauen werden im Vergleich zu Männern sowohl familienbezogene als auch arbeitsbezogene Aspekte sowie Freizeit bzw. Erholung wichtiger eingeschätzt. Frauen hingegen ist Politik weniger wichtig als Männern.

Im Altersvergleich lassen sich in acht von elf Punkten signifikante Differenzen aufzeigen: Mit steigendem Alter nimmt die Bedeutung von Freizeit und Erholung ab; ebenso wie die Bewertung der Verwandtschaft. Eine gute Nachbarschaft, eigene Kinder, die Bedeutung von Religion und Kirche sowie Politik hingegen nehmen an Bedeutung zu.

Abb. 43: Wichtigkeit im Vergleich nach Alter, Geschlecht und Standort (Ost-West-Vergleich)

	gesamt	abhängig von								
		Standort			Geschlecht			Alter		
		O	W	AS	F	M	AS	sehr wichtig	gesamt	AS
sehr wichtig ist/ sind	%	%	%		%	%		MW	MW	
- die Familie	84	88	78	**0,000**	86	73	**0,000**	34,4	34,7	0,206
- eigene Kinder	76	83	66	**0,000**	80	57	**0,000**	35,7	35,0	**0,002**
- Freizeit und Erholung	59	61	57	0,365	60	59	**0,008**	33,8	34,7	**0,002**
- Freunde und Bekannte	48	47	49	0,895	50	41	0,209	32,8	34,7	**0,000**
- der Beruf	31	38	20	**0,000**	32	24	**0,008**	35,4	34,7	0,394
- die Arbeit	28	36	18	**0,000**	29	25	0,052	35,8	34,7	0,071
- Verwandtschaft	21	22	19	**0,002**	23	12	**0,000**	32,6	34,7	**0,005**
- Teilnahme am öffentlichen Leben	15	15	15	0,944	15	11	0,392	32,2	34,7	**0,000**
- gute Nachbarschaft	12	14	11	0,280	12	12	0,892	37,1	34,7	**0,000**
- Religion und Kirche	6	3	11	**0,000**	6	8	0,303	36,9	34,6	**0,012**
- Politik	2	1	2	**0,005**[120]	2	1	**0,000**[121]	39,0	34,7	**0,034**

4.1.4 Zwischenfazit: Gemeinsamkeiten und signifikante Unterscheidungsmerkmale zwischen den Universitätsklinika sowie innerhalb der Stichprobe

In allen Universitätsklinika scheint es jeweils spezifische Veränderungsvorgänge zu geben. Ausgehend von der gesetzlichen Grundlage auf Landesebene wie auch von Wirtschaftlichkeits- und Rentabilitätsanforderungen ergeben sich verschiedene, teils tief greifende Veränderungsvorgänge, die sowohl die Krankenversorgung als auch den Umgang der Medizinprofessionellen miteinander determinieren. Auch wenn die Veränderungsebenen unterschiedlich sind, besteht doch bei den Häusern und den dort arbeitenden Pflegenden die Gemeinsamkeit, sich mit diesen Veränderungssituationen auseinandersetzen zu müssen. Damit kann die eingangs formulierte Hypothese bestätigt werden, dass sich aus den stetigen Änderungen und der Unklarheit über zukünftige Gestaltungssysteme des Gesundheitswesens Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegenden in den Universitätskliniken ergeben.

120 Hier erschließt sich der Unterschied erst, wenn man die Nennungen kaum wichtig und unwichtig mit in die Betrachtung einbezieht. Daraus ergibt sich, dass Politik für Frauen weniger wichtig ist als für Männer.

121 Auch in diesem Punkt erschließt sich der Unterschied erst, wenn man die Nennungen kaum wichtig und unwichtig mit in die Betrachtung einbezieht. Dann ist zu erkennen, dass Politik im Osten Deutschlands von einem größeren Teil als unwichtig eingestuft wird.

Aus der deskriptiven Darstellung der Universitätsklinika lassen sich verschiedene Unterscheidungskriterien zwischen den einzelnen Häusern herausarbeiten. Neben einer Gegenüberstellung der sechs Universitätsklinika und dem Ost-West-Vergleich sollen für die quantitativen Untersuchungen zu Mobbing die folgenden Differenzierungen zwischen den einzelnen Häusern aufgegriffen werden:

- Hat es in den vergangenen zehn Jahren eine Rechtsformänderung gegeben?
- Handelt es sich abhängig von der Anzahl der Pflegenden im gesamten Universitätsklinikum um ein vergleichsweise großes oder kleines Haus?[122]
- Liegt ein Unternehmens- und/oder einheitliches Pflegeleitbild vor?

Die zugrunde liegende Hypothese ist, dass diese Unterscheidungen mit dem Auftreten von Mobbing korrelieren.

Im Folgenden sollen Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Teilpopulationen (im Ost-West-Vergleich und im Geschlechtervergleich) zusammenfassend herausgestellt werden.

Vergleicht man die Pflegenden in den neuen und den alten Bundesländern, zeigen sich in vielen Aspekten signifikante Unterschiede, aber es finden sich auch Gemeinsamkeiten: Keine signifikanten Unterschiede lassen sich hinsichtlich des pflegerischen Abschlusses nachweisen. Auch einige Zufriedenheitseinschätzungen – und zwar die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, mit Kollegen, der Einteilung der Arbeitszeit, dem Arbeitsklima, den eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und mit der Personalführung – sind in beiden Teilen Deutschlands ähnlich. Keine Unterscheidungen lassen sich bei der Einschätzung der individuellen Wichtigkeit von Freizeit und Erholung, der Teilnahme am öffentlichen Leben, Freunden und Bekannten und guter Nachbarschaft aufzeigen.

Neben den Gemeinsamkeiten können sich in vielen Aspekten signifikante Unterschiede statistisch sichern lassen. Die Pflegenden im Osten Deutschlands unterscheiden sich von ihren KollegInnen in den alten Bundesländern dadurch, dass sie häufiger angeben verheiratet zu sein, dass der Anteil der Pflegenden mit Kindern größer ist und dass die PartnerInnen der untersuchten Pflegenden größtenteils nicht berufstätig oder voll berufstätig sind. Der Frauenanteil unter den Pflegenden ist im Osten deutlich höher. Auch hinsichtlich der Zufriedenheit zeigen sich deutliche Unterschiede im Ost-West-Vergleich: Insgesamt sind die Zufriedenheitswerte im Osten Deutschlands auffallend positiver als im Westen. Bei keinem der angegebenen Aspekte sind im Westen

122 Große Häuser sind hier Häuser mit mehr als 1.500 Pflegenden, in kleinen Häusern sind bis zu 1.300 Pflegende beschäftigt. Im Sample findet sich kein Haus mit 1.300 bis 1.500 Pflegenden.

positivere Einschätzungen zu verzeichnen, aber bei mehr als der Hälfte der Sachverhalte erklären sich die Pflegenden im Osten zufriedener.

Beim Vergleich der Antworten von Frauen und Männern lassen sich bei weniger Aspekten Unterschiede feststellen als dies beim Ost-West-der Fall ist. Die Gruppe der befragten weiblichen Pflegenden zeichnet sich dadurch aus, dass der Anteil der Verheirateten und der Anteil derer, die eigene Kinder zu versorgen haben, größer ist als im männlichen Teil der Stichprobe. In der männlichen Teilpopulation ist ein größerer Anteil mit einem pflegerischen Abschluss, aber auch ein größerer Anteil ohne Abschluss zu finden. Ein Abschluss in der Kinderkrankenpflege hingegen ist eher in der weiblichen Teilpopulation anzutreffen. Hinsichtlich der widergespiegelten Zufriedenheit mit dem Arbeitsalltag und der gesamten Lebenssituation stellen sich nur bei der Einschätzung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten Unterschiede zwischen den Geschlechtern dar. Frauen schätzen ihre Entwicklungsmöglichkeiten positiver ein als Männer. Im Vergleich der individuell empfundenen Wichtigkeit verschiedener Lebensaspekte zeigt sich, dass Frauen einmal familienbezogene Aspekte aber auch arbeitsbezogene Umstände sowie Freizeit bzw. Erholung häufiger wichtig oder sehr wichtig einschätzen als Männer.

Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern ergeben sich bei nahezu allen angegebenen Zufriedenheitswerten. Eine Ausnahme ist hier die Einschätzung der eigenen Entwicklungschancen. Ähnlich verhält es sich mit der Wichtigkeit der folgenden Lebensaspekte: Die Teilnahme am öffentlichen Leben wie auch soziale Begegnungen (Freunde und Bekannte ebenso wie gute Nachbarschaftsverhältnisse) werden von beiden Geschlechtern ähnlich wichtig eingeschätzt. Auch in Hinsicht auf Religion und Kirche zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Insgesamt zeigt sich ein differenziertes Bild der untersuchten Personen- und Organisationsvariablen. Bemerkenswert ist, dass die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern stärker ausgeprägt sind als diejenigen zwischen den Geschlechtern. Für die weiteren Auswertungsschritte ist nun interessant, ob sich Unterschiede zwischen diesen Teilpopulationen auch im individuellen Konflikterleben aufzeigen lassen.

4.2 Berufsalltag Pflegender in ausgewählten Universitätsklinika

Im folgenden Kapitel soll der berufliche Alltag der befragten Pflegenden dargestellt werden. Zentrale Fragestellung dieses Dissertationsvorhabens ist es zu untersuchen, welche Korrelationen sich zwischen Mobbingperspektiven bzw. Mobbingvorkommen und Berufsalltag nachweisen lassen (vgl. Kapitel 1). Aus der Analyse des Forschungsgegenstandes wurde der Anspruch an die eigene Empirie abgeleitet, eine Einbettung der Mobbingerfahrungen in das berufliche Umfeld vorzunehmen und dabei Angaben zur Arbeitssituation ebenso wie Beschreibungen zur Organisation zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 2.1).

Hierbei stehen zweierlei Blickwinkel im Mittelpunkt: Zum einen sollen aus der Perspektive der PflegedirektorInnen die Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe der Pflegenden in Universitätsklinika beschrieben werden. Zugrunde gelegt werden die Ergebnisse von Experteninterviews mit den PflegedirektorInnen der in die Untersuchung einbezogenen Häuser. Zum anderen sollen Bedingungen des Berufsalltags Pflegender in Universitätsklinika aus der Perspektive der Pflegenden beschrieben werden. Hier werden die Ergebnisse von schriftlichen anonymen Befragungen herangezogen. Damit dient dieser Arbeitsschritt (zur Beschreibung des Berufsalltages) der Hypotheseneingrenzung und damit Spezifizierung der zentralen Fragestellungen sowie einer ersten Hypothesenüberprüfung.

4.2.1 Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe der Pflegenden in Universitätsklinika aus der Perspektive der PflegedirektorInnen: Ergebnisse der geführten Experteninterviews

Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf der Auswertung von insgesamt sechs geführten Experteninterviews mit den PflegedirektorInnen von in die Untersuchung einbezogenen Universitätsklinika. PflegedirektorInnen repräsentieren das höchste pflegerische Leitungsgremium in deutschen Universitätsklinika. Die im Ergebnis vorliegende Deskription des Berufsalltages der Pflegenden liefert aus dieser Perspektive weder ein umfassendes noch ein repräsentatives Bild des Universitätsklinikums oder des pflegerischen Berufsalltags. Dies kann und soll auch nicht Ergebnis der Analyse sein.

Fokussiert werden sollen hingegen berufsspezifische Beschreibungen der Arbeitssituation (der Pflegenden des Untersuchungsfeldes) aus der Perspektive der PflegedirektorInnen und insbesondere auf Kommunikations- und Konfliktumgangsstrategien im Begegnungsbereich zwischen Pflegedirektion und Pflegenden. Die zentralen Fragestellungen hierbei sind:

- Welche Kontextbedingungen für berufliches Handeln lassen sich für Pflegende aus der Perspektive der Pflegedienstdirektionen aufzeichnen?
- Wie wird in problematischen oder in Konfliktsituationen (re)agiert?
- Welche Gemeinsamkeiten bzw. welche Unterschiede lassen sich für die sechs Universitätsklinika aus diesen Kontextbedingungen wie auch aus den Strategien im Umgang mit Konflikten ableiten?

4.2.1.1 Merkmale der Universitätsklinika als Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens und Konsequenzen für die Berufsgruppe der Pflegenden

Die interviewten PflegedirektorInnen stellen die Besonderheiten der Universitätsklinika im Vergleich zu anderen Krankenhäusern auf struktureller Ebene heraus und thematisieren, welche Auswirkungen diese Charakteristika in Bezug auf die Arbeit in den Teams, die beteiligten Berufsgruppen und auf das Spannungsfeld zwischen Aufgabengebiet sowie Anforderungen an Universitätsklinika seitens der Öffentlichkeit haben. Die folgenden strukturellen Merkmale der Universitätsklinika werden thematisiert:

Erstens wird auf eine erhöhte Komplexität der Strukturen und Abläufe verwiesen, da zum Aufgabenbereich der Universitätsklinika neben Krankenversorgung auch Forschung und Lehre gehören. Der Bereich der medizinischen Lehre bringt mit sich, dass „alle Fachbereiche angeboten werden müssen“ und dass die Abläufe auf Station „unruhiger“ und die „Strukturen [...] schwieriger“ werden (IE 321 ff.).

Zweitens wird als Besonderheit die „Doppelunterstellung“ (ID 165) unter das Gesundheits- wie auch das Kultusministerium[123] genannt, die bewirkt, dass zusätzliche Verwaltungs- und Entscheidungswege entstehen und somit Budget- und Finanzmittelentscheidungen schwerfälliger getroffen werden.

Drittens wird darauf verwiesen, dass seltene oder auch schwierige bzw. kostenintensive Fälle vorrangig in Universitätsklinika behandelt werden. Die Ursache dafür wird einerseits darin gesehen, dass hier speziellere Verfahren, Techniken und Ressourcen vorhanden sind; andererseits aber auch darin, dass aus Gründen der Gewinnorientierung Behandlungsfälle, die nicht kostendeckend sind, von nicht universitären Krankenhäusern an die Universitätsklinika weitergeleitet werden (vgl. IA 196 ff.). Konstatiert wird, dass die

„Patientenklientel [...] in Universitätsklinika [...]. eine andere Krankheitskonzentration hat, [...] eine andere Schwere der einzelnen Krankheitsbilder [...], eine andere Komplexität als im Vergleich zum Kreiskrankenhaus“ (IC 75 ff.).

123 Universitätsklinika werden politisch und finanziell sowohl vom Gesundheitsbereich als auch vom Wissenschaftsbereich getragen (vgl. Kapitel 2.2).

Viertens wird formuliert, dass personelle Kontinuität im ärztlichen Dienst erschwert oder verhindert wird. Dadurch kommt es zu einem „permanenten Wechsel“ in den Teams und einer „erheblichen personellen Fluktuation“ (IB 238 ff.), die dem „Universitätsgesetz geschuldet“ und „vom Gesetzgeber so gewollt“ ist (ID 142).

Diese strukturellen Besonderheiten wirken sich in verschiedene Richtungen aus: Es entwickelt sich ein Spannungsverhältnis zwischen der öffentlichen Wahrnehmung der Universitätskrankenhäuser, welche vorrangig Ergebnisse der Krankenversorgung im Blick hat, auf der einen Seite und dem tatsächlichen Aufgabenspektrum der Universitätsklinika, das neben der Krankenversorgung noch Lehre und Forschung enthält, auf der anderen. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang darauf, dass es neben der Krankenversorgung

„gerade die Aufgabe der Universitätskliniken ist, neue Behandlungsmethoden in der Praxis einzusetzen und – bis zu einem gewissen Grad der Etablierung dieser Methoden – in Form der Monopolstellung vorzuhalten“ (IA 204 ff).

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Freiheit von Forschung und Lehre zwei Seiten in sich birgt: Eine Chance für das Berufsfeld der Pflege wird in der „Vielfalt“ (IB 251) der Fachbereiche, der Herangehensweisen und Aufgaben reflektiert, es werden jedoch auch Risiken hervorgehoben: **Erstens** wird darauf verwiesen, dass die Individualität „übertragen bis aufs kleinste Detail“ (IB 245) einem fachübergreifenden, das Gesamtsystem einbeziehenden Denken gegenübersteht. **Zweitens** ergibt sich ein Gegensatz zwischen dem Anspruch von Freiheit und Individualität einerseits und Einschränkungen wie auch Veränderungsdruck durch das Gesundheitswesen andererseits.

„Es ist natürlich eine ungeheure Vielfalt da. Nur unter diesen sehr eingeschränkten Bedingungen des Gesundheitswesens heute, also finanzieller Art, muss man sich mehr Disziplin, mehr Regeln unterwerfen“ (IA 251 ff.).

Drittens wird darauf verwiesen, dass sich die spezielle Situation von Universitätsklinika durch den permanenten personellen Wechsel im ärztlichen Dienst ausdrückt.

„Die Ärzte vor allem, deren Ausbildung, dafür sind die Kliniken ja in erster Linie da, die sich natürlich alle immer selbst verwirklichen wollen und das dann möglichst für drei Monate auf dieser Station und für die nächsten drei Monate auf der nächsten Station“ (IA 238 ff.).

Dadurch, dass keine „bleibende Ärztestruktur“ existiert, kann „natürlich niemals diese Kontinuität, wie in [...] anderen Krankenhäusern“ geboten werden (IF 212 ff.). Das führt unter anderem zu einer Identifikationsproblematik im ärztlichen Dienst und zu einer Diskontinuität der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation, wodurch die Arbeit der Pflegenden auf den Stationen erschwert wird.

„Im ärztlichen Dienst haben wir ja die vielen Ärzte mit den befristeten Arbeitsverträgen. Das, was wir von früher kannten – einen Stationsarzt, mit dem die Öse [umgangssprachliche Bezeichnung für leitende Pflegende] alt wurde –, das gibt es nicht mehr. Stationsärzte sind oft ganz junge Ärzte, sind oft noch selbst Lernende und sind oft so kurze Zeit da, identifizieren sich ja auch nicht mit ihrer Station und das macht es eben auch für die Pflege so schwer, was zu erreichen, auch Qualität reinzubringen“ (ID 142 ff.).

Die nicht eindeutige Stellung der Berufsgruppe der Pflegenden innerhalb des Universitätsklinikums macht sich aus Perspektive der PflegedirektorInnen an der Vielfalt der Regeln zu Struktur und Stellung der Universitätsklinika in den einzelnen Bundesländern fest. Daraus resultiert, dass es abhängig von der gesetzlichen Regelung des jeweiligen Bundeslandes unterschiedliche Organisationsstrukturen und damit unterschiedliche hierarchische Positionierungen der PflegedirektorInnen in den einzelnen Häusern gibt (vgl. Abschnitt 2.2). Dies wird insofern als wichtig herausgestellt, als sich in der strukturellen Positionierung festmacht, welche Stellung und damit auch welche Anerkennung den PflegedirektorInnen als VertreterInnen ihrer Berufsgruppe zuerkannt wird. Im Verband der Universitätsklinika Deutschlands – als wichtiges Beispiel für die berufsgruppenübergreifende Anerkennung der Pflege in den Interviews benannt – sind die ärztlichen DirektorInnen, die VerwaltungsdirektorInnen und die DekanInnen vertreten. Die PflegedirektorInnen sind trotz intensiver Bemühungen ihrerseits nicht mit einbezogen worden. Daraufhin wurde mit dem VPU (Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika Deutschlands) von den Pflegedirektionen der Universitätsklinika ein eigener Verband gegründet (IA 209 ff.).

Ausgehend von der Besonderheit der Arbeit der Pflege in Universitätsklinika werden von den VertreterInnen der Pflegedirektionen verschiedene Anforderungen an die pflegerische Arbeit und damit an das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden formuliert:

Erstens geht es darum, Pflege als ganzheitliche Herangehensweise zu betrachten und als „der verknüpfende Faktor“ zwischen Berufsgruppen zu agieren, die „nur einen Teil des Patienten sehen, behandeln, therapieren, beraten“ (IC 346 ff). Aufgabe der Pflege sollte es sein, „das Gesamtbedürfnis des Patienten (zu) erkennen“ und in der pflegerischen Versorgung darauf einzugehen (IC 381f.). Durch die zunehmende Spezialisierung und das Fehlen einer ganzheitlichen Basis im medizinischen Bereich entwickelt sich aus Sicht der PflegedirektorInnen ein bestimmter Anspruch an die Pflege. Es sollte angestrebt werden, eine ganzheitliche und verbindende Betrachtungsweise der eigenen Aufgaben als Teil des beruflichen Selbstverständnisses zu etablieren. Kritisch angemerkt wird, dass eine solche Entwicklung bisher nicht stattgefunden hat, „weil Pflege ihr Heil darin gesucht hat [...] sich zu spezialisieren“ (IB 271 ff.). In diesem Widerspruch zwischen theoretisch-ideeller Ganzheitlichkeit und praktischer Spezialisierung zeigt sich Potenzial für die pflegenden Berufe sowie ein eigenes, noch auszubauendes und von der Medizin abzugrenzendes Aufgabengebiet für die Berufsgruppe der Pflegenden.

Zweitens besteht speziell für Pflegende in Universitätsklinika aus Sicht der PflegedirektorInnen der Anspruch, „in einem höheren Maße evidenz-basiert zu arbeiten als in anderen Bereichen. Und auch da noch mal Qualitätsvorgaben zu machen, Ideen

zu kreieren und auch Pflegeforschung als solches noch in einem größeren Umfeld zu implementieren“ (IC 86 ff.).

Drittens wird Pflegearbeit widergespiegelt als „hochprofessionelle Tätigkeit“, die zu anderen medizinischen Berufsgruppen ergänzende – also weder diese ersetzende noch assistierende – Leistungen erbringt. Im Rahmen der Professionalisierung sollte es darum gehen, einerseits Kernaufgaben der Pflege zu stärken und somit der Tendenz entgegenzuwirken, „dass sich Pflege versucht zu profilieren, indem sie Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen, i. d. R. von Ärzten, übernimmt“ (vgl. IC 361 ff.). Andererseits darf es nicht das Ziel sein, Pflege zu „skelettieren“, indem pflegespezifische Aufgaben abgegeben werden (IC 364 ff.). Die Orientierung sollte bei der Entscheidung, welche Berufsgruppe die jeweiligen Tätigkeiten ausführt, an Patienteninteressen ausgerichtet werden. Ausgehend von der Frage: „Was muss am Patienten gemacht werden [...] und wer kann das erbringen?“ sollte aus Sicht der PflegedirektorInnen geklärt werden, welche Berufsgruppe fachlich und aus haftungsrechtlicher Sicht diese Handlungsanforderungen „qualitativ hochwertig“ und „zu günstigsten Preisen“ erfüllen kann (IC 375 ff.).

Viertens besteht der Anspruch, dass Pflegearbeit nicht auf Krankheit, sondern auf Gesundheit abzielt und damit auch Prävention und Beratung im Blick hat. Wird diesem Anspruch nicht Genüge getan, würde sich Pflege „reduzieren“ und ihre „Fähigkeiten einschränken“ (IC 346 ff.).

Dargestellt wird **fünftens**, dass eine Aufgabe der Pflegearbeit darin besteht, sich mit dem personellen Wechsel, also mit permanenten Veränderungen auseinanderzusetzen, ebenso die personelle und Aufgaben bezogene Vielfalt als Entwicklungschance wahrzunehmen und sowohl Kontinuität für das eigene Berufsfeld zu entwickeln und zu sichern als auch eine ständige professionelle Weiterentwicklung zu ermöglichen (vgl. ID 141 f.). Diesem Anspruch können die Pflegenden nur dann gerecht werden, wenn es ihnen gelingt, erfolgreich „ihre Energien [zu] splitten“ (IC 78 ff.) und konstruktiv damit umzugehen, „dass von außen permanent Hospitanten, Studenten […] über die Schulter gucken“ und damit auch das „tägliche Arbeiten beeinflussen“ (IC 82 f.).

4.2.1.2 Führungsstile im Pflegedienst der Universitätsklinika und Konsequenzen für die Berufsgruppe der Pflegenden

Allen Universitätsklinika gemeinsam sind – aus Sicht der PflegedirektorInnen – Individualität und Vielfalt der einzelnen Führungsstile. Aufgrund dieser Varianz kann diesbezüglich von einer „einheitlichen Herangehensweise“ (ID 284) nicht gesprochen werden. Die individuellen Führungsstile sind wesentlich von den Persönlichkeitsfaktoren

(IE 413 f.) der leitenden oder führenden MitarbeiterInnen wie von deren „Erfahrungen und Fähigkeiten“ im Bereich der Personalführung (IC 461 ff.) abhängig.

Ein Anspruch an Führung auf der Ebene der Pflegedirektionen, der mit dieser Vielfalt einhergeht, wird in der Zusammenführung der einzelnen (fach)spezialisierten Herangehensweisen zu einer ganzheitlichen Strategie gesehen. Im Kontext universitärer Freiheit und Individualität – auch einzelner Bereiche – wird so von erfolgreicher Führung verlangt, dass sie „letztendlich viele Leitlinien legt, vorgibt usw., auch einfordert, um die Leute zusammenzuführen“ (IB 283 ff.). Als zentrale Aufgabe wird formuliert, integrierend zu wirken, um „die verschiedenen Abteilungen“ und Strategien auf einen Nenner zu bringen und somit „überhaupt das Funktionieren“ unter Berücksichtigung der „wirtschaftlichen Situation“ zu sichern“ (IB 285 ff.). Um (vereinheitlichende) Führungskompetenzen in die Fachabteilungen zu transportieren, werden entsprechende Schulungen von Führungskräften realisiert. Dadurch kann erreicht werden, dass es in den einzelnen Bereichen „zwar Nuancen“ gibt, aber durch gezielte „Angebote der Personalentwicklung“ eine „hohe Kompetenz bei den Pflegedienstleitungen“ (IC 461 f.) zur Bündelung und Strukturierung dieser Individualität entsteht.

Durchgehend findet sich bei den interviewten PflegedirektorInnen ein Selbstverständnis von Führung, die einerseits unter Einbeziehung der einzelnen Mitarbeiter ausgeübt wird, andererseits an die Bereitschaft gekoppelt ist, eigenständig Entscheidungen zu fällen. Partizipation und Integration werden dabei sowohl in Bezug auf die Fach-, Stations- oder Pflegedienstleitungen als auch auf die einzelnen Pflegekräfte verstanden. Die Führungsarbeit der Pflegedirektionen ist – diesem Selbstverständnis entsprechend – geprägt von der Förderung der Eigenständigkeit der Fachleitungen sowie der Moderation zwischen den einzelnen pflegerischen Leitungen.

Im Führungsverständnis der VertreterInnen der Pflegedirektionen kommt zum Ausdruck, dass ein wesentlicher Aspekt der eigenen Arbeit darin besteht, auf individuelle Wünsche und Probleme der Pflegenden einzugehen. Gesprächsbereitschaft gegenüber den MitarbeiterInnen und die damit verbundene notwendige Offenheit, sich auf individuelle Probleme einzulassen – die sowohl arbeitsbezogener als auch privater Natur sein können –, ist in den Direktionen der Universitätsklinika unterschiedlich ausgeprägt (vgl. 4.2.3.1).

Führung in der Pflege wird mit der Reduzierung von Hierarchien verbunden (IB 729 f). Ein Anspruch an erfolgreiche Führung ist, einerseits Individualität und Freiheit zu gewähren und andererseits Sicherheit und Halt zu bieten. Entsprechend soll es nicht um den Wegfall von Verbindlichkeiten gehen, sondern darum, ein Gleichgewicht herzustellen zwischen Sicherheit bzw. Bestätigung und eigenverantwortlichen Entscheidungen.

„Verbindlichkeiten machen natürlich auch zufriedener. Geben nicht nur Sicherheit, sondern letztendlich auch, wenn Dinge geregelt sind, dann hat man auch eine andere Bestätigung. Wenn nichts geregelt ist, kann man alles tun, aber man bekommt ja keine Bestätigung“ (IB 746 f.).

Hierbei wird Sicherheit u. a. dadurch erreicht, dass mit Hilfe von Regeln und Vorgaben Arbeitsergebnisse messbar werden und damit die Grundlage für Anerkennung und Bestätigung der Arbeitsleistung geschaffen wird.

Führung versteht sich aus Sicht der Pflegedienstleitungen als Strategie, gezielt die individuellen Ressourcen Einzelner für Pflegeaufgaben und Unternehmensziele nutzbar zu machen: Mitarbeiter und Auszubildende werden als Träger von Potenzial betrachtet.

„Im Grunde steckt aber in jeder neuen Generation letzten Endes auch Innovation. Man muss die nur mal verstehen [...]. Das ist natürlich das Spannende gegenüber einem anderen Betrieb, der nicht so stark mit jungen Kräften durchsetzt ist und davon auch weniger profitieren kann“ (IB 310 f.)

Es wird als Führungsaufgabe herausgearbeitet, innovatives Potenzial in einzelnen Mitarbeitern zu erkennen und zu nutzen. Gleichzeitig besteht der Anspruch, Entfaltungsmöglichkeiten für Pflegende zu bieten, um die weitere Förderung, Entwicklung und schließlich Verwertung dieser Potenziale zu ermöglichen. Beispielhaft wird in einem Haus Weiterbildung und Entwicklung nachdrücklich als Führungsphilosophie betont:

„Also, unser [Führungs-] Ansatz ist natürlich Förderung und Entwicklung, wir sind ein Ausbildungsbetrieb und das ist ja die Chance. Wir müssen uns immer an Neuem orientieren, wir müssen Vielfältigkeit nicht nur genehmigen, sondern auch produzieren, auch wenn es nur für den Papierkorb ist, das gehört einfach dazu, in einem Ausbildungsbetrieb“ (IB 591 ff.).

In einem anderen Universitätsklinikum wird das Instrument der Mitarbeiterpotenzialanalysen als Möglichkeit herausgestellt, individuelle Ressourcen zu erkennen und nutzbar zu machen. Wobei von der Grundlage ausgegangen wird, dass „Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiter [...] in entscheidendem Umfang“ bestimmen, „ob Unternehmensziele erreicht werden“ können (IA 116 ff.).

Für die konkrete Ausgestaltung der Führung finden sich unterschiedliche Strategien und Schwerpunktsetzungen – abhängig von der konkreten Gestaltung durch die Fachabteilungen – die jedoch keine alternativen Herangehensweisen abbilden (müssen). Es handelt sich eher um summativ nebeneinander existierende bzw. sich ergänzende Aspekte. Teils sind dies differierende Ausprägungen ein und derselben bzw. ähnlicher Strategie/n oder verschiedene Perspektiven bzw. Teilaspekte einer Strategie. Fokussiert werden von den PflegedirektorInnen die folgenden Punkte:

Erstens wird darauf verwiesen, dass sich Führung am Pflegeleitbild misst und orientiert (vgl. IA 121 und 132 ff.).

Zweitens erfolgt der Hinweis auf eine Widersprüchlichkeit in der Führungsrolle der Pflegedirektion, die sich in einer doppelten Positionierung derselben zeigt: Zum Einen sind der Pflegedirektor bzw. die Pflegedirektorin als Vorstandsmitglied den

Klinikumsinteressen verpflichtet. Zum Anderen zeichnen sie als DirektorIn der Pflegenden für die Interessen der einzelnen Mitglieder dieses Personenkreises und den Berufsstand allgemein verantwortlich (vgl. IA 140 ff.). Diese Situation, gleichzeitig ‚zweier Herren Diener' zu sein, ist ein generelles Problemfeld im Bereich von ManagerInnen in oberen Leitungspositionen.

Als **dritter** Punkt wird benannt, dass Umsetzungsstrategien stark durch die Sozialisation der Pflege in der Praxis bestimmt sind: „Wir werden mit dem Tun immer ein bisschen besser. Pflege ist so, die praktizieren was, die probieren [...], daraus entwickelt sich etwas und hinterher entwickeln sie die Theorie dazu" (IB 597 ff.). In der konkreten Gestaltung von Entwicklungsprozessen sieht es so aus, dass partizipativ und mit Hilfe gezielter Motivierung und Steuerung ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in „mehreren Stufen" (IB 605) vollzogen wird. Im **vierten** Punkt wird als Anspruch an erfolgreiche Führung reflektiert, entwicklungsbereiten Pflegenden und Absolventen im Anschluss an ein erfolgreiches Studium entsprechende Einsatzmöglichkeiten und Perspektiven im eigenen Haus zu schaffen.

Fünftens wird darauf verwiesen, dass sich Unterschiede zwischen pflegerischem und ärztlichem Führungsstil zeigen. Der Führungsstil der Pflege wird als demokratisch reflektiert; der Führungsstil im ärztlichen Dienst wird als eher autoritär beschrieben.

„Wir haben eigentlich einen demokratischen Führungsstil, sag ich mal, im Pflegedienst [...]. Im ärztlichen Dienst nicht so. Sie merken, in manchen Häusern gibt es eine Klinikumsleitung, die sich regelmäßig trifft und auch Probleme des Hauses durchspricht. Es gibt aber auch Häuser, wo der Chef sagt: Ich bin hier verantwortlich für alles und ich entscheide alleine, [...] oder ich entscheide mit meinem Oberarzt und es wird überhaupt nichts besprochen; diese Häuser gibt es auch [...]. Aber im ärztlichen Bereich gibt es vereinzelt Ansätze, aber im Großen und Ganzen sehr autoritär" (IE 415 ff.).

Sechstens wird als ein Aspekt erfolgreicher Führung die Förderung der bereichsübergreifenden Arbeit herausgestellt. Darin wird die Chance gesehen, große Reserven zu erschließen. Und zwar sowohl im arbeitsorganisatorischen Sinne durch mehr Flexibilität bei personellen Engpässen als auch in personalstrategischer Sicht, weil „man die Mitarbeiter da nicht so verschleißt" (IF 113 ff.).

Aus dem ständigen Veränderungsdruck auf die Universitätsklinika ergibt sich **siebentens** die Notwendigkeit, Führung als transformationalen[124] Prozess zu gestalten.

„Und deswegen muss man früh anfangen, um vorne zu sein. Um die Leute sozusagen über eine lange Periode dahin zu motivieren und zu bewegen, dass sie dann selber auch verändern wollen. Dass sie nicht nur die Notwendigkeit in der Führung und Motivation von Mitarbeitern auf Änderungen, auf Transformations- und Reformationspotenziale einsehen, dass es nötig ist, sondern dass sie endlich auch selber sich auf den Weg machen" (IB 28 ff.).

---

124 Im Gegensatz zur transaktionalen Führung, in der auf die Verstärkung über negative wie positive Konsequenzen gesetzt wird, geht es in der transformationalen Führung um eine Stärkung des Selbstvertrauens, verbunden mit der Erhöhung der Attraktivität der Ziele (vgl. Kapitel 2.3).

4.2.1.3 Kommunikationsroutinen und Kommunikationsstrategien der PflegedirektorInnen im Kontext von beruflicher Sozialisation und Hierarchie

Ausgehend von der Sozialisationserfahrung der PflegedirektorInnen in den Universitätsklinika gibt es unterschiedliche Routinen oder Strategien der Gesprächsführung. Allen Häusern ist gemeinsam, dass Beziehungsarbeit zum Aufgabenbereich der Pflegedirektionen zählt. Allerdings existieren Unterschiede darin, wie Handlungsabläufe und Kommunikationsroutinen gestaltet werden.

Der Zugang der Pflegedirektionen zu den Pflegenden auf den Stationen und umgekehrt folgt unterschiedlichen Strategien. Als Unterscheidungsmerkmal zeigt sich hier die Sozialisationserfahrung der PflegedirektorInnen. Unterschieden wird zwischen ‚organisationssozialisierten' und ‚fremdsozialisierten' PflegedirektorInnen. Als organisationssozialisiert werden jene PflegedirektorInnen bezeichnet, die bereits vor dieser Tätigkeit im gleichen Universitätsklinikum tätig waren, hier ihre Ausbildung absolviert haben und damit ihre beruflichen Sozialisation ausschließlich in diesem Haus stattgefunden hat. Fremdsozialisiert werden die PflegedirektorInnen bezeichnet, die ihre Ausbildung und einen Teil ihrer beruflichen Tätigkeit in einem anderen Klinikum oder Krankenhaus realisiert haben. Von den organisationssozialisierten PflegedirektorInnen wird der Bekanntheitsgrad und die persönliche Beziehungserfahrung ganz bewusst als Ressource für den Kontakt zu Pflegenden betrachtet und eingesetzt.

Abb. 44: Kommunikation und berufliche Sozialisation von PflegedirektorIn

Von ihnen wird z. B. herausgestellt, dass es Ziel ihrer Kommunikationsstrategie ist, auf die Pflegenden zuzugehen sowie als (persönlich bekannter) Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen und – wenn nötig – Diskretion zu sichern. Die fremdsozialisierten PflegedirektorInnen setzen hingegen verstärkt auf regelmäßige Gesprächsplattformen mit eher formellem Charakter.

Als Möglichkeit, den Zugang zu den Pflegenden zu erleichtern und zu vertiefen, wird die Mitwirkung der PflegedirektorInnen in der Pflegeausbildung gesehen. Hierbei zeichnen sich zwei Varianten ab: Die Beteiligung am Unterricht oder die Abnahme von Prüfungen. Beide Varianten ermöglichen es, Kontakt zur Basis zu halten und die Ausbildungsqualität zu beurteilen.

Ebenfalls unterschiedliche Vorgehensweisen finden sich in den Routinen oder Anlässen, zu denen die PflegedirektorInnen auf die Stationen gehen. Hier finden sich zeitlich strukturierte und regelmäßige Vorgehensweisen sowie Maßnahmen, die eher Nachfrage geleitet durchgeführt werden. Im Rahmen der kontinuierlichen Vorgehensweisen werden z. B. Besprechungen der Stationsleitungen genannt, an denen die VertreterInnen der Pflegedirektionen regelmäßig teilnehmen.

„Ich habe mir das also seit langer Zeit zur Arbeitsaufgabe gemacht; ich gehe also dreimal im Jahr zu den Stationsleitungen in ihre Stationsbesprechungen, denn die haben genauso kontinuierlich 14-tägig Sitzungen mit ihren Stationsleitungen von ihrem Bereich, und dort plane ich mich also dreimal im Jahr ein“ (IF 93 ff.).

„Wir führen ja monatlich unsere Dienstberatungen durch mit den Stationsleitungen, mit den Pflegedienstleitungen“ (IE 142 ff.).

Ziel dieser Vorgehensweise soll sein, sich über aktuelle Besonderheiten zu verständigen und ein Podium für Rückmeldungen zu schaffen. Als Effekt dieser Zusammenkünfte wird neben dem Austausch von Informationen die Möglichkeit herausgestellt, den wechselseitigen Bekanntheitsgrad zwischen PflegedirektorIn und Pflegenden zu erhöhen und eine Basis dafür zu schaffen, dass in kritischen Situationen der Zugang der Pflegenden zum/zur PflegedirektorIn erleichtert wird.

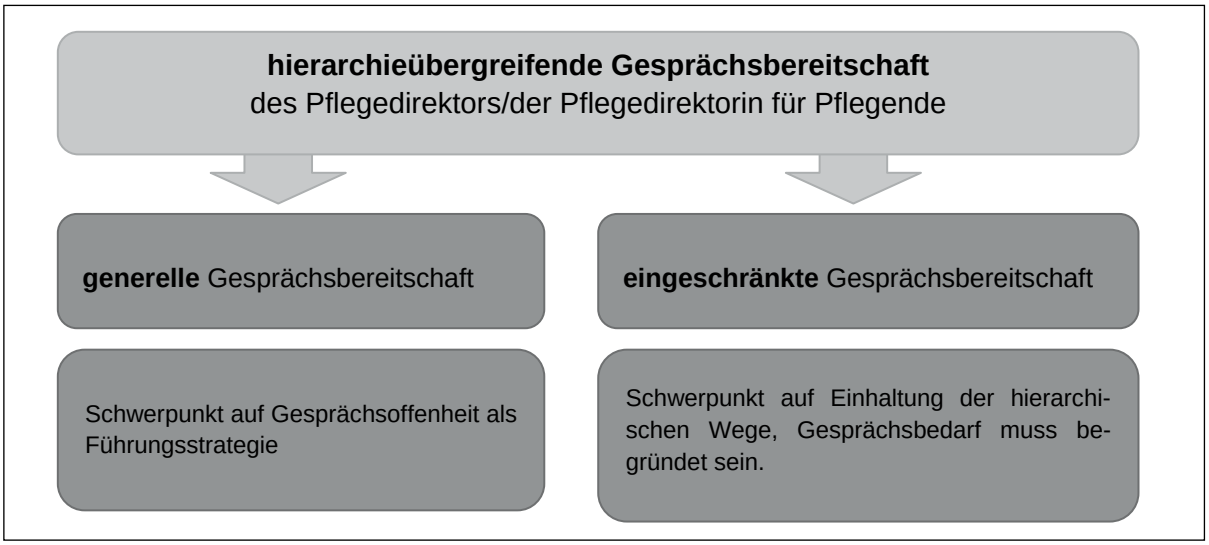
Eine andere Möglichkeit – hierarchieübergreifend – Kontakt zu den einzelnen Pflegenden herzustellen, bietet die Teilnahme an Kommunikationsroutinen auf Stationsebene. Hier bieten sich Pflegevisiten oder -übergaben an. Auch hierbei sollen die Kontaktaufnahmemöglichkeiten für die Pflegenden verbessert und Kommunikationsbereitschaft gezeigt werden. Damit wird den Pflegenden zudem ermöglicht einzuschätzen, ob und inwieweit der/die Pflegedirektor/-in als Gesprächspartner in Frage kommt.

Begegnungssituationen zwischen PflegedirektorInnen und Pflegenden ergeben sich jedoch auch ad hoc. Das liegt zum einen daran, dass kurzfristig angesetzte bzw. wahrzunehmende externe Termine und knappe zeitliche Ressourcen eine langfris-

tige Organisation der Arbeitsabläufe verhindern. Zum anderen spielt eine große Rolle, dass Konfliktmanagement als eine der Aufgaben der Pflegedirektionen betrachtet wird; und dass individuell, fallbezogen und abhängig von der Nachfrage oder aktuellen Problemlage auf den einzelnen Stationen agiert wird.

Ebenfalls in unterschiedlicher Ausprägung besteht hierarchieübergreifende Gesprächsbereitschaft der PflegedirektorInnen gegenüber den MitarbeiterInnen und die Bereitschaft, sich auf individuelle Problemlagen (arbeitsbezogener aber auch persönlicher bzw. familiärer Natur) einzulassen. Es zeigen sich unterschiedliche Herangehensweisen, wie die PflegedirektorInnen mit dem Gesprächsbedarf einzelner Pflegender umgehen. Die aufgezeigten Varianten lassen sich in zwei Hauptrichtungen bündeln.

Abb. 45: Gesprächsbereitschaft von PflegedirektorIn



Einmal wird die Vorgehensweise praktiziert, dass die PflegedirektorInnen als Gesprächspartner für die Pflegenden grundsätzlich auch hierarchieübergreifend zur Verfügung stehen. Die zweite Strategie ist die, dass Mitarbeiter i. d. R. die Hierarchiewege einhalten und zudem ihren Gesprächswunsch begründen müssen.

Im Falle der generellen Gesprächsbereitschaft der Pflegedirektionen gehört es zum skizzierten Aufgabenbereich derselben, pflegenden MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu geben, ihre individuellen Probleme auch dann zur Sprache zu bringen, wenn der Hierarchieweg nicht eingehalten wird. Es existiert eine grundsätzliche Offenheit für gesprächsinteressierte Mitarbeiter, die im Bedarfsfall einen Gesprächstermin bekommen. Pflegende werden nicht abgewiesen.

Die zweite Strategie der PflegedirektorInnen im Umgang mit Kommunikationsbedürfnissen der Pflegenden – die eingeschränkte Gesprächsbereitschaft – von der Priorität der Hierarchieebenen und ihrer Einhaltung aus.

„Pflegende mit Problemen wenden sich nicht an die Pflegedirektion. Entsprechend der Hierarchieebenen wendet sich die Pflegende an die nächsthöhere Ebene“ (IC 509).

Aber auch bei AnwenderInnen dieser Strategie wird eine Gesprächsführung nicht generell abgelehnt. Der Unterschied zur generellen Gesprächsbereitschaft besteht darin, dass eine Begründungsverpflichtung für das Gespräch bei den Pflegenden liegt. Wenn es sich z. B. um ein Problem mit der nächsthöheren bzw. zuständigen Hierarchieebene handelt, besteht die Möglichkeit, dass die Pflegekraft „um ein vertrauensvolles Gespräch“ mit der Pflegedirektion bittet. Bei dieser Strategie liegt es im Ermessensspielraum der Pflegedirektion, wie mit dem Gesprächsbedarf des Pflegenden umgegangen wird. Hintergrund dieser Herangehensweise ist, „so ein bisschen ab(zu)fangen“, dass Pflegende „grundsätzlich sagen, dann gehen wir gleich an höchste Stelle, dann können wir das vielleicht durchsetzen“ (IC 516 ff.).

„Denn das ist ja auch für die Pflegedienstleitung schlecht, wenn jeder hier gleich angelaufen kommt, mit jedem Problem“ (IE 90 f).

Die MitarbeiterInnen nehmen aus unterschiedlicher Motivation heraus Kontakt zur Pflegedirektion auf: Ein Gesprächsanlass sind Weiterbildungs- und Entwicklungswünsche der Pflegenden. Gesprächsbedarf kann auch aus einer Konflikt- oder problematischen Situation heraus entstanden sein (vgl. IA 174 ff und IB 150 ff.). Dies wird dann als „Warnsignal“ (ID 105) interpretiert, als Hinweis darauf,

„dass es vor Ort nicht funktioniert hat. Denn bevor sich jemand sozusagen damit belastet, hierher zu kommen, weil das ist ja immer anrüchig, wenn man gleich hier hoch rennt, also da ist schon einiges schief gelaufen“ (IB 160 ff.).

Gespräche werden auch geführt, wenn es aus familiären Gründen zu Veränderungen des Arbeitsverhältnisses oder zu Umsetzungen kommen soll. Ursachen dafür, warum Mitarbeiter als Gesprächspartner die PflegedirektorInnen vorziehen, werden teilweise auf der persönlichen Ebene gesehen: Wenn es zum Beispiel auf zwischenmenschlicher Ebene mit den unmittelbaren Vorgesetzten keine oder eine erschwerte Kommunikationsbasis gibt, kann ein Gespräch auf der Ebene der Pflegedirektion gewünscht werden. Weitere Gespräche sind inhaltlich oder arbeitsbezogen begründet. Sie werden beispielsweise dann nachgefragt, wenn ein fachbereichsübergreifender Gesprächspartner gesucht wird. Unabhängig von der Gesprächsbereitschaft und beruflichen Sozialisation der PflegedirektorInnen wird auf verschiedene Kommunikationsinstrumentarien in den einzelnen Universitätsklinika verwiesen:

Erstens werden Mitarbeiterpotenzialanalysen (MAPA)[125] als Instrument der kontinuierlichen Kontaktpflege genannt. Hierbei führen die Leitungen auf Stationsebene einmal jährlich mit den Pflegenden der Station Gespräche durch. Auf der Ebene der Pflegedirektion werden Gespräche mit den Fachleitungen/Pflegedienstleitungen geführt. Dadurch ergeben sich regelmäßige Gesprächsroutinen mit dem Ergebnis, dass über die Hierarchieebenen hinweg Informationen ausgetauscht und Ziele wie auch Probleme angesprochen werden können (vgl. IA 145 ff.).

Zweitens werden (als Kommunikationselemente und Gesprächsroutinen) Besprechungen in verschiedenen Formen benannt: „Besprechungen, Informationsweitergabe, [...] Mitarbeiterkonferenzen [Inhalte und Tagesordnungen von den Mitarbeitern vorgegeben], Dienstbesprechungen“ (IB 644 ff.) und Pflegekonferenzen.[126] Weiterhin wird auf „kontinuierliche Betriebsleitungssitzungen mit den Vorständen und mit Pflegenden und Vertretern aus anderen Berufsgruppen“ verwiesen.

Drittens wird die Möglichkeit hervorgehoben, dass es im Pflegebereich „kontinuierlich“ (i. d. R. 14-tägig) Sitzungen gibt, in welche pflegeexterne oder bereichs- bzw. berufsgruppenübergreifende Kooperationspartner mit einbezogen werden (bspw. Qualitätsmanagement, eigene Bildungsstätten, kaufmännischer Vorstand u. a.) (IF 71 ff., IB 628 ff., IE 435 ff.).

Eine weitere Kommunikationsplattform bietet sich **viertens** in Form von Arbeitsgruppen an (z. B. projektbezogen oder zu Umbau- bzw. Umstrukturierungsmaßnahmen), welche die Einbeziehung der Pflege in Entscheidungssituationen gewährleisten. Positiv wird hier resümiert, dass dadurch für Pflegende wie für die Managementebene praktisch erlebbar wird, welche Potenziale und Ressourcen in den Teams und in der Teamarbeit generell liegen. Die Arbeit in Arbeitsgruppen wird aber auch als Belastungs- und Reibungspotenzial (u. a. zwischen Pflegepersonal und Ärzten) bezeichnet.

---

125 Diese Gespräche dienen dem Explizieren und Einschätzen von beruflichen Zielen, der Synchronisierung dieser individuellen Zielsetzungen mit Unternehmenszielen und der Suche nach möglichen Wegen, diese Ziele zu erreichen. Dabei werden drei Bereiche thematisiert. Zum Ersten geht es um die Ergebnisse des vergangenen Zeitraumes, zum Zweiten um Ziele und konkrete Pläne zur Leistungsverbesserung für den Folgezeitraum und die weitere Zukunft und zum Dritten darum, welche Trainings- und Entwicklungsmaßnahmen die Mitarbeiter im Hinblick auf die Ergebnisse und Chancen für den Folgezeitraum in Anspruch nehmen können (vgl. IA).

126 Informationsveranstaltungen für die Gruppenleitungen finden einmal monatlich statt, „da dürfen alle Leitungskräfte kommen“ (IB 680). Diese sind genau strukturiert: Sie gliedern sich in drei Teile von jeweils 20 Minuten. Ein Teil wird vom Pflegedirektorium oder Vorstand inhaltlich gestaltet, ein Teil aus der Abteilungsleitung und ein dritter „dann aus den Gruppen, Projekte oder so etwas, damit die ein Forum haben, sich in einem Hörsaal vorzustellen“ (IB 686 ff.). Themen der Pflegekonferenzen sind „besondere Fälle“, „neue Themen“ (IB 632 f.), Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen und deren Umsetzungsmöglichkeiten.

„Das ist auch ein ziemlicher Belastungsprozess, der neben der eigentlichen Tätigkeit her läuft und zu bewältigen ist. [...] Wenn wir also über die Veränderung der Pflegeorganisation sprechen oder über die [...] Übernahme von Patienten aus der Intensivmedizin in die allgemeine Pflege, also das ist dann immer so, dass es dann große Diskussionen gibt in diesen Gremien, [...] zwischen Ärzten und Pflegedienst“ (IA 27 ff.).

Fünftens wird Projektentwicklung und -mitarbeit im pflegerischen Bereich genannt. Einerseits werden Schwierigkeiten benannt, die sich aus der organisatorischen Realisierung dieser praktischen Mitarbeit ergeben. Andererseits werden aber die Chancen als sehr wichtig und weitreichend eingeschätzt, die sich aus der direkten Mitarbeit der Pflegedirektion an pflegerischen Projekten ergeben. Diese Chancen spiegeln sich sowohl im Hinblick auf die Mitarbeiter als auch in Bezug auf die Pflegedienstleitungen wider.

„Und so haben wir auch den Mitarbeitern das Gefühl gegeben, die haben nicht nur was für den grünen Tisch [...] ausgedacht, sondern die gehen auch mal vor Ort und gucken [...], wie ist es denn wirklich“ (IF 133 ff.).

In Zusammenhang mit Kommunikationsroutinen wird expliziert, welche Motivation und Befriedigung sich für die PflegedirektorInnen aus der Arbeit mit „Bezug zur Basis“ (IF 148) und der Arbeit mit Patienten ergibt. Im Gegensatz zu einer reinen „Managementfunktion“ (IF 154), die mit einer isolierten Arbeitsweise verbunden wird, „da hat man schon das Gefühl, sie gehen früh in ihr Loch“ (IF 155), ergibt sich ein intrinsisch motivierender Aspekt aus der Befriedigung durch die praktische Arbeit „dort hat man wirklich gearbeitet“ (IF 155 f.) und den direkten Kontakt. Eine Problematik im Aufgabenfeld der PflegedirektorInnen zeigt sich darin, dass mit der Übernahme der Leitungstätigkeit auf höchster Managementebene eine dreifache Distanzierung zum ursprünglichen beruflichen Alltag einhergeht: **Zum einen** werden andere Arbeitsstrukturen und -methoden erforderlich, als sie während Ausbildung und beruflicher Sozialisation erworben wurden. **Zum zweiten** fällt durch die hierarchische (Einzel)Stellung der Aspekt eines Miteinanders auf gleicher hierarchischer Ebene und innerhalb der pflegenden Berufsgruppe aus dem Berufsalltag heraus und **zum Dritten** wird der patientenbezogene Teil der Arbeit komplett aus dem Arbeitsalltag verbannt.

4.2.1.4 Strategien der PflegedirektorInnen im Umgang mit Konflikten

Ähnlich wie bereits in Bezug auf die Gesprächsroutinen gezeigt, finden sich auch beim Konfliktmanagement der PflegedirektorInnen unterschiedliche Routinen und Strategien des Umgangs. Übereinstimmung besteht darin, dass Konfliktmanagement zum alltäglichen Aufgabenfeld der Pflegedirektionen gehört.

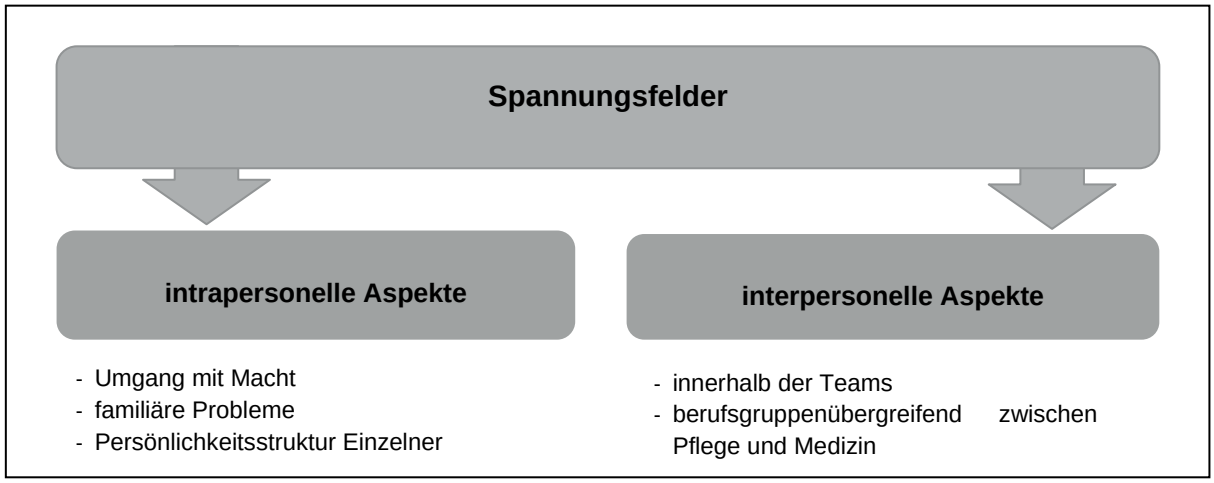
„Wenn es Probleme gibt, dann gehe ich [...] auf Station [...], dass man auch mal an der Basis ist und nicht immer nur mit den Leitenden sich bespricht“ (IE 68 ff).

„Wenn es irgendwo klemmt, blende ich mich auch nicht aus, [...] da krieche ich rum, [...] ich mache es auch sehr gerne“ (IF 149 ff.).

„Ansonsten ist das Tagesgeschäft natürlich auch bestimmt durch Regulierung von Personalproblemen und Engpässen“ (ID 27 ff.).

Dabei wird auf verschiedene Problemlagen und individuelle Konstellationen verwiesen; auf verschiedene „Einzelschicksale“ (IB 91), die unterschiedliche Strategien des Umgangs erfordern. Ursachen für die Konfliktentstehung werden in Spannungsfeldern auf intra- und interpersoneller Ebene gesehen.

Abb. 46: Spannungsfelder aus Sicht der PflegedirektorInnen



Aspekte, die auf der intrapersonellen Ebene angesiedelt werden können, sind: Umgang mit Macht oder Machtlosigkeit, familiäre Probleme oder die Persönlichkeitsstruktur Einzelner. Unter interpersonellen Aspekten werden sowohl Spannungsfelder innerhalb des Pflegeteams als auch berufsgruppenübergreifend gefasst.

Unabhängig davon, auf welcher Ebene diese Spannungsfelder angesiedelt sind, zeichnen individuelle Problemanalyse und Fallbezogenheit die Herangehensweise der PflegedirektorInnen an die Konfliktbearbeitung aus. Abhängig von der Situation wird entschieden, wer an den Gesprächen teilnehmen sollte, an welchem Ort sie stattzufinden haben und wie mit Informationen umgegangen wird.

„Da nehme ich mir auch die Freiheit und sage, ich möchte direkt ins Stationsteam ohne Pflegedienstleitung und ohne Stationsleitung oder manchmal auch mit Stationsleitung, je nachdem“ (IE 150 ff.).

Allerdings werden die Chancen, Offenheit und Partizipation in der Konfliktbearbeitung zu erreichen, direkt auf den Stationen besser eingeschätzt: „Aber wenn man rein will in ein Team, [...] ist es in einer gewohnten Umgebung leichter“(ID 333 ff.). Die Pflege-

dienstleitung fungiert als Moderator oder Mittler zwischen den Konfliktparteien mit dem Ziel, konstruktive Lösungsansätze in den Abteilungen selbst entwickeln zu lassen. Priorität hat die Konfliktlösung am Ort der Entstehung und mit den am Konflikt beteiligten Personen. Erst wenn das nicht möglich oder gescheitert ist, kann die Einbeziehung der Pflegedirektion erfolgen.

„Wir haben [...] auch so ein bisschen die Strategie, dass wir sagen, wir müssen nicht jedes Problem zu Markte tragen. Versucht das in der Pflege zu klären. Das ist nicht immer möglich“ (ID 63 ff).

Die Aufgabe der Pflegedirektionen wird darin gesehen, als „Vermittler auch zwischen den Fronten“ (IF 137) zu agieren und durch die Neutralität in der Lage zu sein, die einzelnen Standpunkte zu analysieren und zwischen den Positionen zu vermitteln. Die Bereitschaft zur Übernahme dieser Mittlerposition entsteht nicht aus dem Zweifeln an den Fähigkeiten zum Konfliktmanagement in den Abteilungen, sondern aus dem reflektierten Stellenwert der Konfliktbearbeitung, dem durch die Behandlung des Konfliktes als „Chefsache“ Rechnung getragen werden soll. „Das [Konfliktmanagement] kann zwar jeder auch selber bearbeiten, aber ich stehe dafür einfach auch immer zur Verfügung, auch für die Mitarbeiter, weil ich denke, dass das auch wichtig ist“ (IB 100 ff). Die Information über einen schwelenden Konflikt oder die Anfrage an die Pflegedirektion zur Unterstützung beim Konfliktmanagement wird i. d. R. von den Pflegedienstleitungen an die Pflegedirektion herangetragen. Die Verantwortung für die Lösung der Konflikte vor Ort liegt in den Abteilungen.

In Gesprächen soll aufgezeigt werden, dass es darum geht, „einen gemeinsamen Weg zu finden, der die Unternehmensinteressen berücksichtigt“ (IA 134 ff.), aber die individuellen Interessen oder Konfliktlagen nicht ausblendet. Des Weiteren soll als Basis dafür eine Form der „kollektiven Leitung und Beratung“ entwickelt werden (ID 296 ff.), welche die Konfliktlösungsarbeit wiederum in die Fachabteilungen zurückträgt. Diese Vorgehensweise erfordert ein hohes gegenseitiges Vertrauen zu und von den nachgeordneten Mitarbeitern; ebenso eine ausgebildete Fachkompetenz auf den verschiedenen pflegerischen Leitungsebenen, um individuelle und fallbezogene Entscheidungen fällen zu können.

4.2.2 Rahmenbedingungen für die Pflegearbeit in Universitätsklinika aus der Perspektive der Pflegenden: Die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung

In den nachfolgenden Ausführungen werden deskriptiv Angaben zum Arbeitsverhältnis der befragten Personen ebenso wie Organisationsvariablen präsentiert. Hierbei stehen zweierlei Dinge im Mittelpunkt: Zum einen soll beschrieben werden, wie sich die Gruppe der befragten Pflegenden hinsichtlich ihrer Angaben zum Arbeitsverhältnis zusammensetzt. Zum anderen sollen Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschie-

dener Teilpopulationen untersucht werden. Hierzu werden verschiedene Differenzierungen angestellt. Unterschieden wird nach dem Geschlecht, dem Alter und nach dem Arbeitsort (alte und neue Bundesländer).

4.2.2.1 Angaben bezogen auf die Arbeitsverhältnisse der befragten Pflegenden

In den folgenden Abschnitten werden zunächst Angaben der befragten Pflegenden in Bezug auf ihre Arbeitsverhältnisse dargestellt. Näher beleuchtet werden hierbei die Aspekte Dauer der Zugehörigkeit zum Arbeitsumfeld, die Arbeitszeit, die betriebliche Position der befragten Pflegenden, die Art des Arbeitsverhältnisses und der Standort des Universitätsklinikums im Ost-West-Vergleich.

Abb. 47: Zugehörigkeit zum Krankenhaus und zur Station

	gesamt	abhängig von							
		Arbeitsort		Geschlecht		Alter			
Zugehörigkeit		Ost	West	weiblich	männlich	17-27	28-34	35-40	41-64
zum Krankenhaus in Jahren (MW)	11,9	13,1	10,3	12,4	9,4	4,2	9,1	12,9	20,3
Anova-Signifikanz		0,000		0,001		0,000			
zur Station in Jahren (MW)	8,8	9,3	7,9	9,0	7,1	3,2	6,9	9,0	13,4
Anova-Signifikanz		0,013		0,039		0,000			

Die Krankenhauszugehörigkeit der befragten Pflegenden liegt zwischen einem Monat und 42 Jahren; der Mittelwert (arithmetisches Mittel) beträgt knapp zwölf Jahre. Im östlichen Teil Deutschlands und bei den weiblichen Pflegenden ist die durchschnittliche Zugehörigkeit zum Haus signifikant höher.

Bei der Zugehörigkeit zur Station zeigt sich ein ähnliches Bild: In der Stichprobe liegt die Zugehörigkeit zur Station zwischen einem Monat und 35 Jahren. Im Durchschnitt sind die Pflegenden seit 8,8 Jahren auf der aktuellen Station beschäftigt. Auch hier sind im Osten Deutschlands und bei den weiblichen Pflegenden längere Zugehörigkeiten zu erkennen.

Zur Arbeitszeitverteilung der befragten Pflegenden werden die Wochenarbeitszeit, die Anzahl der wöchentlichen Überstunden und die Schichtsysteme, in denen die Pflegenden tätig sind, näher beleuchtet.

Der größte Anteil (52 Prozent) hat eine wöchentliche Arbeitszeit von genau 40 Stunden. Der Mittelwert der Wochenarbeitszeit beträgt 37,3 Stunden. Signifikante Unterschiede sind sowohl zwischen den Geschlechtern, im Alters- wie auch im Ost-West-Vergleich auszumachen: Im Osten Deutschland ist die durchschnittliche Arbeitszeit länger als im

Abb. 48: Angaben zur Arbeitszeit

Angaben zu Arbeitszeit und Schichtarbeit	gesamt	abhängig von							
		Arbeitsort		Geschlecht		Alter			
		Ost	West	weiblich	männlich	17-27	28-34	35-40	41-64
Wochenarbeitszeit (MW)	37,3	38,5	35,6	37,3	37,9	38,6	37,3	38,1	37,1
Anova-Signifikanz		0,000		0,000					0,000
wöchentliche Überstunden (MW)	2,6	2,3	3,0	---	---	---	---	---	---
Anova-Signifikanz		0,005		0,87					0,24
Schichtarbeit (in %)									
- keine Schichten	20	20	21	---	---	6	9	29	37
- zwei Schichten	19	14	25	---	---	19	18	14	24
- drei Schichten	61	66	55	---	---	75	74	57	39
Signifikanz		0,005		0,72					0,000

Westen[127] und die wöchentliche Arbeitszeit der Männer ist länger als die der Frauen. In den Altersgruppen zeigt sich bei den 28- bis 34-Jährigen ebenso wie bei den über 40-Jährigen eine geringere Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden.

Die Angaben zu den Überstunden stammen von 97 Prozent der befragten Pflegenden. Im Durchschnitt werden 2,6 Überstunden wöchentlich geleistet. Signifikante Unterschiede zeigen sich hier nur im Ost-West-Vergleich: In den neuen Bundesländern werden im Durchschnitt wöchentlich 2,3 Überstunden erbracht, in den neuen Ländern sind es 3,0 Stunden pro Woche (vgl. Tabelle BA 6 im Anhang).

Von insgesamt 98 Prozent der Stichprobe stammen die Angaben zur Schichtarbeit. Der überwiegende Anteil (61 Prozent) arbeitet im Drei-Schicht-System. Jeweils ca. 20 Prozent arbeiten in zwei Schichten oder nicht in Schichten. Signifikante Unterschiede zeigen sich im Ost-West-Vergleich: Verschieden ist hier die Gestaltung des Schicht-Systems. Während im Osten ein größerer Anteil in drei Schichten arbeitet, gibt es im Westen vermehrt Zwei-Schicht-Systeme. Zudem zeigen sich Altersunterschiede: Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der in Schichten arbeitenden Pflegenden ab (vgl. Tabelle BA 6 im Anhang).

In einem weiteren Schritt wird erfragt, in welcher Form von Arbeitsverhältnissen die befragten Pflegenden beschäftigt sind. Es zeigt sich folgendes Bild: Ein Großteil der Befragten (83 Prozent) befindet sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Pflegende, die sich in der Probezeit befinden, sind nur zu einem Prozent in der Stichprobe vertreten. Insgesamt 16 Prozent der Arbeitsverhältnisse sind befristet, wobei es sich dabei zumeist um Ausbildungsverhältnisse handelt. Signifikante Unterschiede finden sich im

127 Tarifliche Unterschiede im öffentlichen Dienst zwischen beiden Teilen Deutschlands begründen den Unterschied.

Ost-West-Vergleich und zwischen den Altersgruppen. In den neuen Bundesländern ist der Anteil der Pflegenden mit unbefristeten Arbeitsverhältnissen etwas größer. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der unbefristeten Arbeitsverträge zu (vgl. Tabelle BA 4 im Anhang).

Des Weiteren ist die betriebliche Position der Pflegenden erfragt worden. In der Stichprobe finden sich zu einem Großteil (61 Prozent) Arbeitnehmer ohne Personalverantwortung. Jeweils knapp 15 Prozent bezeichnen ihre Position als Arbeitnehmer mit Personalverantwortung oder als Vorgesetzte/r auf Stations- oder Klinikumsebene. Signifikante Unterschiede zeigen sich in allen dargestellten Unterpopulationen. Während im Osten der Anteil der Arbeitnehmer ohne Personalverantwortung etwas höher ist, finden sich im Westen verstärkt Aushilfskräfte und Auszubildende. In der männlichen Teilpopulation sind – etwas überproportional – Vorgesetzte und im weiblichen Teil der Stichprobe höhere Anteile von Arbeitnehmern ohne Personalverantwortung sowie von Aushilfskräften und Auszubildenden zu finden (vgl. Tabelle BA 6 im Anhang). Hiermit zeigt sich, dass die von Ulrike Teubner aufgestellte Hypothese, dass „die Form institutionalisierter Ungleichheit zwischen den Geschlechtern selbst bei gleicher Qualifikation fortbesteht“ (Teubner 1992: 47 f.) in Bezug auf andere Hierarchieebenen ihrer Tätigkeit bestätigt werden (vgl. Kapitel 2.3). Inwieweit sich diese Hypothese auch in unterschiedlichen Perspektiven auf Konfliktsituationen bis hin zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien finden lässt, soll an späterer Stelle überprüft werden.

4.2.2.2 Organisationsvariablen

In den folgenden Abschnitten sind die Organisationsvariablen der sechs einbezogenen Universitätsklinika aus der Perspektive der Pflegenden dargestellt. Hier werden die Aspekte Stationsgröße, Arbeitsanteile und -aufgaben, Arbeitsbelastungen und -klima sowie Entscheidungsfindung näher beleuchtet. Die Organisationsvariablen werden jeweils für die gesamte Stichprobe und im Ost-West-Vergleich dargestellt.

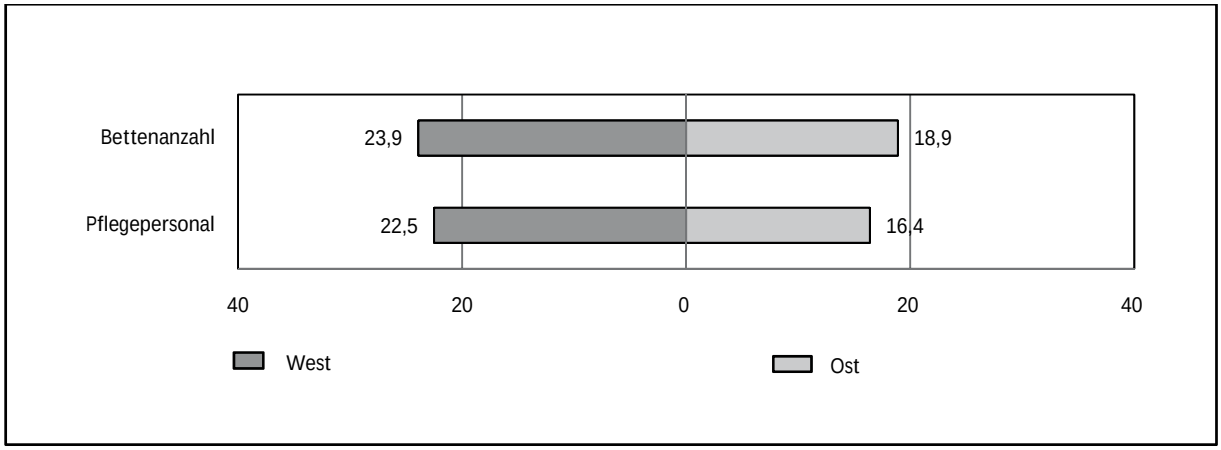
4.2.2.2.1 Stationsgröße

Bei der Erhebung der Stationsgröße finden zwei verschiedene Aspekte Berücksichtigung. Einbezogen sind dabei einmal Merkmale der Kapazität (hier die Bettenanzahl) und zum anderen Merkmale der personellen Ausstattung (Anzahl der dort arbeitenden Pflegenden und Ärzte/Ärztinnen).

Die durchschnittliche Bettenanzahl der Stationen beträgt 21,5 und es arbeiten durchschnittlich jeweils 19 Pflegende und sechs ÄrztInnen auf einer Station.

Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern finden sich sowohl in Bezug auf das Kapazitätsmerkmal Bettenanzahl als auch hinsichtlich der personellen Ausstattung der Stationen. Folgendes Bild zeigt sich: Im Westen scheinen eher größere Stationen vorhanden zu sein als in den neuen Bundesländern. Das offenbart sich sowohl in der durchschnittlichen Bettenanzahl als auch der Anzahl des Pflegepersonals. Keinen signifikanten Unterschied gibt es im Vergleich der neuen und der alten Länder bezüglich Anzahl der Ärzte und Ärztinnen (vgl. Abb. BA 7 im Anhang).

Abb. 49: Stationsgrößen im Ost-West Vergleich



4.2.2.2.2 Arbeitsanteile und -aufgaben

Auf die Frage, wie viel Prozent der Wochenarbeitszeit für verschiedene Aufgaben anfallen, antworten 81 Prozent der Befragten. Reine Pflegeaufgaben nehmen den größten Anteil mit durchschnittlich 36 Prozent ein. Jeweils ca. 20 Prozent der geleisteten Arbeit werden für Diagnostik und Therapie sowie für die Pflegedokumentation aufgewendet. Etwas mehr als ein Zehntel der anfallenden Arbeiten insgesamt sind Kooperations- bzw. Koordinationstätigkeiten und Aufgaben der Pflegeorganisation. Die Pflegeforschung nimmt einen Durchschnittsanteil von knapp sechs Prozent ein (vgl. Tabelle EH 3 im Anhang).

Im Ost-West-Vergleich sind bei drei Aspekten signifikante und auch dort nur geringfügige Unterschiede zu erkennen (vgl. Tabelle BA 8 im Anhang). Die direkten Pflegetätigkeiten nehmen im Westen einen größeren Stellenwert ein; im Osten fallen die Durchschnittsanteile für Diagnostik und Therapie sowie Pflegedokumentation etwas stärker aus.

Abb. 50: Arbeitsanteile gesamt und im Ost-West-Vergleich

	gesamt	abhängig vom Arbeitsort		
		Ost	West	Signifikanz
Arbeitsanteile	**%**	**%**	**%**	
- Pflege	36	34	38	0,005
- Diagnostik/ Therapie	21	22	19	0,009
- Pflegedokumentation	20	21	18	0,009

Interessant erscheint weiterhin eine Untersuchung bezüglich Aufteilung der anfallenden Arbeiten zwischen den Pflegenden auf der Station. Bei den vorgegebenen Antwortkategorien wird versucht, Unterschiede zwischen Bezugspflege und Funktionspflege aufzuzeigen, wobei bei der Formulierung allerdings vermieden wird, die Begrifflichkeiten selbst zu verwenden. In der Funktionspflege werden die anfallenden Arbeiten nach Aufgabeninhalten aufgeteilt. Bei der Bezugspflege hingegen übernimmt ein Pflegender bzw. eine Pflegende alle Arbeiten, die für bestimmte Patienten anfallen (vgl. Kapitel 2.3). Die Frage ist von 75 Prozent der Pflegenden beantwortet worden, was im Vergleich zur sonstigen Antwortbereitschaft (meist über 90 Prozent) relativ gering ist. Insgesamt knapp 50 Prozent geben eine Verteilung der anfallenden Arbeiten dergestalt an, dass Pflegende immer für die gleichen Patienten zuständig sind. Etwas mehr als 30 Prozent schätzen die Aufgabenverteilung eher so ein, dass Pflegende immer für die gleichen Arbeiten zuständig sind. Bei fast 20 Prozent kommen beide Formen der Verteilung von Arbeitsaufgaben vor (vgl. Tabelle EH 3 im Anhang). Signifikante Unterschiede im Ost-West-Vergleich zeigen sich darin, dass Arbeitsaufgaben im Westen stärker nach dem Modell der Bezugspflege verteilt werden. Im Osten sind die Anteile beider Formen mit jeweils knapp 40 Prozent fast ausgeglichen; der Anteil der Mischformen ist hier stärker als auf den Stationen in den alten Bundesländern (vgl. Tabelle BA 8 im Anhang).

Abb. 51: Aufgabenverteilung gesamt und im Ost-West-Vergleich

	gesamt	abhängig vom Arbeitsort	
		Ost	West
Aufgabenverteilung	**%**	**%**	**%**
- Pflegende sind immer für die gleichen Patienten zuständig	47	38	58
- Pflegende sind immer für die gleichen Arbeiten zuständig	34	39	28
- beide o. g. Formen kommen vor	19	23	15
Signifikanz			0,000

Die Pflegenden insgesamt (Angaben von 95 Prozent) verteilen sich auf folgende Aufgabenprofile: Gut 40 Prozent finden sich in allgemeinen Pflegediensten, knapp 30 Prozent arbeiten in der Intensivpflege und jeweils 16 Prozent arbeiten im Funktions-

dienst und in anderen Bereichen. Signifikante Unterschiede zwischen den alten und den neuen Ländern können nicht ausgemacht werden (vgl. Tabellen EH 3 und BA 9 im Anhang).

4.2.3.2.3 Aufgabenformulierung

Handeln und Agieren in Arbeitsorganisationen haben nach Rosenstiel dann Arbeitscharakter, wenn sie an den Schlüsselbegriff Aufgabe gekoppelt sind (vgl. 1995: 60 ff.). Im Fragebogen der vorliegenden Arbeit wird erhoben, wie pflegespezifische Aufgaben formuliert, verteilt und gestaltet werden (vgl. Kapitel 2.3 und 3). Mehrheitlich Zustimmung erfahren die Aussagen, dass Aufgaben verständlich formuliert werden, sich aus medizinischer Dringlichkeit ergeben, pflegerische Notwendigkeiten berücksichtigen, gerecht aufgeteilt werden, mit Unternehmenszielen übereinstimmen und im Team festgelegt werden. Nicht bestätigt wird hingegen, dass Aufgaben zentral vorgegeben, nicht immer logisch sind und von Ärzten verteilt werden (vgl. Tabelle EH 4 im Anhang).

Signifikante Unterschiede im Ost-West-Vergleich zeigen sich bei sieben von neun Antwortkategorien (vgl. Tabelle BA 10 im Anhang). Bei nahezu allen Antwortmöglichkeiten lassen sich stärkere Zustimmungen im Osten Deutschlands fest machen. Eine Ausnahme bildet hier der Sachverhalt, dass Aufgaben im Team festgelegt werden. Dies bestätigen anteilmäßig mehr Pflegende in den alten Bundesländern.

Abb. 52: Aufgabenformulierung und -gestaltung im Ost-West-Vergleich

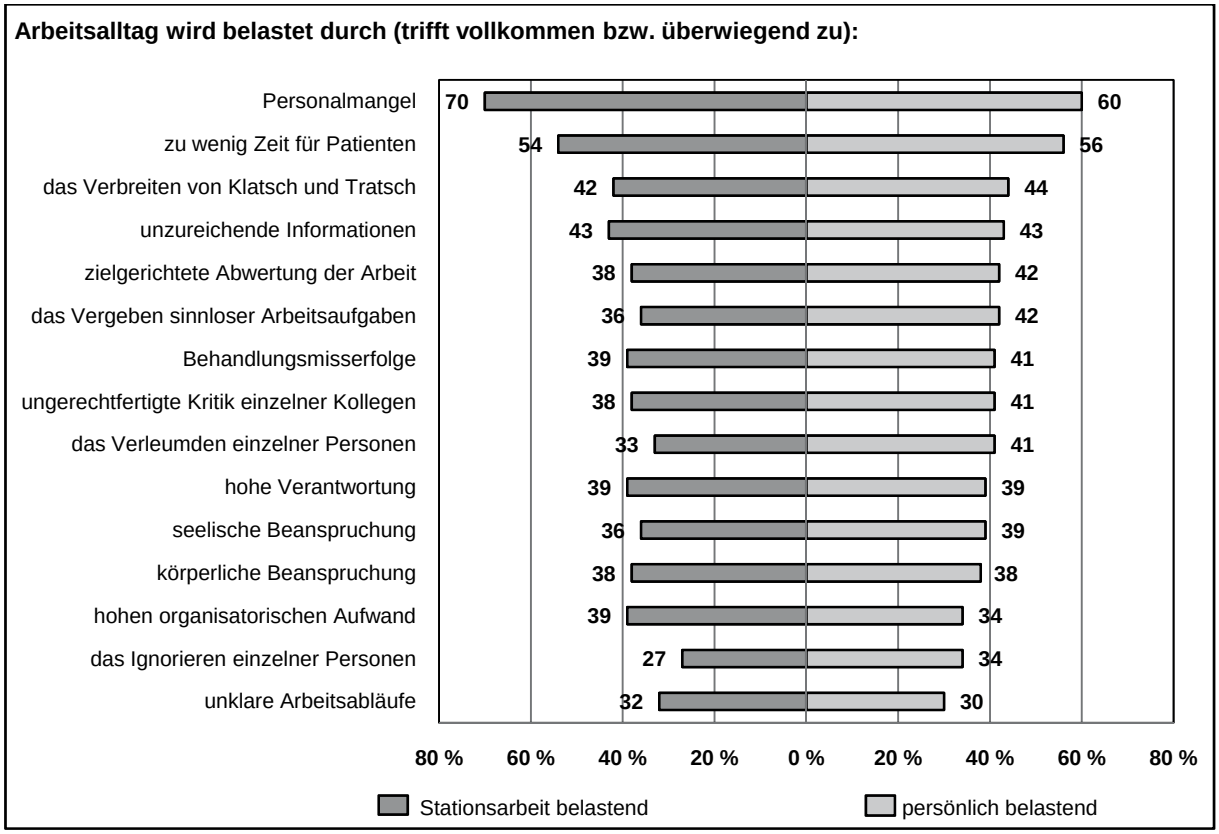
Zustimmung (vollkommen bzw. überwiegend)	**gesamt**	**abhängig vom Arbeitsort**		
		Ost	**West**	**Signifikanz**
	%	**%**	**%**	
Aufgaben:				
- werden verständlich formuliert	78	84	72	0,000
- werden von den Ärzten verteilt	12	15	7	0,000
- stimmen mit Unternehmenszielen überein	45	51	38	0,001
- werden im Team festgelegt	39	37	41	0,003
- ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	64	69	59	0,004
- berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	55	59	51	0,014
- werden zentral vorgegeben	29	33	25	0,024

4.2.2.2.4 Arbeitsbelastungen und -klima

Die Frage der Arbeitsbelastungen wird mit Hilfe des Fragebogens im Hinblick auf zwei Aspekte erhoben. Zum einen, was die eigene Person ganz individuell belastet; zum anderen, welche Umstände die Stationsarbeit allgemein belasten. Dadurch ist ein direkter Vergleich möglich zwischen eher individuellen – die eigene Person stressenden – Faktoren und mehr teambezogenen – das gesamte Arbeitsumfeld beeinflussenden – Aspekten. Folgendes lässt sich aus der Rangliste erkennen: Der Umstand, dass von 70 Prozent der Befragten hinsichtlich der Station und von 60 Prozent mit Blick auf die individuelle Arbeitssituation ein Personalmangel als belastend empfunden wird, scheint damit vermutlich alle anderen genannten Aspekte zu beeinflussen (vgl. Tabellen EH 6 und EH 15 im Anhang).

So steht gleich an zweiter Stelle der Rangliste der Aspekt, zu wenig Zeit für die Patienten zu haben. In der Rangliste folgen Indikatoren, die auf Kommunikationsprobleme hinweisen (unzureichende Informationen) bzw. aus der Liste der Mobbinghandlungen nach Leymann entnommen sind. Hierunter fallen das Verbreiten von Klatsch und Tratsch, die zielgerichtete Abwertung der Arbeit, das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben, ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen sowie das Verleumden einzelner Personen (vgl. Leymann 1993: 33f. und Kapitel 2.2).

Abb. 53: Arbeitsbelastungen



In der Wahrnehmung individueller und stationsbezogener Belastungsfaktoren sind insgesamt folgende Unterschiede erkennbar: Bei neun Indikatoren wird die individuelle Belastung stärker wahrgenommen als die Belastung der Station insgesamt. Dies bezieht sich auf kommunikative Aspekte und auf Mobbingindikatoren, aber auch auf Behandlungsmisserfolge und die Aussage, zu wenig Zeit für Patienten zu haben. Anders ist das bei der Belastung durch Personalmangel, hohen organisatorischen Aufwand und unklare Arbeitsabläufe. Hier wird die Belastung der Stationsarbeit stärker eingeschätzt als die individuelle Belastung. Bei den Aussagen, dass der Arbeitsalltag belastet wird durch körperliche Beanspruchung, hohe Verantwortung und unzureichende Informationen, ist kein Unterschied zwischen der Einschätzung individueller und stationärer Arbeitsbelastung auszumachen (vgl. Tabelle EH 6 im Anhang).

Beim Ost-West-Vergleich der die Stationsarbeit belastenden Faktoren lässt sich ein signifikanter Unterschied bei acht der insgesamt 15 vorgegebenen Belastungsfaktoren ausmachen (vgl. Abb. BA 11 im Anhang). Personalmangel und unzureichende Informationen werden als stärker belastend von den Pflegenden in den alten Bundesländern empfunden. Das Verbreiten von Klatsch und Tratsch, Behandlungsmisserfolge, die zielgerichtete Abwertung der Arbeit, ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen,

Abb. 54: Arbeitsbelastungen (stationsbezogen) gesamt und im Ost-West-Vergleich

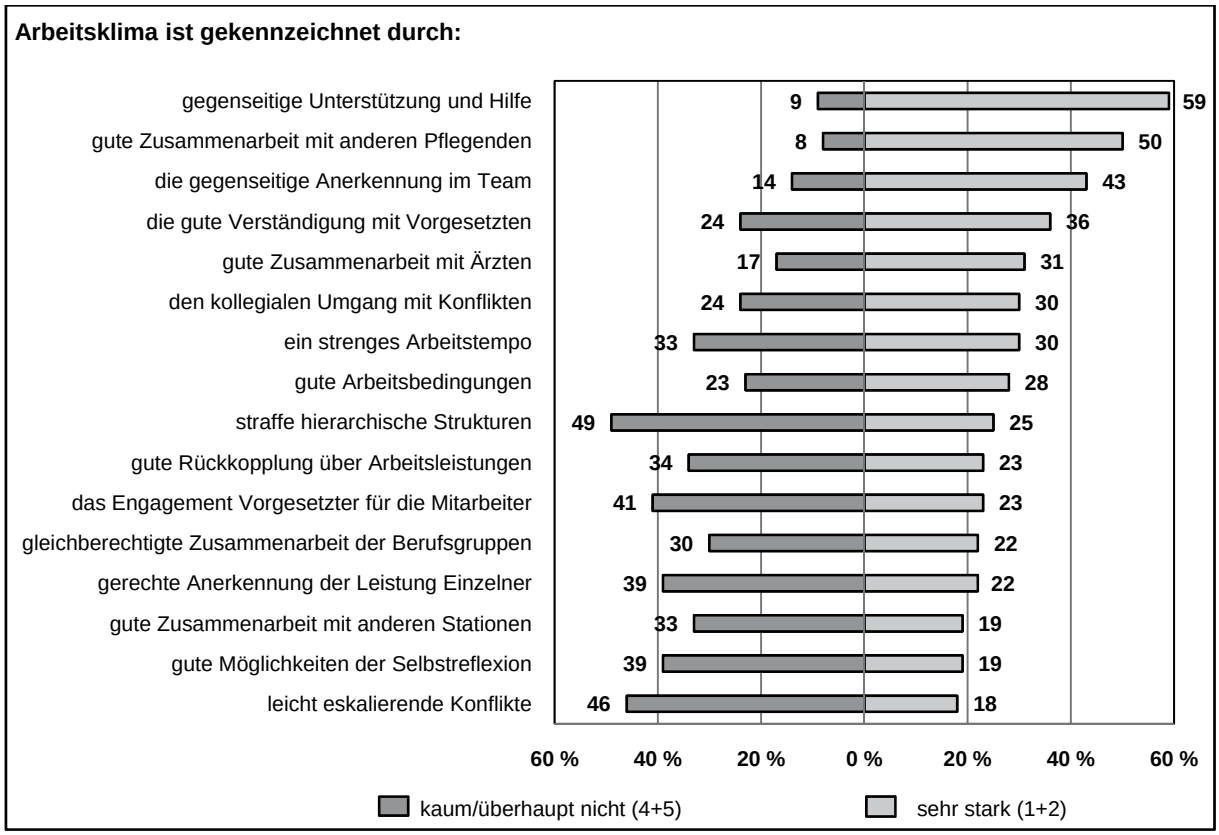
Arbeitsalltag wird belastet durch (trifft vollkommen bzw. überwiegend zu)	**gesamt**	**abhängig vom Arbeitsort**		
		Ost	**West**	**Signifikanz**
	%	**%**	**%**	
- Behandlungsmisserfolge	39	45	30	0,000
- Personalmangel	70	65	77	0,001
- das Verleumden einzelner Personen	33	38	26	0,001
- das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	36	40	30	0,002
- unzureichende Informationen	43	39	49	0,015
- zielgerichtete Abwertung der Arbeit	38	43	33	0,015
- ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	38	41	34	0,017
- das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	42	46	37	0,030

das Vergeben sinnloser Aufgaben und das Verleumden einzelner Personen werden dagegen in den neuen Ländern als stärker belastend empfunden.

Damit werden von den Befragten im Westen eher äußere Gegebenheiten oder ‚harte' Faktoren als die Stationsarbeit negativ beeinflussend gesehen. Anders im Osten. Hier scheinen zum einen verstärkt interpersonelle Konfliktfaktoren eine Rolle zu spielen. Andererseits werden Behandlungsmisserfolge als Stressindikator für den stationären Arbeitsalltag deutlicher widergespiegelt.

Die Ermittlung des Arbeitsklimas erfolgt in der Form, dass verschiedene, jeweils bewertende Aussagen vorgegeben sind und die Befragten angeben, wie stark diese einzelnen Sachverhalte das Arbeitsklima bestimmen. Werden die Aussagen nach der Stärke der Zustimmungen geordnet, ergibt sich folgendes Bild: An erster Stelle der Rangliste steht die Aussage, dass das Arbeitsklima gekennzeichnet ist durch gegenseitige Unterstützung und Hilfe. Es folgen gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden, die gegenseitige Anerkennung im Team und eine gute Verständigung mit Vorgesetzten. Mehrheitlich wird von den befragten Pflegenden auch der Aussage zugestimmt, dass das Arbeitsklima von einer guten Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen geprägt ist – allerdings deutlich abgestuft im Vergleich zur berufsgruppeninternen Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden. Eher ausgeglichen sind die Einschätzungen, dass das Arbeitsklima bestimmt wird von kollegialem Umgang in Konflikten, einem strengen Ar-

Abb. 55: Arbeitsklima



beitstempo und guten Arbeitsbedingungen. Hier halten sich Zustimmung und Ablehnung in etwa die Waage. Tendenzielle Ablehnung erfahren die Aussagen, dass:

- es eine gute Rückkopplung über die Arbeitsleistungen gibt,
- sich Vorgesetzte für ihre Mitarbeiter engagieren,
- es eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen gibt,

- die Leistung Einzelner gerecht anerkannt wird,
- eine gute Zusammenarbeit zwischen den Stationen existiert und
- gute Möglichkeiten zur Selbstreflexion bestehen.

Ebenso werden aber auch weder eskalierende Konflikte noch straffe Hierarchien als bestimmend für das Arbeitsklima angesehen (vgl. Tabelle EH 7 im Anhang).

Signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsteams im Osten und im Westen Deutschlands lassen sich bei sechs von insgesamt 15 Indikatoren zur Beschreibung des Arbeitsklimas nachweisen (vgl. Tabelle BA 13 im Anhang). Hier wird jeweils im Osten stärker zugestimmt. Das heißt, dass die positiven Aussagen hier stärker betont werden. Das Arbeitsklima wird aus Sicht der befragten Pflegenden im Osten häufiger durch eine gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden, einen kollegialen Umgang bei Konflikten, eine gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen und durch das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter bestimmt. Ebenso wird aber in den neuen Bundesländern auch der Aussage stärker zugestimmt, dass das Arbeitsklima durch straffe hierarchische Strukturen bestimmt ist.

Abb.56: Arbeitsklima im Ost-West-Vergleich

Arbeitsklima ist (vollkommen bzw. überwiegend) gekennzeichnet durch	**gesamt**	**abhängig vom Arbeitsort**		
		Ost	**West**	**Signifikanz**
	%	**%**	**%**	
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	50	55	45	0,006
den kollegialen Umgang mit Konflikten	30	34	24	0,009
gute Arbeitsbedingungen	28	32	23	0,001
straffe hierarchische Strukturen	25	29	20	0,012
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	23	25	19	0,009
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	23	24	22	0,030

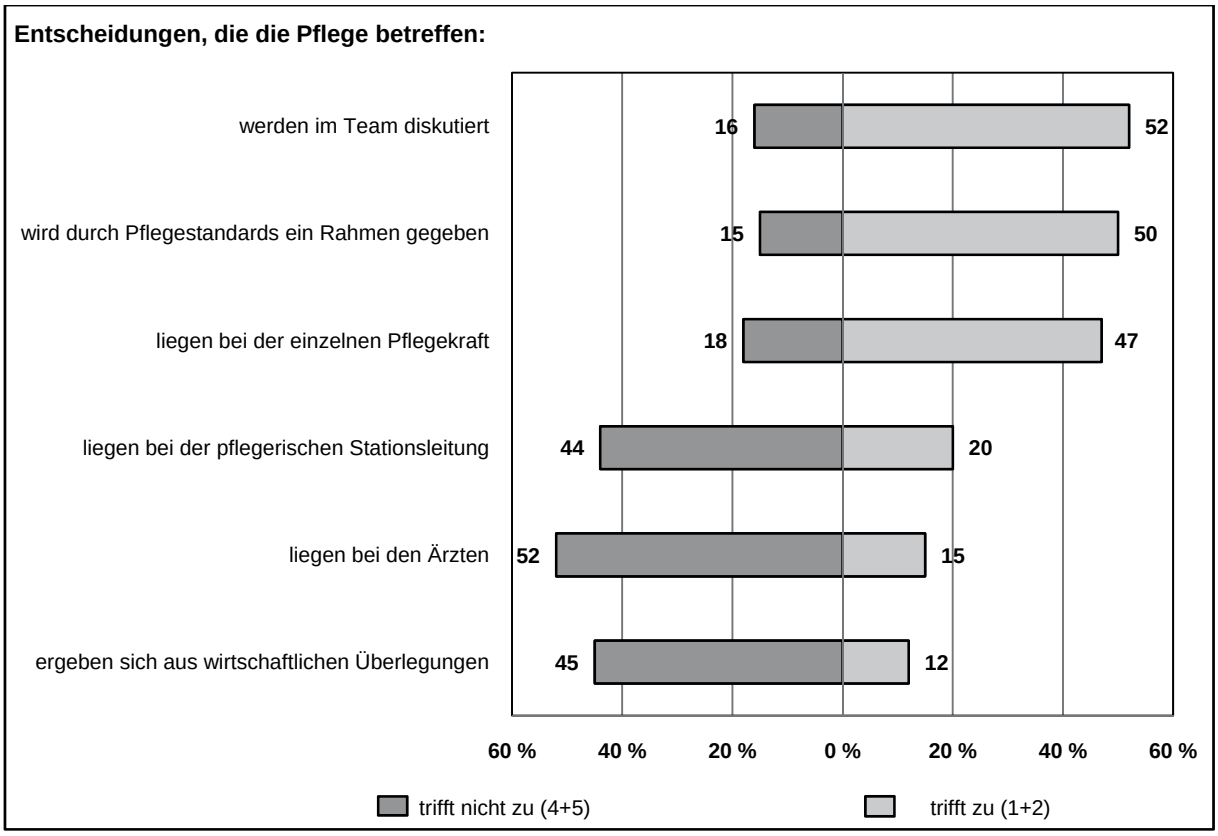
4.2.3.2.5 Führung und Entscheidung

Als ein Aspekt professioneller (Un)Abhängigkeit erschien es interessant, ein Bild darüber zu vermitteln, wie pflegespezifische Entscheidungen gefällt werden. Insbesondere darüber, ob und inwieweit eigene Spielräume von den Pflegenden gesehen und genutzt werden. Ergänzend wird der Führungsstil aus Sicht der Pflegenden betrachtet. Hierzu erfolgt eine Unterscheidung in Unternehmens- und Personalführung (vgl. Kapitel 2.3).

Die wahrgenommenen Formen der Entscheidungsfindung bezüglich pflegespezifischer Handlungsspielräume erscheinen ziemlich klar. Deutliche Zustimmung erfahren die Aussagen, dass Entscheidungen, die die Pflege betreffen, im Team diskutiert

werden und dass der Ermessensspielräume bei der einzelnen Pflegekraft liegen. Als zutreffend wird zudem eingeschätzt, dass Pflegestandards einen Entscheidungsrahmen vorgeben. Keine Zustimmung findet die Aussage, dass Entscheidungen bei der pflegerischen Stationsleitung liegen oder von Ärzten getroffen werden. Aus Sicht der befragten Pflegenden wird ebenso mehrheitlich die Aussage abgelehnt, dass sich pflegespezifische Entscheidungen aus wirtschaftlichen Überlegungen ergeben.

Abb. 57: Entscheidungsfindung



Vergleicht man die Art der Entscheidungsfindung im Osten und im Westen Deutschlands, fällt auf, dass sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Form oder des Entscheidungsrahmens finden. Weder zeigen sich Unterschiede bezüglich der Diskussion im Team, der Rahmung durch Pflegestandards oder der Aussage, dass sich pflegespezifische Entscheidungen aus wirtschaftlichen Überlegungen ergeben (vgl. Tabelle BA 14 im Anhang). Hingegen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Person/-en, von der/denen Entscheidungen ausgehen. Während im Westen Deutschlands verstärkt Pflegende ihre eigenen Entscheidungsbefugnisse widerspiegeln, werden im Osten Deutschlands Entscheidungen stärker zentral gefällt – und zwar sowohl ausgehend von der pflegerischen Stationsleitung als auch von Ärzten.

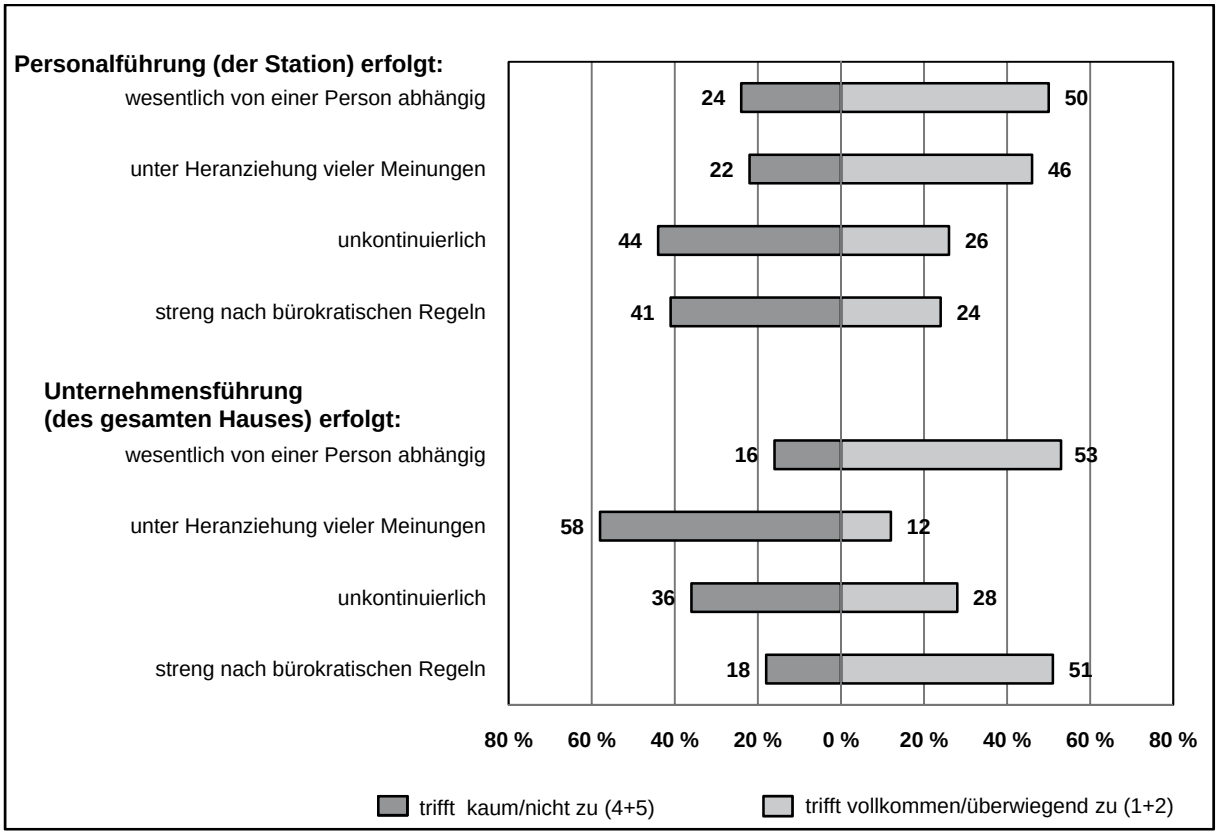
Abb. 58: Entscheidungsfindung im Ost-West-Vergleich

Entscheidungen, die die Pflege betreffen, liegen (vollkommen oder überwiegend)	gesamt	abhängig von Arbeitsort		
		Ost	West	Signifikanz
	%	%	%	
- bei der pflegerischen Stationsleitung	20	27	10	0,000
- bei den Ärzten	15	18	11	0,000
- bei der einzelnen Pflegekraft	47	42	54	0,001

Die Führungsstile werden in zweierlei Hinsicht erhoben. Einmal wird nach der Personalführung (der Station) gefragt, zum Zweiten nach der Unternehmensführung (des gesamten Hauses). Vorgegeben sind jeweils vier Antwortkategorien, die, stark vereinfacht, verschiedene Führungsstile abbilden (vgl. Kapitel 2.3). Die Einschätzungen zum Unternehmens- und Personalführungsstil weisen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf.

Führung scheint bezüglich der Personalführung auf den jeweiligen Stationen, aber auch bezüglich Unternehmensführung der untersuchten Organisationen wesentlich

Abb. 59: Führungsstile der Station und des gesamten Klinikums



von einer Person abhängig zu sein. Während jedoch auf den Stationen – ebenso stark ausgeprägt – demokratische Personalführungsstile (unter Heranziehen vieler Meinungen) anzutreffen sind, wird die Unternehmensführung der gesamten Organisationen stärker bürokratisch angegangen. Ein nicht kontinuierlicher Führungsstil wird mehrheitlich weder im Bereich der Personalführung noch der Organisationsführung reflektiert.

Im Ost-West-Vergleich zeigt sich Folgendes: Zu erkennen sind signifikante Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern hinsichtlich der Personalführung beim autoritären und bürokratischen Führungsstil zu erkennen (vgl. Tabelle BA 12 im Anhang). Die Wahrnehmung, dass die Personalführung der Station wesentlich von einer Person abhängt und nach bürokratischen Regeln erfolgt, ist unter den Pflegenden im Osten Deutschlands stärker verbreitet. Einschätzungen zur Unternehmensführung weisen im Ost-West-Vergleich nur bei einem Indikator einen signifikanten Unterschied auf: Der Aussage, die Unternehmensführung sei autoritär – also wesentlich von einer Person abhängig – wird von ostdeutschen Pflegenden in stärkerem Maße zugestimmt.

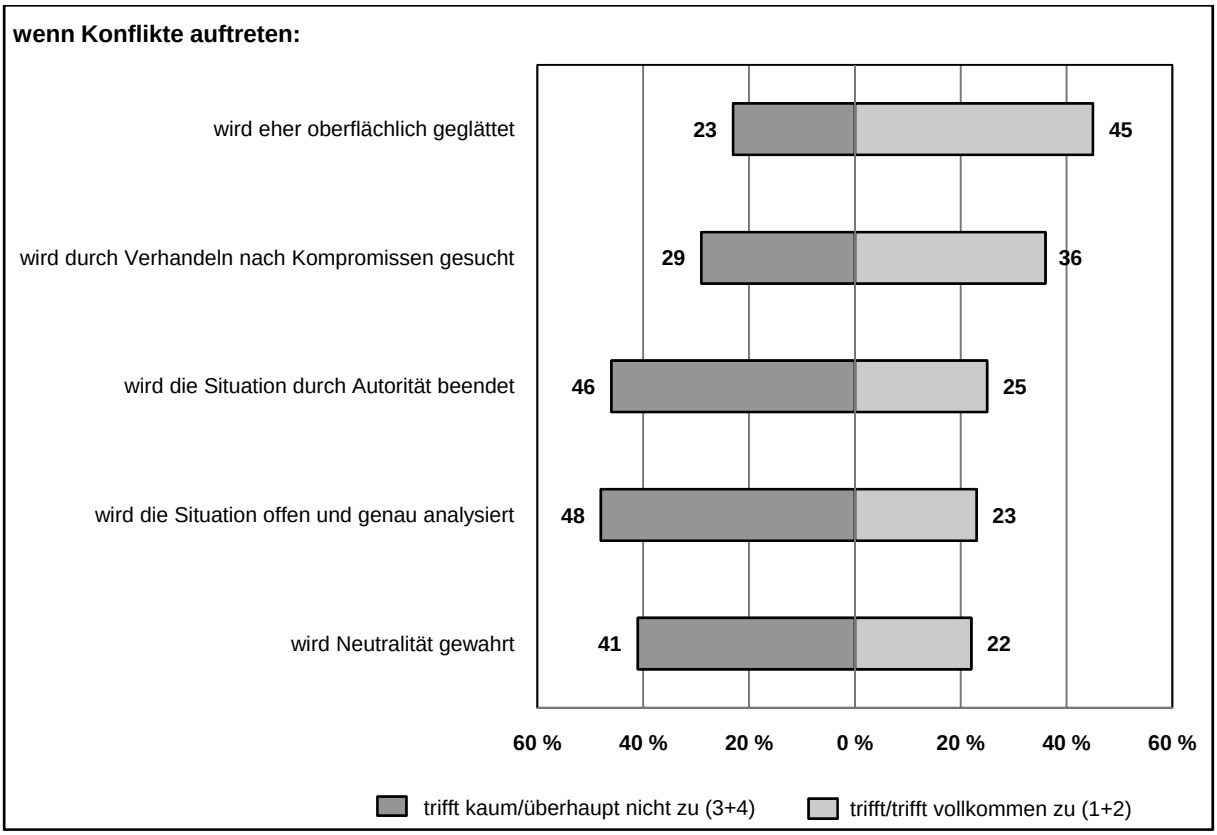
Abb. 60: Führungsstile im Ost-West-Vergleich

Führung erfolgt (vollkommen bzw. überwiegend)	**gesamt** **%**	**abhängig vom Arbeitsort** Ost **%**	West **%**	Signifikanz
in Bezug auf Personalführung (der Station)				
- wesentlich von einer Person abhängig	50	56	43	0,000
- streng nach bürokratischen Regeln	24	28	19	0,001
in Bezug auf Unternehmensführung (des gesamten Hauses)				
- wesentlich von einer Person abhängig	53	57	46	0,002

4.2.2.3 Konfliktvariablen

Der Fragebogen enthält drei Fragenkomplexe zu Arbeitsplatzkonflikten aus Sicht der Pflegenden. Diese gehen in verschiedene Richtungen. Einmal wird erfragt, wie mit Arbeitsplatzkonflikten umgegangen wird. Der zweite Block thematisiert, welche Ursachen aus Sicht der Befragten den Arbeitsplatzkonflikten zugrunde liegen. Im dritten Teil geht es darum herauszufinden, von welchen Personen oder Institutionen im Falle eines Arbeitsplatzkonfliktes seitens der befragten Pflegenden Hilfe erwartet wird.

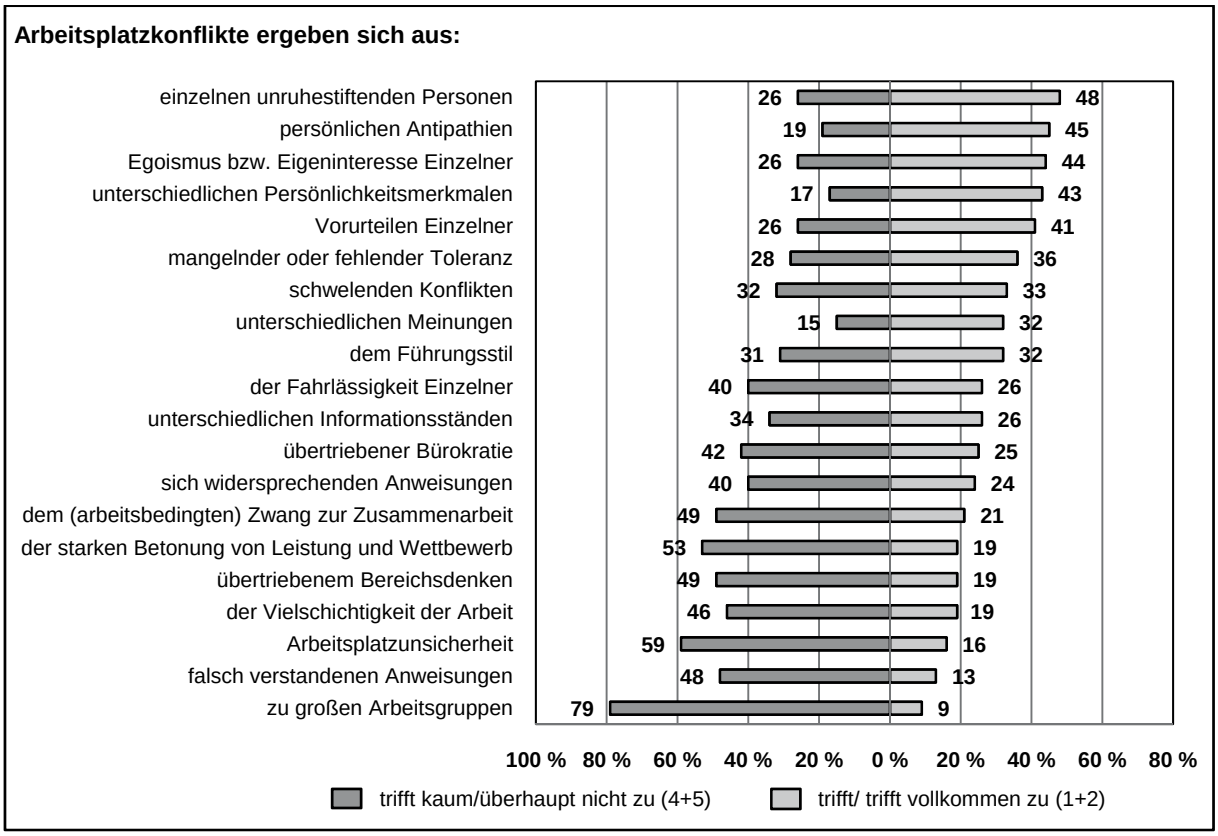
Abb. 61: Konfliktumgang



Auf die Frage, wie mit Arbeitsplatzkonflikten umgegangen wird, zeigen die Antworten, dass die vorherrschende Herangehensweise bei Konflikten darin besteht, oberflächlich zu glätten. Diesem Item wird am stärksten zugestimmt. Darauf folgt, dass durch Verhandeln nach Kompromissen gesucht wird. Hier stehen sich Antworten, die dieser Aussage zustimmen bzw. diese ablehnen, zu fast gleichen Teilen gegenüber. Mehrheitlich keine Zustimmung erfahren die Aussagen, dass die Situation durch Autorität (z. B. durch ein Machtwort) beendet bzw. offen und genau analysiert wird. Ebenso wird eher nicht bestätigt, dass in Konfliktsituationen Neutralität gewahrt wird.

Die Einschätzung der Pflegenden zu möglichen Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte zeigt folgendes Bild: Angeführt wird die Rangliste (abhängig von den zustimmenden Antworten) von Ursachen, die in einzelnen Personen oder Persönlichkeitsmerkmalen liegen. So wird mehrheitlich den Aussagen zugestimmt, dass sich Arbeitsplatzkonflikte aus einzelnen unruhestiftenden Personen, persönlichen Antipathien, Egoismus und Eigeninteresse Einzelner, aus unterschiedlichen Persönlichkeits- oder Charaktermerkmalen im Team oder aus Vorurteilen Einzelner ergeben. Deutlich abgestuft spielen strukturelle Ausprägungen eine vergleichsweise geringe Rolle. So finden die Aussagen, dass Ursachen in der starken Betonung von Leistung und Wettbewerb, übertriebenem Bereichsdenken, der Vielschichtigkeit der Arbeit, in Arbeitsplatzunsicherheit oder zu großen Arbeitsgruppen liegen, mehrheitlich keine Zustimmung.

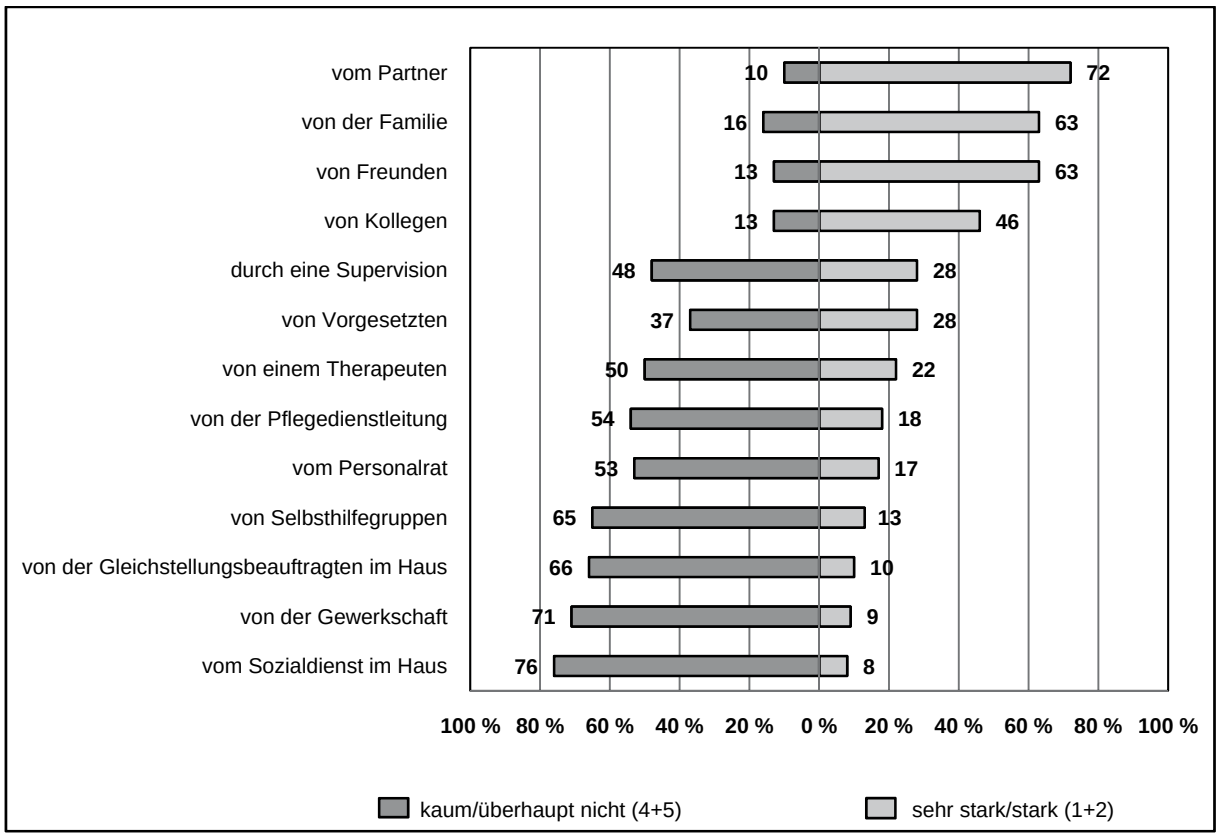
Abb. 62: Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte



Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte stärker in personellen als in strukturellen Aspekten des beruflichen Miteinanders gesehen werden.

Eine nächste Frage widmet sich dem Thema Hilfe in Arbeitsplatzkonflikten. Hier soll erfasst werden, von welchen Personen, Personengruppen oder Institutionen seitens der Pflegenden im Falle eines Arbeitsplatzkonfliktes Hilfe erwartet wird. Ganz klar ist zu erkennen, dass die stärksten Hilferessourcen im privaten Umfeld gesehen werden. Von dem Partner/der Partnerin, der Familie oder von Freunden würden jeweils zwischen 60 und 70 Prozent der Befragten Hilfe erwarten. Es folgt – etwas abgestuft aber noch immer zugestimmt – die Aussage, dass von KollegInnen Hilfe zu erwarten sei. Mehrheitlich keine Zustimmung erfahren alle (aufgelisteten) institutionellen oder professionellen Unterstützungsmöglichkeiten, das heißt, dass Vorgesetzte oder AnsprechpartnerInnen innerhalb der Organisation (Gewerkschaft, Gleichstellungsbeauftragte/r oder Personalrat) nicht als Möglichkeit der Unterstützung bei Arbeitsplatzkonflikten gesehen werden.

Abb. 63: Hilfe in Arbeitsplatzkonflikten



Ebenso werden professionelle, externe Angebote (Therapeuten, Selbsthilfegruppen) mehrheitlich nicht in Betracht gezogen. Somit lässt sich zusammenfassen, dass Hilferessourcen für Arbeitsplatzkonflikte zuerst im privaten Umfeld gesehen werden. Professionelle und institutionelle Möglichkeiten zur Unterstützung bei einem Arbeitsplatzkonflikt innerhalb und außerhalb des Klinikums spielen demgegenüber kaum eine Rolle.

4.2.3 Zwischenfazit: Den Berufsalltag bestimmende Gemeinsamkeiten sowie Unterscheidungsmerkmale

In den folgenden Abschnitten wird eine Zusammenfassung der Hauptaussagen vorgenommen; verbunden mit einem Vergleich zwischen den Universitätsklinika und Teilpopulationen innerhalb der Stichprobe.

4.2.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Universitätsklinika aus Sicht der PflegedirektorInnen

Eine Gemeinsamkeit aller Universitätsklinika zeigt sich in der Individualität der einzelnen Führungsstile innerhalb des Universitätsklinikums. Aus dieser Individualität ergibt

sich der Anspruch an eine erfolgreiche Führung innerhalb der Pflege. Dieser beinhaltet die zusammenführende Kommunikation, die Vorgabe von Leitlinien als Mittel der Bündelung verschiedener Herangehensweisen ebenso wie Schulungen bzw. Weiterbildungen als Möglichkeit zur Vermittlung einheitlicher Strategien. Es zeigt sich ein Selbstverständnis von Führung, das die Einbeziehung einzelner Pflegekräfte mit der Bereitschaft koppelt, Entscheidungen zu fällen. Formuliertes Ziel ist es, die individuellen Ressourcen Einzelner für den Pflegebereich und für das Unternehmen als Chance zu begreifen und dementsprechend zu nutzen.

Ausgehend von der Sozialisationserfahrung der PflegedirektorInnen in den Universitätsklinika finden sich variierende Herangehensweisen der Gesprächsführung und des Konfliktumgangs. Konsens zeigt sich darin, dass auf der Ebene der Pflegedirektion Konfliktmanagement zum Aufgabenbereich gezählt wird. Allerdings existieren unterschiedliche Strategien, wie Handlungsabläufe in Konfliktsituationen gestaltet werden. Die in den Expertengesprächen mit den PflegedirektorInnen aufgezeigten Varianten lassen sich in zwei Hauptrichtungen bündeln: in eine generelle – auch Hierarchieübergreifende – Gesprächsbereitschaft der PflegedirektorInnen und eine eingeschränkte Gesprächsbereitschaft, in der pflegende Mitarbeiter i. d. R. den Dienstweg einhalten müssen, wenn sie nach einem Gesprächspartner innerhalb der Pflegedirektionen suchen. Sowohl die Sozialisationserfahrung von PflegedirektorInnen als auch deren formulierte Gesprächsroutinen und -bereitschaften werden als Unterscheidungskriterien in die Analysen zu Mobbing einbezogen.

Auch wenn die Zusammenarbeit im bzw. mit dem Vorstand von den PflegedirektorInnen als konstruktiv bezeichnet wird, werden doch problematische Aspekte thematisiert: Das Gelingen und die Qualität der Zusammenarbeit sind wesentlich von den beteiligten Personen abhängig. Daraus ergibt sich eine Unsicherheit für die zukünftige Verhandlungsposition der Pflege, die sich gravierend vor allem in den Häusern auswirkt, in denen der Pflegedirektor/die Pflegedirektorin kein Vorstandsmitglied ist. In zwei von insgesamt sechs einbezogenen Universitätsklinika ist dies der Fall. Dieses Unterscheidungskriterium soll ebenfalls in die weiterführenden Analysen einbezogen werden.

Damit lassen sich als Kontextbedingungen für berufliches Handeln (der Pflegenden in Universitätsklinika) diejenigen Spannungsfelder, die in Kapitel 2.1 für Organisationen im Gesundheitswesen herauskristallisiert wurden, noch um einige Aspekte erweitern. Für die quantitativen Untersuchungen zu Konflikterleben und Mobbing sollen die nachfolgend genannten Differenzierungen aufgegriffen werden.[128]

---

128 Die Frage, ob der Pflegedirektor/die Pflegedirektorin im Universitätsklinikum beruflich sozialisiert ist wird für die nachfolgenden Untersuchungen nicht aufgegriffen, da sich beim statistischen Vergleich

- Ist der Pflegedirektor/die Pflegedirektorin im Vorstand des Klinikums vertreten?
- Wie gestaltet sich die hierarchieübergreifende Gesprächsbereitschaft des Pflegedirektors/der Pflegedirektorin gegenüber der einzelnen Pflegekraft?

Dabei wird die Hypothese zugrunde gelegt, dass diese Differenzierungen mit dem Auftreten von Mobbing korrelieren.

4.2.3.2 Berufsalltag aus Sicht der Pflegenden

Lässt man die vorgestellten Ergebnisse zur Darstellung des Berufsalltags aus der Perspektive der Pflegenden noch einmal Revue passieren, lassen sich die folgenden Hauptaussagen zusammenfassen:

Die befragten Pflegenden stimmen mehrheitlich den Aussagen zu, dass Aufgaben verständlich formuliert werden, sich aus medizinischer Dringlichkeit ergeben, pflegerische Notwendigkeiten berücksichtigen, gerecht aufgeteilt werden, mit Unternehmenszielen übereinstimmen und im Team festgelegt werden. An erster Stelle der Rangliste bezüglich belastender Einflussgrößen wird von den Pflegenden Personalmangel empfunden. Dies belastet aus deren Sicht sowohl die Stationsarbeit insgesamt als auch individuell am stärksten. Pflegespezifische Entscheidungen werden im Team diskutiert und Entscheidungsspielräume liegen bei der einzelnen Pflegekraft.

Führung ist sowohl in Bezug auf die Personalführung der jeweiligen Stationen als auch hinsichtlich der Unternehmensführung insgesamt wesentlich von einer Person abhängig. Unterschiede zeigen sich darin, dass auf den Stationen ein eher demokratischer Personalführungsstil anzutreffen ist und die Unternehmensführung stärker bürokratisch angegangen wird. Vorherrschende Herangehensweise beim Auftreten von Arbeitsplatzkonflikten ist, oberflächlich zu glätten. Als Hypothese wird formuliert, dass diese mehrheitlich zutreffende Konfliktumgangs-Strategie (die eigentlich keine ist) mit dem Auftreten von Mobbinghandlungen korreliert.

Zusammenfassen lässt sich zu den Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte aus Sicht der befragten Pflegenden, dass diese in personellen, nicht in strukturellen Aspekten des beruflichen Miteinanders gesehen werden. Hilferessourcen bei Arbeitsplatzkonflikten werden zuerst im privaten Umfeld gesehen. Professionelle und institutionelle Möglich-

---

der einzelnen Kategorien herausgestellt hat, dass die Unterteilung in Abhängigkeit von der beruflichen Sozialisation der PflegedirektorIn übereinstimmt mit der Unterteilung in den Standort nach alten und neuen Bundesländern. Das heißt, die berufliche Sozialisation der PflegedirektorInnen die im Gebiet der ehemaligen DDR arbeiten erfolgte in dem Haus, in dem sie auch jetzt noch tätig sind. Dies ist bei ihren KollegInnen im Gebiet der ehemaligen BRD nicht der Fall. Eine Zusammenhangsuntersuchung der beiden Kategorien und eine Interpretation sind aufgrund der Fallzahlen nicht möglich.

keiten zur Unterstützung bei einem derartigen Konflikt innerhalb und außerhalb des Klinikums spielen demgegenüber kaum eine Rolle.

Exkurs Berufsalltag im Ost-West- und Geschlechtervergleich

Im folgenden Abschnitt werden die Aussagen in Hinblick auf die durchgeführten Differenzierungen noch einmal separat zusammengefasst. Hierbei werden **erstens** die beiden Teile Deutschlands miteinander verglichen und **zweitens** Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern herausgestellt.

Erstens wird der berufliche Alltag im Ost-West-Vergleich dargestellt: Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der pflegerischen Ausbildung. Auch die Aufgabenprofile der Pflegenden (unterteilt in allgemeine Pflegedienste, Intensivpflege und Funktionsdienst) sind im Osten wie im Westen Deutschlands gleich verteilt.

Die Einschätzung der **Zufriedenheit** mit dem Leben insgesamt, mit Kollegen, der Einteilung der Arbeitszeit, dem Arbeitsklima wie auch mit den eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und der Personalführung ist in beiden Teilen Deutschlands ähnlich.

So verhält es sich auch mit der **Wichtigkeit** von Freizeit und Erholung, der Teilnahme am öffentlichen Leben, der Bedeutung von Freunden und Bekannten und guter Nachbarschaft. Vergleicht man die Pflegenden in den neuen und alten Bundesländern, zeigen sich in vielen Aspekten signifikante Unterschiede. Im Osten Deutschlands fallen die befragten Pflegenden dadurch auf, dass ein größerer Prozentsatz verheiratet ist, der Anteil der Pflegenden mit Kindern hier höher ist und dass die PartnerInnen der befragten Pflegenden im Vergleich zu den westlichen PartnerInnen eher nicht berufstätig bzw. voll berufstätig sind; hingegen seltener teilzeitbeschäftigt. Der Frauenanteil unter den Pflegenden ist im Osten deutlich höher.

Einige Unterschiede lassen sich in Bezug auf die Gestaltung der **Arbeitsverhältnisse** und der **Arbeitszeit** feststellen: Im Osten Deutschlands ist die Teamzugehörigkeit im Vergleich zum Westen etwas länger. Während die vorherrschende wöchentliche Arbeitszeit im Osten mit 40 Stunden länger ausfällt als im Westen (38 oder 39 Stunden), leisten die Pflegenden in den alten Bundesländern im Durchschnitt mehr Überstunden. In den neuen Bundesländern dagegen werden häufiger 3-Schicht-Dienste geleistet, wogegen im Westen Deutschlands verstärkt 2-Schicht-Regelungen zu finden sind. Im Osten hat ein größerer Anteil der Pflegenden unbefristete Arbeitsverhältnisse.

Auch die **Arbeitssituationen** scheinen sich unterschiedlich zu gestalten: In den neuen Bundesländern zeigt sich eher eine Tendenz zu größeren Pflegestationen, sowohl hinsichtlich der Bettenanzahl als auch bezüglich Anzahl der auf den Stationen arbei-

tenden Pflegenden. Im Westen werden die Anteile der reinen Pflegetätigkeiten am Arbeitsumfang insgesamt höher eingeschätzt; im Osten fallen dafür die Arbeitsanteile Diagnostik und Therapie sowie Pflegedokumentation größer aus.

Ein weiterer Unterschied lässt sich hinsichtlich der Art der **Aufgabenteilung** abbilden: Während im Westen Deutschlands die Aufgaben zwischen den Pflegenden einer Station mehrheitlich nach dem Prinzip der Bezugspflege aufgeteilt werden, finden sich im Osten Bezugspflege und Funktionspflege zu gleichen Anteilen.

Auch die Einschätzungen zur Art der **Aufgabenformulierung** weisen einige Unterschiede auf. In den alten Bundesländern zeigen sich hier stärker Tendenzen zur Teamarbeit, während im Osten eher eine Aufgabenformulierung vorzufinden ist, die zentral erfolgt sowie verständlicher eingeschätzt wird.

Sowohl bei der **Personal-** als auch bei der **Unternehmensführung** sind in den neuen Ländern Aspekte einer autoritären Führung stärker ausgeprägt als im Westen Deutschlands.

Arbeitsbelastungen im Westen ergeben sich häufiger durch äußere Sachzwänge wie Personalmangel oder unzureichende Informationspolitik. Im Osten Deutschlands spielen hier verstärkt interpersonelle Konflikte eine Rolle.

Interessant ist, dass dennoch die Einschätzungen zum **Arbeitsklima** im Osten Deutschlands positiver getroffen werden als im Westen. In den neuen Bundesländern werden zwar neben den interpersonellen Konflikten auch Hierarchien stärker wahrgenommen, dennoch wird die Zusammenarbeit sowohl zwischen KollegInnen auf gleicher Hierarchieebene als auch zwischen Pflegenden und Vorgesetzten positiver widergespiegelt.

Zweitens soll im nächsten Abschnitt dieser Zusammenfassung der berufliche Alltag im Geschlechtervergleich dargestellt werden. Hier zeigen sich insgesamt in weniger Punkten Unterschiede als beim Ost-West-Vergleich.

Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern stellen sich hinsichtlich der Anzahl der Überstunden, der Einteilung der Schichten und der Gestaltung der Arbeitsverhältnisse dar. Bei nahezu allen angegebenen Zufriedenheitswerten – eine Ausnahme ist hier nur die Einschätzung der eigenen Entwicklungschancen – lassen sich keine signifikanten Unterschiede im Geschlechtervergleich ausmachen. Ähnlich verhält es sich mit der Wichtigkeit folgender Aspekte: Die Teilnahme am öffentlichen Leben wie auch soziale Begegnungen (Freunde und Bekannte ebenso wie gute Nachbarschaftsverhältnisse) werden von beiden Geschlechtern ähnlich eingeschätzt. Auch im Hinblick auf Religion und Kirche zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Vergleicht man die weiblichen und die männlichen Pflegenden miteinander, zeigen sich Unterschiede in folgenden Punkten: Die Gruppe der weiblichen Pflegenden zeichnet sich dadurch aus, dass der Anteil der Verheirateten größer und der Anteil der Kinderlosen kleiner ist als im männlichen Teil der Stichprobe. In der männlichen Teilpopulation ist ein höherer Anteil mit einem pflegerischen Abschluss, aber auch ein größerer Teil ohne Abschluss zu finden. Ein beruflicher Abschluss zur Kinderkrankenpflege hingegen ist eher in der weiblichen Teilpopulation anzutreffen. Die weiblichen Pflegenden werden weiterhin dadurch charakterisiert, dass sie durchschnittlich über längere Teamzugehörigkeit verfügen; und zwar sowohl im Krankenhaus als auch auf der Station. Interessant ist des Weiteren, dass bei den Männern ein höherer Anteil an Vorgesetzten, bei den Frauen jedoch ein höherer Anteil an Auszubildenden oder Aushilfen anzutreffen ist.

Im Hinblick auf die widergespiegelte Zufriedenheit mit dem Arbeitsalltag sowie der gesamten Lebenssituation zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur bei der Einschätzung eigener **Entwicklungsmöglichkeiten**. Frauen schätzen ihre Entwicklungsmöglichkeiten positiver ein als Männer. Im Vergleich der individuell empfundenen **Wichtigkeit** verschiedener Lebensaspekte zeigt sich, dass Frauen zum einen familien- aber auch arbeitsbezogene Umstände sowie Freizeit und Erholung häufiger als wichtig oder sehr wichtig einschätzen als Männer. Männer hingegen geben vergleichsweise öfter an, dass ihnen Politik wichtig ist.

Insgesamt zeigt sich ein differenziertes Bild der untersuchten Personen- und Organisationsvariablen. Auffallend dabei ist, dass scheinbar die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern häufiger ausgeprägt sind als zwischen den Geschlechtern. Für die weiteren Auswertungsschritte ist nun von Interesse, ob sich Unterschiede zwischen diesen Teilpopulationen auch im Hinblick auf Mobbingerleben aufzeigen lassen.

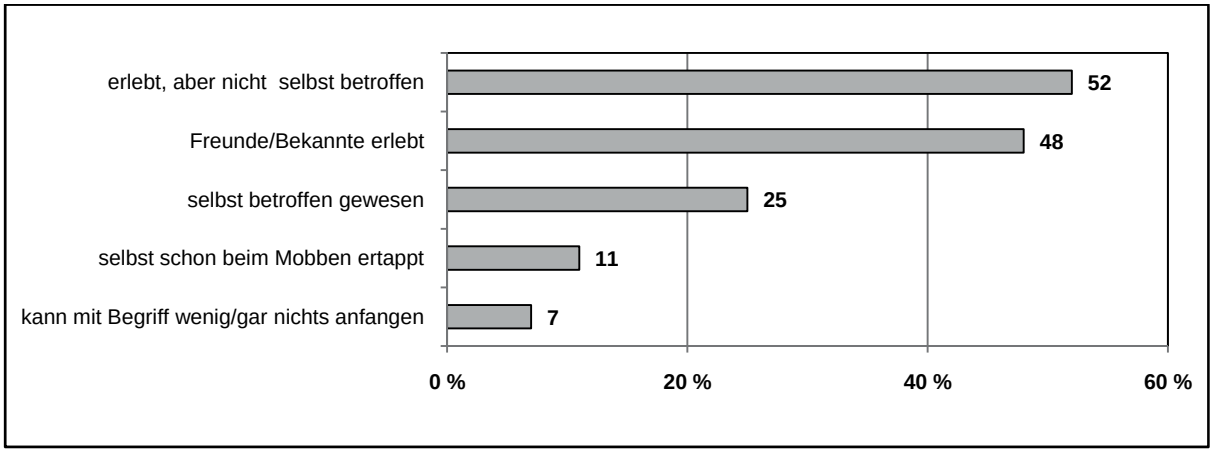
4.3 Empirische Perspektiven auf Mobbing

Drei verschiedene Herangehensweisen zur Entwicklung empirischer Perspektiven auf Mobbing und die dazugehörigen Ergebnisse werden in den folgenden Ausführungen vorgestellt: **Erstens** werden subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten der befragten Pflegenden thematisiert. Dabei geht es kontrastierend um die Perspektiven a) der Betroffenen, b) der Beobachter und c) der aktiv Mobbenden, der Täter. **Zweitens** sollen Handlungen, unterlegt mit Häufigkeiten, gegenübergestellt werden, die – ausgehend von zwei Perspektiven (Betroffene und Beobachter) – empirisch erfasst worden sind. **Drittens** geht es darum, ein individuelles Verständnis vom Mobbingbegriff empirisch zu eruieren bzw. abzubilden.

4.3.1 Mobbingperspektiven im Sinne eines subjektiv empfundenen Erfahrungshorizonts der Befragten. Typenbildung Mobbingopfer, -beobachter und -täter

Ausgehend von der Frage, ob bzw. was die Probanden bisher schon über Mobbing gehört bzw. was sie erlebt oder beobachtet haben, lassen sich folgende subjektiv eingeschätzte Erlebnisperspektiven und Kenntnisstände aufzeigen.

Abb. 64: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse



Nur ein geringer Anteil der Befragten gibt an, mit dem Begriff Mobbing wenig oder nichts anfangen zu können. Die Hälfte hat Mobbing am Arbeitsplatz schon erlebt bzw. beobachtet, ohne selbst betroffen gewesen zu sein. Ein Viertel schätzt ein, selbst von Mobbing betroffen gewesen zu sein und ein Zehntel gibt an, sich selbst schon beim Mobben ertappt zu haben (vgl. Tabelle MT 1 im Anhang). Selbstverständlich können diese subjektiven Perspektiven nicht mit einer (objektiven) Betroffenheitsquote gleich gesetzt werden (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3).

Abb. 65: Mobbingerfahrungen im Vergleich

	Befragung innerhalb einer Normalpopulation %		der Dissertationsschrift zugrunde liegende Befragung von Pflegenden %	
	1997	**1998**	**2001**	**2008**
Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen	21	nicht erhoben	52	38
Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen	13	16	25	19
Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt	5	5	11	3

(eigene Übersicht unter Verwendung von Drygalla 1997:15 und Voigtländer 1998:16)

Dabei kommt zum Tragen, dass zum einen eine zeitliche Eingrenzung für das vergangene Jahr vorgenommen wird und damit keine aktuelle Situationseinschätzung. Zum anderen bleibt offen, was im Einzelnen konkret unter diesem Begriff gefasst wird.[129]

Allerdings lassen sich hiermit subjektiv eingeschätzte Selbsterfahrungshorizonte und verschiedene Perspektiven auf Mobbing erfassen. Diese unterschiedlichen Erfahrungshorizonte sollen im Folgenden abgegrenzt und miteinander verglichen werden. Dabei interessieren die Perspektiven der a) Opfer, b) Beobachter und c) Täter.[130] Hier wird ein Indikator aufgegriffen, der für Mobbingerfahrungen in zufallsgestreuten Bevölkerungsumfragen von Helga Voigtländer wie auch der Autorin dieser Dissertationsschrift in gleicher oder ähnlicher Weise verwendet worden ist (vgl. Abschnitt 2.1.3.4). Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse gegenüber.

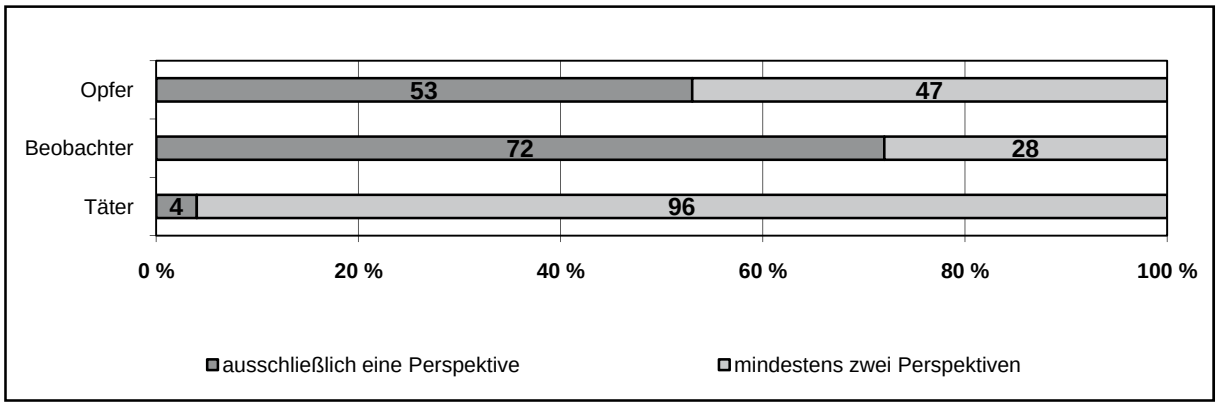
Aus der Gegenüberstellung ist zu erkennen, dass sowohl aus Betroffenen- als auch Beobachterperspektive in der Stichprobe der Pflegenden ein höherer Erfahrungshorizont zu verzeichnen ist als in den anderen beiden Untersuchungen zufallsverteilter Bevölkerungsstichproben. Im nächsten Arbeitsschritt soll überprüft werden, welche Verflechtungen sich in Form von Mehrfachperspektiven finden lassen (z. B. Täter, die auch Erfahrungen als Opfer oder Beobachter haben). In der folgenden Abbildung sind diese Mehrfachperspektiven grafisch dargestellt.

Es zeigt sich, dass alle drei Erfahrungshorizonte miteinander verflochten sind. Dies ist in den einzelnen Perspektiven unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei der Hälfte der

129 Siehe hierzu auch kritische Anmerkungen zu bestehenden Mobbingdefinitionen in Kapitel 2.1. Zum Begriffsverständnis folgt in einem späteren Abschnitt die Auswertung der Mobbingverständnisse aus Sicht der befragten Pflegenden.

130 In den folgenden Ausführungen werden die Begriffe Opfer und Betroffene synonym verwendet. Die empirische Eingrenzung erfolgte über die Items: Betroffener: ‘Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen‘, Beobachter: ‘Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen‘, Täter: ‘Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt‘.

Abb. 66: Verflechtung der Mobbingperspektiven



Opfer findet sich eine reine Opferperspektive, die andere Hälfte hat Mobbing auch schon aus anderer Perspektive erfahren. Am stärksten ausgeprägt ist dieser mehrfachperspektivische Blick bei den Tätern. Es gibt kaum Pflegende, die sich als Täter einschätzen und keine Erfahrungen als Opfer und/oder Beobachter vorweisen können. Am schwächsten ist dieser Umstand bei den Beobachtern ausgeprägt. Dort ist vergleichsweise der Anteil derer am größten, die nur eine Erfahrungsperspektive angeben. Zwar ist aus einer Querschnittsuntersuchung kein Entwicklungsprozess abzuleiten, jedoch liegt die Schlussfolgerung nahe, dass zur Aktivität als Mobbingtäter ein Erfahrungsschatz gehört, der über die Opfer- oder Beobachterperspektive erworben wird.

Ausgehend von der Häufigkeit der einzelnen Perspektiven und der Zusammensetzung der verschiedenen Mehrfachperspektiven wird für die korrelativen Betrachtungen zu den folgenden Typen zusammengefasst:

- Beobachter: Dazu gehören nur die Probanden, die ausschließlich über die Beobachterperspektive verfügen.
- Opfer: Hierzu gehören die Personen, die ausschließlich Opferperspektive oder Opfer- und Beobachterperspektive haben.
- Täter: In dieser Gruppe erscheinen alle Befragten, die von sich sagen, dass sie auch schon in der Täterposition gewesen sind; unabhängig davon, ob und welche anderen Perspektiven für sie noch zutreffend sind (vgl. Tabelle MT 2 im Anhang).

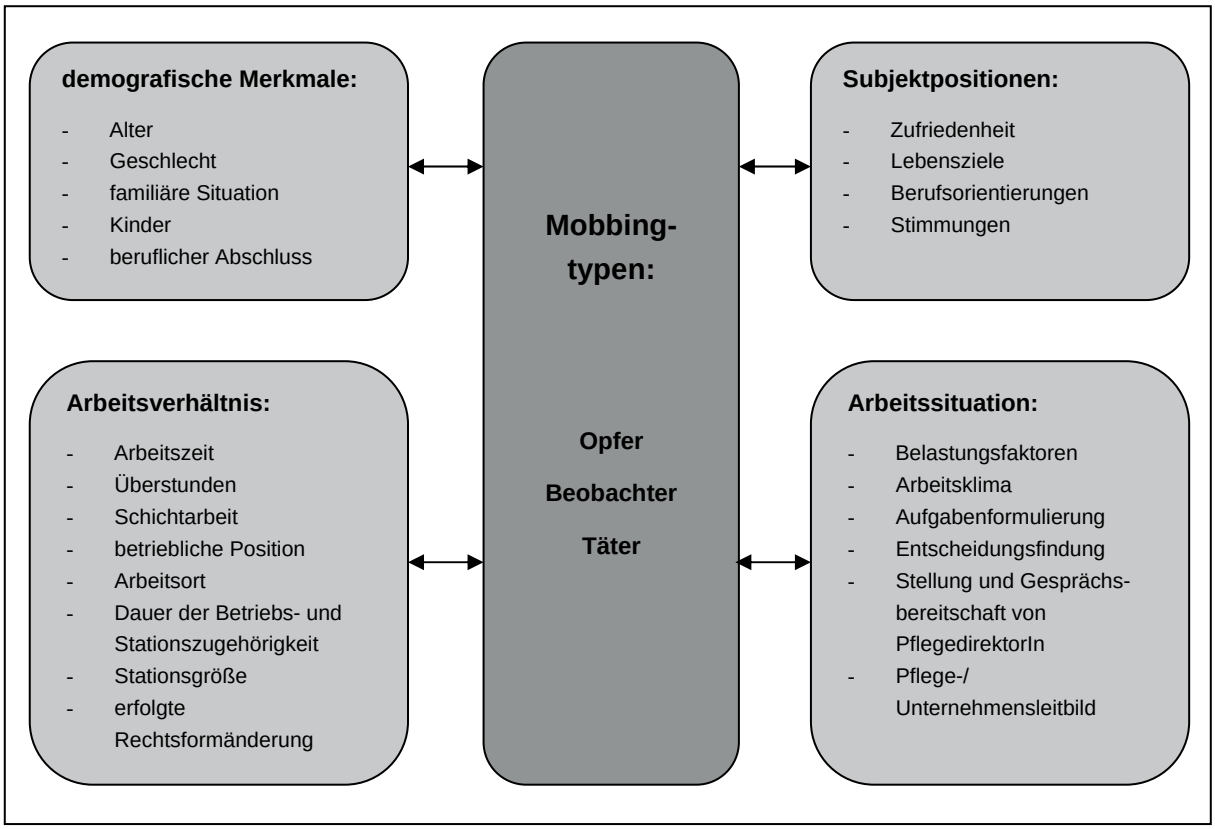
4.3.1.1 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Mobbingtypen als Zielvariable

In einem nächsten Schritt soll überprüft werden, ob sich Zusammenhänge[131] zwischen diesen Typen und verschiedenen Organisations- bzw. Personenvariablen aufzeigen

131 In allen nachfolgenden Ausführungen werden nur die Zusammenhänge benannt, bei denen sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt.

lassen. Untersucht werden Zusammenhänge zwischen den drei verschiedenen Mobbingtypen (Opfer, Beobachter und Täter) und **erstens** demografischen Merkmalen, **zweitens** Subjektpositionen, **drittens** Angaben zum Arbeitsverhältnis sowie **viertens** Deskriptionen der Arbeitssituation (siehe Abb. 67).

Abb. 67: Auswertungsmodell Zusammenhangsuntersuchungen zu Mobbingtypen



4.3.1.1.1 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und demografischen Merkmalen

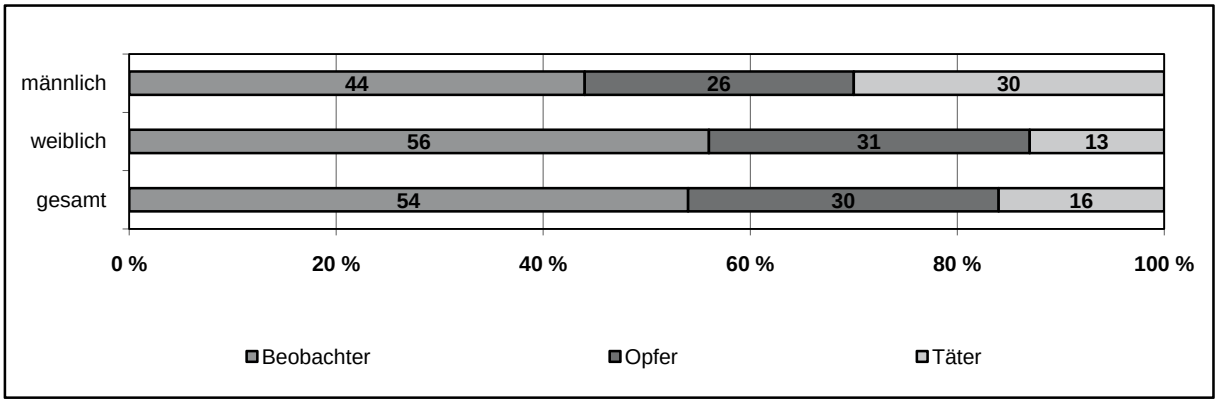
Bei den demografischen Merkmalen lassen sich keine Unterschiede zwischen den Mobbingtypen in Abhängigkeit vom Alter[132], von eigenen Kindern sowie dem beruflichen Abschluss (vgl. Tabelle MT 3 im Anhang) nachweisen. Unterschiede lassen sich dagegen hinsichtlich Geschlecht sowie der Partnerschaftssituation und im Ost-West-Vergleich statistisch sichern.

Betrachtet man das Geschlecht der Mobbingtypen, zeigt sich folgendes Bild: Bei den Männern ist der Anteil der Täter deutlich größer; bei den Frauen sind hingegen die

132 Der Mittelwertvergleich des Alters der einzelnen Mobbingtypen deutet an, dass das durchschnittliche Alter der von Mobbing betroffenen Pflegenden (Opfer) etwas über dem Alter der Täter und Beobachter liegt. Das geringste durchschnittliche Alter findet sich in der Gruppe der Beobachter. Allerdings kann dieser Zusammenhang statistisch nicht gesichert werden (vgl. Tabelle MT 3 im Anhang).

Anteile der Opfer und der Beobachter stärker ausgeprägt. Aus diesem Zusammenhang lässt sich die (provokante) These formulieren, dass Täter eher männlich und Opfer weiblich sind.

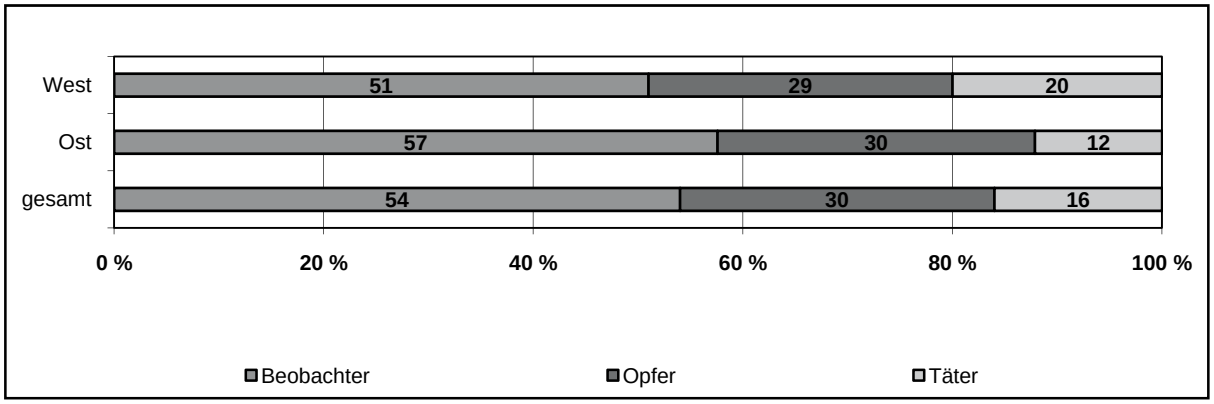
Abb. 68: Mobbingtypen und Geschlecht



Unterschiede finden sich auch bezüglich der Partnerschaftssituation. Bei den allein Lebenden ist der Anteil der Täter signifikant größer und der Anteil der Opfer und Beobachter kleiner als bei den Befragten, die in einer Partnerschaftssituation leben (vgl. Abb. MT 5 im Anhang).

Während sich zwischen den einzelnen Häusern zunächst kein signifikanter Unterschied nachweisen lässt, ist ein Zusammenhang zwischen dem Vergleich Ost und West statistisch zu sichern. Die Pflegenden in den neuen Bundesländern sehen sich häufiger als Beobachter oder Opfer von Mobbing; die Anteile der Pflegenden, die über eine Täterperspektive verfügen, sind hingegen in den alten Bundesländern größer.

Abb. 69: Mobbingtypen im Ost-West-Vergleich

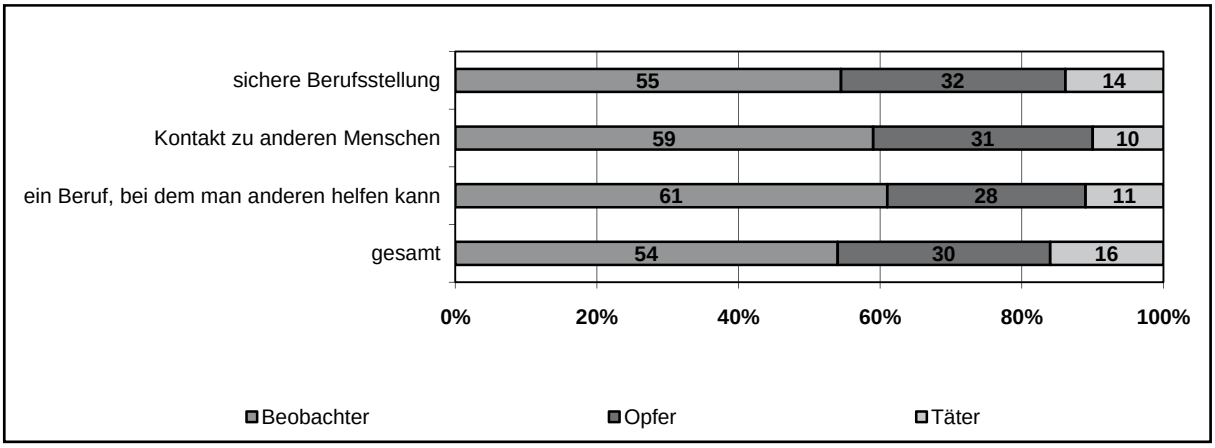


4.3.1.1.1 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Subjektpositionen

In einem nächsten Auswertungsschritt soll es nun darum gehen, mögliche Korrelationen zwischen Mobbingtypen und Subjektpositionen zu untersuchen. Unter Subjektpositionen werden Orientierungen, bezogen auf die Arbeit und das Leben insgesamt, Aspekte der individuellen Zufriedenheit und Stimmungen zusammengefasst.

Bezüglich **Arbeitsorientierungen** unterscheiden sich die Mobbingtypen in drei von insgesamt 13 abgefragten Items. Bei allen anderen lassen sich statistisch keine signifikanten Unterschiede feststellen. Das betrifft sowohl die Wichtigkeit extrinsischer Aspekte der Motivation (hohes Einkommen, viel Freizeit) und strukturelle Gegebenheiten (gute Aufstiegsmöglichkeiten). Ebenso unterscheiden sich die Mobbingtypen nicht hinsichtlich der Wichtigkeit folgender intrinsischer Motivatoren: (gesellschaftlich) sinnvolle Tätigkeit, die anerkannt und geachtet wird sowie Aufgaben, die verantwortungsvoll sind und selbstständiges Arbeiten ermöglichen (vgl. Tabelle MT 5 im Anhang).

Abb. 70: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen



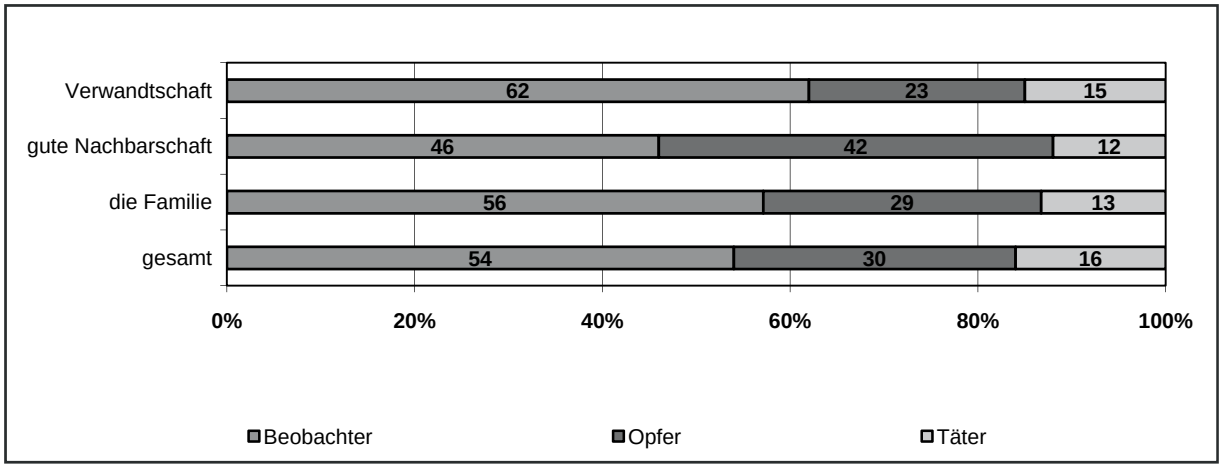
Es zeigt sich, dass für Mobbingtäter nachfolgende Aspekte eine geringere Rolle spielen als für Mobbingbeobachter und -opfer: die Bedeutung des Kontakts zu anderen Menschen bzw. die Wichtigkeit, in einem Beruf zu arbeiten, bei dem man anderen helfen kann.

Dass die Arbeit mit einer sicheren beruflichen Stellung einhergeht, ist für die Mobbingtäter am wenigsten wichtig – spielt hingegen für die Opfer die vergleichsweise größte Rolle.

Zu den **Lebensorientierungen** lassen sich bei drei Items Unterschiede zwischen den Mobbingtypen sichern: Sie unterscheiden sich in Bezug auf die Bedeutung, die Familie bzw. Verwandtschaft sowie einer guten Nachbarschaft beigemessen

wird. Keine Unterscheidungen lassen sich hinsichtlich der Wichtigkeit eigener Kinder, von Freizeit und Erholung, der Teilnahme am öffentlichen Leben und im Hinblick auf die Bedeutung von Arbeit bzw. Beruf herauskristallisieren (vgl. Tabelle MT 4 im Anhang).

Abb. 71: Mobbingtypen und allgemeine Orientierungen



Familie und Verwandtschaft sind Mobbingbeobachtern wichtiger; spielen sowohl für Mobbingopfer als auch -täter eine vergleichsweise geringe Rolle. Ebenfalls auf zwischenmenschliche Beziehungen gerichtet, findet sich bei der Orientierung auf gute Nachbarschaft ein Unterschied. Hier sind die Mobbingopfer von den Beobachtern und Tätern dadurch zu unterscheiden, dass ihnen die nachbarschaftlich guten Beziehungen wichtiger sind.

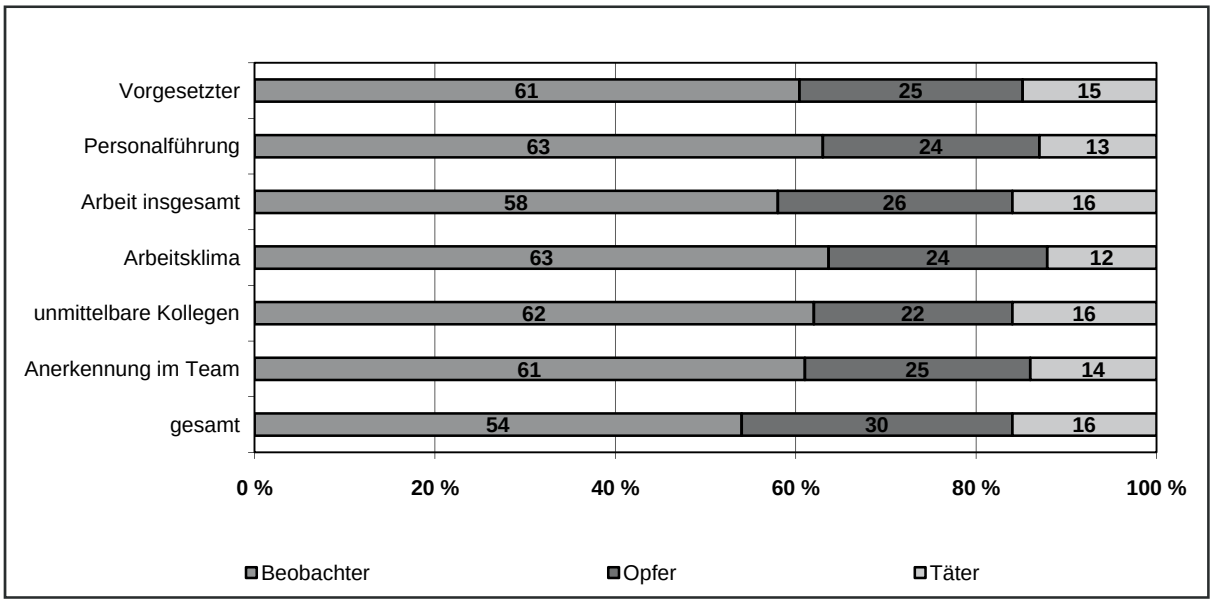
Bei den Aussagen zur **Zufriedenheit** mit verschiedenen Aspekten des **Arbeitsalltags** sowie mit der gesamten **Lebenssituation** lassen sich in sechs von insgesamt 14 Punkten Unterschiede zwischen den einzelnen Mobbingtypen ausmachen. Keine Unterschiede finden sich bei den Items zur Zufriedenheit mit dem Leben sowie der Tätigkeit insgesamt, mit der Leitung der Klinik, der Bezahlung und der Einteilung der Arbeit, mit Entwicklungsmöglichkeiten sowie zur Zufriedenheit mit der Organisation der Klinik (vgl. Tabelle MT 7 im Anhang).

Bei allen ausgewiesenen Unterschieden sind es die Beobachter, die sich am zufriedensten zeigen. Mit Ausnahme des Indikators Arbeit allgemein stehen alle Gesichtspunkte in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit interpersonellen Beziehungen am Arbeitsplatz.

Die Mobbingopfer sind diejenigen, die bezüglich der Arbeit insgesamt bzw. der unmittelbaren Kollegen unzufriedener sind. Im Hinblick auf Arbeitsklima, Personalführung, Vorgesetzte und Anerkennung im Team sind sowohl Opfer als auch Täter von Mobbing

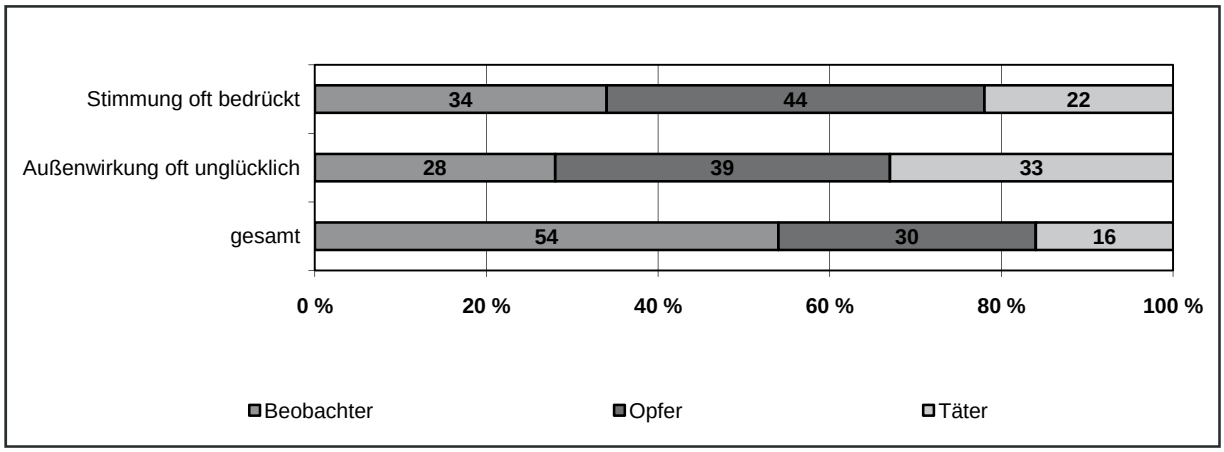
unzufriedener als jene Befragten, die ausschließlich aus der Beobachterperspektive über Mobbingerfahrungen verfügen.

Abb. 72: Mobbingtypen und Zufriedenheit



Bei den gemessenen Stimmungen zeigen sich bei zwei von insgesamt 14 Items Unterschiede zwischen den verschiedenen Mobbingtypen. Ein Zusammenhang findet sich weder bei einer optimistischen oder pessimistischen noch bei einer glücklichen Ausprägung der Stimmungsskala. Die Mobbingtypen unterscheiden sich ebenfalls nicht im Hinblick auf Stimmungskonsistenz oder -schwankungen (vgl. Tabelle MT 8 im Anhang).

Abb. 73: Mobbingtypen und Stimmungen



Signifikante Unterschiede treten nur bei den Items auf, die unglückliche oder bedrückte Stummungslagen thematisieren. Beide weisen darauf hin, dass sowohl Mobbingopfer als auch -täter häufiger ihre Stimmung als bedrückt bzw. traurig einschätzen.

4.3.1.1.2 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis

Bei den Angaben zum Arbeitsverhältnis findet sich bei keinem der erfragten Indikatoren ein Zusammenhang zum Mobbingtyp. Weder die personenbezogenen Angaben zum Arbeitsverhältnis (Art des Arbeitsverhältnisses, wöchentliche Arbeitszeit und Überstunden, betriebliche Position der Pflegenden, Krankenhaus- oder Stationszugehörigkeit) noch die organisationsbezogenen Angaben zum Arbeitsverhältnis (Stationsgröße, Zusammensetzung verschiedener Arbeitsanteile, Aufgabenprofil oder -teilung und eine erfolgte Rechtsformänderung) korrelieren mit den verschiedenen Mobbingtypen (vgl. Tabellen MT 10 und MT 11 im Anhang).

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass sich die einzelnen Mobbingtypen hinsichtlich ihrer Arbeitsverhältnisse nicht unterscheiden.

4.3.1.1. Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zur Arbeitssituation

Zusammenhänge sind jedoch bei den Beschreibungen der Arbeitssituation erkennbar. So lassen sich in Bezug auf den **Personalführungsstil** bei einem von insgesamt vier Indikatoren Zusammenhänge statistisch sichern; bezüglich der Items zur **Entscheidungsfindung** bei einem von fünf Items und hinsichtlich der Aussagen zur Art der **Aufgabenformulierung** bei drei von neun Aspekten (vgl. Tabellen MT 12, 13 und 14 im Anhang).

Abb. 74: Mobbingtypen und demokratische Führungsstile/Entscheidungsfindung

Antwort treffen vollkommen bzw. überwiegend zu	**gesamt**	**abhängig von Mobbingtypen**			
		Beobachter	**Opfer**	**Täter**	**AS**
Führung erfolgt unter Heranziehung vieler Meinungen	100	62	28	12	0,006
Entscheidungen, die die Pflege betreffen, werden im Team diskutiert	100	59	27	14	0,038
Aufgaben werden im Team festgelegt	100	61	24	15	0,008
gesamt	100	54	30	16	

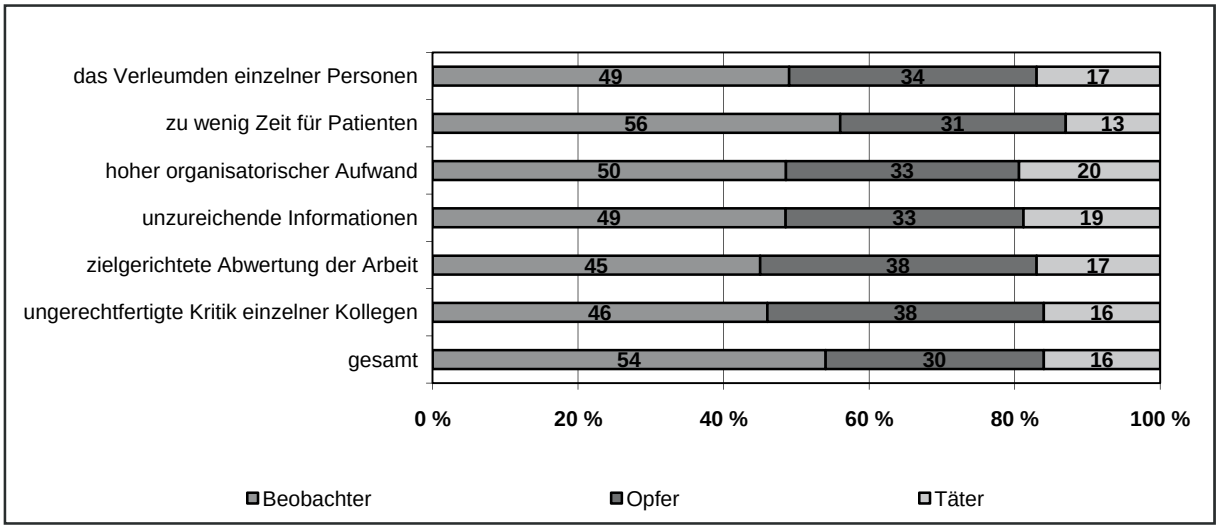
Dass die Personalführung (bezogen auf die Station) demokratisch (unter Heranziehung vieler Meinungen) erfolgt, dass die Pflege betreffende Entscheidungen im Team diskutiert werden und dass Aufgaben im Team festgelegt werden, wird von Mobbingopfern sowie -beobachtern und -tätern unterschiedlich eingeschätzt.

Bei allen Beschreibungen, die ein demokratisches Herangehen beinhalten, sind es überproportional Beobachter, die dies als zutreffend erachten. Sowohl Täter als auch Opfer von Mobbing erleben ihren Berufsalltag weniger demokratisch.

Bei der **Aufgabenformulierung** finden sich aber auch Zusammenhänge bei anderen Ausprägungen. Sowohl Täter als auch Opfer vertreten im Vergleich zu den Beobachtern weniger stark die Auffassung, dass auf der Station anfallende Aufgaben gerecht aufgeteilt werden. Umgekehrt verhält es sich beim Verständnis der einzelnen Aufgaben. Sowohl Opfer als auch Täter bestätigen stärker als Mobbingbeobachter, dass Arbeitsaufgaben nicht immer logisch formuliert sind. Keine Unterschiede zwischen den Mobbingtypen finden sich bei den folgenden Aussagen: Aufgaben berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten, ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit, werden zentral vorgegeben bzw. von den Ärzten verteilt oder stimmen mit Unternehmenszielen überein (vgl. Tabelle MT 14 im Anhang).

Ebenfalls keine statistisch gesicherten Zusammenhänge lassen sich zwischen Mobbingtypen und (fast allen) Beschreibungen zur **momentanen Arbeitssituation** ausmachen. Die einzige Ausnahme findet sich in der Aussage, dass der pflegende Beruf anerkannt und geachtet wird. Ein Unterschied zeigt sich hier zwischen Beobachtern und Opfern. Eine Anerkennung des pflegenden Berufes wird von Mobbingopfern stärker widergespiegelt als von Beobachtern (vgl. Tabelle MT 6 im Anhang).

Abb. 75: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen



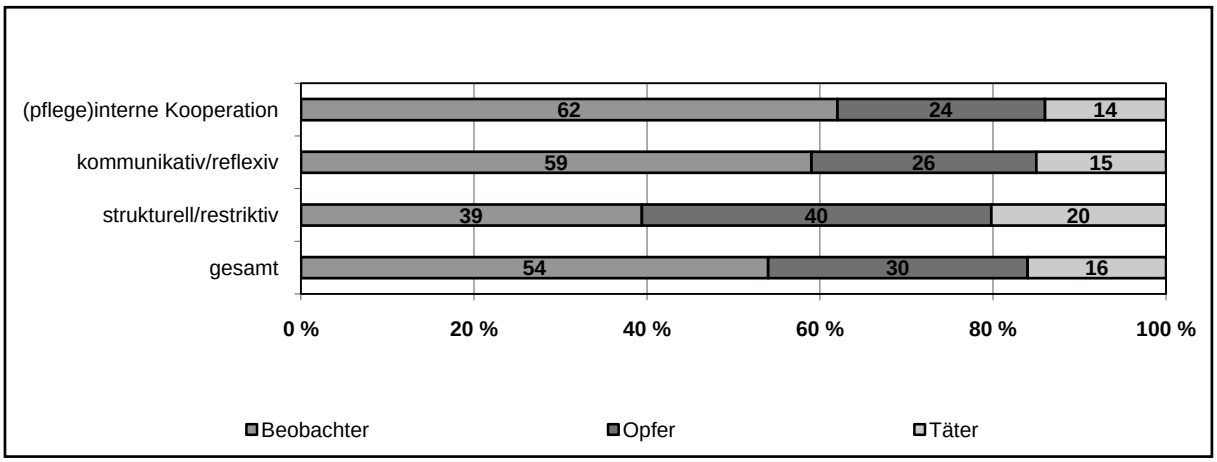
Bei den **individuellen Arbeitsbelastungen** finden sich bei sechs von insgesamt 15 vorgegebenen Punkten Abweichungen in der Wahrnehmung zwischen den einzelnen Mobbingtypen.

Die Opfer empfinden diejenigen Items stärker individuell belastend, die zwischenmenschliche Beziehungen im Kollegenkreis beschreiben, und zwar die ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen, die zielgerichtete Abwertung der Arbeit und das Verleumden einzelner Personen. Anders verhält es sich bei eher strukturellen Problemlagen. Unzureichend vorliegende Informationen und ein hoher organisatorischer Aufwand der Arbeit werden von Mobbingtätern individuell stärker belastend empfunden. Dass die Arbeit zu wenig Zeit für die Patienten lässt, wird sowohl von Mobbingopfern als auch -beobachtern stärker empfunden als von Tätern (vgl. Tabelle MT 14 im Anhang).

Nahezu gleich wird von allen Mobbingtypen darüber geurteilt, welche Aspekte für die Stationsarbeit belastend sind. Einzig bei dem Punkt ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen finden sich signifikante Unterschiede. Das Antwortverhalten entspricht hier dem der individuellen Belastungssituation: Am stärksten beurteilen Opfer dies als belastend für den Stationsalltag. Die Beurteilung durch die Beobachter fiel vergleichsweise am schwächsten aus (vgl. Tabelle MT 15 im Anhang).

Hinsichtlich des **Arbeitsklimas** finden sich in sehr vielen Punkten (bei zwölf von insgesamt 16 Einzelaspekten) Zusammenhänge zwischen den Mobbingtypen und den einzelnen Ausprägungen zur Beschreibung des Arbeitsklimas (vgl. Tabelle MT 15 im Anhang). Vier Faktoren entstanden im Ergebnis der faktorenanalytischen Dimensionenreduktion(vgl. Tabelle EH 8 im Anhang), die im Folgenden als Grundlage für die Zusammenhangsuntersuchung genutzt werden sollen. Drei dieser Faktoren korrelieren mit den Mobbingtypen.

Abb. 76: Mobbingtypen und Arbeitsklima



Bei den strukturell-restriktiven Ausprägungen des Arbeitsklimas[133] sind es eher Opfer und Täter, die den Beschreibungen ihrer Arbeitssituation zustimmen. Mobbingopfer und -täter erleben ihren beruflichen Alltag stärker durch straffe hierarchische Strukturen und ein strenges Arbeitstempo bestimmt.

Sowohl bei den kommunikativ-reflexiven[134] als auch bei Aspekten der (pflege)internen Kooperation[135] sind es hingegen die Mobbingbeobachter, die diese Punkte stärker herausstellen (vgl. Tabelle MT 13a im Anhang). Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass sich die Pflegenden, die über einen Erfahrungshorizont als Mobbingopfer oder -täter verfügen, in der Beschreibung ihres Arbeitsklimas unterscheiden: Opfer und Täter ordnen ihrem beruflichen Alltag seltener jene Aspekte des Arbeitsklimas zu, die mit Kommunikation, Reflexion oder Kooperation einhergehen. Stattdessen nehmen sie strukturelle Beeinträchtigungen stärker wahr.

Es lassen sich keine Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und der Stellung des Pflegedirektors/ der Pflegedirektorin im Klinikumsvorstand sowie deren Bereitschaft zu hierarchieübergreifenden Gesprächen mit den Pflegenden statistisch sichern. Ebenso ist die Selbstwahrnehmung als Mobbingopfer, -beobachter bzw. -täter unabhängig vom Vorhandensein eines einheitlichen Pflege- oder Unternehmensleitbildes (vgl. Anhang Tabelle MT 11).

4.3.1.2 Prüfung von multivariaten Zusammenhängen: Mobbingtypen als Zielvariable

Zur Prüfung multivariater Zusammenhänge wird mit dem SPSS-Zusatzmodul Chaide gearbeitet, über welches Entscheidungsbäume erstellt werden können, die im Gegensatz zu andern multifaktoriellen Verfahren auch für Nicht-Statistiker nachvollziehbar sind. Entwickelt werden zwei Entscheidungsbäume, jeweils mit der Zielvariable Mobbingtypen. Der erste Entscheidungsbaum stellt Zusammenhänge verschiedener soziodemografischer Items zu dieser Zielvariable dar, der zweite analysiert multivariat unterschiedliche Angaben zur Organisation.

---

133 Unter den strukturell-restriktiven Aspekten des Arbeitsklimas werden die beiden Items strenges Arbeitstempo und straffe hierarchische Strukturen zusammengefasst.

134 Unter den kommunikativ-reflexiven Aspekten des Arbeitsklimas werden die folgenden Items zusammengefasst: Eine gute Rückkopplung bezüglich Arbeitsleistungen, gute Möglichkeiten der Selbstreflexion, das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter, eine gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner, die gute Verständigung mit Vorgesetzten und gute Arbeitsbedingungen.

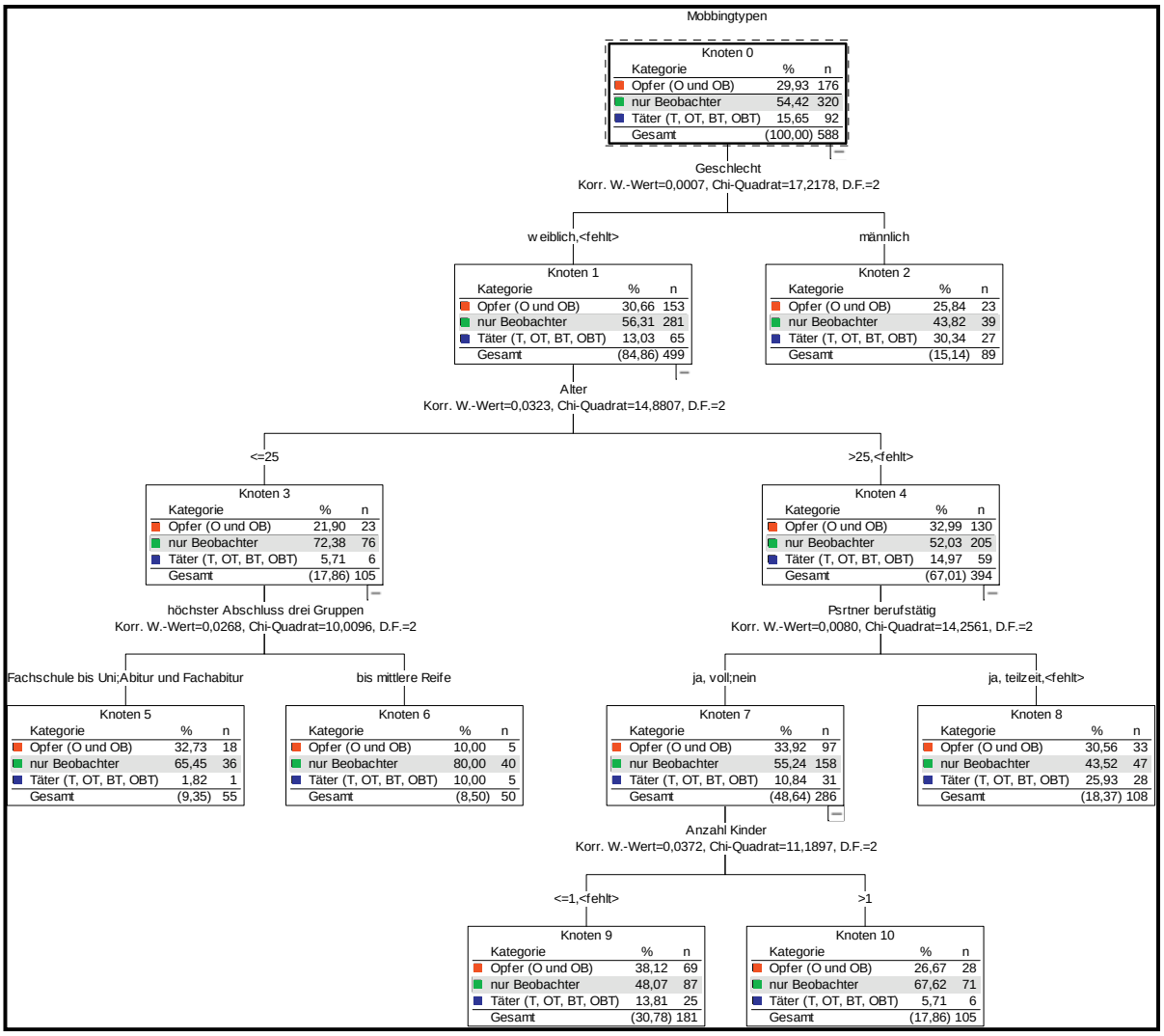
135 Unter den Aspekten der (pflege)internen Kooperation werden die folgenden Items zusammengefasst: gegenseitige Unterstützung und Hilfe sowie Anerkennung im Team, ein kollegialer Umgang mit Konflikten. gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden und guter Umgang mit leicht eskalierenden Konflikten.

4.3.1.2.1 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und demografischen Merkmalen

In dem multifaktoriellen Modell sind nachfolgende soziodemografische Angaben enthalten:

- Geschlecht
- Alter
- Partnerschaftssituation und Berufstätigkeit des Partners
- Anzahl der Kinder
- Standort alte oder neue Bundesländer
- betriebliche Position
- höchster Abschluss und
- pflegerischer Abschluss

Abb. 77: Mobbingperspektiven und soziodemografische Angaben multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)



Aus der Grafik (Abb. 77) ist zu erkennen, dass die am stärksten mit der Zielvariable Mobbingtypen korrelierende, soziodemografische Variable das Geschlecht ist. Wie schon bei der bivariaten Analyse ermittelt, sind die Anteile der Mobbingopfer und -beobachter unter den Frauen größer, wohingegen bei den Männern größere Täteranteile zu verzeichnen sind.

Die Gruppe der Frauen unterteilt sich noch einmal in Abhängigkeit vom Alter. Der Anteil an Mobbingtätern und -opfern ist bei den über 25-jährigen Frauen größer. Bei Frauen im Alter bis 25 Jahre erklärt sich die Zugehörigkeit zu den Mobbingtypen nun über den höchsten Abschluss. Bei Frauen mit einem höheren Abschluss (hier Abitur bis Universitätsabschluss) finden sich mehr Opfer; in der Gruppe der Frauen mit einem niedrigeren Abschluss (hier bis mittlere Reife) sind hingegen anteilmäßig mehr Täter enthalten.

Bei den über 25-jährigen Frauen ergibt sich die nächste Unterteilung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit des Partners. Die Frauen, deren Partner in Vollzeit berufstätig sind, weisen höhere Opfer- und Beobachteranteile auf. Frauen mit Partnern, die hingegen in Teilzeit berufstätig sind, zeichen sich durch größere Täteranteile aus.

4.3.1.2.2 Zusammenhänge zwischen Mobbingtypen und Angaben zum Berufsalltag

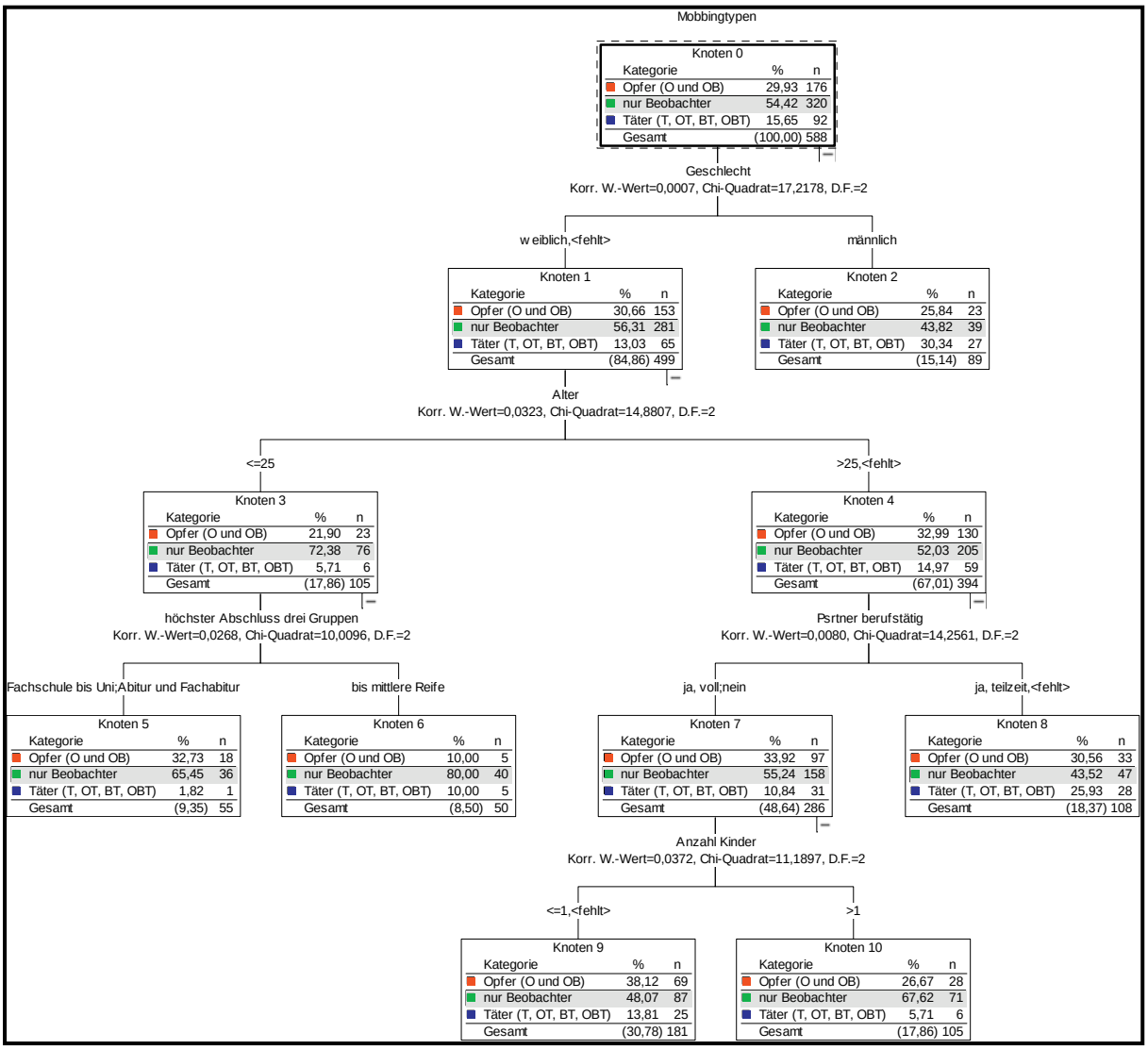
Folgende Angaben zum Arbeitsverhältnis der Pflegenden enthält dieses multifaktorielle Modell zur Beschreibung von Zusammenhängen zwischen Mobbingtypen und Angaben zum Berufsalltag:

- Wochenarbeitszeit und wöchentliche Überstunden
- Art des Arbeitsverhältnisses
- betriebliche Position
- Dauer der Teamzugehörigkeit
- Angaben zur Stationsgröße (Anzahl der Pflegenden, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Anzahl der Ärzte/Ärztinnen, Bettenanzahl)
- Rechtsformänderung
- Aufgabenprofil

Darüberhinaus sind die folgenden Angaben zur Arbeitssituation enthalten:

- hierarchieübergreifende Gesprächsbereitschaft von PflegedirektorInnen
- Stellung von PflegedirektorInnen im Klinikumsvorstand
- Items zur Personalführung (auf Stationsebene)
- Items zu Konfliktstilen

Abb. 78: Mobbingperspektiven und Berufsalltag: Multifaktorielle Betrachtung (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)



Aus der Grafik ist zu erkennen, dass die am stärksten mit der Zielvariable Mobbingtypen korrelierende Variable das Item mit der Aussage ist, dass Konflikte oberflächlich geglättet werden. Bei Zustimmung zu dieser Aussage finden sich verstärkt Mobbingtäter- und Mobbingopferanteile.

Die Gruppe der Pflegenden, in deren Arbeitsteams Konflikte oberflächlich geglättet werden, unterteilt sich nun noch einmal in Abhängigkeit vom Aufgabenprofil. Im Funktionsdienst und allgemeinen Pflegedienst sind die Opferanteile größer, wohingegen sich in der Intensivpflege anteilmäßig mehr Täter wiederfinden.

Bei den Pflegenden im Funktionsdienst und in den allgemeinen Pflegediensten ergibt sich die nächste Unterteilung hinsichtlich der Gesprächsbereitschaft in den Pflegedirektionen. Dort, wo eine generelle und hierarchieübergreifende Gesprächsbereitschaft

zu verzeichnen ist, sind die Anteile der Opfer sowie Beobachter größer. Liegt jedoch eine eingeschränkte Gesprächsbereitschaft vor, sind die Täteranteile größer.

Bei den Pflegenden in der Intensivpflege ergibt sich die nächste Unterteilung hinsichtlich einer erfolgten Rechtsformänderung. Ist keine Rechtsformänderung vorgenommen worden, sind die Anteile der Opfer und Beobachter größer; wurde eine Rechtsformänderung durchgeführt, sind anteilmäßig mehr Täter vertreten.

4.3.1.3 Zwischenfazit: Mobbingtypen

Aus den empirischen Ergebnissen zu Mobbingtypen können die folgenden Hauptaussagen resümiert werden:

Es lassen sich unterschiedliche subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten empirisch abbilden. Diese Perspektiven sind miteinander verflochten; wobei dies am stärksten bei den Mobbingtätern ausgeprägt ist. Nahezu alle Täter verfügen über Erfahrungen als Mobbingopfer oder -beobachter.

Es gibt eine Geschlechtsspezifik bei der subjektiven Beurteilung der eigenen Mobbingerfahrungen. Und zwar finden sich Täter lt. Selbsteinschätzung verstärkt bei Männern; Mobbingopfer dagegen anteilmäßig häufiger bei Frauen. Werden die soziodemografischen Angaben einer multifaktoriellen Analyse unterzogen, erweisen sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Selbstwahrnehmung als Mobbingopfer, -beobachter bzw. -täter als am stärksten erklärende Differenzierung.

Im Vergleich der drei Mobbingtypen unterscheiden sich die Täter von Opfern und Beobachtern durch folgende demografische Merkmale: Mobbingtäter sind zu einem größeren Anteil männlich, allein lebend und arbeiten häufiger in den alten Bundesländern.

Bei den Items zum Arbeitsverhältnis finden sich keine Zusammenhänge zu den Mobbingtypen. Aktiv an Mobbingsituationen beteiligte Pflegende, und zwar sowohl Betroffene als auch aktiv Mobbende, widerspiegeln ihren Arbeitsalltag weniger als demokratischen Prozess. Werden verschiedene Organisationsvariablen in einem multifaktoriellen Modell überpüft, zeigt sich das Zutreffen oberflächlicher Konfliktglättung als erklärendstes Item in Bezug zu den Mobbingtypen.

4.3.2 Subjektive Perspektiven auf Mobbinghandlungen

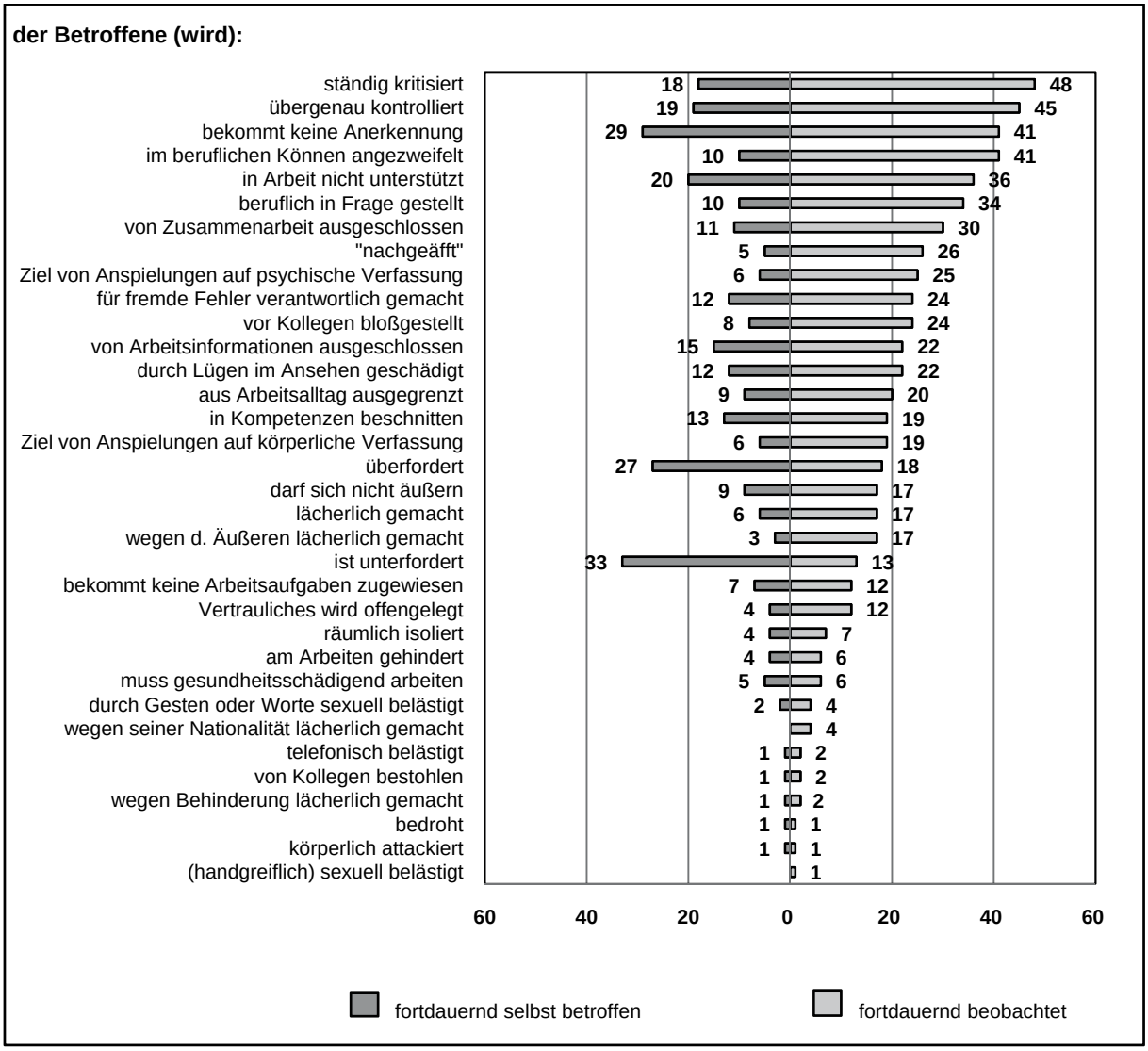
Bereits in Kapitel 2.1 wird gezeigt, dass in der bisherigen Mobbingforschung prioritär von Handlungen ausgegangen wird und – wie in Abschnitt 4.3.3 gezeigt – scheinen diese Handlungen ebenso im Alltagsverständnis der Befragten von zentralem Stellenwert zu sein. Auch in der empirischen Untersuchung dieser Dissertationsarbeit ist ein

Schwerpunkt auf die Analyse wahrgenommener Mobbinghandlungen gerichtet. Dabei werden zwei Perspektiven berücksichtigt: Opfer und Beobachter werden befragt, in welcher Häufigkeit aufgelistete Handlungen (zeitlich eingegrenzt auf das letzte Jahr) erlebt und. beobachtet worden sind (vgl. Fragebogen im Anhang).

4.3.2.1 Mobbinghandlungen aus Betroffenen- und Beobachterperspektive

Vorgegeben ist im Fragebogen eine Liste von insgesamt 34 Handlungen. Anhand dieser Liste wird erfragt, ob die einzelnen Handlungen – zeitlich eingegrenzt auf das letzte Jahr der Berufstätigkeit – beobachtet oder selbst erlebt worden sind. Hierzu kann auf einer 5er-Skala jeweils angegeben werden, ob diese Handlungen nie, einmal, über Tage, über Wochen oder fast immer beobachtet oder (im Sinne einer Betroffenheit) selbst erlebt worden sind (vgl. Tabelle MH 1 im Anhang).

Abb. 79: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive



In Grafik 79 werden die fortdauernd beobachteten und selbst im Sinne einer Betroffenheit erlebten Handlungen gegenübergestellt. Zu erkennen ist, dass die einzelnen Handlungen unterschiedlich häufig reflektiert werden und dass sich dabei Unterschiede in Abhängigkeit von der Perspektive (Beobachter oder Betroffener) abzeichnen.

Während die Rangliste der beobachteten Handlungen angeführt wird von den Handlungen, dass der/die Betroffene ständig kritisiert bzw. übergenau kontrolliert wird, sind die am häufigsten erlebten Handlungen aus Sicht der Betroffenen, trotz guter Leistung keine Anerkennung zu bekommen und unterfordert zu sein.

Unabhängig von der Perspektive spielen Handlungen auf kommunikativer oder Interaktionsebene eine größere Rolle (z. B. der Betroffene wird in seinem beruflichen Können angezweifelt, in seiner Arbeit nicht unterstützt, in beruflichen Entscheidungen infrage gestellt oder von der Zusammenarbeit ausgeschlossen sowie von wichtigen Arbeitsinformationen ausgeschlossen). Sowohl aus der Beobachter- als auch aus der Betroffenenperspektive spielt das lächerlich Machen aufgrund von Behinderung, Nationalität oder Hautfarbe nahezu keine Rolle. Ebenso selten beobachtet oder selbst erlebt werden tätliche Übergriffe wie telefonische Belästigung, Diebstahl, Bedrohungen, körperliche Attacken oder sexuelle Belästigung.

In Beantwortung der zentralen Fragestellung, welche korrelativen Zusammenhänge sich zwischen Mobbingvorkommen und Berufsalltag nachweisen lassen, wird in den nun folgenden Schritten eine Zusammenfassung der einzelnen Handlungen sowie der beiden Perspektiven fokussiert. Darauf aufbauend können dann Zusammenhangsuntersuchungen realisiert werden.

4.3.2.2 Entwicklung eines Kontinuums erlebter und beobachteter Mobbinghandlungen

Ausgehend von der Überlegung, dass es Arbeitsbereiche gibt, in denen Mobbinghandlungen eine größere Rolle spielen als in anderen, soll es Aufgabe sein, zwei kontrastierende Bereiche zu entwickeln und diese miteinander zu vergleichen, um daraus die Voraussetzung für organisatorische Interventions- und Präventionsansätze entwickeln zu können. Dabei wird die Idee von Oswald Neuberger aufgegriffen, als Alternative zu dichotomisierenden Definitionsstrategien, Mobbing als Kontinuum zu betrachten, das sich zwischen den Polen „kein Mobbing“ und „extremes Mobbing“ aufspannt (Neuberger 1999: 38). Nähere Ausführungen zum Vorschlag von Neuberger finden sich in Abschnitt 2.1.3.5.

Das Kontinuum als Ergebnis der hier realisierten Vorgehensweise definiert sich aus einem Summenscore, der alle Handlungen aus beiden Perspektiven über die Nen-

nungen auf der 5er-Skala (also von der Ausprägung 1 = ‚nie' bis 5 = ‚fast immer') zusammenfasst. Damit sind der zeitliche Aspekt (über die verschiedenen Häufigkeiten) und die Intensität (über das Zusammenfassen verschiedener Handlungen) im Summenscore enthalten. Ebenso ist eine Erweiterung der Perspektiven über die Einbeziehung der Opfer- wie auch Beobachtersichtweise gewährleistet.

Abb. 80: Die Entwicklung eines Mobbingkontinuums

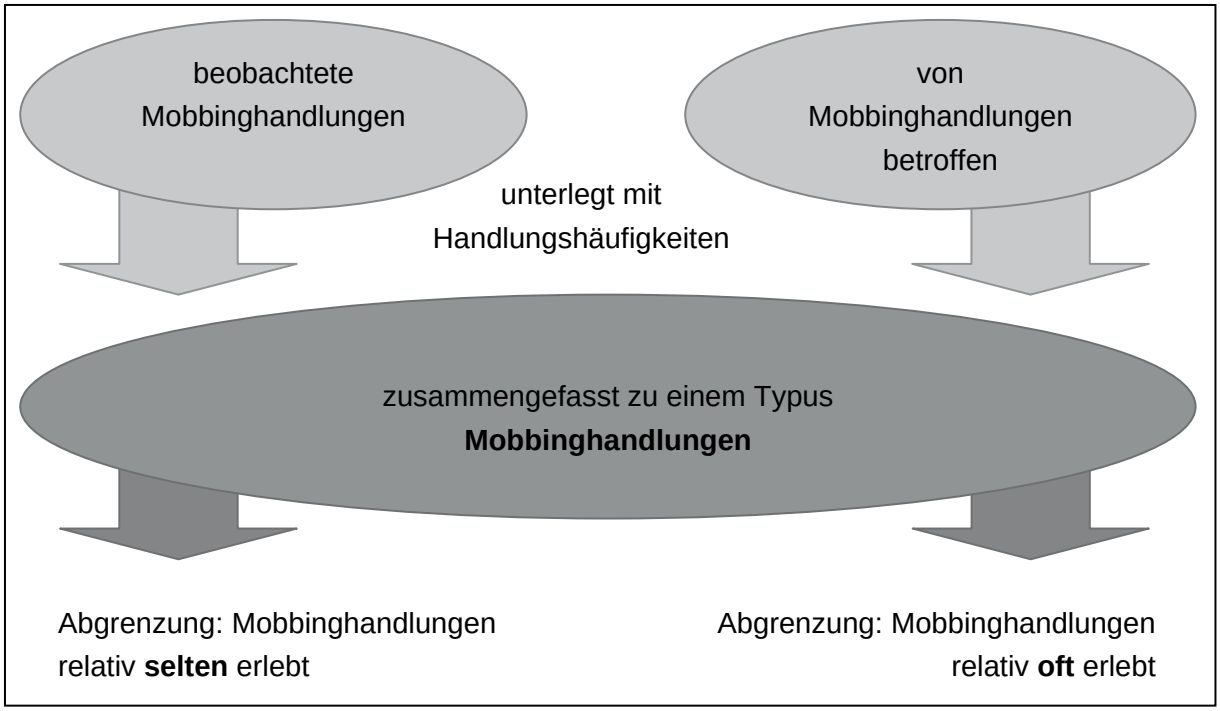
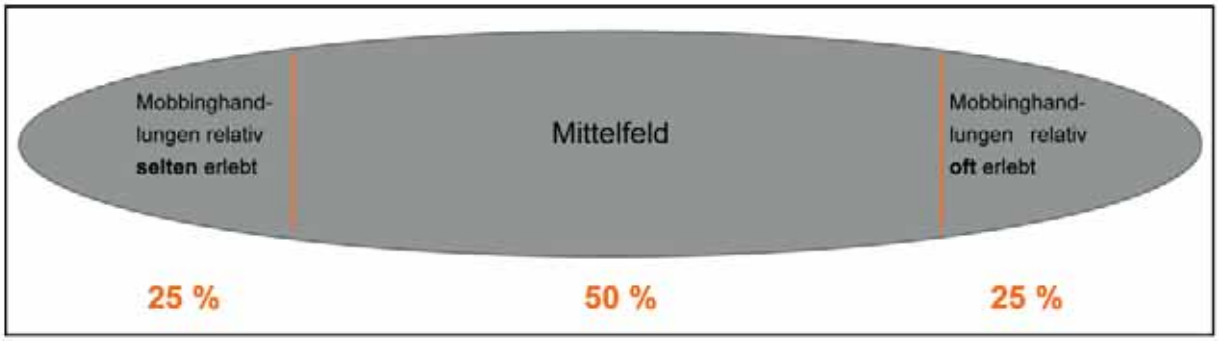


Abb. 81: Die Entwicklung eines Mobbingkontinuums – Abgrenzung der Randbereiche



Die mit Hilfe eines Summenscores neu entwickelte Variable Mobbinghandlungen wird nun abhängig von der Häufigkeit in statistische Bereiche aufgeteilt. Hierzu erfolgt eine Abgrenzung der Randbereiche, die jeweils ausgehend von den Polen kein Mobbing und sehr häufiges Mobbing ein Viertel der Antworten im Summenscore ergeben.[136]

136 Die Entscheidung für die Abgrenzung der beiden Randbereiche (neben den Polen bei 25 Prozent) erfolgte nach Überprüfung verschiedener Varianten.

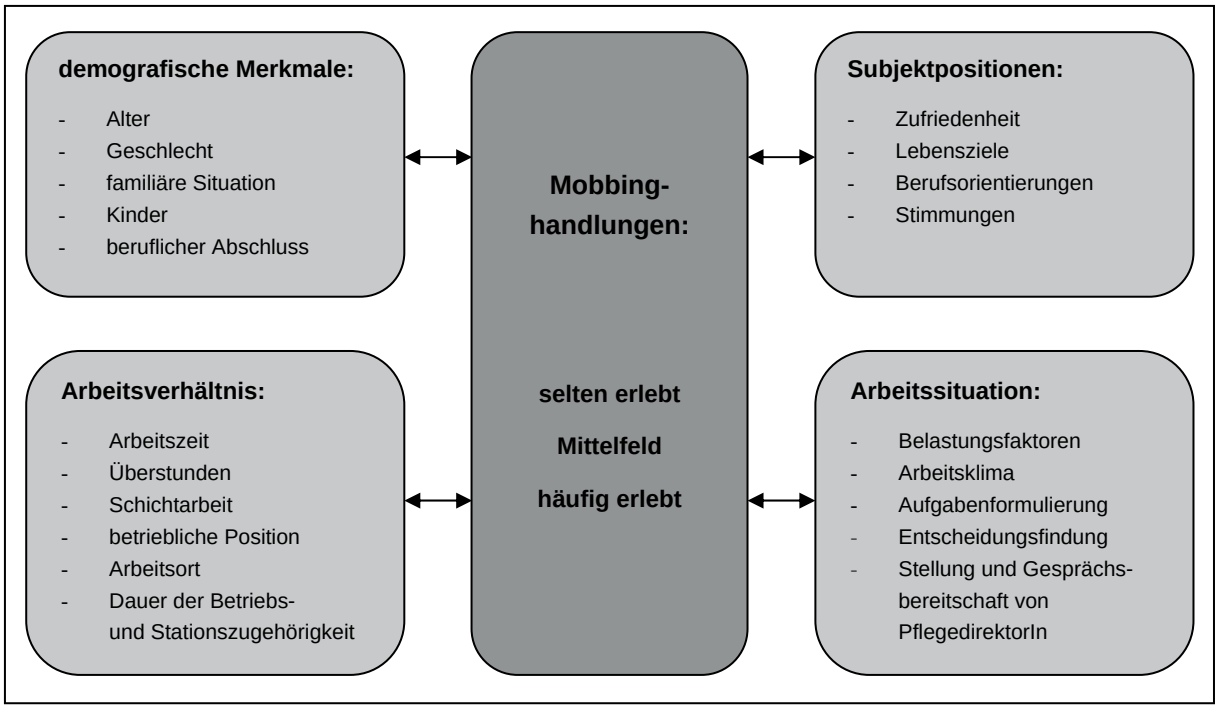
In den folgenden Differenzierungen werden die Ausprägungen Mobbinghandlungen relativ selten (erlebt) und Mobbinghandlungen relativ oft (erlebt) miteinander verglichen.

4.3.2.3 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Kontinuum von Mobbinghandlungen als Zielvariable

In einem nächsten Schritt soll überprüft werden, ob sich Zusammenhänge zwischen den Bereichen des Kontinuums und verschiedenen Organisations- und Personenvariablen aufzeigen lassen. Untersucht werden Zusammenhänge zwischen den drei verschiedenen Bereichen des Kontinuums und

1. demografischen Merkmalen,
2. Subjektpositionen,
3. Angaben zum Arbeitsverhältnis sowie
4. Deskriptionen der Arbeitssituation.

Abb. 82: Auswertungsmodell: Zusammenhangsuntersuchungen zu Mobbinghandlungen



4.3.2.3.1 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und demografischen Merkmalen

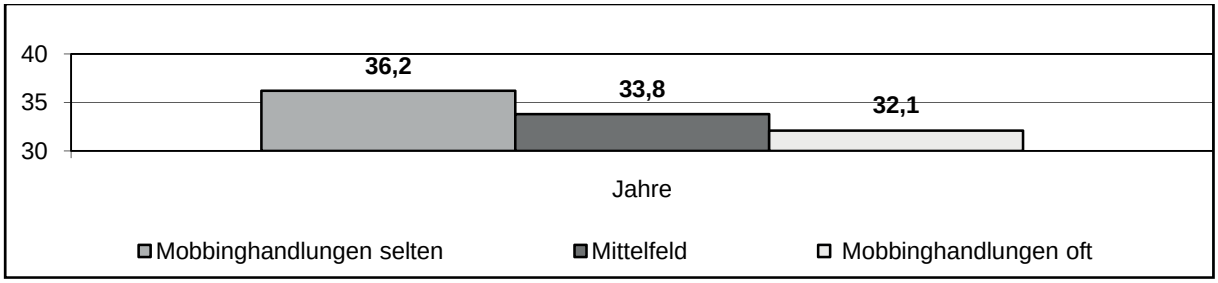
Bei den demografischen Angaben lassen sich keine Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Geschlecht, pflegerischem Berufsabschluss und Partnerschafts-

situation sichern (vgl. Tabelle MH 2 im Anhang). Unterschiede zwischen Mobbinghandlungen und soziodemografischen Angaben finden sich bei folgenden Merkmalen:

- Alter
- höchster Abschluss
- Vergleich der einzelnen Universitätsklinika und Ost-West-Vergleich
- Anzahl der Kinder
- Familienstand

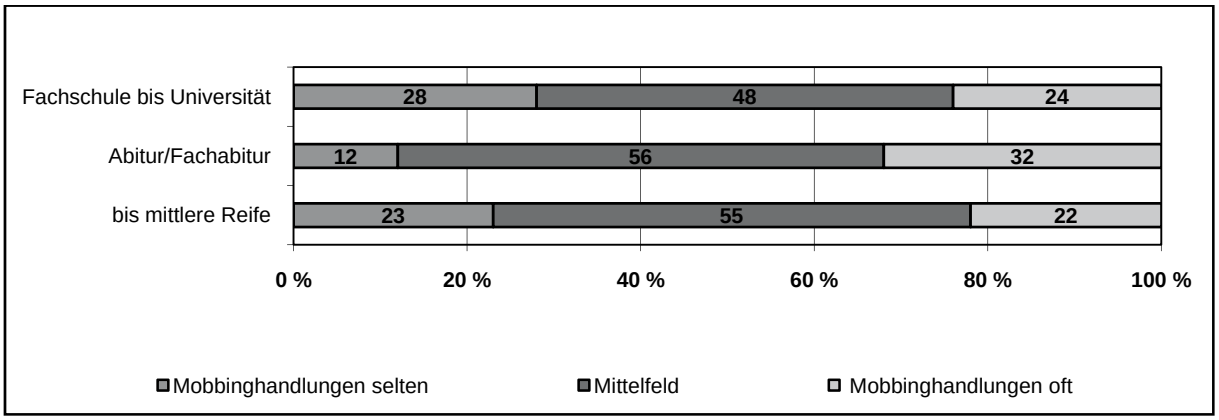
Eine detaillierte Untersuchung erfolgt in den weiteren Ausführungen.

Abb. 83: Mobbinghandlungen und Alter (Mittelwertvergleich)



Betrachtet man das Alter, dann zeigt sich, dass Mobbinghandlungen verstärkt von jüngeren Pflegenden reflektiert werden. Bei einer Betrachtung der Mobbinghandlungen in Abhängigkeit von Altersgruppen lässt sich Folgendes konkretisieren: Am seltensten werden Mobbinghandlungen in der Altersgruppe der bis 27-Jährigen und am häufigsten in der Altersgruppe der 28- bis 34-Jährigen reflektiert (vgl. Abb. MH 2 im Anhang).

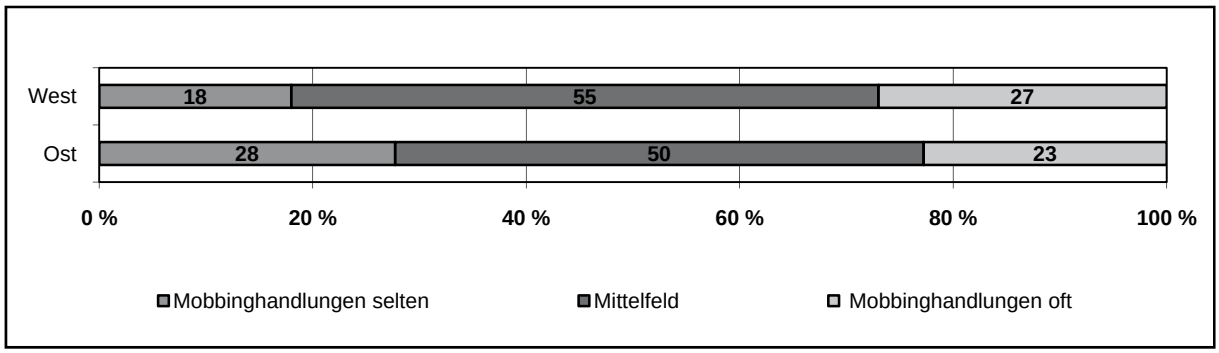
Abb. 84: Mobbinghandlungen und höchster Abschluss



Werden Mobbinghandlungen in Abhängigkeit vom (höchsten) schulischen oder universitären Abschluss betrachtet, lässt sich Folgendes erkennen: In der Gruppe der Pflegenden mit Fachschul- bis universitärem Abschluss werden Mobbinghandlungen

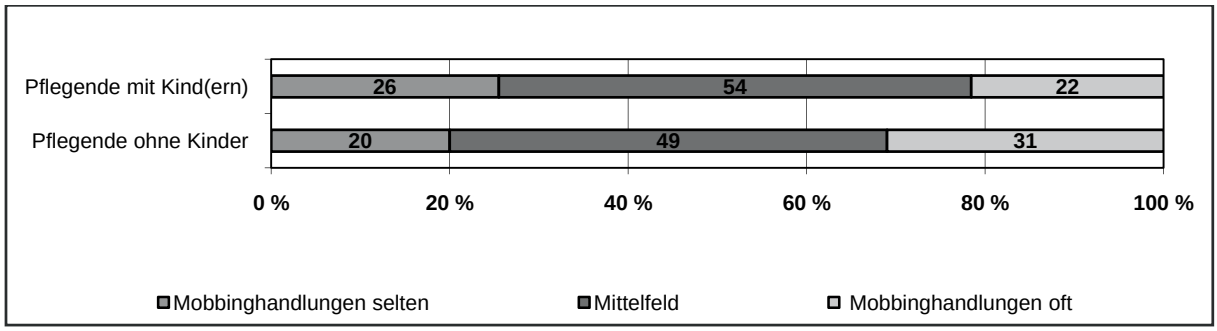
seltener reflektiert; jedoch häufiger in der Gruppe der Pflegenden, deren höchster schulischer Abschluss ein (Fach)Abitur ist.

Abb. 85: Mobbinghandlungen im Ost-West-Vergleich



Zwischen den einzelnen Universitätsklinika lassen sich deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Mobbinghandlungen festmachen (vgl. Abb. MH 4 im Anhang). Werden die Universitätsklinika in einem Ost-West-Vergleich zusammengefasst, ist zu erkennen, dass in den alten Bundesländern häufiger Mobbing erlebt oder beobachtet wird.

Abb. 86: Mobbinghandlungen und Kinder

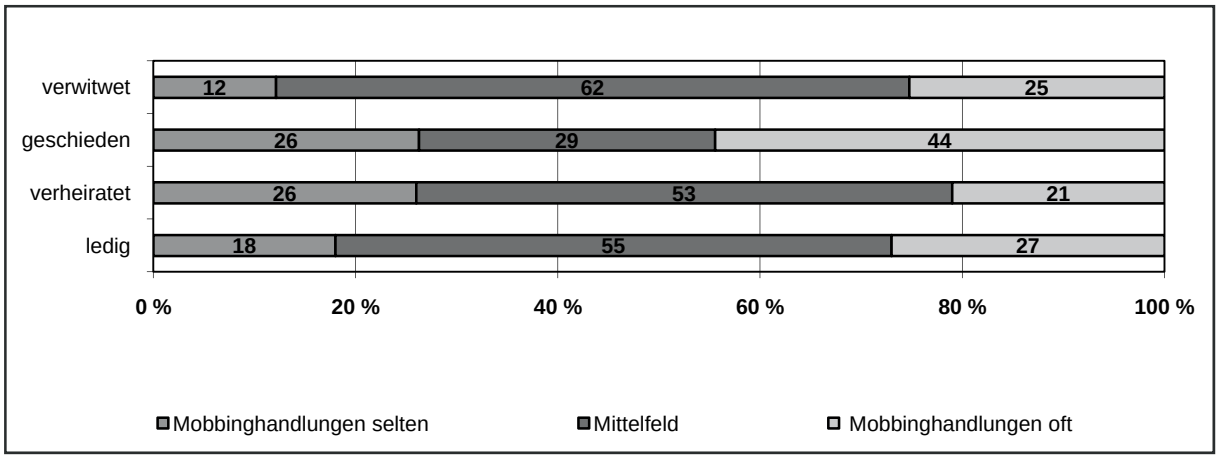


Zu erkennen ist in Abb. 86, dass sich Elternschaft auf die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen auswirkt. Pflegende mit Kind/-ern erleben Mobbinghandlungen seltener als ihre kinderlosen KollegInnen.

Während sich die Partnerschaftssituation nicht auf das Erleben von Mobbinghandlungen auswirkt (vgl. Tabelle MH 2 im Anhang), lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen widergespiegelten Mobbinghandlungen und Familienstand sichern[137]. Hier fallen in erster Linie die geschiedenen Pflegenden auf, sie beobachten oder erleben Mobbinghandlungen deutlich häufiger als ihre ledigen, verheirateten oder verwitweten Kollegen.

137 Ergänzend zum Familienstand ist im Fragebogen ein Item enthalten, der erfragt, ob die Pflegenden in einer Partnerschaft leben.

Abb. 87: Mobbinghandlungen und Familienstand

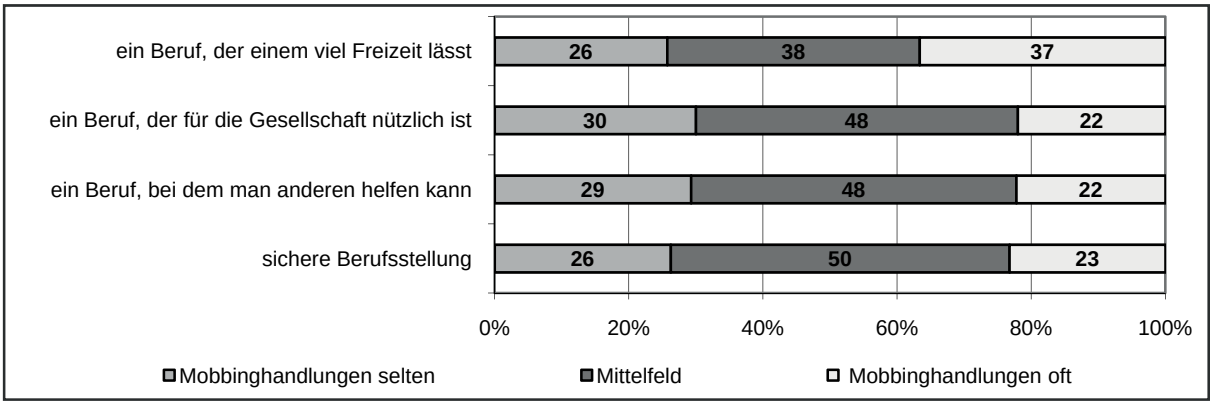


4.3.2.3.2 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Subjektpositionen

In einem weiteren Auswertungsschritt soll es nun – analog zur Vorgehensweise in Abschnitt 4.3.1 – darum gehen, mögliche Korrelationen zwischen Mobbinghandlungen und Subjektpositionen zu untersuchen. Hierbei werden allgemeine Orientierungen und Arbeitsorientierungen, Aspekte der individuellen Zufriedenheit sowie Stimmungen berücksichtigt.

Bei den **Arbeitsorientierungen** unterscheidet sich die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen in vier von insgesamt 13 abgefragten Indikatoren. Bei allen anderen Items lassen sich keine signifikanten Unterscheidungen sichern (vgl. Tabelle MH 4 im Anhang).

Abb. 88: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen

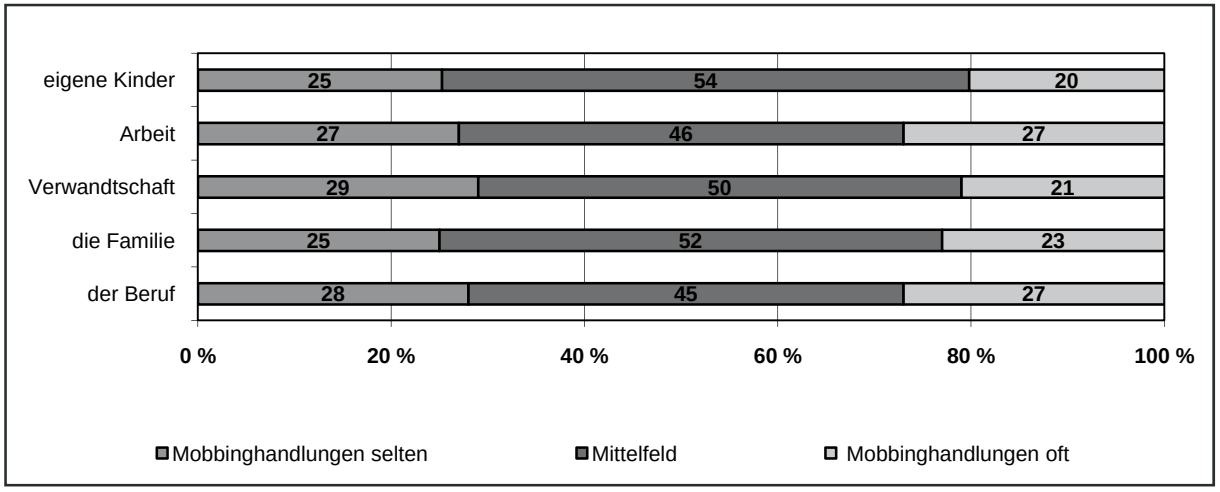


Aus der Grafik 88 ist zu erkennen, dass für Pflegende in Teams, in denen Mobbinghandlungen seltener erlebt oder beobachtet werden, all jene Arbeitsorientierungen

stärker gewichtet werden, bei denen sich signifikante Unterschiede sichern lassen. Diesen Pflegenden ist wichtiger, in einem Beruf zu arbeiten, der für die Gesellschaft nützlich ist, bei dem man anderen helfen kann, der eine sichere Berufsstellung mit sich bringt und der einem viel Freizeit lässt. Interessant ist das Antwortverhalten zu dem hedonistisch orientierten Item ‚ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt'. Diese Orientierung findet sich eher bei denjenigen Pflegenden, die vergleichsweise selten Mobbing reflektieren. Ebenso verstärkt, aber in wesentlich deutlicherer Ausprägung, findet sich dies jedoch bei jenen Pflegenden, die Mobbinghandlungen häufiger beobachten oder erleben.

Bei der Hälfte der Items zu **allgemeinen Orientierungen** lassen sich signifikante Zusammenhänge sichern (Abb. 89). Unabhängig von der Wahrnehmung der Mobbinghandlungen ist die Einschätzung der Wichtigkeit guter nachbarschaftlicher Beziehungen, von Freunden und Bekannten, Politik, Freizeit und Erholung, der Teilnahme am öffentlichen Leben und die Bedeutung von Religion und Kirche.

Abb. 89: Mobbinghandlungen und allgemeine Orientierungen



Es zeigt sich, dass die arbeitsbezogenen Items (Bedeutung der Arbeit und des Berufs) sowohl von denjenigen Pflegenden stärker gewichtet werden, die Mobbinghandlungen häufiger reflektieren als auch von Pflegenden mit seltener Wahrnehmung dieser Handlungen. Ein anderes Bild zeigt sich bei den familienbezogenen Items: Bei den Pflegenden, die häufiger Mobbing beobachten oder erleben, spielen alle hier aufgeführten Aspekte eine geringe Rolle.

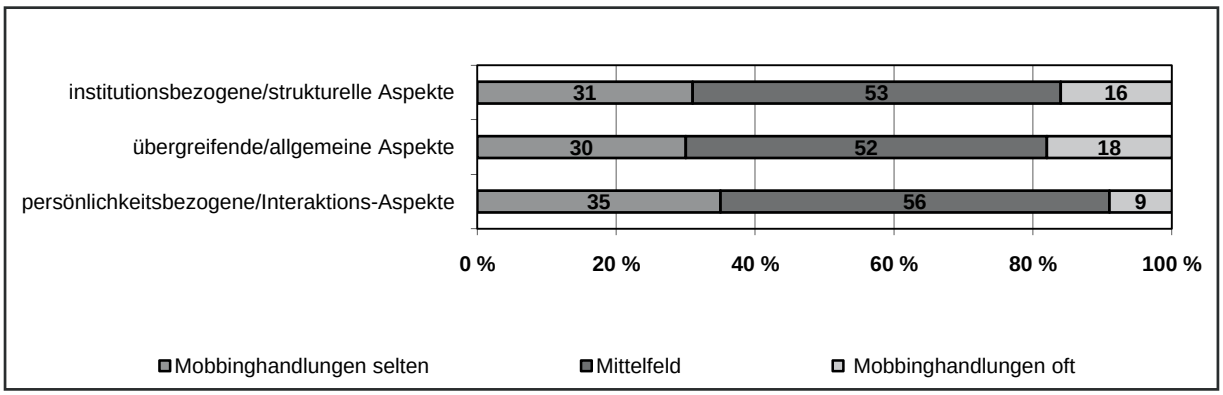
Ein ganz klares Bild ist bei den Einschätzungen zur Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Arbeitsalltages und der Lebenssituation zu erkennen.

Keine Zusammenhänge lassen sich sichern bei den allgemeinen **Einschätzungen** zu **Arbeitsbedingungen** und dem **Leben** insgesamt; ebenfalls zu den (vor allem die gesamte Organisation betreffenden) Einschätzungen bezüglich Bezahlung der Arbeit, Arbeitsbedingungen und Organisation in der Klinik.

Bei mehr als der Hälfte der genannten Items jedoch lassen sich Zusammenhänge aufzeigen. Bei all diesen Punkten ist es so, dass dort, wo Mobbinghandlungen abgeschwächt reflektiert werden, die Zufriedenheitseinschätzungen positiver ausfallen (vgl. Tab. MH 6 im Anhang).

Im Ergebnis der faktorenanalytischen Dimensionenreduktion entstanden drei Faktoren (vgl. Tabelle EH 13 im Anhang), die im Folgenden als Grundlage für die Zusammenhangsuntersuchung genutzt werden sollen. Alle drei Faktoren korrelieren mit den reflektierten Mobbinghandlungen.

Abb. 90: Mobbinghandlungen und allgemeine Orientierungen (dimensionenreduziert)

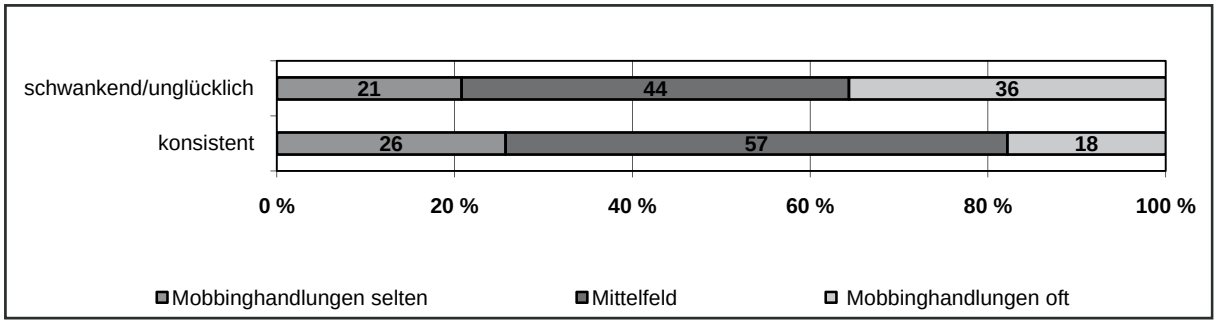


Hier zeigt sich die gleiche Tendenz wie bei der Betrachtung der einzelnen Items. Kurz zusammengefasst bedeutet dies: Da, wo verstärkt Mobbinghandlungen beobachtet oder erlebt werden, sind die Pflegenden signifikant unzufriedener. Das betrifft **erstens** institutionsbezogene bzw. strukturelle Ausprägungen wie Leitung und Organisation des Klinikums, Personalführung sowie Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch Bezahlung der Arbeit und Einteilung der Arbeitszeit. **Zweitens** gilt dieser Zusammenhang für die Zufriedenheit mit übergreifenden bzw. allgemeinen Aspekten (Leben und Arbeit insgesamt sowie Tätigkeit). Und ebenso zeigt sich **drittens** eine größere Zufriedenheit im Hinblick auf persönlichkeitsbezogene bzw. Interaktionsaspekte, wenn kein Mobbing wahrgenommen wird. Hierunter fallen die Zufriedenheit bezüglich der Anerkennung im Team, des Arbeitsklimas sowie hinsichtlich Vorgesetzter und unmittelbarer Kollegen.

Bei den Antworten zur (Selbst)Einschätzung der momentanen **Stimmung** lassen sich in acht von insgesamt 14 Punkten Zusammenhänge zur Wahrnehmung von Mobbinghandlungen sichern (vgl. Tabelle MH 8 im Anhang).

Werden die faktorenanalytisch zusammengefassten Items zur Analyse des bivariaten Zusammenhangs herangezogen, entsteht folgendes Bild: Die Pflegenden, die seltener mit Mobbing konfrontiert sind, zeichnen sich häufiger durch konsistente und seltener durch eine schwankende bzw. unglückliche Stimmung aus. Hingegen sind Pflegende, die sich öfter mit Mobbing konfrontiert sehen, in stärkerem Ausmaß schwankenden und unglücklichen Stimmungslagen unterworfen.

Abb. 91: Mobbinghandlungen und Stimmungen



4.3.2.3.3 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis

Im Unterschied zu den Mobbingperspektiven lassen sich bei Mobbinghandlungen Zusammenhänge hinsichtlich einzelner Angaben zum Arbeitsverhältnis sichern. Bei den personenbezogenen Angaben zum Arbeitsverhältnis lassen sich keine Unterschiede in der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen, abhängig von folgenden Items, statistisch sichern:

- Art des Arbeitsverhältnisses
- wöchentliche Arbeitszeit und Anzahl der Überstunden
- betriebliche Position der Pflegenden

Unterschiede in der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen zeigen sich jedoch in Abhängigkeit von der Dauer der Klinik- und Stationszugehörigkeit.

Abb. 92: Mobbinghandlungen und Teamzugehörigkeit

Teamzugehörigkeit	**gesamt**	**Mobbinghandlungen treten auf:**		
		selten		**oft**
im Krankenhaus seit … Jahren (MW)	11,5	14,2	11,3	9,1
ANOVA-Signifikanz				0,000
auf Station seit … Jahren (MW)	7,5	9,2	7,3	6,1
ANOVA-Signifikanz				0,001

Zu erkennen ist, dass mit der Dauer der Teamzugehörigkeit (sowohl in Bezug auf die Station als auch auf das Klinikum insgesamt) die Häufigkeit reflektierter Mobbinghandlungen abnimmt.

Bei den organisationsbezogenen Beschreibungen des Arbeitsverhältnisses sind für die folgenden Aspekte keine Unterschiede feststellbar: Weder die Zusammensetzung verschiedener Arbeitsanteile, die Art der Aufgabenteilung (Bezugs- oder Funktionspflege) noch die Tatsache, ob eine Rechtsformänderung erfolgt ist, korrelieren mit der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen.

Zusammenhänge lassen sich hingegen zur Stationsgröße statistisch sichern.

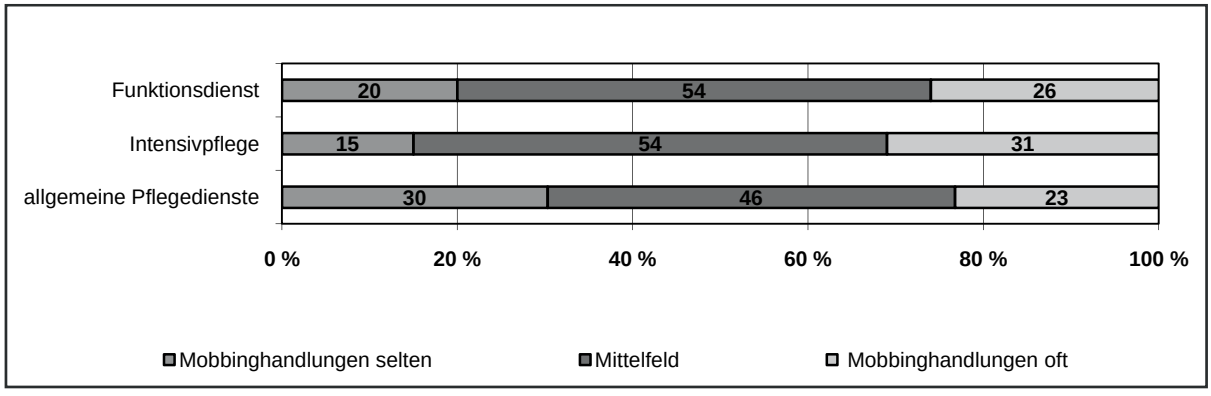
Abb. 93: Mobbinghandlungen und Stationsgröße

Stationsgröße	**gesamt**	**Mobbinghandlungen treten auf:**		
		selten		**oft**
ÄrztInnen (MW)	6,6	5,2	6,1	9,2
ANOVA-Signifikanz				0,012
Pflegende (MW)	18,5	15,7	18,6	20,9
ANOVA-Signifikanz				0,017

Je mehr Ärzte und Pflegende zur Station gehören, umso häufiger werden Mobbinghandlungen reflektiert. Ohne Einfluss bleibt jedoch die Anzahl der Betten als Indikator für die Stationsgröße.

Die Bereichszugehörigkeit wie auch das Aufgabenprofil wirken sich ebenfalls auf Beobachtung und Erleben von Mobbinghandlungen aus. Pflegende, die im Bereich der Intensivpflege tätig sind, geben häufiger an, Mobbinghandlungen zu erleben oder zu beobachten, als ihre KollegInnen in allgemeinen Pflegediensten und im Funktionsdienst. Am seltensten erfolgt eine Angabe zur Konfrontation mit Mobbinghandlungen seitens der Pflegenden in allgemeinen Pflegediensten.

Abb. 94: Mobbinghandlungen und Aufgabenprofil

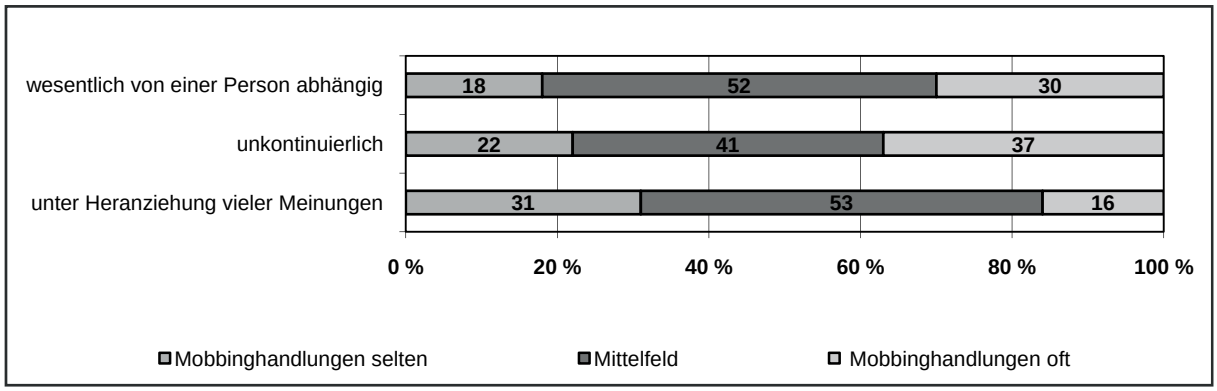


4.3.2.3.4 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Angaben zur Arbeitssituation

Zusammenhänge lassen sich auch zwischen reflektierten Mobbinghandlungen und einzelnen Angaben zur Arbeitssituation sichern.

Beim **Personalführungsstil** können statistisch gesicherte Zusammenhänge zum Auftreten von Mobbing bei drei von insgesamt vier Aspekten ermittelt werden. Kein Unterschied findet sich in der Zuschreibung, dass Führung streng nach bürokratischen Regeln erfolgt (vgl. Tabelle MH 13 im Anhang).

Abb. 95: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil

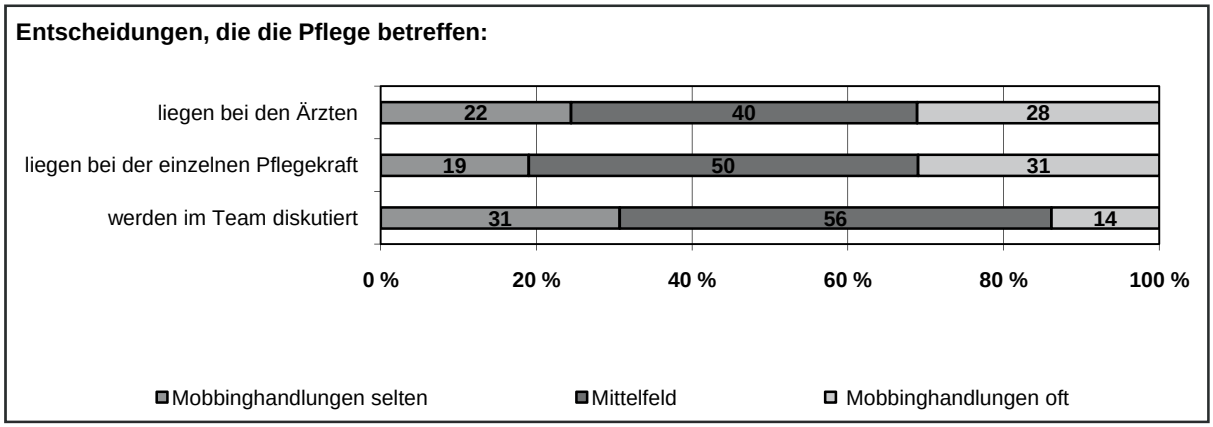


In zwei Aspekten lassen sich Elemente einer autoritären versus einer demokratischen Personalführung ablesen. Beide Punkte deuten darauf hin, dass Pflegeteams mit einer demokratischen Führung weniger mit einzelnen Mobbinghandlungen konfrontiert werden. Autoritäre aber auch unkontinuierliche Führung lässt demgegenüber Mobbinghandlungen stärker auftreten bzw. stärker ins Bewusstsein der (unter diesen Bedingungen arbeitenden) Pflegenden rücken. Gestützt wird diese Aussage durch die Antworten zur pflegespezifischen Entscheidungsfindung. Das Auftreten der Mobbinghandlungen zeigt sich unabhängig vom Antwortverhalten zu folgenden Items:

Entscheidungen…

- wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben,
- ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen,
- liegen bei der pflegerischen Stationsleitung (vgl. Tabelle MH 14 im Anhang)

Abb. 96: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung

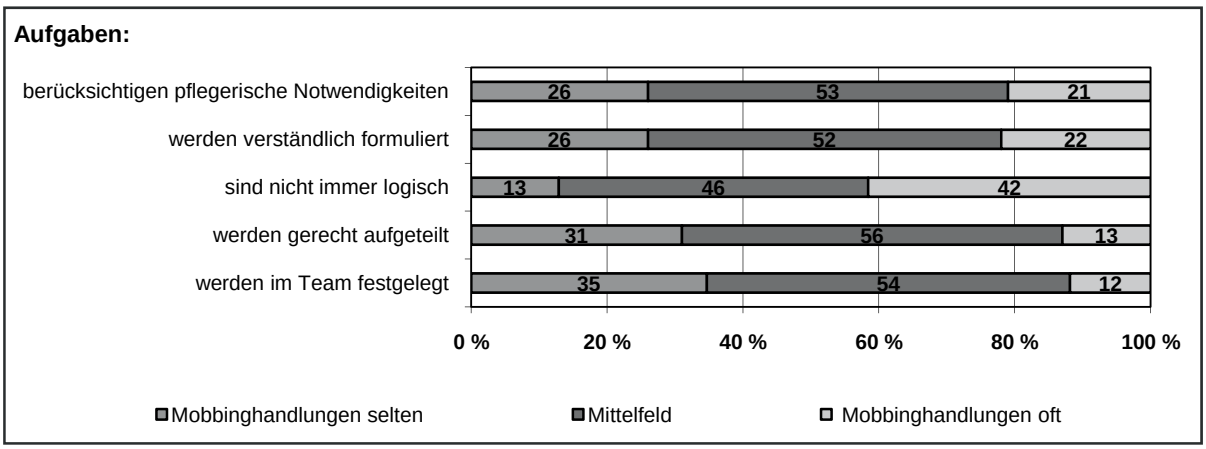


Die Pflegenden, bei denen pflegespezifische **Entscheidungen** auf den Stationen stärker im Team diskutiert werden, nehmen Mobbinghandlungen deutlich seltener wahr. In denjenigen Pflegeteams, in welchen diese Entscheidungen jedoch entweder stärker bei der einzelnen Pflegekraft oder bei den ÄrztInnen liegen, treten gehäuft Mobbinghandlungen auf. Hier zeigt sich der gleiche Zusammenhang, wie er schon beim Erleben von Mobbinghandlungen und demokratischem Personalführungsstil nachgewiesen werden konnte. Ein weiterer Hinweis auf die Korrelation zwischen demokratischen Aspekten der Arbeitsgestaltung und dem Auftreten von einzelnen Mobbinghandlungen zeigt sich bei der Art der **Aufgabenformulierung**. Hier lassen sich bei fünf von elf Items Zusammenhänge statistisch sichern. Keinen Einfluss auf das Auftreten von Mobbinghandlungen haben folgende Formen:

Aufgaben…

- werden zentral vorgegeben,
- stimmen mit Unternehmenszielen überein,
- werden von den Ärzten verteilt oder
- ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit (vgl. Tabelle MH 15 im Anhang).

Abb. 97: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung

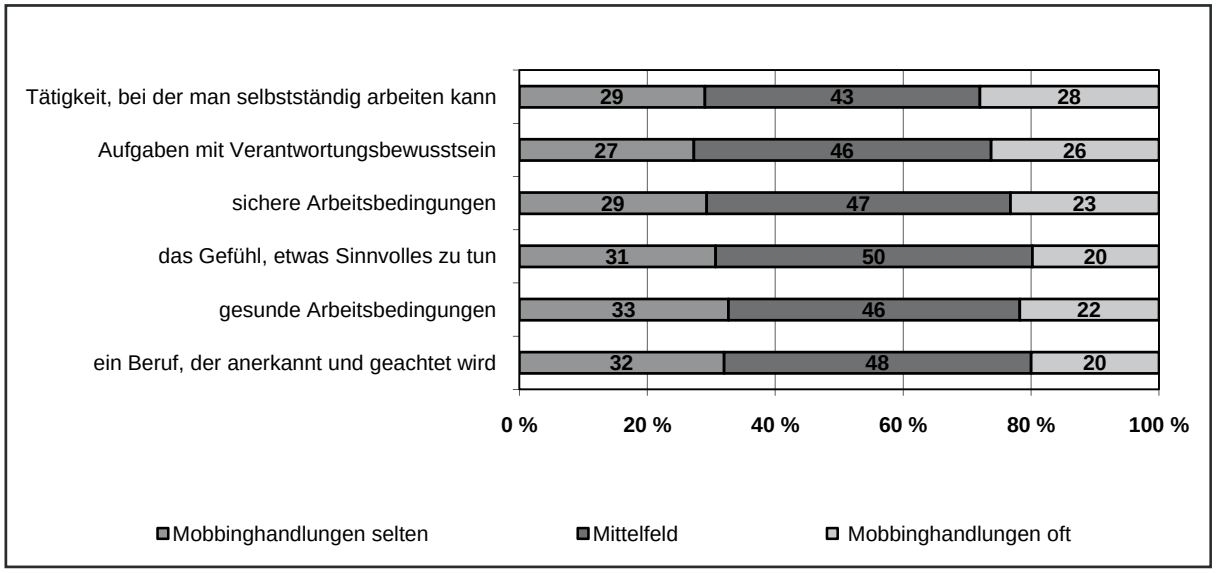


Auch im Hinblick auf die Aufgabenformulierung lässt sich feststellen, dass in jenen Teams, wo Aufgaben demokratisch festgelegt werden, die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen signifikant seltener ist.

Ein weiterer Zusammenhang findet sich bei den Items, dass Aufgaben gerecht aufgeteilt werden, verständlich formuliert werden und pflegerische Notwendigkeiten berücksichtigen. Hier werden in den Teams seltener Mobbinghandlungen registriert, in denen diese Formen der Aufgabenformulierung zur Anwendung kommen. Sind Aufgaben jedoch nach Einschätzung der Befragten nicht logisch formuliert, kommt es verstärkt zur Wahrnehmung von Mobbinghandlungen.

Bei der Beschreibung der momentanen **Arbeitssituation** finden sich in sechs von insgesamt 13 Punkten Zusammenhänge zum Auftreten von Mobbinghandlungen (vgl. Tabelle MH 5 im Anhang).

Abb. 98: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation



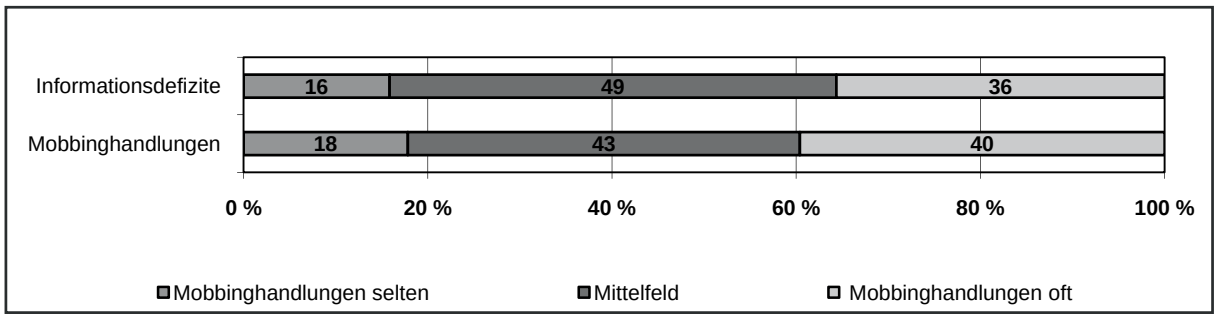
Erkennbar ist, dass Mobbinghandlungen in Pflegeteams seltener auftreten, wo die Pflegenden verstärkt unter sicheren und gesunden Bedingungen arbeiten sowie das Gefühl haben, etwas Sinnvolles zu tun und in einem Beruf zu agieren, der anerkannt und geachtet wird.

Nicht so eindeutig können die Antworten zu den Items interpretiert werden, die verantwortungsbewusste Aufgaben und selbstständige Arbeit zum Thema haben. Hier wird die Bestätigung dieser Ausprägungen in beiden Randbereichen anteilmäßig größer. Das heißt, es werden – beim Bestätigen dieser Items – Mobbinghandlungen sowohl häufiger als auch seltener erlebt oder beobachtet.

Betrachtet man die Korrelationen zwischen individuellen **Arbeitsbelastungen** und der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen, lässt sich resümieren, dass sich bei sehr vielen Items (zehn von insgesamt 15) Zusammenhänge zum Auftreten von Mobbinghandlungen statistisch sichern lassen (vgl. Tabelle MH 18 im Anhang). Diese Korrelationen zeigen ein klares Bild, welches wie folgt zusammengefasst werden kann: Je größer die individuelle Arbeitsbelastung empfunden wird, umso stärker werden auch einzelne Mobbinghandlungen widergespiegelt.

In der Liste der Items zur Arbeitsbelastung sind einige Mobbinghandlungen nach Heinz Leymann (vgl. Kapitel 2.1) enthalten, um eine Grundlage für die Gegenüberstellung mit anderen (möglichen) Stressoren zu schaffen (vgl. Abschnitt 4.2.2.2.4). Eine starke Korrelation dieser Items mit dem Auftreten von Mobbinghandlungen ist aufgrund der (hier gewollten) gleichen Art der Fragestellung gegeben, die fast mit einer Redundanz der Inhalte (Kollinearität) einhergeht.

Abb. 99: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen



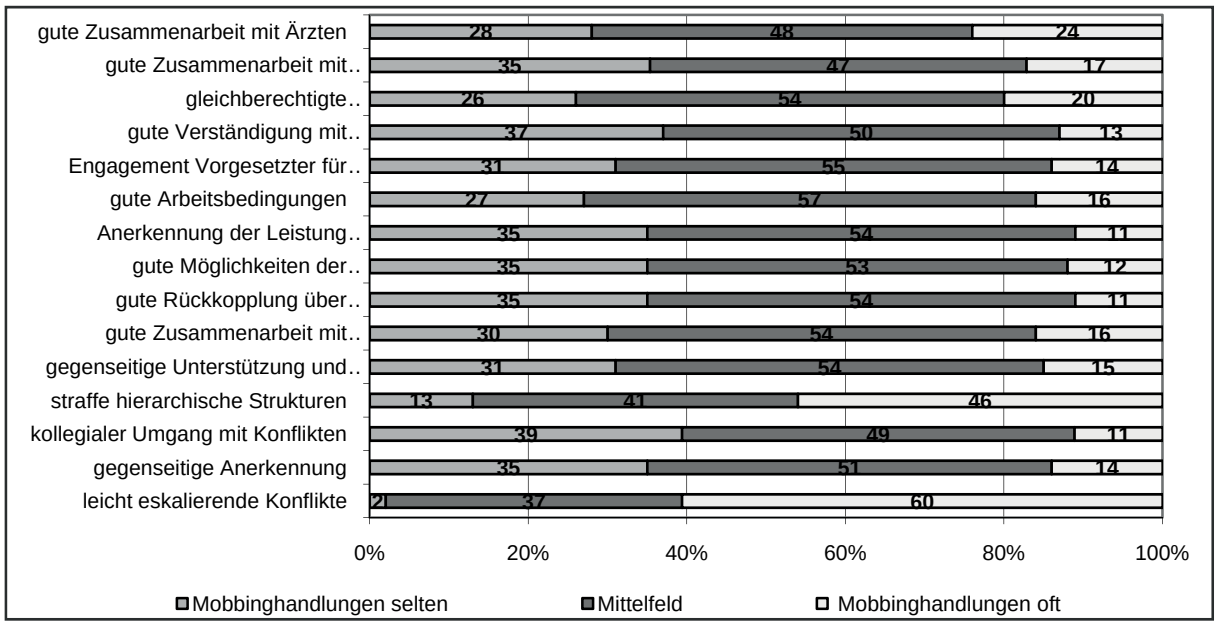
Werden die einzelnen Items faktorenanalytisch zusammengefasst, kann formuliert werden, dass es keinen Zusammenhang zu Aspekten gibt, die individuelle und strukturelle Grenzen der pflegerischen Tätigkeit repräsentieren. Sowohl bei belastenden Umständen, die (wiederum) einzelne Mobbinghandlungen repräsentieren, als auch bei Informationsdefiziten lässt sich resümieren, dass das Auftreten dieser belastenden Faktoren Mobbinghandlungen stärker hervortreten lässt.

Nahezu bei allen Items, die das **Arbeitsklima** abfragen, lässt sich ein Zusammenhang zu den reflektierten Mobbinghandlungen nachweisen. Einzige Ausnahme ist der Aspekt, dass ein zu strenges Arbeitstempo das Arbeitsklima kennzeichnet (vgl. Tabelle MH 16 im Anhang).

Ein Zusammenhang gestaltet sich derart, dass alle Positivbeschreibungen einzelner Aspekte des Arbeitsklimas mit der selteneren Widerspiegelung von Mobbinghandlungen zusammenhängen. Ganz besonders deutlich wird der Zusammenhang bei den Negativbeschreibungen, dass das Arbeitsklima durch straffe hierarchische Strukturen

bzw. leicht eskalierende Konflikte bestimmt wird. Hier verschiebt sich der Anteil der relativ häufigen Widerspiegelung von beobachteten und erlebten Mobbinghandlungen von 25 auf knapp 50 bzw. 60 Prozent.

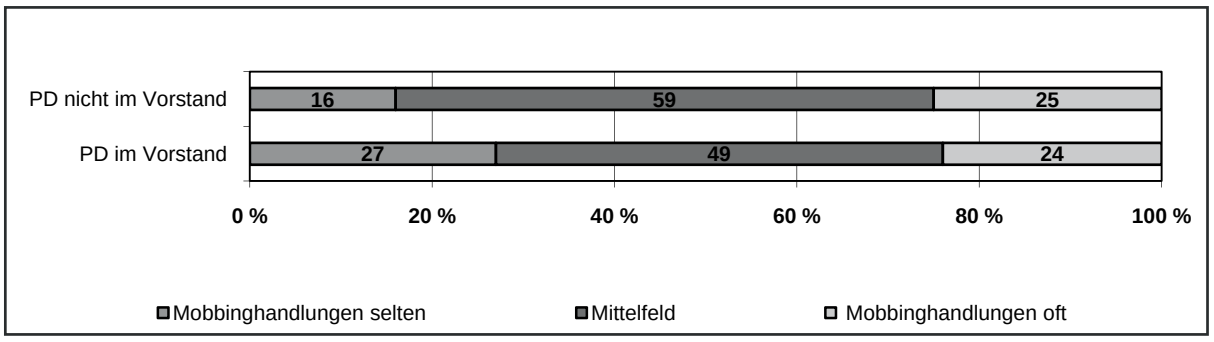
Abb. 100: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima



Es lassen sich keine Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen und der Bereitschaft von PflegedirektorInnen zu hierarchieübergreifenden Gesprächen sowie dem Vorhandensein eines Pflege- oder Unternehmensleitbildes statistisch sichern (vgl. Tabelle MH 12 im Anhang).

Anders ist es bei der Stellung des Pflegedirektors bzw. der Pflegedirektorin im Klinikumsvorstand. Hier zeigt sich folgender Zusammenhang: In den Häusern, in denen die Stellung der Pflege über eine Mitgliedschaft im Klinikumsvorstand gesichert ist – und es damit auch eine Anerkennung des Berufes gibt – werden Mobbinghandlungen seltener reflektiert.

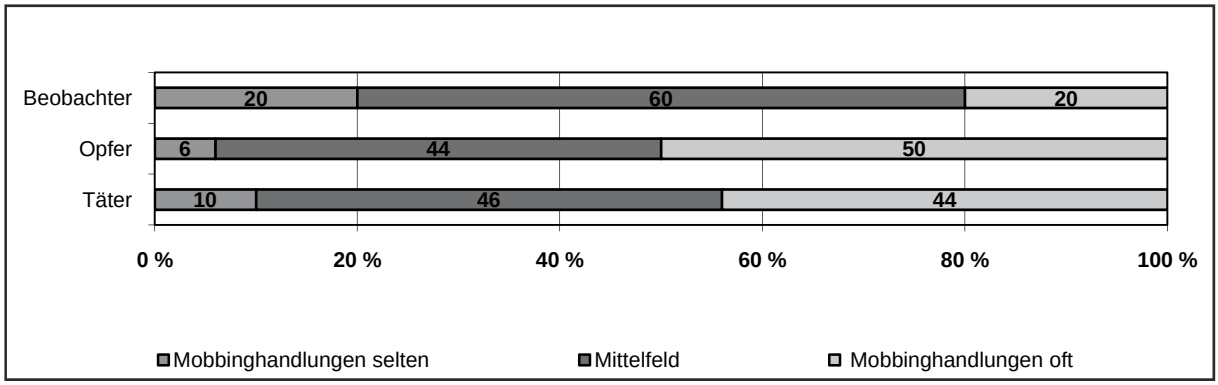
Abb. 101: Mobbinghandlungen und Stellung von PflegedirektorIn im Klinikumsvorstand



4.3.2.3.5 Zusammenhänge zwischen Mobbinghandlungen und Mobbingtypen

In einem nächsten Schritt werden Korrelationen zwischen dem Selbsterfahrungshorizont der befragten Pflegenden und der Häufigkeit beobachteter bzw. erlebter Mobbinghandlungen untersucht. Hier ist festzustellen, dass Mobbinghandlungen in Abhängigkeit vom Erfahrungshorizont unterschiedlich oft wahrgenommen werden.

Abb. 102: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen



Sowohl Mobbingopfer als auch -täter geben signifikant häufiger an, Mobbinghandlungen beobachtet oder erlebt zu haben. Unterschiede zeigen sich hier zwischen der passiven Beobachterperspektive und den beiden aktiven Perspektiven (Opfer und Täter).

4.3.2.4 Prüfung von multivariaten Zusammenhängen: Mobbinghandlungen als Zielvariable

Zur Prüfung multivariater Zusammenhänge wurde (wie schon in Abschnitt 4.3.1.2) mit dem SPSS-Zusatzmodul Chaide gearbeitet, mit welchem Entscheidungsbäume auf der Grundlage des Chi-Quadrat-Tests erstellt werden können. Entwickelt wurde hier ein Entscheidungsbaum mit der Zielvariable Mobbinghandlungen. Dieser Entscheidungsbaum stellt Zusammenhänge verschiedener Items zur Beschreibung des Arbeitsverhältnisses hinsichtlich dieser Zielvariable dar. In dem multifaktoriellen Modell sind folgende Angaben zum Arbeitsverhältnis der Pflegenden enthalten:

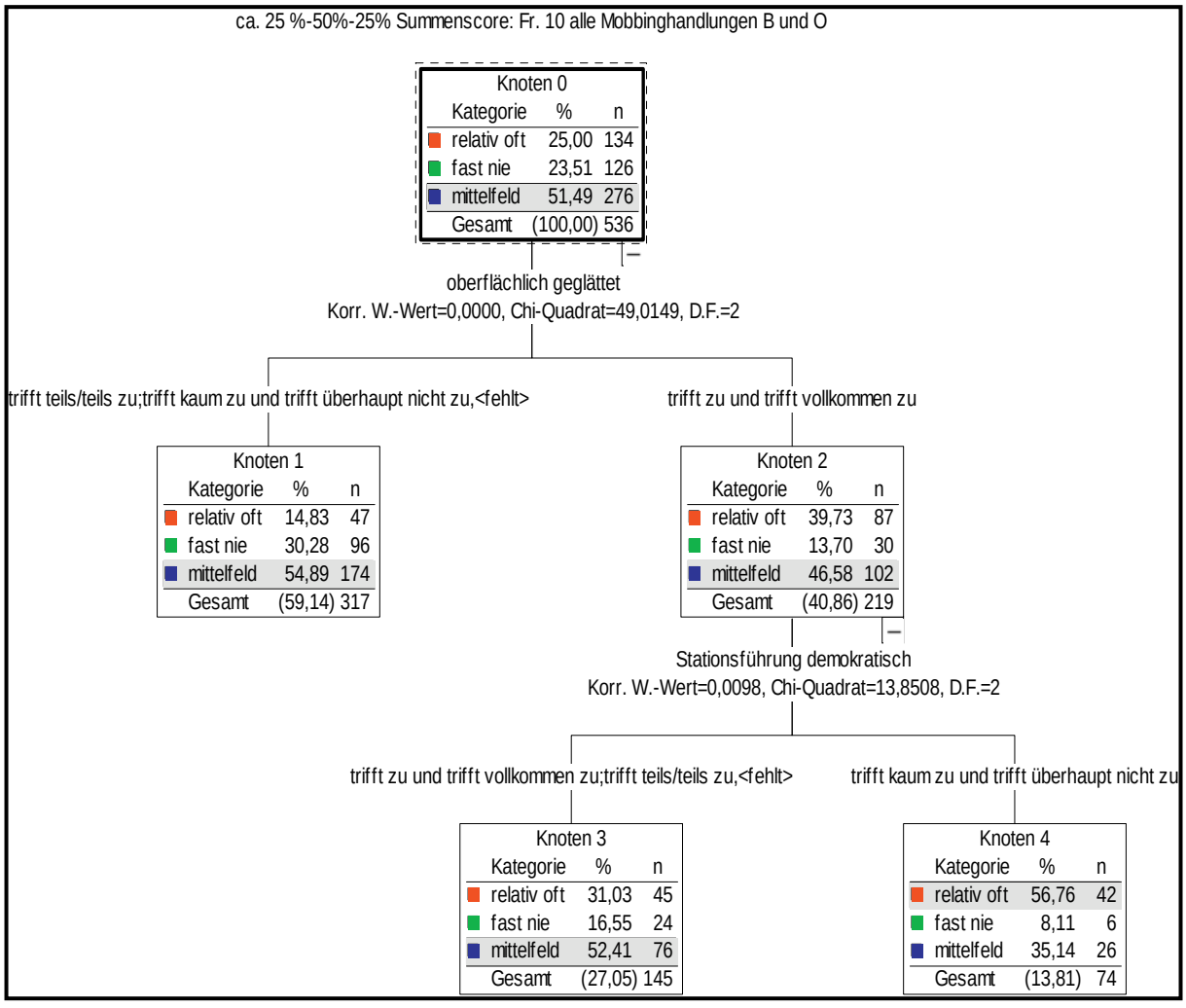
- Wochenarbeitszeit und wöchentliche Überstunden
- Art des Arbeitsverhältnisses
- betriebliche Position
- Dauer der Teamzugehörigkeit

- Angaben zur Stationsgröße (Anzahl der Pflegenden, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Anzahl der Ärzte/Ärztinnen, Bettenanzahl)
- Rechtsformänderung
- Aufgabenprofil

Darüberhinaus sind nachfolgende Angaben zur Arbeitssituation enthalten:

- hierarchieübergreifende Gesprächsbereitschaft des Pflegedirektors/der Pflegedirektorin
- Stellung des Pflegedirektors/der Pflegedirektorin im Klinikumsvorstand
- Items zur Personalführung (auf Stationsebene)
- Items zu Konfliktstilen

Abb. 103: Mobbinghandlungen und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)



Ersichtlich wird aus dieser Grafik, dass – ebenso wie bereits bei der multifaktoriellen Analyse zu Mobbingperspektiven – die am stärksten mit der Zielvariable korrelierende

Variable das Item ist, welches die Zustimmung zur Aussage misst, dass Konflikte oberflächlich geglättet werden. Dort, wo diesem Konfliktumgang zugestimmt wird, werden gehäuft Mobbinghandlungen beobachtet oder erlebt.

Die Gruppe der Pflegenden, in deren Arbeitsteams Konflikte oberflächlich geglättet werden, wird daraufhin noch einmal unterteilt in Abhängigkeit von der Stationsführung. Wo eine demokratische Führung zu verzeichnen ist, treten Mobbinghandlungen seltener auf. Liegt keine demokratische Stationsführung vor, werden Mobbinghandlungen häufiger wahrgenommen.

4.3.2.5 Zwischenfazit: Mobbinghandlungen

Aus den empirischen Ergebnissen zu den Mobbinghandlungen lassen sich die folgenden Aussagen formulieren:

Anders als bei den Erfahrungshorizonten gibt es keine Geschlechtsspezifik bei der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen. Junge, geschiedene sowie kinderlose Pflegende reflektieren verstärkt Mobbinghandlungen. Ebenso ist bei den Pflegenden in den alten Bundesländern eine stärkere Sensibilisierung für das Auftreten von Mobbinghandlungen erkennbar. Mit der Dauer der Teamzugehörigkeit nimmt die Häufigkeit erlebter bzw. beobachteter Mobbinghandlungen ab. Teams mit einer demokratischen Führung und Aufgabengestaltung sind weniger mit einzelnen Mobbinghandlungen konfrontiert.

Mobbinghandlungen treten unter den nachfolgend genannten Arbeitsbedingungen seltener auf: sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, verbunden mit dem Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun und in einem Beruf zu agieren, der anerkannt und geachtet wird. Je besser das Arbeitsklima, um so seltener treten Mobbinghandlungen auf.

Bei der Überprüfung verschiedener Organisationsvariablen in einem multifaktoriellen Modell zeigt sich oberflächliche Konfliktglättung als erklärendstes Item in Bezug auf Mobbinghandlungen. In der zweiten Stufe erscheint ein demokratischer Personalführungsstil auf Stationsebene. Ein Zusammentreffen oberflächlicher Konfliktglättung mit undemokratischem Führungsstil erklärt statistisch das gehäufte Auftreten von Mobbing am eindeutigsten.

Im Hinblick auf eine effektive Mobbingprävention lassen sich daraus klare Hinweise formulieren: Somit sollte es das Ziel sein, Konfliktmanagement deutlicher als Führungsaufgabe hervorzuheben und fest sowie kontinuierlich in den beruflichen Alltag zu installieren. Zu forcieren wäre des Weiteren eine Stärkung demokratischer Entscheidungs- und Führungsaspekte.

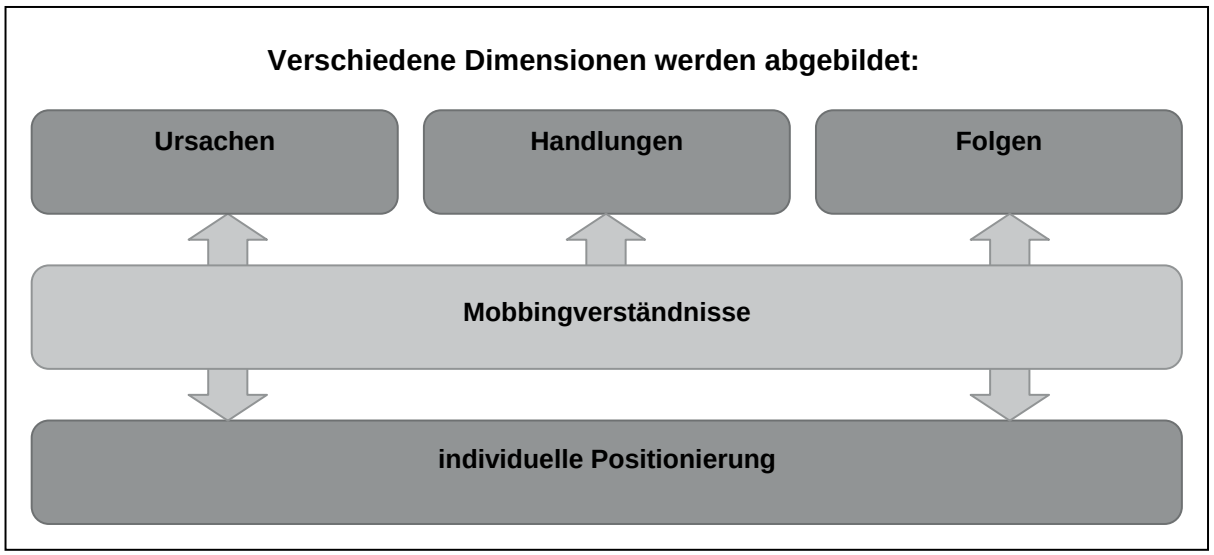
4.3.3 Individuelle Verständnisse zum Begriff Mobbing

In einem weiteren Arbeitsschritt der empirischen Analyse geht es nunmehr um eine Eruierung individueller Mobbingbegriffsverständnisse. Ziel ist zu hinterfragen, welche Dimensionen im Alltagsverständnis empirisch abgebildet werden können.

Insgesamt 507 der Befragten haben Angaben zum individuellen Mobbingverständnis gemacht; das entspricht 59 Prozent der Stichprobe. Die Frage war offen – also ohne Antwortvorgaben – und wie folgt formuliert: Welche Stichworte fallen Ihnen zum Thema Mobbing ein?

Die Antworten dazu gehen in verschiedene Richtungen. Thematisiert werden (mögliche) Mobbingursachen und -folgen. Zudem finden sich Angaben über einzelne Mobbinghandlungen (Welche Handlungen darunter gefasst, von wem diese ausgeübt werden und wie oft dies geschieht). Darüberhinaus wird expliziert, welche Erfahrungen die Befragten gemacht haben und wie Mobbing subjektiv gewertet wird.

Abb. 104: Individuelle Begriffsbestimmungen



Die aus den Antworten entwickelten Kategorien[138] werden in der Abbildung 104 visualisiert.

Bei der Interpretation ist allerdings zu beachten, dass die einzelnen Dimensionen des Begriffes, welche hier thematisiert werden, nicht immer voneinander zu trennen sind und dass Antworten nicht klar zuzuordnen sind. So lässt sich bspw. die Antwort

138 Die Kategorien bei der Auswertung der offenen Fragen wurden in Anlehnung an die Auswertungsstrategie der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring gebildet (vgl. hierzu auch Kapitel 3).

„seelische Verletzung“ sowohl Mobbinghandlungen als auch -folgen zuordnen; aber auch eine seelische Verletzung als Ursache von Mobbing könnte damit gemeint sein.[139]

Antworten, die sich hier nicht einordnen lassen, bestehen entweder aus Formulierungen, welche die Begrifflichkeit – teilweise kritisch – in den Blick nehmen (z. B. „Modeausdruck“, „neuer Begriff, altes Phänomen“, „kaum eine/r weiß, was sich dahinter wirklich verbirgt“), oder aus Verweisen auf das Vorkommen innerhalb der Klinik (z. B „Innere“, „Station 6“).

In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Antworten diesen o. g. Dimensionen zugeordnet und quantifiziert.

4.3.3.1 Erste Dimension empirischer Begriffsverständnisse: Mobbinghandlungen

Am häufigsten (von einem Viertel der Befragten) werden Aspekte benannt, die im Zusammenhang mit Mobbinghandlungen stehen. Beleuchtet werden diese Handlungen dabei von drei Seiten: von den einzelnen Handlungsweisen, von den handelnden oder betroffenen Personen und vom zeitlichen Aspekt der Handlungsabschnitte.

Quantitativ stehen die **Handlungsweisen** im Vordergrund. Von insgesamt 204 Befragten werden verschiedene Handlungen benannt, die für sie im Zusammenhang mit dem Begriff stehen. Davon werden 565 aufgelistet. Im Ergebnis einer inhaltsanalytischen Auswertung der genannten Handlungsweisen können sieben Kategorien entwickelt werden:

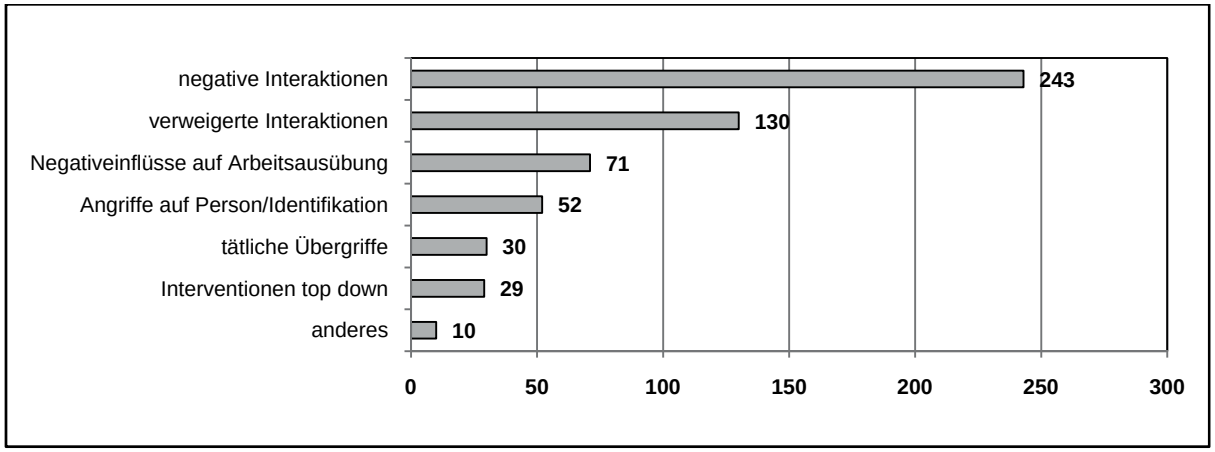
1. Interventionen erfolgen top down (genannt werden z. B. Machtmissbrauch, Dienstplan- und Urlaubsgestaltung, Druck von oben).
2. Interaktionen werden verweigert oder verhindert (Isolation, Ausgrenzung, Abgrenzung, Ausschluss).
3. Negative Interaktionen werden ausgeführt (z. B. Schikane, Hinterhalt, Entwürdigung, Ausspielen, Nachahmen, Tratschen, Lästern, Verleumden, Tuscheln, Rufmord, verbale Übergriffe, Sticheln, Beschimpfen, Lächerlich machen, Bedrohen, Lügen verbreiten).
4. Die Arbeitsausübung wird negativ beeinflusst (z. B. über Kontrolle, Misstrauen, in Frage stellen, unangemessene Kritik, Über- bzw. Unterforderung, Vorenthalten von Informationen).
5. tätliche Übergriffe (z. B. sexuelle Gewalt, Zerstörung, Telefonterror, Verletzungen, Sabotieren der Arbeit)
6. Angriffe erfolgen auf die Persönlichkeit/Identität (z. B. Psychoterror, psychische Belastungen, Herabsetzen der Person).
7. Unter dem Item ‚anderes‘ werden jene Nennungen zusammengefasst, die sich nicht in diese Kategorien einordnen lassen oder zu allgemein gehalten sind (bspw. „Gegner“, „Unterdrückung“).

---

139 Um bei der Interpretation subjektive Einflüsse möglichst gering zu halten (ganz auszuschließen sind sie nicht), wurden die Zuordnungen in einer Interpretationsgruppe abgestimmt.

Die Grafik 105 verdeutlicht die ermittelten Häufigkeiten.

Abb. 105: Individuelle Begriffsbestimmungen – Handlungsweisen (Totalnennungen)



Negative und verweigerte Interaktionen werden als Mobbinghandlungen am häufigsten benannt. Handlungen mit einem negativen Einfluss auf die Arbeitsausübung und Angriffe auf die Person oder deren Identität folgen an dritter und vierter Stelle der Rangliste. Tätliche Übergriffe und Interventionen, die top down erfolgen, werden am seltensten genannt.

Handlungs- bzw. betroffene Personen werden im Vergleich zu möglichen Handlungsweisen deutlich seltener – nur von 17 der Befragten – genannt. Diese Personen können Betroffene oder aktiv Mobbende sein. Eine Zuordnung im Sinne von Mobbingopfern, -beobachtern oder -tätern ist bei den meisten Antworten nicht möglich. Es werden sowohl Merkmale der betrieblichen Position benannt (Auszubildender, Schüler, Chef, Stationsschwester) als auch Merkmale, die in der Person oder Persönlichkeit liegen (Herkunft, Aussehen).

Der **zeitliche Aspekt** und damit die Dauer bzw. der Zeitpunkt der einzelnen Handlungsabschnitte (z. B. kontinuierlich, dauernd, über längeren Zeitraum oder bei Neueinstellung) werden vergleichsweise gering, von nur fünf der befragten Pflegenden, thematisiert.

4.3.3.2 Zweite Dimension empirischer Begriffsverständnisse: kausale Ursachen und/oder Folgen von Mobbing

Eine Nennung der Folgen bzw. Ursachen von Mobbingaktivitäten erfolgt von jeweils ca. 15 Prozent der Befragten. Sowohl Mobbingfolgen als auch -ursachen lassen sich noch einmal in strukturelle und personelle Aspekte unterteilen; bei den Ursachen nehmen beide Formen quantitativ ungefähr den gleichen Stellenwert ein und bei den Folgen werden personelle Auswirkungen stärker hervorgehoben. Als personelle Ursachen

werden beispielsweise Hass, Neid, persönliche Antipathien, Egoismus, Unzufriedenheit und ein defizitäres Selbstbewusstsein genannt. Strukturelle Ursachen werden in schlechtem Arbeitsklima, schlechtem bzw. fehlendem Führungsstil, (Arbeitsplatz) Unsicherheit, Gruppenzwang, Arbeitsdruck, schlechten Arbeitsbedingungen, Konkurrenz und Macht(spielen) gesehen. Personelle Folgen werden unter anderem mit Gesundheitsproblemen (psychischer und physischer Art), Einsamkeit, starker seelischer Belastung, Stress, Arbeitsplatzverlust und Unzufriedenheit benannt. In schlechtem Betriebsklima, einem nötigen Arbeitsplatzwechsel und sinkender Motivation bzw. Leistungsbereitschaft sowie in Teamstörungen können Folgen struktureller Art gesehen werden.

4.3.3.3 Dritte Dimension empirischer Begriffsverständnisse: individuelle Positionierung

In zwei Varianten wurde von Seiten der Befragten eine individuelle Positionierung vorgenommen. Zum Einen werden eigene (vorhandene oder fehlende) Erfahrungen hervorgehoben (z. B. spielt bei uns keine Rolle, habe deshalb Arbeitsplatz gewechselt, Gott sei Dank vorbei). Zum Anderen wird eine Wertung vorgenommen (z. B. muss manchmal sein, nicht das Mittel der Wahl; besser, wenn nicht vorhanden, ungerecht, unfair, keine Lösung).

4.3.3.4 Prüfung von bivariaten Zusammenhängen: Dimensionen individueller Begriffsverständnisse und Mobbingtypen bzw. Mobbinghandlungen

In einem nächsten Schritt soll nun überprüft werden, welche Zusammenhänge sich zwischen den verschiedenen Dimensionen der individuellen Begriffsbestimmungen und Mobbingtypen sowie Mobbinghandlungen statistisch sichern lassen.

Werden die verschiedenen Dimensionen der Begriffsverständnisse in einer neuen Variable quantifiziert und dann einer bivariaten Zusammenhangsuntersuchung mit den Mobbingtypen (Opfer, Beobachter oder Täter von Mobbing) unterzogen, lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge bezüglich Handlungsweisen, Ursachen und Folgen von Mobbing, zeitlichem Aspekt und Wertungen bzw. Positionierungen nachweisen. Statistisch lässt sich ein Zusammenhang bei den Dimensionen Handlungspersonen und Erfahrungen sichern; eine Interpretation ist jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht möglich. Die Ergebnisse tendieren dahin, dass diese Dimensionen häufiger von Mobbingopfern und seltener von Mobbingtätern oder -beobachtern wiedergegeben werden (vgl. Tabelle MT 21 im Anhang).

Bei der Zusammenhangsuntersuchung zwischen Mobbinghandlungen und Dimensionen individueller Begriffsverständnisse wird Folgendes aufgezeigt: Es lässt sich kein statistischer Zusammenhang zwischen Mobbinghandlungen und den folgenden Dimensionen individueller Begriffsverständnisse nachweisen. Weder Ursachen, Erfahrungen, der zeitliche Aspekt noch individuelle Positionierungen korrelieren mit wahrgenommenen Mobbinghandlungen. Ein Zusammenhang zeigt sich bei den Dimensionen Handlungsweisen, Handlungspersonen und Folgen. Eine Interpretation ist jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen nur für die Handlungsweisen möglich. Hier ist Folgendes zu erkennen: Handlungsweisen werden überproportional von den Pflegenden benannt, die auch häufiger Mobbinghandlungen wahrnehmen (vgl. Tabelle MH 29 im Anhang).

4.3.3.5 Zwischenfazit: Individuelle Begriffsverständnisse

Aus der Analyse der Antworten zu individuellen Begriffsverständnissen können die folgenden Hauptaussagen formuliert werden:

Es lässt sich ein Mobbingverständnis in der Stichprobe aufzeigen, das verschiedene Dimensionen im Blick hat. Thematisiert werden sowohl Handlungen (diese in Bezug auf einzelne Handlungsweisen, auf die Dauer und die agierenden Personen) als auch Ursachen und Folgen des Phänomens.

Hinsichtlich der aufgeführten Handlungsweisen lässt sich resümieren, dass negative und verweigerte Interaktionsaspekte den größten Stellenwert einnehmen. Angriffe auf die Person oder Persönlichkeit, Einschränkungen der Arbeitsausübung oder Interventionen unter Nutzung einer Machtposition haben demgegenüber einen geringeren Stellenwert.

4.4 Ein Universitätsklinikum im Längsschnitt

In den nächsten Abschnitten werden die Ergebnisse einer Nacherhebung (von Teilen des Fragebogens) in einem der sechs in die Haupterhebung einbezogenen Universitätsklinika vorgestellt. Hierzu ist ein Fragebogen in Anlehnung an die Erstbefragung erstellt worden (vgl. Fragebogen im Anhang). Dieser enthält, neben den Indikatoren zu Mobbing, soziodemografische Angaben sowie Angaben zum Arbeitsverhältnis und zur Arbeitssituation. Ziel dieser Nachuntersuchung ist es zu überprüfen, ob und inwieweit sich Veränderungen in der empirischen Erfassung ergeben haben. Dies betrifft **erstens** die Erfahrungshorizonte bezüglich Mobbing und Mobbinghandlungen sowie **zweitens** die Kontextbedingungen (soziodemografische und Angaben zum beruflichen Alltag). Die Angaben zum Berufsalltag sind noch einmal unterteilt in Angaben zum Arbeitsverhältnis sowie in Deskriptionen der Arbeitssituation; in Anlehnung an die Vorgehensweise der Hauptuntersuchung. In einem nächsten Schritt soll dann überprüft werden, ob sich die Zusammenhänge zwischen diesen veränderten Kontextbedingungen und der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen von den in der Hauptuntersuchung (in Abschnitt 4.3.2.3) nachgewiesenen Zusammenhängen unterscheiden. Diese Fokussierung erfolgt deshalb, weil aus den (in den Abschnitten 4.3.1 und 4.3.2) gewonnenen Ergebnissen zu erkennen ist, dass mögliche Handlungsempfehlungen vor allem aus den Zusammenhangsuntersuchungen zwischen Mobbinghandlungen und Rahmenbedingungen des beruflichen Alltags zu entwickeln sind.

In den nachfolgenden Analysen werden jeweils die Angaben der gesamten Stichprobe der Hauptuntersuchung und der Stichprobe aus dem Universitätsklinikum Ostroda[140] im Zeitvergleich gegenübergestellt. Angaben zum Signifikanzniveau beziehen sich auf den Zeitvergleich.

4.4.1 Soziodemografische Merkmale

In einem ersten Schritt werden die soziodemografischen Angaben im Zeitvergleich 2001 zu 2008 gegenübergestellt. Konstatieren lässt sich folgendes: Für das Alter der befragten Pflegenden lässt sich keine Veränderung statistisch sichern.

Signifikante Unterschiede zeigen sich **erstens** bei der Zusammensetzung der Pflegenden nach Geschlecht. Im Vergleich zu 2001 ist der Anteil männlicher Pflegender von fünf auf elf Prozent gestiegen. Entsprechend ist der Anteil der Frauen von 95 auf 89 Prozent gesunken. **Zweitens** lassen sich Unterschiede bei den pflegerischen Abschlüssen feststellen: Gestiegen ist der Anteil der Befragten mit einem pflegerischen

140 Alle Angaben zu den in die Untersuchung einbezogenen Universitätsklinika erfolgen anonymisiert.

Abschluss; gesunken sind die Anteile von Pflegenden mit Abschluss KinderkrankenpflegerIn. Es zeigt sich zudem ein deutlich höherer Rücklauf. Im Jahr 2001 sind 12,3 Prozent der verteilten Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt worden, demgegenüber stehen 18 Prozent im Jahr 2008.

Abb. 106: Soziodemografische Angaben im Längsschnitt

	gesamt	Ostroda	
	2001	2001	2008
	%	%	%
Geschlecht:			
- weiblich	85	95	89
- männlich	15	5	11
beruflicher/pflegerischer Abschluss:			
- PflegerIn incl. Fach- und OP-Pflege	85	85	89
- Kranken-/AltenpflegehelferIn	2	2	2
- KinderkrankenpflegerIn	7	11	7
- ohne Abschluss	3	1	0
Rücklauf	10,7	12,3	18,0

4.4.2 Angaben zum Arbeitsverhältnis

Weiterhin werden die Angaben zum Arbeitsverhältnis in Hinsicht darauf überprüft, ob sich im Zeitvergleich signifikante Änderungen sichern lassen. Festzuhalten ist, dass sich weder die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden noch die Größe der Stationen (bezüglich Anzahl der dort arbeitenden PflegerInnen und Ärzte sowie Bettenanzahl) verändert hat. Unterschiede lassen sich nur bei den wöchentlichen Überstunden ausmachen. Diese sind von durchschnittlich 2,0 im Jahre 2001 auf 3,5 in 2008 gestiegen (vgl. Tabelle LS 2 im Anhang).

4.4.3 Angaben zur Arbeitssituation

Vier verschiedene Aspekte zur Arbeitssituation Pflegender sind in der Nacherhebung berücksichtigt worden und fließen in die nachfolgenden Textpassagen ein: pflegespezifische Entscheidungsfindungen, Aufgabenformulierung und Führungsstile, individuelle Arbeitsbelastungen und das Arbeitsklima.

Im Hinblick auf die pflegerische **Entscheidungsfindung** lassen sich im Vergleich der Jahre 2001 und 2008 bei vier von sechs Items Veränderungen statistisch sichern. Keine Unterschiede finden sich zu den Aussagen, dass Pflegeentscheidungen bei den Ärzten oder der pflegerischen Stationsleitung liegen (vgl. Tabelle LS 3 im Anhang).

Abb. 107: Entscheidungsfindung im Längsschnitt

Entscheidungen, die die Pflege betreffen Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt** **2001** MW	**Ostroda** **2001** MW	 **2008** MW	 **Signifikanz** 2001 : 2008
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	2,7	2,8	2,6	0,036
werden im Team diskutiert	2,5	2,6	2,3	0,038
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	3,2	3,5	3,0	0,000
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben	2,5	2,7	2,3	0,029

Alle Aussagen, bei denen sich signifikante Unterscheidungen im Vergleich 2001 zu 2008 sichern lassen, erhalten verstärkt Zustimmung; das heißt, pflegespezifische Entscheidungen werden stärker im Team diskutiert und sie liegen auch deutlicher bei einzelnen Pflegepersonen. Diese Entscheidungen werden ebenso stärker durch wirtschaftliche Überlegungen determiniert wie häufiger gerahmt durch Pflegestandards.

Bei der Formulierung bzw. Gestaltung **pflegerischer Aufgaben** lassen sich Unterschiede bei fünf von insgesamt neun Items zwischen 2001 und 2008 statistisch sichern. Keine Unterschiede finden sich bei den Aussagen, dass (sich) Aufgaben entweder aus medizinischer Dringlichkeit ergeben, pflegerische Notwendigkeiten berücksichtigen, zentral vorgegeben sind oder von Ärzten verteilt werden (vgl. Tabelle LS 4 im Anhang).

Abb. 108: Aufgabengestaltung im Längsschnitt

Aufgaben Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt** **2001** MW	**Ostroda** **2001** MW	 **2008** MW	 **Signifikanz** 2001 : 2008
- werden gerecht aufgeteilt	2,5	2,5	2,3	0,002
- stimmen mit Unternehmenszielen überein	2,6	2,6	2,3	0,007
- werden im Team festgelegt	2,9	3,1	2,7	0,026
- sind nicht immer logisch	3,1	3,0	3,3	0,031
- werden verständlich formuliert	2,0	1,9	1,7	0,039

Im Vergleich der Jahre 2001 und 2008 zeigt sich, dass den folgenden Aussagen stärker zugestimmt wird: Aufgaben werden gerecht verteilt, verständlich formuliert und im Team festgelegt. Weiterhin wird deutlicher wahrgenommen, dass pflegespezifische Aufgaben mit Unternehmenszielen übereinstimmen. Hingegen hat sich die Auffassung abgeschwächt, dass Aufgaben nicht immer logisch sind.

Die **Führungsstile** werden – wie bereits bei der Hauptuntersuchung – in zweifacher Hinsicht erhoben. Einmal wird nach der Personalführung (der Station) gefragt, zum Zweiten nach der Unternehmensführung (des gesamten Hauses). Hinsichtlich des Personalführungsstils haben sich bei drei Items und mit Blick auf den Unternehmensführungsstil bei zwei der insgesamt vier Items Unterscheidungen im Längsschnitt ergeben. Keine Unterschiede zeigen sich sowohl bei Personal- wie auch Unternehmensführung in der Wahrnehmung eines demokratischen Führungsstils (vgl. Tabelle LS 5 im Anhang).

Abb. 109: Führungsstile im Längsschnitt

Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt**	**Ostroda**		
	2001	**2001**	**2008**	**Signifikanz**
	MW	MW	MW	2001 : 2008
Personalführung (der Station)				
- wesentlich von einer Person abhängig	2,7	1,7	2,0	**0,000**
- unkontinuierlich	3,2	2,2	2,5	**0,000**
- streng nach bürokratischen Regeln	3,3	2,0	2,4	**0,000**
- unter Heranziehung vieler Meinungen	2,7	---	---	0,304
Unternehmensführung (des gesamten Hauses)				
- wesentlich von einer Person abhängig	2,5	1,6	2,0	**0,000**
- unkontinuierlich	3,1	2,0	1,8	**0,012**
- unter Heranziehung vieler Meinungen	3,6	---	---	0,175
- streng nach bürokratischen Regeln	2,5	---	---	0,653

Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass im Zeitvergleich 2001 zu 2008 folgende Änderungen zu verzeichnen sind: Autoritäre Führungsstile (hier ausgedrückt über das Item, dass Führung stärker von einer Person abhängig ist) haben abgenommen. Dies sowohl hinsichtlich Personalführung der Station als auch Unternehmensführung. Im Längsschnitt wird ein nicht kontinuierlicher Führungsstil weniger für die Station, dagegen stärker für das gesamte Haus angegeben. Dass die Personalführung in geringerem Maße von bürokratischen Regeln bestimmt wird, zeigt sich beim Stationsführungsstil.

Nahezu bei allen Aussagen zum **Arbeitsklima** haben sich beim Vergleich des Jahres 2001 mit dem Jahr 2008 signifikante Änderungen feststellen lassen. Einzige Ausnahme ist die Aussage, dass das Arbeitsklima durch straffe hierarchische Strukturen gekennzeichnet ist. Hier haben sich keine Änderungen ergeben (vgl. Tabelle LS 6 im Anhang).

Abb. 110: Arbeitsklima im Längsschnitt

Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt** **2001** MW	**Ostroda** **2001** MW	**2008** MW	**Signifikanz** 2001 : 2008
die gegenseitige Anerkennung im Team	2,4	2,5	2,2	0,002
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	2,2	2,3	2,0	0,002
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	2,5	2,8	2,2	0,000
der kollegiale Umgang mit Konflikten	2,6	2.8	2,5	0,001
gute Arbeitsbedingungen	2,7	2,9	2,6	0,003
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	2,8	3,0	2,7	0,001
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	2,9	3,1	2,8	0,000
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	2,4	2,6	2,3	0,001
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	2,7	2,9	2,6	0,003
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	2,8	3,1	2,6	0,000
ein strenges Arbeitstempo	2,7	2,9	2,5	0,000
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	2,9	3,2	2,6	0,000
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	2,9	3,1	2,7	0,000
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	3,0	3,2	2,8	0,001
leicht eskalierende Konflikte	3,5	3,4	3,6	0,013

Änderungen zeigen sich darin, dass im Längsschnitt allen Positivbeschreibungen des Arbeitsklimas stärker zugestimmt wird. Das heißt, dass sich zum Beispiel gegenseitige Anerkennung, Hilfe und Unterstützung, eine gute Verständigung mit Vorgesetzten, gute Arbeitsbedingungen und eine gute Zusammenarbeit (bezogen auf pflegerische Mitarbeiter, Ärzte und andere Stationen) sowie der kollegiale Umgang bei Konflikten in der Entwicklung von 2001 zu 2008 verstärkt haben. Zu dieser insgesamt positiven Entwicklung passt ebenfalls die geringere Zustimmung zur Aussage, dass leicht eskalierende Konflikte das Arbeitsklima kennzeichnen. Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklungstendenz hat sich die Auffassung verstärkt, dass ein strenges Arbeitstempo vorliegt.

Bei den individuellen **Arbeitsbelastungen** lassen sich im Zeitvergleich 2001 zu 2008 bei elf von 15 Items Unterschiede statistisch sichern. Keine Veränderung zeigt sich dagegen bei körperlicher wie seelischer Beanspruchung, unzureichenden Informationen und hoher Verantwortung (vgl. Tabelle LS 7 im Anhang).

Abb. 111: Individuelle Arbeitsbelastungen

Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt** **2001** MW	**Ostroda** **2001** MW	**2008** MW	**Signifikanz** 2001 : 2008
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	2,8	2,8	3,2	0,000
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	2,9	2,8	3,0	0,000
das Verleumden einzelner Personen	3,0	3,0	3,7	0,000
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	2,8	2,9	3,0	0,000
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	2,9	2,6	3,4	0,000
unklare Arbeitsabläufe	3,1	3,0	3,3	0,009
das Ignorieren einzelner Personen	3,1	3,1	3,4	0,037
Behandlungsmisserfolge	2,7	2,6	3,1	0,000
Personalmangel	2,2	2,4	2,0	0,000
zu wenig Zeit für Patienten	2,4	2,4	2,1	0,001
hoher organisatorischer Aufwand	2,9	3,0	2,6	0,001

Im Vergleich der individuell belastenden Faktoren des Arbeitsalltages ist festzustellen, dass im Zeitvergleich jene Faktoren weniger den persönlichen Arbeitsalltag belasten, die der Liste der Mobbinghandlungen entnommen bzw. auf kommunikativer Ebene anzusiedeln sind. Ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen, eine zielgerichtete Abwertung der Arbeit, das Verleumden einzelner Personen, das Verbreiten von Klatsch und Tratsch oder das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben, unklare Arbeitsabläufe wie auch das Ignorieren einzelner Personen werden weniger als individuelle Belastung empfunden. Hingegen werden Ausprägungen, die strukturelle Gegebenheiten beinhalten (Personalmangel, zu wenig Zeit für Patienten und ein hoher organisatorischer Aufwand) im Zeitvergleich stärker individuell belastend empfunden.

4.4.4 Mobbing: Erfahrungshorizonte im Längsschnitt

Eine Betrachtung der Antworten zu Mobbingerfahrungen und -kenntnissen im Längsschnitt wird im nächsten Arbeitsschritt vorgenommen. Es lassen sich bei drei von insgesamt fünf Items Unterschiede statistisch sichern. Keine Veränderung zeigt sich beim Bekanntheitsgrad des Begriffes Mobbing (vgl. Tabelle LS 8 im Anhang).

Abb. 112: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse

Skala: 1 = sehr zutreffend bis 5 = überhaupt nicht zutreffend	**gesamt**	**Ostroda**		
	2001 MW	**2001** MW	**2008** MW	**Signifikanz** 2001 : 2008
Ich kann mit dem Begriff wenig/gar nichts anfangen.	7			0,304
Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.	52	48	38	**0,029**
Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.	25	26	19	**0,026**
Freunde/Bekannte haben Mobbing schon erlebt.	48	44	32	**0,009**
Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.	11	7	3	**0,016**

Im Vergleich zu 2001 wird im Jahre 2008 seltener den Aussagen zugestimmt, Mobbing am Arbeitsplatz schon erlebt zu haben, selbst von Mobbing betroffen gewesen zu sein sowie sich selbst schon beim Mobben ertappt zu haben. Das heißt, dass der Erfahrungshorizont abgenommen hat. Dies betrifft alle Perspektiven: Sowohl die Wahrnehmung der eigenen Betroffenheit bzw. eine Wahrnehmung von Mobbing aus Beobachterperspektive als auch das aktive Mobbingverhalten werden signifikant weniger häufig angekreuzt.

4.4.5 Mobbing: Handlungen im Längsschnitt

Zu den Mobbinghandlungen zeigen sich im Längsschnitt nur bei vier von insgesamt 34 aufgelisteten Handlungen signifikante Veränderungen. Das betrifft die Handlungen der/die Betroffene wird nachgeäfft, darf sich nicht äußern, wird von KollegInnen bestohlen bzw. wird wegen einer Behinderung lächerlich gemacht (vgl. Tabelle LS 9 im Anhang).

Abb. 113: Mobbinghandlungen

	fortdauernd[141]							
	beobachtet				**betroffen**			
	gesamt		Ostroda		gesamt		Ostroda	
der Betroffene wird/darf Skala: 1 = nie bis 5 = fast immer	**2001** **%**	**AS**	**2001** **%**	**2008** **%**	**2001** **%**	**AS**	**2001** **%**	**2008** **%**
„nachgeäfft“	26	**0,016**	28	16	5	0,164	---	---
sich nicht äußern	17	**0,053**	16	9	9	**0,028**	12	5
von Kollegen bestohlen	2	**0,028**	0	4	1	**0,003**		---[142]
wegen einer Behinderung lächerlich gemacht	2	**0,029**	0	4	1	0,307		---

141 Die Items ‚über Tage‘, ‚über Wochen‘ und ‚fast immer‘ sind zusammengefasst.

142 Eine Darstellung des Zusammenhangs ist hier nicht möglich, da zu wenig Fälle vorliegen (Häufigkeiten und erwartete Häufigkeiten kleiner als 5 sind).

Aus der Tabelle ist zu erkennen: Die Mobbinghandlung, dass der/die Betroffene nachgeäfft wird, ist seltener beobachtet worden. Für die Betroffenheit ist statistisch kein Unterschied zu sichern.

Die Mobbinghandlung, dass der/die Betroffene sich nicht äußern darf, wird ebenfalls sowohl aus Beobachter- als auch aus Betroffenenperspektive seltener erlebt.

Für die beiden anderen Handlungen, dass der/die Betroffene bestohlen oder wegen einer Behinderung lächerlich gemacht wird, ist eine Interpretation des Zusammenhangs aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich.

4.4.6 Mobbinghandlungen: bivariate Zusammenhangsuntersuchungen im Längsschnitt

Alle Veränderungen, die sich im Längsschnitt aus den Vergleichen der Angaben zum Berufsalltag ergeben haben, sind mit der Häufigkeit des Auftretens von Mobbinghandlungen in eine statistische Zusammenhangsuntersuchung gestellt und den erarbeiteten Korrelationen der Hauptuntersuchung (wie in Abschnitt 4.3.2.3) gegenübergestellt worden.

Hierbei geht es darum, die ausgewiesenen Zusammenhänge im Zeitvergleich zu prüfen und für das Fazit sowie mögliche Gestaltungsempfehlungen hinsichtlich Mobbingintervention bzw. -prävention nur die damit bestätigten Korrelationen zu verwenden. Folgendes ist zu konstatieren:

Bezüglich der bivariaten Zusammenhangsuntersuchung von pflegerischer **Entscheidungsfindung** und dem Wahrnehmen von Mobbinghandlungen werden in allen Aspekten die gleichen Zusammenhänge ermittelt wie in der Hauptuntersuchung (vgl. Tabelle LS 10 und Abbildung LS 1 im Anhang). Damit können alle Aussagen aus Abschnitt 4.3.2.3.4 bestätigt werden.

Ebenso stellt sich dies bei einer Gegenüberstellung der Zusammenhänge zur Formulierung und Gestaltung **pflegerischer Aufgaben** dar. Auch hier lassen sich in keinem Aspekt andere Zusammenhänge im Hinblick auf Beobachten oder Erleben von Mobbinghandlungen erkennen als in der Hauptuntersuchung (vgl. Tabelle LS 11 und Abbildung LS 2 im Anhang). Bestätigen lassen sich somit alle beschriebenen Korrelationen des Abschnitts 4.3.2.3.4.

Auch bei der Gegenüberstellung der Korrelationen zu den **Personalführungsstilen** (bezogen auf die Station) sind im Zeitvergleich keine anderen Zusammenhänge hinsichtlich Reflexion von Mobbinghandlungen zu verzeichnen, wodurch alle Aussagen des Abschnitts 4.3.2.3.4 bestätigt werden können (vgl. Tabelle LS 12 und Abbildung LS 3 im Anhang).

In einer Gegenüberstellung der Korrelationen zwischen den einzelnen Items zu **Arbeitsklima** und Mobbinghandlungen lassen sich bei fast allen Ausprägungen (zwölf von 15) die gleichen Zusammenhänge feststellen und damit auch die Aussagen aus Abschnitt 4.3.2.3.4 bestätigen. Ausnahmen finden sich bei den Items, dass das Arbeitsklima durch gute Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen bzw. mit anderen Pflegenden und Stationen gekennzeichnet ist. Für diese Items wäre eine genauere Analyse der Änderungen angezeigt. Sie sollen nicht in mögliche Handlungsempfehlungen für betriebliche Mobbingprävention und -intervention einfließen und bleiben im Fazit unberücksichtigt (vgl. Tabelle LS 13 und Abbildungen LS 3, 4 und 5 im Anhang).

Betrachtet man die bivariate Zusammenhangsuntersuchung zwischen individuellen **Arbeitsbelastungen** und der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen ist festzustellen, dass bei fast allen Items (zwölf von 15) die gleichen Zusammenhänge auszumachen sind wie bereits in der Hauptuntersuchung konstatiert. Ausgenommen davon sind hier die beiden Items, die Arbeit wird durch unklare Abläufe belastet sowie Belastung durch ungerechtfertigte Kritik und das Verbreiten von Klatsch und Tratsch (vgl. Tabelle LS 17 und Abbildungen LS 7 und 8 im Anhang).

4.4.7 Zwischenfazit: Berufsalltag und Mobbing im Längsschnitt

Durch die Nacherhebung hat sich gezeigt, dass Veränderungen sowohl in der Wahrnehmung von Mobbing als auch in den Kontextbedingungen (soziodemografische sowie Angaben zum beruflichen Alltag) nachzuweisen sind.

Werden die Veränderungen, die sich im Längsschnitt aus dem Vergleich der Angaben zum Berufsalltag ergeben haben, zunächst mit der Häufigkeit des Auftretens von Mobbinghandlungen korreliert und dann mit den erarbeiteten Zusammenhängen der Hauptuntersuchung (in Abschnitt 4.3.2.3) gegenübergestellt, sieht eine Zusammenfassung wie folgt aus:

Die Korrelationen zwischen Entscheidungsfindung, Formulierung und Gestaltung pflegerischer Aufgaben sowie Personalführungsstilen können ausnahmslos bestätigt werden.

Zu Arbeitsklima und individuellen Arbeitsbelastungen ergibt sich im Ergebnis der Gegenüberstellung eine Bestätigung von fast allen Zusammenhängen. Dies betrifft jeweils zwölf von 15 Items; damit 80 Prozent. Ausnahmen beim Arbeitsklima beziehen sich darauf, dass dieses gekennzeichnet ist durch gute Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen bzw. mit anderen Pflegenden und Stationen. Andere Korrelationen als in der Hauptuntersuchung zeigen sich bei den individuellen Belas-

tungen in folgenden Aussagen: Die Arbeit wird durch unklare Abläufe belastet, ebenso wie durch ungerechtfertigte Kritik und durch das Verbreiten von Klatsch und Tratsch. Für diejenigen Items, bei denen keine Bestätigung der Aussagen der Hauptuntersuchung erfolgt, wäre eine genauere Analyse der Änderungen erforderlich. Diese sollen nicht in mögliche Handlungsempfehlungen für betriebliche Mobbingprävention und -intervention einfließen und finden im Fazit keine Berücksichtigung.

Schlussfolgernd – mit Blick auf die zentralen Fragestellungen – hat sich gezeigt, dass zwar Veränderungen in der Wahrnehmung zu Mobbing wie auch in den Rahmenbedingungen nachzuweisen sind. Die Zusammenhänge zwischen diesen Rahmenbedingungen und dem Auftreten von Mobbing sind jedoch in nahezu allen Aspekten unverändert.

5. Fazit

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der empirischen Schritte zusammengefasst. Da die Kapitel 4.1 bis 4.4 jeweils mit einem Zwischenfazit abschließen, soll es hier nicht darum gehen, alle Ergebnisse in ihrer Gesamtheit aufzulisten. Ziel ist vielmehr eine Überprüfung der Hypothesen sowie die Zusammenfassung zentraler Ergebnisse. Darüber hinaus soll es darum gehen, mögliche Gestaltungsempfehlungen bzw. Anforderungen, die aus den Erkenntnissen zu schlussfolgern sind, für die Praxis, den theoretischen Diskurs und weitere Forschungsvorhaben zu formulieren.

5.1 Überprüfung der Hypothesen

Aus den theoretischen Vorüberlegungen und aus den qualitativen Interviews sind im Abschnitt 3.1.3 Hypothesen entwickelt worden. Zur Prüfung dieser Hypothesen sind in 3.1.4 verschiedene empirische Modelle entwickelt und im Kapitel 4 überprüft worden. Die Hypothesen sind im Prozess der Auswertung jedoch fortgeschrieben bzw. ergänzt worden (zur Herangehensweise vgl. Kapitel 3). Im Folgenden sollen alle entwickelten Hypothesen zusammengestellt und auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse überprüft werden. Dabei wird eine Dreiteilung in Hypothesen zur Zielvariablen Mobbing, zum Berufsalltag Pflegender und zu Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen vorgenommen.

5.1.1 Forschungshypothesen zur Zielvariablen Mobbing

Hypothese eins nimmt an, dass es einen Erfahrungshorizont für Mobbingsituationen gibt, sich dieser empirisch erfassen lässt und sich unterschiedliche Perspektiven im Sinne subjektiv empfundener Betroffenheiten (Opfer, Beobachter und Täter) aufzeigen lassen.

Diese Hypothese lässt sich bestätigen. Es können unterschiedliche subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten empirisch aufgezeigt werden. Dabei lassen sich Mobbingopfer, -beobachter und -täter abbilden und miteinander vergleichen.

In **Hypothese zwei** wird formuliert, dass die einzelnen Perspektiven miteinander verflochten sind und dass jene Personen, die sich selbst als Mobbingtäter sehen, über Erfahrungen als Betroffene und/ oder Beobachter verfügen.

Auch diese Hypothese lässt sich komplett bestätigen. Gezeigt hat sich, dass alle drei Erfahrungshorizonte miteinander verflochten sind, wobei dies am stärksten bei den

Mobbingtätern ausgeprägt ist: Nahezu alle Täter verfügen über Erfahrungen als Mobbingopfer oder -beobachter.

Hypothese drei besagt, dass sich die Personengruppen, die sich diesen Perspektiven zuordnen lassen, trotz dieser Verflechtung signifikant voneinander unterscheiden. Unterschiede werden angenommen hinsichtlich erstens soziodemografischer Zusammensetzung, zweitens Angaben zum Arbeitsverhältnis und drittens Variablen zur Arbeitssituation.

Diese Hypothese kann bezüglich der **demografischen Merkmale** nicht komplett bestätigt werden: Hier lassen sich keine Unterschiede zwischen Mobbingtypen (Opfer, Beobachter und Täter) in Abhängigkeit vom Alter, der Kinderanzahl sowie dem beruflichen Abschluss nachweisen. Diesbezüglich muss die Hypothese abgelehnt werden. Unterschiede lassen sich dagegen hinsichtlich des Geschlechts, der Partnerschaftssituation und im Ost/West-Vergleich statistisch sichern. Zusammenfassend lässt sich zu den soziodemografischen Angaben Folgendes formulieren: Im Vergleich der drei Mobbingtypen unterscheiden sich die Täter von Opfern und Beobachtern durch folgende demografische Merkmale: Mobbingtäter sind zu einem größeren Anteil männlich, alleine lebend und arbeiten eher in den alten Bundesländern. Werden die soziodemografischen Angaben einer multifaktoriellen Analyse unterzogen, zeigt sich die Geschlechterspezifik als am stärksten erklärende Differenzierung zu den Mobbingtypen.

Die Hypothese kann bezüglich der **Angaben zum Arbeitsverhältnis** komplett verworfen werden: Es findet sich bei keinem der erfragten Aspekte ein Zusammenhang zum Erfahrungshorizont von Mobbing. Weder die personenbezogenen Angaben zum Arbeitsverhältnis noch die organisationsbezogenen Angaben korrelieren mit den verschiedenen Perspektiven. Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass sich Mobbingopfer, -beobachter und -täter hinsichtlich ihrer Arbeitsverhältnisse nicht unterscheiden.

Zusammenhänge können jedoch bei **Beschreibungen der Arbeitssituation** gesichert werden. Resümieren lässt sich, dass abhängig vom Erfahrungshorizont unterschiedliche Einschätzungen der Arbeitssituation vorliegen. Mobbingopfer, -beobachter und -täter unterschieden sich signifikant voneinander, wenn auch nicht in allen Punkten. So lässt sich in Bezug auf Personalführungsstil, Aufgabengestaltung und Entscheidungsfindung zusammenfassend formulieren, dass aktiv in Mobbing involvierte Pflegende, und zwar sowohl Betroffene als auch Mobbende, ihren Arbeitsalltag weniger als demokratischen Prozess wahrnehmen. Diesbezüglich kann die Hypothese bestätigt werden. Beim Überprüfen verschiedener Organisationsvariablen in einem multifaktoriellen Modell zeigt sich, dass die Zuordnung der Befragten zur Opfer-, Beobachter- oder

Täterperspektive am stärksten vom Konfliktstil in den Bereichen abhängt. Hier ist es das oberflächliche Glätten von Konflikten, das am ausgeprägtesten korreliert.

In **Hypothese vier** wird formuliert, dass sich ein Begriffsverständnis innerhalb der Stichprobe finden lässt, welches verschiedene Dimensionen im Blick hat. Angenommen wird des Weiteren, dass sich Unterschiede dieser individuellen Begriffsverständnisse in Abhängigkeit vom eigenen Erfahrungshorizont aufzeigen lassen.

Diese Hypothese lässt sich bezüglich des **individuellen Begriffsverständnisses** bestätigen: Es lässt sich ein Mobbingverständnis in der Stichprobe aufzeigen, das verschiedene Dimensionen im Blick hat. Benannt werden Handlungen (diese in Bezug auf einzelne Handlungsweisen, auf die Dauer und die agierenden Personen) sowie Ursachen bzw. Folgen des Phänomens. Negative und verweigerte Interaktionsaspekte nehmen bei den aufgelisteten Handlungsweisen den größten Stellenwert ein.

Die Hypothese kann dahingehend nicht komplett bestätigt werden, dass sich Unterschiede dieser Begriffsverständnisse in Abhängigkeit vom **eigenen Erfahrungshorizont** aufzeigen lassen: Bezüglich der Handlungsweisen, der genannten Ursachen und Folgen von Mobbing, dem zeitlichem Aspekt des Handlungsablaufs und den vorgenommenen Wertungen bzw. Positionierungen lassen sich keine Unterschiede zwischen Mobbingopfern, -beobachtern und -tätern nachweisen. Statistisch lässt sich nur beim Benennen von a) Handlungspersonen sowie b) eigenen Erfahrungen ein Unterschied in Abhängigkeit vom Erfahrungshorizont sichern.

Hypothese fünf nimmt an, dass sich die empirische Erfassung von Mobbinghandlungen multiperspektivisch über ein Kontinuum realisieren lässt, das aus den Perspektiven Mobbingopfer und Mobbingbeobachter sowie unter Einbeziehung zeitlicher Kriterien zu konstruieren ist.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Das Kontinuum ist aus einem Summenscore entwickelt worden, der alle Handlungen aus den zwei Perspektiven (beobachtet und selbst betroffen) über die Nennungen auf einer 5er-Skala (also von der Ausprägung 1= nie bis 5= fast immer) zusammenfasst. Damit sind der zeitliche Aspekt (über die verschiedenen Häufigkeiten) und die Intensität (über das Zusammenfassen verschiedener Handlungen) im Summenscore enthalten. Ebenso ist die Erweiterung der Perspektiven über die Einbeziehung der Opfer- wie auch Beobachtersichtweise gewährleistet. Für die nachfolgend realisierten Differenzierungen ist eine Abgrenzung der Randbereiche erfolgt, die jeweils ausgehend von den Polen ‚kein Mobbing' und ‚sehr häufiges Mobbing' ein Viertel der Antworten im Summenscore ergeben.

5.1.2 Forschungshypothesen zum Berufsalltag

Hypothese sechs expliziert, dass die Unsicherheit, die sich aus den stetigen Änderungen und der Unklarheit über zukünftige Gestaltungssysteme ergibt, Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Pflegenden in Universitätsklinika hat: Dieser ist geprägt von knappen zeitlichen und personellen Ressourcen.

Diese Hypothese kann aus zweierlei Sicht bestätigt werden. Aus der Auswertung der geführten Experteninterviews mit den **PflegedirektorInnen** ist zu ersehen, dass es in allen Universitätsklinika jeweils spezifische Veränderungsvorgänge gibt: Es resultieren zwar verschiedene, teils tief greifende Veränderungsvorgänge, die sowohl die Krankenversorgung als auch den Umgang der Medizinprofessionellen miteinander determinieren. Aber für alle Häuser – und die dort arbeitenden Pflegenden – ergibt sich als Gemeinsamkeit, sich mit diesen Veränderungssituationen möglichst konstruktiv auseinandersetzen zu müssen.

Dass der Arbeitsalltag Pflegender geprägt ist von knappen zeitlichen wie personellen Ressourcen lässt sich dadurch bestätigen, dass an erster Stelle der belastenden Einflussgrößen von den **Pflegenden** ein Personalmangel empfunden wird. Dies wird sowohl im Hinblick auf die Station als auch für die individuelle Arbeitssituation von einem Großteil der Befragten als belastend empfunden; gleich an zweiter Stelle der Rangliste steht als belastend der Aspekt, zu wenig Zeit für die Patienten zu haben.

Hypothese sieben: Männer finden sich auf anderen Hierarchieebenen bzw. in anderen betrieblichen Positionen.

Diese Hypothese kann bestätigt werden. In der männlichen Teilpopulation sind überproportional Vorgesetzte und im weiblichen Teil der Stichprobe höhere Anteile von Arbeitnehmern ohne Personalverantwortung sowie von Aushilfskräften und Auszubildenden zu finden. Stellt man dieser Tendenz die pflegerischen Abschlüsse gegenüber, bestätigt sich zudem die von Ulrike Teubner aufgestellte Hypothese, dass „die Form institutionalisierter Ungleichheit zwischen den Geschlechtern selbst bei gleicher Qualifikation fortbesteht“ (Teubner 1992: 47 f.).

Hypothese acht: Unterschiede in der Einschätzung des beruflichen Alltags finden sich im Ost-West- sowie im Geschlechtervergleich.

Diese Hypothese kann bestätigt werden. Es lassen sich im Vergleich der alten und der neuen Bundesländer ebenso wie im Vergleich der Geschlechter Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede herausarbeiten. Auffallend dabei ist, dass anscheinend häufiger Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern zu finden sind als zwischen den Geschlechtern.

5.1.3 Forschungshypothesen bezüglich Zusammenhängen zwischen Mobbinghandlungen und Kontextbedingungen

Hypothese neun: Das Vorkommen von Mobbinghandlungen korreliert mit Belastungssituationen, Führungs- und Konfliktstilen, Arbeitsklima, der Aufgabengestaltung und Arbeitsbelastungen. Je stärker die arbeitsbelastenden Faktoren, umso stärker die subjektive Wahrnehmung von Mobbing.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass Teams mit einer demokratischen Führung und Aufgabengestaltung weniger mit einzelnen Mobbinghandlungen konfrontiert sind. Darüber hinaus treten Mobbinghandlungen dann seltener auf, wenn sichere und gesunde Arbeitsbedingungen vorliegen und die pflegerische Arbeit mit dem Gefühl verbunden wird, etwas Sinnvolles zu tun und in einem Beruf zu agieren, der anerkannt und geachtet wird und wenn insgesamt ein positives Arbeitsklima zu verzeichnen ist.

Hypothese zehn legt das Ergebnis zu Grunde, dass sich als vorherrschender Konfliktumgangsstil die Herangehensweise herausgestellt hat, Konflikte oberflächlich zu glätten. Als Hypothese wird formuliert, dass diese mehrheitlich zutreffende Konfliktumgangs-Strategie (die eigentlich keine ist) mit dem Auftreten von Mobbinghandlungen korreliert.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Bei Vorliegen dieses Konfliktstils wird gehäuft Mobbing erlebt bzw. beobachtet. Bei der Überprüfung verschiedener Organisationsvariablen in einem multifaktoriellen Modell zeigt sich, dass ein Zusammentreffen oberflächlicher Konfliktglättung mit undemokratischen Führungsstilen das gehäufte Auftreten von Mobbing am stärksten erklärt.

Hypothese elf stellt fest, dass die Wahrnehmung von Mobbing abhängig ist von den folgenden, den Arbeitsalltag Pflegender determinierenden Gegebenheiten: Der Stellung der Pflegedirektorin bzw. des Pflegedirektors im Klinikumsvorstand, einer erfolgten Rechtsformänderung, der Größe des Universitätsklinikums, dem Vorhandensein eines Unternehmens- und/oder einheitlichen Pflegeleitbildes, der beruflichen Sozialisation von PflegedirektorIn inner- bzw. außerhalb des jeweiligen Universitätsklinikums und den unterschiedlichen Gesprächsroutinen innerhalb der Pflegedirektionen.

Die Hypothese kann in Bezug auf fast alle Aspekte verworfen werden. Einzige Ausnahme ist die Stellung der Pflegedirektorin bzw. des Pflegedirektors im Klinikumsvorstand. Hier zeigt sich folgender Zusammenhang: In den Häusern, in denen die Stellung der Pflege über die Mitgliedschaft im Klinikumsvorstand gesichert ist – und es damit auch eine Anerkennung des Berufes gibt – werden Mobbinghandlungen seltener wahrgenommen.

Hypothese zwölf nimmt an, dass Mobbinghandlungen in Abhängigkeit vom Geschlecht und vom Standort der Universitätsklinika in den neuen Bundesländern bzw. im Gebiet der ehemaligen Bunderepublik Deutschland unterschiedlich oft wahrgenommen werden.

Diese Hypothese kann in Bezug auf die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen im **Geschlechtervergleich** abgelehnt werden: Anders als bei den Erfahrungshorizonten gibt es keine Geschlechtsspezifik bei der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen.

In Bezug auf den **Ost-West-Vergleich** lässt sich die Hypothese jedoch bestätigen: Pflegende in den alten Bundesländern geben häufiger an, Mobbing erlebt bzw. beobachtet zu haben.

Hypothese dreizehn formuliert, dass eine Veränderung der Kontextbedingungen des Berufsalltags zwar auch eine veränderte Mobbingwahrnehmung bewirkt, dass aber die nachgewiesenen Korrelationen zwischen Mobbing und Kontextbedingungen im Längsschnitt die gleichen sind.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Durch die Nacherhebung hat sich gezeigt, dass Veränderungen sowohl in der Wahrnehmung von Mobbing als auch in den Kontextbedingungen nachzuweisen sind. Zusammenfassend kann gezeigt werden, dass die Zusammenhangsmaße zwischen diesen Rahmenbedingungen und dem Auftreten von Mobbing jedoch in nahezu allen Aspekten unverändert sind.

5.2 Zentrale Erkenntnisse

Im Folgenden sollen die zentralen Erkenntnisse der Arbeit in Form von Thesen zusammengestellt werden:

These 1: Die nachgewiesenen Differenzierungen bei der Beschreibung des beruflichen Alltags zwischen Mobbingopfern, -beobachtern und -tätern bekräftigen die Notwendigkeit, unterschiedliche Perspektiven bei der empirischen Analyse von Mobbing zu berücksichtigen. Dabei soll es nicht nur darum gehen, verschiedene Personen im Sinne einer Intersubjektivität einzubeziehen, sondern explizit unterschiedliche Erfahrungshorizonte zu berücksichtigen.

These 2: In der Analyse der Befragungsergebnisse hat sich gezeigt, dass sich unterschiedliche subjektive Perspektiven im Sinne von individuellen Betroffenheiten empirisch abbilden lassen. Im Ergebnis können die Typen Mobbingopfer, -beobachter und -täter entwickelt werden. Die Perspektiven im Sinne von Erfahrungshorizonten sind miteinander verflochten, wobei das am stärksten bei den Mobbingtätern ausgeprägt ist: Da nahezu alle Täter über Erfahrungen als Mobbingopfer oder -beobachter verfügen, liegt der Schluss nahe, dass Mobbingtäter durch Prozesse des sozialen Lernens zu solchen werden (im Sinne Banduras, vgl. 1976: 23ff.) und sich damit aus der Beobachtung bzw. dem Erleben des Mobbingverhaltens die Möglichkeit ergibt, dass sich dieses Verhalten innerhalb der Teams und über die Teamgrenzen hinweg ‚fortpflanzt'.

These 3: Es gibt eine Geschlechtsspezifik bei der Einschätzung des eigenen Erfahrungs- und Erlebnishorizontes bezüglich Mobbing. Und zwar schätzen sich Männer häufiger als Mobbingtäter ein und finden sich Mobbingopfer anteilmäßig häufiger bei Frauen. Werden die soziodemografischen Angaben einer multifaktoriellen Analyse unterzogen, zeigt sich diese Geschlechterspezifik als am stärksten erklärende Differenzierung zu den Mobbingtypen. Dies bezieht sich jedoch nur auf den Erfahrungshorizont. Die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen ist im Unterschied dazu unabhängig vom Geschlecht.

These 4: Es zeigt sich ein deutliches Problembewusstsein innerhalb der untersuchten Population zum Thema Mobbing. Dieses lässt sich in verschiedenen Dimensionen eines individuellen Begriffsverständnisses abbilden: Einzelne Mobbinghandlungen spielen in diesem empirischen Begriffsverständnis eine zentrale Rolle, während Dauer und Häufigkeit der ausgeübten Handlungen untergeordnet widergespiegelt werden. Innerhalb der Handlungen sind negative und verweigerte Interaktionsaspekte zentral. Angriffe auf Person oder Persönlichkeit sowie Einschränkungen der Arbeitsausübung oder Interventionen unter Nutzung einer Machtposition sind weniger stark ausgeprägt.

These 5: Mit der Dauer der Teamzugehörigkeit nimmt die Häufigkeit erlebter bzw. beobachteter Mobbinghandlungen ab. Dies ist noch einmal insofern interessant, als die Wahrnehmungsperspektive unabhängig von der Teamzugehörigkeit ist. Aus der Verbindung der beiden Ergebnisse wäre zu vermuten, dass neue Teammitglieder nicht häufiger Opfer von Mobbing werden, jedoch (noch) sensibler für die Wahrnehmung von Mobbing sind.

These 6: Aus den Ergebnissen zum Erleben von Mobbing lässt sich die Wichtigkeit der professionellen Autonomie des pflegenden Berufsstandes hervorheben. Dies zeigt sich sowohl auf der Ebene der Station in Bezug auf pflegespezifische Entscheidungen, als auch auf der Ebene der Organisation insgesamt und zwar in der Stellung der Berufsgruppe der Pflegenden innerhalb der Struktur des Leitungsgremiums. Das Auftreten von Mobbing ist abhängig davon, ob die Pflegedirektorin bzw. der Pflegedirektor im Vorstand des Klinikums vertreten ist oder nicht: In den Häusern, in denen die Stellung der Pflege über die Mitgliedschaft im Klinikumsvorstand gesichert ist – und es damit auch eine Anerkennung des Berufes gibt – werden Mobbinghandlungen seltener wahrgenommen. Hier zeigen sich Ansatzpunkte aber ebenso die Notwendigkeit von Professionalisierungsaktivitäten der Pflege.

These 7: Aus der Zusammenhangsuntersuchung zwischen Mobbingwahrnehmung und Kontextbedingungen im beruflichen Alltag Pflegender lassen sich klare Hinweise in Richtung einer effektiven Mobbingprävention formulieren: Teams mit einer demokratischen Führung und Aufgabengestaltung sind weniger mit einzelnen Mobbinghandlungen konfrontiert. Die Befragungsergebnisse zeigen auf, dass Mobbinghandlungen in den Teams seltener auftreten, wo sichere und gesunde Arbeitsbedingungen sowie ein gutes Arbeitsklima vorliegen und die eigene Tätigkeit als verantwortungsbewusste und selbständige Arbeit widergespiegelt wird, die mit dem Gefühl verbunden ist, etwas Sinnvolles zu tun. Daraus lassen sich konkrete Anforderungen an erfolgreiche Mobbingprävention und -intervention ableiten. Ziel sollte demnach z. B. eine Stärkung demokratischer Entscheidungs- und Führungsaspekte in Universitätsklinika sein.

These 8: Bei der Überprüfung verschiedener Organisationsvariablen in einem multifaktoriellen Modell zeigen sich Konfliktstile als Merkmal mit dem höchsten Einfluss auf die Zielvariable ‚Mobbinghandlungen'. Mobbing tritt dort verstärkt auf, wo kein konstruktives Konfliktmanagement betrieben wird, sondern beim Auftreten von Arbeitsplatzkonflikten oberflächlich geglättet wird. In der zweiten Stufe erscheint ein demokratischer Personalführungsstil auf Stationsebene. Aus den Ergebnissen ist zu schlussfolgern, dass ein Zusammentreffen des Konfliktstils oberflächlicher Konfliktglättung mit undemokratischem Führungsstil das gehäufte Auftreten von Mobbing am stärksten erklärt. Daraus lässt sich als Konsequenz ableiten, dass Konfliktmanagement deutlicher als

Führungsaufgabe hervorzuheben und fest wie auch kontinuierlich im beruflichen Alltag zu installieren wäre, um effektiv Mobbingprävention und -intervention zu betreiben.

These 9: Mobbing wird dann wahrgenommen, wenn in vielen anderen Aspekten des beruflichen Alltags problematische, schwierige oder belastende Ausprägungen zu verzeichnen sind. Mobbing kann deshalb als ‚sozial empirischer Marker' betrachtet werden. Wird diese Betrachtungsweise in Mobbingintervention übernommen, würden sich nicht eindimensional auf die Opfer gerichtete Maßnehmen anbieten sondern solche, die strukturell ansetzen.

These 10: Mobbing ist Teil des beruflichen Alltags Pflegender. Dies zeigt sich erstens im vorhandenen Problembewusstsein der Befragten, zweitens in den empirisch erfassten Erfahrungshorizonten und drittens in den Korrelationen von Mobbing und Kontextbedingungen im Berufsalltag.

These 11: Für weiterfolgende Forschungsvorhaben stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Ergebnisse auch auf andere Bereiche und Berufsgruppen (des Gesundheitswesens) zu übertragen sind.

These 12: Damit kann resümiert werden, dass die eingangs formulierten zentralen Fragestellungen bezüglich erstens zu konstituierender subjektiver Perspektiven auf erlebte Mobbingsituationen, zweitens der empirischen Erfassung von Mobbingvorkommen unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven und drittens Zusammenhänge zwischen Mobbingperspektiven und Mobbingvorkommen zum Berufsalltag beantwortet sind.

5.3 Konsequenzen

Konsequenzen aus den Ergebnissen der empirischen Analyse lassen sich in drei Richtungen formulieren: Mit Blick auf Mobbingprävention und -intervention in der Praxis, gerichtet auf den theoretischen Diskurs und in Form von Anforderungen bzw. offene Fragestellungen, die für weiterführende Forschung zu formulieren sind.

5.3.1 Gestaltungsempfehlungen für Mobbingprävention und -intervention

In den nachfolgenden Ausführungen und auch in den zugrunde liegenden empirischen und theoretischen Analysen soll es nicht darum gehen, einen Aktionsplan bzw. Handlungsleitfäden für Mobbingprävention und -intervention zu entwickeln, dies ist nicht Ziel dieser Arbeit. Vielmehr geht es darum, Entscheidungsraster bzw. Entscheidungskorridore aufzuzeigen, die als Voraussetzung für o. g. Empfehlungen dienen bzw. dienen können.

Aus den Ergebnissen ist zu erkennen, dass es eine Verflechtung der einzelnen Mobbingerfahrungshorizonte gibt und dies am stärksten bei den Mobbingtätern ausgeprägt ist. Wird diese Erkenntnis mit der Annahme des sozialen Lernens von aggressivem Verhalten verbunden (vgl. Bandura 1976: 23ff. und Tedeschi 2002: 577), wird die Notwendigkeit einer effektiven und frühzeitigen Mobbingintervention verdeutlicht, um einer Ausbreitung oder ‚Fortpflanzung' innerhalb von Teams und über die Teamgrenzen hinweg entgegenzuwirken.

Aus der Erkenntnis, dass sich die Beschreibungen des beruflichen Alltags zwischen Mobbingopfern, -beobachtern und -tätern in vielen – und insbesondere in den für ein erfolgreiches Konfliktmanagement relevanten – Einschätzungen signifikant unterscheiden, ergibt sich der Anspruch, in die Mobbingintervention verschiedene Perspektiven einzubeziehen. Das bedeutet, dass sich Mobbingintervention (und -beratung) auf der Ebene der Organisationen weg von einer reinen Opferberatung und von Opferschutz hin zu Mediation unter Einbeziehung der ganzen Teams bewegen würde. Als konkrete Maßnahme scheinen hier Teamsupervisionen oder -mediationen geeignet, wobei differenziert zu entscheiden wäre, wann ein externer Mediator zu favorisieren ist, um die Einbeziehung verschiedener Perspektiven auch zu ermöglichen.

Gezeigt hat sich, dass Mobbingwahrnehmung mit zahlreichen Beschreibungen des Arbeitsalltags korreliert und deshalb als ‚sozial empirischer Marker' betrachtet werden kann. Wird diese Betrachtungsweise eingenommen, würden sich nicht eindimensional auf die Opfer gerichtete Maßnahmen zur Mobbingintervention anbieten sondern solche, die strukturell ansetzen und zugleich präventiv wirken. Konkret heißt dies, dass

die jeweiligen Kontextbedingungen in die Analyse spezifischer Konflikte einzubeziehen wären. Eine Beratung zum Aufdecken und zur Mobilisierung individueller Ressourcen ist für den Einzelnen hilfreich. Denn so können unabhängig von der Außenwelt und in der Konzentration auf eigene Herangehensweise und Handlungsspielräume konstruktiv Lösungen gesucht und gefunden werden. Dennoch müssen strukturelle, das heißt organisations- wie auch gesellschaftsbezogenen Bedingungen als Teil des Problems erkannt und in die Analyse sowie die Lösung einbezogen werden, wenn diese langfristig und nachhaltig angelegt sein sollen.

Dieser Anspruch wird noch einmal dadurch gestützt, dass sich Konfliktstile als Merkmal mit dem höchsten Einfluss auf die Wahrnehmung von Mobbing herausgestellt haben: Oberflächliches Glätten von Konflikten lässt diese in Form von Mobbing eskalieren. Aus den Ergebnissen ist die Schlussfolgerung ziehen, dass Konfliktbearbeitung einerseits unabdingbar ist, andererseits gerade aber der Konfliktvermeidungsstil – als der uneffektivste Konfliktumgangsstil – aus Sicht der befragten Pflegenden vorherrschend ist. Daraus lässt sich als Konsequenz ableiten, dass Konfliktmanagement einerseits deutlicher als Führungsaufgabe hervorzuheben und andererseits fest wie auch kontinuierlich im beruflichen Alltag zu installieren ist, um effektiv Mobbingprävention und -intervention zu betreiben. Konfliktumgangsstrategien sollten Thema in der Teamarbeit und in Personalentwicklungsmaßnehmen sein. Darüber hinaus sollte die Fähigkeit, Konflikte konstruktiv zu lösen, in Anforderungsprofilen sowie Beurteilungen Beschäftigter mit Leitungsfunktionen zentraler Stellenwert beigemessen werden.

Aus der Erkenntnis, dass es eine Geschlechtsspezifik bei der Einschätzung des eigenen Erfahrungs- und Erlebnishorizontes bezüglich Mobbing gibt, ist die Anforderung zu formulieren, dass Ansätze zu Diversity-Managament auch und gerade in einem Frauenberuf und insbesondere beim Konfliktmanagement zu stärken sind.

Die Ergebnisse geben – wie schon verschiedentlich herausgestellt – klare Hinweise in Richtung einer effektiven Mobbingprävention: Ziel sollte demnach eine Stärkung demokratischer Entscheidungs- und Führungsaspekte in Universitätsklinika sowie die Sicherung gesunder Arbeitsbedingungen und eines positiven Arbeitsklimas sein. Zudem ist es im Sinne einer Mobbingprävention angezeigt, pflegerische Tätigkeiten so zu gestalten, dass sie als verantwortungsbewusste und selbständige Arbeit widergespiegelt werden, die mit dem Gefühl verbunden wird, etwas Sinnvolles zu tun. Um dies durchzusetzen, ist die Aufhebung starrer und autoritärer Strukturen notwendig und sind Arbeitsformen zu wählen, die Mitwirkung und Verantwortung ebenso wie transparente Aufgaben- und Rollenverteilung fördern.

Gezeigt hat sich, dass im Falle von Arbeitsplatzkonflikten professionelle und institutionelle Möglichkeiten zur Unterstützung innerhalb und außerhalb des Klinikums kaum

eine Rolle spielen: Vorgesetzte oder AnsprechpartnerInnen innerhalb der Organisation (Gewerkschaft, Gleichstellungsbeauftragte/r oder Personalrat) werden nicht oder sehr selten als Möglichkeit der Unterstützung gesehen. Professionelle externe Angebote (Therapeuten, Selbsthilfegruppen) werden ebenso kaum in Betracht gezogen. Daraus kann der Anspruch formuliert werden, dass Institutionen im eigenen Haus zu stärken und deutlicher ins Bewusstsein zu bringen sind. Alternativ dazu sollten aber auch externe Lösungen angeboten oder wenigstens auf diese verwiesen werden.

5.3.2 Anforderungen an die Theorie

Für die theoretische Diskussion zu Mobbing wäre wünschenswert, dass eine Erweiterung der Perspektiven in theoretische Ansätze einfließt und sich im Ergebnis sowohl in der Kontextanalyse als auch in der Diskussion von Beratungs- und Interventionsansätzen durchsetzt. Darüber hinaus wäre anzustreben, Mobbing als relevantes Phänomen der Zeit zu betrachten und weniger analytische Energie in die begriffliche Abgrenzung zu stecken, die – zumeist dichotomisierend – definiert, wann Mobbing vorliegt und wann nicht. Alternativ ist Mobbing als Kontinuum zu definieren. Auf dieser Grundlage – im Sinne der aktuellen Tendenzen in der Konflikttheorie (vgl. Bonacker 2002: 13 und Giegel 1998: 16f.) – wäre nicht zu analysieren ist, welche Strukturen hinter Mobbing liegen sondern nach Kontextbedingungen zu fragen, die latente Konflikte zunächst manifestieren und dann eskalieren lassen. Ob als theoretischer Ansatz Giddens‘ Theorie der Strukturierung[143] hierfür geeignet wäre, gilt es zu überlegen.

Damit verbunden wäre auch eine stärkere Einbettung von personenbezogenen Belastungsfaktoren in die arbeitswissenschaftliche Diskussion und eine ganzheitliche Betrachtung von Arbeitsbedingungen. Eine Möglichkeit wäre, die strikte Trennung in personenbezogene und bedingungsbezogene Messperspektiven aufzuweichen und darüber hinaus in der methodischen Umsetzung triangulierende Vorgehensweise zu suchen.

143 In Giddens ‚Theorie der Strukturierung‘ ist der zentrale Ansatz die Überwindung des Dualismus zwischen Handlung und Struktur (vgl. Giddens 1991: 201). Dafür werden Handeln und Struktur als zwei Dimensionen der gleichen Sache betrachtet (vgl. Mikl-Horke 1994: 323). Wie Peter Walgenbach zusammenfasst, ist der Beitrag Giddens‘ – trotz vielfacher und berechtigter Kritik – „ein wichtiger“ weil er eine „Möglichkeit der Überwindung des Dualismus zwischen objektivistischen und subjektivistischen Theorieprogrammen“ andeutet (Walgenbach 2001: 375).

5.3.3 Kritischer Blick auf den eigenen Forschungsansatz und Aufgaben für weiterführende empirische Untersuchungen

Offene Fragen die sich aus der vorliegenden Untersuchung ergeben sind einerseits jene Zusammenhänge, die im Zeitvergleich nicht bestätigt werden konnten. Damit wäre empirisch noch einmal genauer zu beleuchten, inwieweit sich eine im Rahmen des Arbeitsklimas insgesamt als gut eingeschätzte Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Berufsgruppe und der Station, als auch berufsgruppen- und stationenübergreifend auf die Wahrnehmung von Mobbing auswirkt.

Ebenfalls noch einmal genauer zu hinterfragen wäre, ob, inwieweit sowie mit welchen Erwartungen und Ergebnissen organisationsinterne und externe Ansätze und AnsprechpartnerInnen in Arbeitsplatzkonflikten tatsächlich in Anspruch genommen werden.

Der gewählte empirische Ansatz zeichnet sich durch ein paralleles Nebeneinander verschiedener deskriptiver Aspekte des beruflichen Alltags aus, wodurch einerseits Zusammenhangsuntersuchungen über verschiedene Analysedimensionen ermöglicht werden konnten, andererseits sind tiefergehende Informationen zu den einzelnen Ausprägungen damit nicht möglich.

Ziel der gewählten Vorgehensweise ist es, die Zielvariablen (Mobbingperspektiven und Mobbinghandlungen) in den Fokus zu rücken und hierfür neue Modelle empirischer Herangehensweisen zu entwickeln und zu überprüfen. Die Resultanten sind stark vereinfacht entwickelt und erhoben worden, um verschiedene Kontextbedingungen einbeziehen und bivariat wie multivariat in Bezug auf die Zielvariablen betrachten zu können. Dafür sind Resultanten mit dem Kriterium der Überschaubarkeit und einfachen Operationalisierbarkeit ausgewählt bzw. entwickelt worden.

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass durch das Zusammentreffen von nicht demokratischen Führungsstilen mit einem Konfliktstil, der durch Vermeiden und Rückzug gekennzeichnet ist, Mobbing am stärksten determiniert wird. Daraus ergibt sich als Anspruch an die weiterführende Forschung, differenzierte Analysen zum Zusammenhang von Führungsstilen, Konfliktstilen und Mobbingvorkommen vorzunehmen und dafür jene Ansätze zu verwenden, die die Ebene der idealtypischen Beschreibung und Vereinfachung verlassen.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es einerseits eine Geschlechtsspezifik beim Einschätzen des eigenen Erfahrungs- und Erlebnishorizontes bezüglich Mobbing gibt, dass aber andererseits die Wahrnehmung von Mobbinghandlungen unabhängig vom Geschlecht ist. Aufzugreifen wäre das Thema mit einem qualitativen Ansatz zur Genderforschung unter Einbeziehung der im Abschnitt 2.3.2.3 thematisierten Überlegungen und

insbesondere dem Anspruch, die Zweigeschlechtlichkeit der empirischen Forschung aufzubrechen und damit Überlegungen von Konstruktion und Dekonstruktion von Geschlecht als symbolischer Ordnung einzubeziehen (Hagemann-White 1988: 3 ff.).

Mobbingforschung hat sich bisher – wie empirische Forschung generell – zumeist vorrangig auf einer methodischen Ebene bewegt: Entweder wurden qualitative Verfahren – zumeist für die Erhebung von Verlaufsmodellen – oder quantitative Verfahren – für die Erfassung von Mobbinghandlungen und Betroffenheitsquoten – gewählt, kaum wurden diese miteinander verbunden. Für weiterführende Forschungsansätze sind triangulierende Ansätze zu empfehlen.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Mobbing in Google Trends 7
Abb. 2: Leymanns 45 Mobbinghandlungen 15
Abb. 3: Leymanns Mobbinghandlungen mit überarbeiteten theoretischen Kategorien 17
Abb. 4: Mobbinghandlungen Kategorie 1. Manipulation der Interaktionsmöglichkeiten 17
Abb. 5: Mobbinghandlungen Kategorie 2. Angriffe auf die Person bzw. das Ansehen der Person 18
Abb. 6: Mobbinghandlungen Kategorie 3. Manipulation der Arbeitsausübung bzw. -bewertung 18
Abb. 7: Mobbinghandlungen (nach Meschkutat) 23
Abb. 8: Mobbingvorkommen alters- und geschlechtsdifferenziert 25
Abb. 9: Theoretische Rahmung bei Vartia-Väänänen 33
Abb. 10: Mobbingursachen (nach Meschkutat) 36
Abb. 11: Betriebliche Situation während des Mobbingverlaufs (nach Meschkutat) 37
Abb. 12: Mobbingursachen (nach Voigtländer) 38
Abb. 13: Mobbingursachen kategorisiert in strukturelle und individuelle Ursachen 42
Abb. 14: Empirische Blickwinkel auf Mobbing 46
Abb. 15: Eingrenzung der Spannungsfelder 48
Abb. 16: Universitätsklinika im Spannungsfeld zwischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung 61
Abb. 17: Organigramm Krankenhausorganisation 62
Abb. 18: Einzubeziehende Spannungsfelder im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika 71
Abb. 19: Konfliktstile 92
Abb. 20: Aufbau des Fragebogens 98
Abb. 21: Items zum Konfliktumgang 103
Abb. 22: Auswertungsmodell zu Mobbingtypen (Opfer, Beobachter, Täter) 107
Abb. 23: Auswertungsmodell zu einem Kontinuum von Mobbinghandlungen 108
Abb. 24: Auswertungsmodell zu Dimensionen individueller Begriffsbestimmungen 108
Abb. 25: Auswertungsmodell zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen Zielvariablen und Kontextbedingungen 109
Abb. 25: Methodenverbindung bei der Führung und Auswertung der Experteninterviews 114
Abb. 27: Betriebswissen und Kontextwissen bei Experteninterviews 116
Abb. 28: Unterteilung Betriebswissen bei Experteninterviews 116
Abb. 29: Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring 119
Abb. 30: Modelle der Methodenintegration nach Kelle und Erzberger 123
Abb. 31: Quellen der Textbausteine 125
Abb. 32: Geschlechterverteilung 130

Abb. 33: Altersdurchschnitt der Stichprobe im Standortvergleich 131
Abb. 34: Altersdurchschnitt im Vergleich der Geschlechter 131
Abb. 35: Familienstand und Partnerschaftssituation 132
Abb. 36: Berufstätigkeit des Partners/ der Partnerin 132
Abb. 37: Anzahl der Kinder 133
Abb. 38: Schulischer und pflegerischer Abschluss 133
Abb. 39: Zufriedenheitsaspekte 135
Abb. 40: Zufriedenheitsaspekte im Vergleich (Alter, Geschlecht und Ost-West-Vergleich) 136
Abb. 41: Zufriedenheitsaspekte im Ost-West-Vergleich 137
Abb. 42: Wichtigkeit 138
Abb. 43: Wichtigkeit im Vergleich nach Alter, Geschlecht und Standort (Ost-West-Vergleich) 139
Abb. 44: Kommunikation und berufliche Sozialisation von PflegedirektorIn 150
Abb. 45: Gesprächsbereitschaft von PflegedirektorIn 152
Abb. 46: Spannungsfelder aus Sicht der PflegedirektorInnen 156
Abb. 47: Zugehörigkeit zum Krankenhaus und zur Station 158
Abb. 48: Angaben zur Arbeitszeit 159
Abb. 49: Stationsgrößen im Ost-West Vergleich 161
Abb. 50: Arbeitsanteile gesamt und im Ost-West-Vergleich 162
Abb. 51: Aufgabenverteilung gesamt und im Ost-West-Vergleich 162
Abb. 52: Aufgabenformulierung und -gestaltung im Ost-West-Vergleich 163
Abb. 53: Arbeitsbelastungen 164
Abb. 54: Arbeitsbelastungen (stationsbezogen) gesamt und im Ost-West-Vergleich 165
Abb. 55: Arbeitsklima 166
Abb. 56: Arbeitsklima im Ost-West-Vergleich 167
Abb. 57: Entscheidungsfindung 168
Abb. 58: Entscheidungsfindung im Ost-West-Vergleich 169
Abb. 59: Führungsstile der Station und des gesamten Klinikums 169
Abb. 60: Führungsstile im Ost-West-Vergleich 170
Abb. 61: Konfliktumgang 171
Abb. 62: Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte 172
Abb. 63: Hilfe in Arbeitsplatzkonflikten 173
Abb. 64: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse 179
Abb. 65: Mobbingerfahrungen im Vergleich 180
Abb. 66: Verflechtung der Mobbingperspektiven 181
Abb. 67: Auswertungsmodell Zusammenhangsuntersuchungen zu Mobbingtypen 182
Abb. 68: Mobbingtypen und Geschlecht 183
Abb. 69: Mobbingtypen im Ost-West-Vergleich 183
Abb. 70: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen 184

Abb. 71: Mobbingtypen und allgemeine Orientierungen 185
Abb. 72: Mobbingtypen und Zufriedenheit 186
Abb. 73: Mobbingtypen und Stimmungen 186
Abb. 74: Mobbingtypen und demokratische Führungsstile/Entscheidungsfindung 187
Abb. 75: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen 188
Abb. 76: Mobbingtypen und Arbeitsklima 189
Abb. 77: Mobbingperspektiven und soziodemografische Angaben multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide) 191
Abb. 78: Mobbingperspektiven und Berufsalltag: Multifaktorielle Betrachtung (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide) 193
Abb. 79: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive 195
Abb. 80: Die Entwicklung eines Mobbingkontinuums 197
Abb. 81: Die Entwicklung eines Mobbingkontinuums – Abgrenzung der Randbereiche 197
Abb. 82: Auswertungsmodell: Zusammenhangsuntersuchungen zu Mobbinghandlungen 198
Abb. 83: Mobbinghandlungen und Alter (Mittelwertvergleich) 199
Abb. 84: Mobbinghandlungen und höchster Abschluss 199
Abb. 85: Mobbinghandlungen im Ost-West-Vergleich 200
Abb. 86: Mobbinghandlungen und Kinder 200
Abb. 87: Mobbinghandlungen und Familienstand 201
Abb. 88: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen 201
Abb. 89: Mobbinghandlungen und allgemeine Orientierungen 202
Abb. 90: Mobbinghandlungen und allgemeine Orientierungen (dimensionenreduziert) 203
Abb. 91: Mobbinghandlungen und Stimmungen 204
Abb. 92: Mobbinghandlungen und Teamzugehörigkeit 204
Abb. 93: Mobbinghandlungen und Stationsgröße 205
Abb. 94: Mobbinghandlungen und Aufgabenprofil 205
Abb. 95: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil 206
Abb. 96: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung 207
Abb. 97: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung 207
Abb. 98: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation 208
Abb. 99: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen 209
Abb. 100: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima 210
Abb. 101: Mobbinghandlungen und Stellung von PflegedirektorIn im Klinikumsvorstand 210
Abb. 102: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen 211
Abb. 103: Mobbinghandlungen und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide) 212
Abb. 104: Individuelle Begriffsbestimmungen 214
Abb. 105: Individuelle Begriffsbestimmungen – Handlungsweisen (Totalnennungen) 216
Abb. 106: Soziodemografische Angaben im Längsschnitt 220

Abb. 107: Entscheidungsfindung im Längsschnitt 221
Abb. 108: Aufgabengestaltung im Längsschnitt 221
Abb. 109: Führungsstile im Längsschnitt 222
Abb. 110: Arbeitsklima im Längsschnitt 223
Abb. 111: Individuelle Arbeitsbelastungen 224
Abb. 112: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse 225
Abb. 113: Mobbinghandlungen 225

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	an angegebenem Ort
AG	Arbeitgeber
AN	Arbeitnehmer
AS	Asymptotische Signifikanz
ATA	Anästhesie-AssistentIn
Azubi	Auszubildender/ Auszubildende
Bd.	Band
f.	folgende (die nächste Seite/Zeile)
ff.	fortfolgende (die nächste und folgende Seiten/Zeilen)
Hrsg.	HerausgeberInnen
i. d. R.	in der Regel
IA	Interview PD Universitätsklinikum A
IB	Interview PD Universitätsklinikum B
IC	Interview PD Universitätsklinikum C
ID	Interview PD Universitätsklinikum D
IE	Interview PD Universitätsklinikum E
IF	Interview PD Universitätsklinikum F
Jhg.	Jahrgang
k. A.	keine Angabe
LIPT	Leymann Inventory For Psychological Terrorization
m. E.	meines Erachtens
MA	Mitarbeiter
MAPA	Mitarbeiterpotentialanalyse
MH	Mobbinghandlungen
MT	Mobbingtypen
MTA	Medizinisch-technische(r) AssistentIn
MW	Mittelwert
N	Grundgesamtheit
n	Stichprobe
o. g.	oben genannt(e)
o. J.	ohne Jahresangabe
o. O.	ohne Ortsangabe
OTA	Operationstechnische(r) AssistentIn
PD	Pflegedirektion/PflegedirektorIn
PDL	Pflegedienstleitung
RF	Rangfolge
s.	siehe
S.	Seite
sic	kennzeichnet aus direkten Zitaten übernommene Fehler
u. a.	und andere/unter anderem
unv.	unveröffentlicht
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

Literatur-/Quellenverzeichnis

Acker, Joan 1991: Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations, in: Lorber & Farell 1991, S. 162-179.

Acker, Joan 1992: Gendering Organizational Theory, in: Mills & Tancred 1992, S. 248 - 260.

Albach, Horst 1985: Lehre und Forschung als Kuppelproduktion, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Heft 1/1985, S. 862-864.

Alber, Jens; Bernardi-Schenkluhn, Brigitte 1992: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt/New York.

Alheit, Peter; Apitzsch, Ursula; Brauer, Heinz u. a. 1994: Von der Arbeitsgesellschaft zur Bildungsgesellschaft? Perspektiven von Arbeit und Bildung im Prozeß des europäischen Wandels. Forschungsreihe des Forschungsschwerpunktes ‚Arbeit und Bildung' der Universität Bremen. Band 25, Bremen.

Allmendinger, Jutta; Hackman, Richard 1993: Akzeptanz oder Abwehr? Die Integration von Frauen in professionelle Organisationen, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 45, S. 238 - 258.

Annas, George 1995: Reframing the debate on health care reform by replacing our methaphors. New England Journal of Medicine 322, S. 744 - 47.

Ardelt, Elisabeth; Buchner, Rainer, Gattinger, Erich, o. J.: Mobbing aus psychologischer Sicht, in: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg (Hrsg.) o.J., S. 27 - 31.

Ausfelder, Trude 2001: Mobbing. Konflikte am Arbeitsplatz erkennen, offen legen und lösen, 2. Aufl., München.

Badura, Bernhard 2001: Perspektiven der Pflegearbeit, in: Landenberger & Münch 2001, S. 9 -18.

Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.) 1993: System Krankenhaus, Weinheim/München.

Badura, Bernhard, Feuerstein, Günter 1996: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Weinheim/ München.

Badura, Bernhard; Pfaff Holger 1989: Streß ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 4, S. 644 - 668.

Bandura, Albert 1976: Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie, Stuttgart.

Bandura, Albert 1983: Psychological Mechanism of Aggression, in: Geen u. a. 1983, S. 1 - 40.

Bahrmann, Matilde, S. 2002: Die CHAID-Analyse als neue Methode der Marktsegmentierung im Tourismus. Multivariate Zielgruppendifferenzierung am Beispiel Rheinland-Pfalz, Dissertationsschrift vom Fachbereich Geographie/Geowissenschaften der Universität Trier, unter: http://deposit.ddb.de/ cgi-bin/dokserv?idn=971702527&dok_var=d1&dok_ ext=pdf&filename=971702527.pdf am 26.11.2009

Bamberg, Eva; Greif, Siegfried 1982: Stress: Bedrohung der Gesundheit oder subjektiver Begriff? in: Psychosozial: Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten, Heft 1/ 1982, S. 8 - 28.

Bartolomeyczik, Sabine1994: Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, in: Badura u. a. 1993, S. 83-99.

Beck, Winfried 2004: Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung. Sinnvolle Strukturinnovation oder Beginn des Chaos? in: Elsner u. a. 2004, S. 129 - 137.

Becker, Fred G.; Martin, Albert (Hrsg.) 1993: Empirische Personalforschung. Methoden und Beispiele. Sonderband der Zeitschrift für Personalforschung, München.

Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara 1994: Pflegen als Beruf: ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikation, berufliche Anforderungen. Eine Praxisanalyse. Berichte zur beruflichen Bildung des Bundesinstituts für Berufsbildung (Hrsg.), Heft 169, Bielefeld.

Bell, Daniel 1991: Die kulturellen Widersprüche des Kapitalismus, Frankfurt/New York.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas 2007: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, 21. Aufl., Frankfurt a. M.

Berkel, Karl 1984: Konfliktforschung und Konfliktbewältigung – Ein organisationspsychologischer Ansatz, Wirtschaftspsychologische Schriften der Universitäten München und Augsburg, Band 9, Berlin.

Berkel, Karl 1990: Konflikttraining: Konflikte verstehen und bewältigen, Arbeitshefte Führungspsychologie, Band 15, 2. Aufl., Heidelberg.

Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard 1998: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Band 6 der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung der BZgA, Köln.

Bilden, Helga; Dausien, Bettina (Hrsg.) 2006: Sozialisation und Geschlecht. Theoretische und methodologische Aspekte, Opladen/Farmington Hills.

Bjørgo, Tore 2002: Gewalt gegen ethnische und religiöse Minderheiten, in: Heitmeyer & Hagan 2002, S. 981 - 999.

Blake, Robert R.; Mouton Jane S. 1968: Verhaltenspsychologie im Betrieb: Das Verhaltensgitter, eine Methode zur optimalen Führung in Wirtschaft und Verwaltung, Düsseldorf/Wien.

Blake, Robert R.; Mouton Jane S. 1985: The managerial grid III. The key to leadership excellence, Houston.

Blake Robert R.; Shepard, H. A.; Mouton Jane S., 1964: Managing intergroup conflict in industry, Houston.

Bookmasters 2003: MOBBING. Emotionale Abuse in the American Workplace, unter: http://www.mobbing-usa.com/ vom 12.06.2003.

Bollmann, Michaela 2008: Der Pflegeprozess in der Altenpflege: Individuell und flexibel pflegen mit dem 4-Phasen-Modell, Hannover.

Bonacker, Thorsten (Hrsg.) 2002: Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung, Opladen.

Bosshard, Karl 1987: Konflikt und Konfliktmessung im Unternehmen. Hochschulschriften zur Betriebswirtschaftslehre Band 56 Universität München.

Braun, Günther E.; Selbmann, Hans-Konrad, Streitferdt, Lothar 2001: Geleitwort der Herausgeber, in: Steffen 2001, S. VII - XI.

Brommer, Ulrike 1995: Mobbing. Psychokrieg am Arbeitsplatz und was man dagegen tun kann, München.

Bryant, Christopher G.A.; Jary, David (Hrsg.) 1991: Giddens' Theory of Structuration – A Critical Appreciation. London.

Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) 1992: Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Entwicklungstendenzen und Lösungswege, Nürnberg.

Burchert, Heiko; Hering, Thomas (Hrsg.) 2002: Gesundheitswirtschaft: Aufgaben und Lösungen, München.

Bude, Heinz 1993: Konstruktionen eines sozialen Konflikts, in: Giegel 1993, S. 152 – 172.

Büssing, André 1992: Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Bern.

Büssing, André 1997: Arbeitszufriedenheit, in: Greif u. a. 1997, S. 137 - 140.

Crawford, Robert 1979: Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. Das Argument. Sonderband 30, Argumente für eine soziale Medizin, Berlin, S. 6 - 29.

Crozier, Michel; Friedberg, Erhard 1979: Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns. Sozialwissenschaft und Praxis, Buchreihe des WZB, Bd. 3, Berlin.

Colpe, Carsten; Schmidt-Biggemann, Wilhelm 1993: Das Böse. Eine historische Phänomenologie des Unerklärlichen, Frankfurt a. M.

Dahlgaard, Knut; van den Busche, Hermann 1995: Kollegiale Abteilungsleitung I und II, in: Das Krankenhaus, Heft 1 und 2 1987, S. 34 - 36 und 89 - 91.

Dahrendorf, Ralf 1961: Gesellschaft und Freiheit, München.

Dahrendorf, Ralf 1961-b: Elemente einer Theorie des sozialen Konflikts, in: Dahrendorf 1961, S. 197 - 235.

Dangel, Bärbel 2004: Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard, München.

Davenport, Noa; Schwartz, Ruth D.; Elliott, Gail P. 1999: MOBBING Emotional Abuse in the American Workplace, Ames/Iowa.

Dieffenbach, Susanne; Landenberger, Margarete; von der Weiden, Guido (Hrsg.) 2001: Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Das Projekt VerKet- praxisorientierte regionale Versorgungsketten, Neuwied/Kriftel.

Diergarten, Eckhard 1994: Mobbing. Wenn der Arbeitsalltag zum Alptraum wird, Köln.

Diekmann, Andreas 1995: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Reinbek.

Drygalla, Jeannette 1997: Arbeitsplatzprobleme und -konflikte. AGAKIA II. Arbeitsplatzkonflikte, sexuelle Belästigung von Frauen, Eignungen versus Benachteiligungen im Arbeitsprozeß, eine soziologisch-empirische Studie, FOKUS, Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien, Halle.

Drygalla, Jeannette; Böttcher, Sabine; Brol, Nadia; Voigtländer, Helga; Weinhold, Manfred, Wolf, Susanne 2004: Konfliktlinien in der deutschen Gesellschaft. Eine Analyse empirischer Untersuchungen und theoretischer Diskurse durch die Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V. (FOKUS-Institut Halle), unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag der RLS (Rosa-Luxemburg-Stiftung), FOKUS-Institut, Halle.

Drygalla, Jeannette 2004: Rechtliche Rahmenbedingungen der Vernetzung in Deutschland, in: Dieffenbach u. a. 2004, S. 58 - 83.

Dunckel, Heiner; Semmer, Norbert 1997: Stressbezogene Arbeitsanalyse: Ein Instrument zur Abschätzung von Belastungsschwerpunkten in Industriebetrieben, in: Sonntag 1997, 163-180.

Duden Newsletter vom 26.01.2001 unter: http://www.duden.de/deutsche_sprache/sprachberatung/newsletter/archiv.php?id=36 vom 14.05.2009.

Eichhorn, Siegfried 1975: Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, 3. Aufl., Stuttgart.

Eichhorn, Siegfried 1991: Krankenhausmanagement + Gegenwärtige Situation und Perspektiven, in: Die Betriebswirtschaft, 1991, Heft 4, Jhg. 51, S. 455 - 465.

Einarsen, Ståle; Skogstad, Anders 1996: Prevalence and risk groups of bullying and harassment at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5/1996, S. 185 - 202.

Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (Hrsg.) 2004: Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. VSA-Verlag Hamburg.

Elsner, Gine; Wolters, Jürgen 2004: Krankengeld und arbeitsbedingte Krankheiten, in: Elsner u. a. 2004, S. 129 - 137.

Esser, Axel; Wolmerath, Martin (2008): Mobbing: Der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessenvertretung, 7. Aufl., Frankfurt a. M.

Evers, Adalbert 1992: Eine Arbeit wie jede andere? Besonderheiten des gesundheits- und sozialpflegerischen Bereichs und einige Argumente dafür, sie bei Reform- und Ausbildungskonzepten ernst zu nehmen, in: Bundesinstitut für Berufsbildung 1992, S. 47 - 53.

Evers, Georges, Christoffel, Maria 2001: Arbeitsorganisation in der Pflege. Entwicklungsstrategien und Konzepte des Gesundheitswesens in Belgien, in: Landenberger & Münch, S. 19 - 27.

Faulstich-Wieland, Hannelore (2006): Einführung in Genderstudien, 2. Aufl., Opladen/ Farmington Hills.

Fehr, Anja 2007: Mobbing am Arbeitsplatz, Eine strafrechtliche Analyse des Phänomens Mobbing, Baden-Baden.

Flick, Uwe 2000: Konstruktivismus, in: Flick u. a. 2000, S. 150 - 164.

Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.) 2000: Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek.

Flick, Uwe, 2007: Triangulation. Eine Einführung, 2. Aufl., Wiesbaden.

Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (Hrsg.) 2007: Landkarte Hochschulmedizin, Karlsruhe.

Fuchs, Johanna; Himmel, W.; Wilhelm, J. 1987: Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Heft 1 1987, S. 50 - 54.

Galtung, Johan 1981: Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek.

Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hrsg.) 1991: Qualitativ-empirische Sozialforschung, Opladen.

Geen, Russel, G.; Donnerstein, Edward, I. 1983: Aggression: Theoretical and Empirical Review, Vol. 1, New York.

Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola 2000: Kostendruck im Krankenhaus, Jahrbuch für kritische Medizin, Band 33, Hamburg.

Gerlinger, Thomas 2002: Mittelmäßig und teuer – Noch immer ungelöste Probleme im Gesundheitssystem, in: WZB- Mitteilungen Nr. 98, S. 5 - 9.

Gerlinger, Thomas 2009: Gesundheit zwischen Staat und Macht: Der Einfluss Europas, in: Forum Public Health, Nr. 64, 17. Jhg., S. 2 - 3.

Gerstenberg, Monika 2009: Mobbing und Spiritualität. Für alle die anders sind. Books on Demand, Norderstedt.

GESIS (Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften) 2009: Homepage unter: http://www.gesis.org/redirect/alte-institute/ am 22.11.2009.

GESIS (Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften) Center for Survey Design and Methodology(CSDM) 2009-a: Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen, unter: http://www.gesis.org/das-institut/wissenschaftliche-arbeitsbereiche/center-for-survey-design-methodology/ vom 21.11.2009.

Giddens, Anthony 1991: Structuration theory: Past, present and future, in: Bryant u. a. 1991, S. 201 - 221.

Giegel, Hans-Joachim (Hrsg.) 1993: Konflikt in modernen Gesellschaften. Frankfurt a. M.

Giesen, Bernhard 1991: Die Entdinglichung des Sozialen, Frankfurt a. M.

Gildemeister, Regine 1992: Heilen – Helfen – Kontrollieren. Über die Veränderung ihrer Relationen im Zuge von Modernisierungsprozessen, in: Otto u. a. 1992, S. 127 - 134.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. 1998: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern.

Glasl, Friedrich 2002: Konfliktmanagement – ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater, 7. Aufl., Bern.

Google 2003: Google Suche „Mobbing“ unter:, unter: http://www.google.de/search?q=mobbing&hl=de&lr=&ie= UTF-8&safe=off&start=10&sa=N am 12.06.2003.

Google 2009: Google Suche „Mobbing“ unter: http://www.google.de/search?hl=de&q=mobbing&btnG=Suche&meta=lr%3Dlang_de. am 30.6.2009.

Google-Trends 2009: unter: http://www.google.de/trends?q=mobbing vom 30.12.2009.

Graf, Alexander 2007: Mobbing. Theoretische und empirische Untersuchung von Konflikten im Bereich des Berufsschulwesens und Ableitung von Handlungsempfehlungen für Schule und Individuum, Dissertationsschrift der Johann Wolfgang Goethe – Universität Frankfurt a. M., unter: http://www.upress.uni-kassel.de/publi/abstract.php?978-3-89958-317-5 am 13.05.2009.

Grahmann, Reinhard; Gutwetter, Alfred 1996: Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich, Bern.

Greif, Siegfried; Holling, Heinz; Nicholson, Nigel 1997: Arbeits- und Organisationspsychologie Internationales Handbuch, 3. Aufl., Weinheim.

Groß, Claudia T. 2004: Analyse sozialer Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz – eine Tagebuchstudie (ASKA-Projekt), Dissertationsschrift der Johann Wolfgang Goethe – Universität Frankfurt a. M., unter: http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/volltexte/2007/4845/ am 13.05.2009.

Gumlich, Hans-Eckhart 1999: Über das Schreiben der Naturwissenschaftler: Brief an einen Physik-Doktoranden, in: Narr & Stary 1999, S. 151 - 166.

Haben, Gabriele; Harms-Böttcher, Anette 2001: Das Hamsterrad. Mobbing-Frauen steigen aus, 2. Aufl., Berlin.

Hagemann-White, Carol 1988: Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren, in: Hagemann-White u.a. 1988 S. 224 - 235.

Hagemann-White, Carol; Rerrich, Maria S. (Hrsg.) 1988: FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion, Bielefeld.

Hagemann-White, Carol; Breitenbach, Eva (Hrsg.) 2002: Geschlechterforschung als Kritik: zum 60. Geburtstag von Carol Hagemann-White, Wissenschaftliche Reihe Band 143, Bielefeld.

Hanft, Anke 1991: Identifikation als Einstellung zur Organisation. Eine kritische Analyse aus Interaktionistischer Sicht, München/Mering.

Hartfiel, Günter; Hillmann, Karl-Heinz 1972: Wörterbuch der Soziologie, 3. Aufl. Stuttgart.

Heitmeyer, Wilhelm; Hagan, John (Hrsg.) 2002: Internationales Handbuch der Gewaltforschung, Wiesbaden.

Hentze, Joachim 1991: Personalwirtschaftslehre 2, Personalerhaltung und Leistungsstimulation, Personalfreistellung und Personalinformationswirtschaft, 5. Aufl., Bern/Stuttgart.

Hitzler, Ronald; Eberle, Thomas, S. 2000: Phänomenologische Lebensweltanalyse, in: Flick u. a. 2000, S. 109 - 118.

Holzbecher, Monika; Meschkutat, Bärbel 1999: Mobbing am Arbeitsplatz – Informationen, Handlungsstrategien, Schulungsmaterialien, 4. Aufl., Dortmund/Berlin.

Hugo-Becker, Annegret; Becker, Henning 1996: Psychologisches Konfliktmanagement. Menschenkenntnis-Konfliktfähigkeit-Kooperation, 2. Aufl., München.

Igl, Gerhard; Knopf, Hartmut; Merkle, Werner 2003: Schriftenreihe zur Entwicklung sozialer Kompetenz, Band 2, Berlin.

Institut für Deutsche Sprache (Hrsg.) 2004: Neuer Wortschatz. Neologismen der 90er Jahre im Deutschen: Schriften des Instituts Für Deutsche Sprache, Berlin.

Irmen, Lisa 2006: Diskriminierung und Sprache, Vortrag an der Universität Bern im November 2006, unter: http://www.sub.unibe.ch/master/sub/content/e6278/e13696/e16839/ e16840/VortragBernNov.pdf am 16.02.2010.

Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt (Hrsg.) 2000: Forschung Frankfurt, 18. Jhg. Ausgabe 1-2000.

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg (Hrsg.) o. J.: Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann, unveröffentlichtes Manuskript, S. 27 - 31.

Kanter, Rosabeth Moss 1977: Men and Woman at the Corporation, New York.

Karsten, Maria-Eleonora 1992: Zeitleere-Zeitüberfüllung über Zeitorganisation und Zeitmanagement in personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, in: Otto u. a. 1992, S. 145 - 153.

Kelle, Udo; Erzberger Christian 2000: Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz, in: Flick u. a. 2000, S. 299 - 309.

Kieser, Alfred (Hrsg.) 2001: Organisationstheorien, 4. Aufl., Stuttgart.

Kirchner, Helga 2000: Mobbing im Pflegeteam. Mit Fallbeispielen aus der Praxis, Stuttgart.

Knorz, Carmen; Zapf, Dieter 1996: Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz, in: A&O. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1/1996, Göttingen/ Stuttgart, S. 12 - 21.

König, René (Hrsg.) 1967: Handbuch der Empirischen Sozialforschung, 1. Band, 2. Aufl., Stuttgart.

Kollmer, Norbert 2000: Rechtsberater. Mobbing im Arbeitsverhältnis. 2. Aufl., Heidelberg.

Kolodej, Christa 1999: Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und seine Bewältigung; mit zahlreichen Fallbeispielen, Wien.

Koschnick, Wolfgang, J. 1996: Management. Enzyklopädisches Lexikon, Berlin/New York, 1996.

Kowal, Sabine; O‘ Connell, Daniel 2000: Zur Transkription von Gesprächen, in: Flick u. a., S. 437 - 447.

Krohwinkel, Monika 1993: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege, Baden-Baden.

Kurray, Martin R. 2008: Die Veränderung der Konfliktkultur durch Wirtschaftsmediation. Erfolgreiche Implementierung durch Change Management, Hamburg.

Krüger, Helga 2002: Territorien – Zur Konzeptualisierung eines Bindeglieds zwischen Sozialisation und Sozialstruktur, in: Hagemann-White & Breitenbach 2002, S. 29 - 47.

Kühn, Hagen 2004: Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner u. a. 2004, S. 25 - 41.

Lagerlöf, Selma 1948: Die wunderbare Reise des kleinen Nils Holgersson mit den Wildgänsen, München.

Langenscheidt 1990: Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch, Berlin/München/Wien/Zürich/ New York.

Landenberger, Margarete 2004: Grundlagen des Gesundheitssystems in Deutschland, in: Dieffenbach u. a. 2004, S. 31 - 46.

Landenberger, Margarete 2002: Professionalisierungspfade der Pflege in Europa, in: Landenberger u. a. 2002, S. 273 - 293.

Landenberger, Margarete, Münch, Matthias 2001: Innovation in der Pflege: neue Pflegequalität durch Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Landenberger, Margarete; Ortmann, Julia 1999: Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege, Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Berlin.

Landenberger, Margarete; Klein, Ricarda; Horn, Ingrid (Hrsg.) 2002: Pflegepfade in Europa. Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa. Tagungsband der 4. Konferenz der European Nurse Directors Association (ENDA) in Halle/ Saale, Frankfurt a. M., S. 273 - 293.

Landenberger, Margarete 2005: Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa – Ist-Stand und Reform (Einleitung), in: Landenberger u. a. 2005, S. 13 - 15.

Landenberger, Margarete; Stöcker, Gertrud; Filkins Jacqueline; de Jong, Anneke; Them, Christa; Selinger, Yvonne; Schön, Peggy 2005: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Hannover.

Lazarus, Richard S.; Launier Rober 1981: Streßbezogene Transaktionenzwischen Person und Umwelt, in: Nitsch 1981, S. 213 - 260.

Lenz, Ilse; Nickel, Hildegard, Maria; Riegraf, Birgit (Hrsg.) 2000: Geschlecht-Arbeit-Zukunft. Forum Frauenforschung, Schriftenreihe der Sektion Frauenforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Band 12, Münster.

Leymannn, Heinz 1993: Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann, Reinbeck.

Leymannn, Heinz 1993-a: Äthiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz-eine Übersicht über die bisherige Forschung, in: Zeitschrift für Personalforschung 2., S. 271 - 284.

Leymannn, Heinz; Niedl, Klaus 1994: Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz. Ein Ratgeber für Betroffene, Wien.

Leymannn, Heinz (Hrsg.) 1995: Der neue Mobbing- Bericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote, Reinbeck.

Leymann, Heinz 1995-a: Mobbing. Das Konzept und seine Resonanz in Deutschland. In: Leymann, H. (Hrsg.), 1995, S. 13 - 26.

Leymann, Heinz 1995-b: Wenn Mobbing krank macht. Die posttraumatische Streßbelastung und ihre Folgen, in: Leymann 1995, S. 42 - 54.

Leymann, Heinz; Gustafsson, Annelie 1996: Mobbing and the development of post-traumatic stress disorders. The European Journal of Work and Organizational Psychology, 5/1996, S. 251 - 276.

Lorber, Judith; Farell, Susan A. (Hrsg.) 1991: The social Construction of Gender, London/New Delhi.

Löser, Angelika P. 2008: Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Leicht und sicher selbst erstellen, 3. Aufl., Hannover.

Lohre, Matthias 2009: Patienten nur gegen Bares. BESTECHUNG. Immer häufiger verlangen Praxisärzte Gegenleistungen für Klinikeinweisungen. Krankenhäuser und Ärzte beschuldigen einander, TAZ vom 4.09.2009, S. 2.

Lorenz, Konrad 1993: Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression, Wien.

Lorenz, Alfred L. 2000: Abgrenzen oder zusammen arbeiten, Krankenpflege und die ärztliche Profession, Frankfurt a. Main.

Mackensen von Astfeld, Sylvia 2000: Das Sick-Building-Syndrom unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses von Mobbing, Hamburg.

Mackensen von Astfeld, Sylvia; Morfeld, Matthias 1999: The impact of mobbing on well-being and health-related quality of life of office workers. Symposium on ”Mobbing“. 9th European Congress on Work and Organizational Psychology, 12. -15. 5. 1999, Helsinki.

Martino di, Vittorio 2002: Gewalt im Arbeitsleben, in: Heitmeyer & Hagan 2002, S. 1106 - 1129.

Mayring, Philipp 1990: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 1. Aufl., München.

Mayring, Philipp 2000: Qualitative Inhaltsanalyse, in: Flick u. a. 2000, S. 468 - 475.

Mayring, Philipp 2003: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 8. Aufl., Weinheim/ Basel.

Mayring, Philipp 2003-a: Qualitative Inhaltsanalyse, unter: http://visor.unibe.ch/ ws03/kii/artikel%20 Mayring.pdf vom 30.01.2003.

Meschkutat, Bärbel; Stackelbeck, Martina; Langenhoff, Georg 2002: Der Mobbing-Report. Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Dortmund/Berlin/Dresden.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike 1991: Expertinneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht, in: Garz & Kraimer 1991, S. 441 - 471.

Mielke, Rosemarie 2003: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, unter: http://www.erzwiss.uni-hamburg.de/Personal/Mielke/Mayring.ppt+Mayring&hl=de&ie=UTF-8 vom 23.01.2003.

Mikl-Horke, Gertraud 1994: Soziologie. Historischer Kontext und soziologische Theorie-Entwürfe, 3. Aufl., Wien.

Mills, Albert; Tancred, Peter 1992: Gendering Organizational Analysis, London.

Mittelstaedt, Inga 1998: Mobbing und Emotionen. Aspekte einer Organisationssoziologie, München.

Moebius, Monica 1988: Psychoterror im Betrieb, in: Psychologie Heute, Heft 1/2009, S. 32 - 39.

Moser, Heinz 1995: Grundlagen der Praxisforschung, Freiburg i. Br.

Moser, Sibylle 2004: Konstruktivistisch Forschen. Methodologie, Methoden, Beispiele, Wiesbaden.

Moser, Sibylle 2004-b: Konstruktivistisch Forschen? in: Moser 2004, S. 9 - 42.

Müller, Ursula 1999: Geschlecht und Organisation. Traditionsreiche Debatten - aktuelle Tendenzen, in: Nickel u. a. 1999 S. 53 - 75.

Musahl, Hans-Peter; Eisenhauer, Thomas 2000 (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit. Beitrage zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen, Heidelberg.

Naase, Christian 1978: Konflikte in der Organisation – Ursachen und Reduzierungsmöglichkeiten, Stuttgart.

Nachreiner, Friedhelm 2002: Über einige aktuelle Probleme der Erfassung, Messung und Beurteilung der psychischen Belastung und Beanspruchung, in: Organ der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. Dortmund (Hrsg.), Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1-2/2002, S. 10 - 21.

Narr, Wolf-Dieter; Stary, Joachim 1999: Lust und Last des wissenschaftlichen Schreibens. Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer geben Studierenden Tips, Frankfurt a. M., S. 151 - 166.

Nauert, Annette 2000: Praxisforschung, in: Rennen-Allhoff & Schaeffer 2000, S. 771 - 818.

Neuberger, Oswald 1974: Messung der Arbeitszufriedenheit, Stuttgart.

Neuberger, Oswald 1991: Organisationspsychologie: Eine Disziplin auf der Suche nach ihrem Gegensand, Augsburger Beiträge zu Organisationspsychologie und Personalwesen, Heft 12/1991, Augsburg.

Neuberger, Oswald 1994: Mobbing: Übel mitspielen in Organisationen, Schriftenreihe Organisation und Personal, Band 5., München.

Neuberger, Oswald 1995: Mobbing: Übel mitspielen in Organisationen, Schriftenreihe Organisation und Personal, Band 5, 2. Aufl., München.

Neuberger, Oswald 1995-b: Führen und geführt werden, Basistexte Personalwesen, Band 3, 5. Aufl., Stuttgart.

Neuberger, Oswald 1999: Mobbing: Übel mitspielen in Organisationen, Schriftenreihe Organisation und Personal, Band 5, 3. Aufl. München

Nickel, Hildegard Maria; Völker, Susanne; Hüning, Hasko (Hrsg.) 1999: Transformation-Unternehmensreorganisation – Geschlechterforschung, Opladen.

Niedl, Klaus 1994: Mobbing in Österreich, in: Leymann & Niedl 1994, S. 93 - 129.

Niedl, Klaus 1995: Wem nützt Mobbing? Psychoterror am Arbeitsplatz und die Personalwirtschaft von Unternehmen, in: Leymann 1995, S. 55 - 75.

Nitsch, J.R. 1981: Streß: Theorien; Untersuchungen; Maßnahmen, Stuttgart.

Noelle-Neumann, Elisabeth; Petersen, Thomas 2000: Alle, nicht jeder. Einführung in die Methoden der Demoskopie, München.

Noelle-Neumann, Elisabeth; Petersen, Thomas 2004: Alle, nicht jeder. Einführung in die Methoden der Demoskopie, 4. Aufl., München.

Nolting, Hans-Peter; Paulus, Peter 1990: Psychologie lernen, München.

Nufer, Sonja; Schrader, Hans Christian 2007: Wenn Liebe zum Desaster wird: Mobbing in der Partnerschaft, Frankfurt a. M.

OECD 1997: OECD Wirtschaftsberichte. Deutschland, Paris.

OECD 2009: OECD-GESUNDHEITSDATEN 2009. Deutschland im Vergleich unter: http://www.oecd.org/document/52/0,3343,de_34968570_34968855_38974068_1_1_1_1,00.html am 31.08.2009.

Offe, Claus 1984: Arbeitsgesellschaft: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Frankfurt/New York.

Offe, Claus 1984-b: Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit: Vier soziologische Erklärungsansätze, in: Offe 1984 S. 291 - 319.

Offermanns, Guido 2009: Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen: Gegen oder für Patienten? in: Forum Public Health, Nr. 64, 17. Jhg., S. 7 - 9.

Organ der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. Dortmund (Hrsg.) 2002: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1-2/ 2002, Dortmund.

Otto, Hans-Uwe; Hirschauer, Paul; Thiersch, Hans (Hrsg.) 1992: Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Entwürfe einer neuen Praxis; Neuwied/Berlin.

Paeger, Axel 2009: Effizienz und Incentivierung in der stationären Versorgung, in: Forum Public Health, Nr. 64, 17. Jhg., S. 18 - 19.

Pehlke-Milde, Jessica; Räbiger, Jutta 2009: Qualifikationsrahmen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsberufe, in: Forum Public Health, Nr. 64, 17. Jhg., S. 27 - 28.

Peltzer, Ulrich 2009: Ohne Begriffe kein Denken. Die Erinnerung an die 70er-Jahre-Linke ist die Basis für ein Vokabular der Gegenwart, in: Die TAZ vom 25.03.2009, S.12.

Pfeiffer, Doris 2009: Mit Bismarck allein wird es nicht gehen! in: Forum Public Health, Nr. 64, 17. Jhg., S. 20 - 21.

Pieper, Rüdiger (Hrsg.) 1992: Lexikon Management, Wiesbaden.

Poliwoda, Sebastian 1993: Die Pflege ein Beruf? in: Die Schwester der Pfleger 1/1993, S. 13 - 15.

Popper, Karl R. 1982: Logik der Forschung, Tübingen.

Priester, Klaus 1993: Auf dem Weg zu schichtarmen Arbeitszeiten im Krankenhaus – neue Arbeitszeitmodelle humanisieren die Pflegearbeit, in: Arbeit & Ökologie - Briefe Nr. 5 1993, S. 7 - 13.

Rabe-Kleberg, Ursula 1987: Traditionelle Frauenberufe – traditionell unsicher, in: Rudolph u. a. 1987, S. 147 - 153.

Rabe-Kleberg, Ursula 1993: Verantwortlichkeit und Macht: Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe, Bielefeld.

Rabe-Kleberg, Ursula 1994: Sonderwege und Sackgassen – über die notwendige „Normalisierung" weiblicher Berufs- und Bildungsbiographien, in: Alheit u.a. 1994, S. 533 - 545.

Rabe-Kleberg, Ursula 1994-a: Vom Dienen zur Dienstleistung. Zur Professionalisierung des Erzieherinnenberufs, in: Fachzeitschrift für die Arbeit mit Kindern, TPS 17/1994, S. 2 - 6.

Rakowitz, Nadja 2004: Blick zurück nach vorn. Zur Geschichte der kritischen Medizin aus heutiger Sicht, in: Elsner u. a. 2004.S. 25 - 41.

Regnet, Erika 1992: Konflikte in Organisationen, Göttingen/ Stuttgart.

Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.) 2000: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim.

Resch, Martin 1994: Wenn Arbeit krank macht, Frankfurt a. M./Berlin.

Riebel, Julia 2008: Spotten, Schimpfen, Schlagen. Gewalt unter Schülern – Bullying und Cyberbullying, Landau.

Riegraf, Birgit 2000: Organisationswandel, Organisationslernen und das Geschlechterverhältnis, in: Lenz u. a. 2000, S. 150 - 177.

Rieker, Gerhard 1994: Der Arzt. Mittler zwischen einem mechanischen und einem humanistisch philosophischen Weltbild, in: Rudolph 1994, S. 40 - 55.

Rohleder, Norbert E. 2000: Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Personalwirtschaft, Marburg.

Rosenbrock, Rolf 2004: Prävention und Gesundheitsförderung, in: Elsner u. a. 2004, S. 11 - 24.

Rosenstiel, Lutz von; Molt, Walter; Rüttinger, Bruno 1995: Organisationspsychologie, Grundriß der Psychologie ,Band 22, Stuttgart/Berlin/Köln.

Rudolph, Günther (Hrsg.) 1994: Medizin und Menschenbild. Eine selbstkritische Bestandsaufnahme, Tübingen.

Rudolph, Hedwig; Manthey, Helga; Mayer, Christine; Ostendorf, Helga; Rabe-Kleberg Ursula; Stahr, Ingeborg 1987: Ungeschützte Arbeitsverhältnisse. Frauen zwischen Risiko und neuer Lebensqualität, Hamburg.

Rusch, Gebhard 2004: Konstruktivismus und Systemanalyse, in: Moser 2004, S. 172 - 201.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I. Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Sondergutachten, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II. Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten, Baden-Baden.

Schauer, Renate 1998: Mobbing. Kostspielige Kränkungen am Arbeitsplatz, Berlin.

Schild, Ihno; Heeren, Andreas 2001: Mobbing. Konflikteskalation am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der Prävention und Intervention, München.

Schlaugat, Kerstin 1999: Mobbing am Arbeitsplatz. Eine theoretische und empirische Analyse, München/Mering.

Schmerfeld, Karla; Schmerfeld, Jochen 2000: Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus, in: Gerlinger u. a. 2000, S. 94 - 109.

Schmidbauer, Wolfgang 1983: Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. 1. Aufl., Hamburg.

Schmidbauer, Wolfgang 2007: Mobbing in der Liebe: Wie es dazu kommt und was wir dagegen tun können, Gütersloh.

Schmidtke, Heinz 2002: Vom Sinn und Unsinn der Messung psychischer Belastung und Beanspruchung, in: Organ der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. Dortmund (Hrsg.): Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1-2/ 2002, 56. Jahrgang, S. 4 - 9.

Schnecke, Jörg 2003: Entwicklung und Prüfung eines Modells zur Beschreibung und Erklärung der Entstehung von Mobbingphänomenen. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.) vorgelegt der Philosophischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Halle.

Schnecke, Jörg 2003-a: Wie entsteht Mobbing? Entwicklung und Prüfung eines Modells, in: Igl, G.; Knopf, H.; Merkle, W. 2003: Schriftenreihe zur Entwicklung sozialer Kompetenz, Band 2, Berlin.

Schneider, Markus; Biene- Dietrich, Peter; Gabanyi, Monika; Hofmann, Uwe; Huber, Manfred; Köse, Aynur; Sommer, Jürg H. 1998: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Übersichten 1997, Rieden.

Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke 1992: Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl., München/Wien/Oldenbourg.

Schütz, Alfred 1971: Gesammelte Aufsätze Band 1 – das Problem der sozialen Wirklichkeit, Den Haag.

Schütz, Alfred 1974: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, Eine Einführung in die verstehende Soziologie, Frankfurt a. M.

Schulte, Christoph 1993: Böses und Psyche. Immoralität in psychologischen Diskursen, in: Colpe & Schmidt-Biggemann 1993, S. 300 - 322.

Schulte- Sasse, Hermann 2004: Das Krankenhaus der Zukunft, in: Rudplph 1994, S. 163 - 174.

Schulze, Herbert 1989: Organisationsgestaltung und strategische Organisationsanalyse: dargestellt am Beispiel der Krankenhausorganisation. Berlin.

SFS 2002: Sozialforschungsstelle Dortmund. http://www.sfs-mobbing-report.de/mobbing800/ index. htm vom 12.06.2003.

Simon, Michael 2000: Kein Ende des Experimentierens: Zur geplanten Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems, in: Gerlinger u. a. 2000, S. 10 - 36.

Simon, Michael 2000-a: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/ Wiesbaden.

Simon, Michael 2004: Krankenhauspolitik – ein historischer Bogen, in: Rudplph 1994, S. 150 - 162.

Sonntag, Karlheinz. 1997 (Hrsg.): Arbeitsanalyse und Technikentwicklung, Köln.

Spiegel - Wissen 2008: Wort des Tages: Cyber-Mobbing, unter: http://wissen.spiegel.de/wissen vom 31.05.2008

Stähr, Herbert 2009: Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung. Das Beispiel der künstlichen Ernährung, Wiesbaden.

Staehle, Wolfgang H. 1990: Management – eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 5. Aufl., München.

Staehle, Wolfgang H. 1994: Management – eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 7. Aufl., München.

Steffen Antje 2001: Universitätskrankenhäuser im reformierten Gesundheitswesen. Multifunktionale Organisationen im Spannungsfeld von Krankenversorgung, Medizinforschung und Lehre, Wiesabden.

Steinke, Ines, 2000: Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick u. a. 2000, S. 319 - 331.

Strübing, Jörg 2008: Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2. Aufl., Wiesbaden.

Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet, 1992: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim.

Strauss, Anselm L. 1998: Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung, 2. Aufl., München.

Tannenbaum, Robert; Schmidt, Warren H. 1958: How to choose a leadership pattern, in: Harvard Business Review, 36/1958, S. 95 - 102.

Tedeschi, James T. 2002: Die Sozialpsychologie von Aggression und Gewalt, in: Heitmeyer 2002, S. 573 - 579.

Teubner, Ulrike 1992: Geschlecht und Hierarchie, in: Wetterer 1992 S. 45 - 50.

Textor A. M. 1998: Auf deutsch. Das Fremdwörterlexikon, Hamburg.

Thiel, Ansgar 2003: Soziale Konflikte, Bielefeld.

Thomas, Alexander 1992: Grundriß der Sozialpsychologie. Band 2: Individuum – Gruppe – Gesellschaft, Göttingen.

Thon, Christine 2006: Rekonstruktive Geschlechterforschung und die zögerliche Konstitution ihres Gegenstandes. Eine Übung in der systematischen Irritation des Blicks, in: Bilden & Dausien 2006, S. 179 - 198.

Tuckmann Bruce W. 1965: Developmental sequence in small groups, in: Psychological Bulletin, Vol. 63(6) 1965, S. 384 - 399.

Tuckmann Bruce W.; Jensen Mary Ann C. 1977: Stages of Small-Group Development Revisited, in: Group & Organization Management, Vol. 2, No. 4, S. 419 - 427.

Ullsperger, Peter; Windel, Armin 2002: Psychische Belastung und Beanspruchung aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 1-2/ 2002, S. 77 - 79.

Unger, Fritz 2005: Kritik des Konstruktivismus, 2. Aufl., Heidelberg.

Universität Trier (Hrsg.) 1998: Segmentierung mit SPSS-CHAID 6.0, Trier.

Vartia, Maarit 1996: The sources of bullying – psychological work: enviroment and organizational climate, in: European Journal of Work and Organizational Psychology: Mobbing and victimization at work, London, S. 203 - 215.

Vartia-Väänänen, Maarit 2003: Workplace bullying – A study on the work environment, well-being and health, ACADEMIC DISSERTATION, University of Helsinki, Department of Psychology, Helsinki.

Vavrik, Ursula, 1990: Segmentierung von Tourismusmärkten: Eine Renaissance des Automatischen Interaktionsdetektors, in: Der Markt, 29/1990, S. 77 - 88.

Vincenti, Aurelio; Behringer, Angelika; Hering, Thomas 2002: Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, in: Buchert & Hering 2002, S. 9 - 20.

Voigtländer, Helga; Böttcher, Sabine 1998: Mobbing im Meinungsbild der Bevölkerung. Soziologisch-empirische Studie, FOKUS, Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien, Halle.

Volprich, Elenor 1996: Oft hinter einer Maske: Die Täter des Mobbing, in: Mensch und Gesellschaft, 21./22.09.1996, S. 33.

Voß, Werner 1997: Praktische Statistik mit SPSS, München/Wien.

Voß, Werner 2000: Praktische Statistik mit SPSS, 2. Aufl., München/Wien.

Walgenbach, Peter 2001: Giddens‘ Theorie der Strukturierung, in Kieser 2001, S. 355 - 375.

Waller, Heiko 2002: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health, 3. Aufl., Stuttgart.

Watzlawik, Paul 1987: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? 15. Aufl., München/Zürich.

Wegner, Reiner K. 2004: Mobbing – Heraus aus der Opferrolle! Books on Demand, Norderstedt.

Wetterer, Angelika 1992: Profession und Geschlecht: Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Frankfurt a. M./New York 1992.

Wiesinger, Hannelore 2003: Qualitative Methoden nach Mayring, unter: http://uni-koeln.de/phil-fak/fs-psych/serv-pro/mayring.html vom 23.01.2003.

Wilpert, Bernhard; Rayley, Jörg 1983: Anspruch und Wirklichkeit der Mitbestimmung (Arbeitsberichte des WZB), Frankfurt a. M./New York.

Wissenschaftsrat 2007: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Berlin.

Wolff, Stephan 2000: Dokumenten- und Aktenanalysen, in: Flick u. a. 2000, S. 502 - 513.

ZA (Zentralarchiv für empirische Sozialforschung an der Universität zu Köln) 2000: ALLBUS 1980 – 2000. Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften – German General Social Survey, CD, Stand 2000, Köln.

Zapf, Dieter 1999: Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 43 (N.F. 17) 1/1999, S. 1 - 25.

Zapf, Dieter 2000: Mobbing – eine extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen, in: Musahl & Eisenhauer 2000, S. 142 - 149.

Zapf, Dieter; Groß, Claudia 2000: Mobbing – Konflikteskalation am Arbeitsplatz, in: Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt (Hrsg.), Forschung Frankfurt, 1-2000, S. 22 - 33.

Zeichhardt, Rainer 2009: Komik und Konflikt in Organisationen, Wiesbaden.

Zeterberg, Hans L. 1967: Theorie, Forschung und Praxis in der Soziologie, in: König 1967, S. 64 - 104.

ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) 2000: Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen, unter: http://www.gesis.org/ZUMA/ vom 01.04.2000.

ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) 2004: Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen, unter: http://www.gesis.org/ZUMA/ vom 13.05.2004.

Zuschlag, Bernhard 1994: Mobbing. Schikane am Arbeitsplatz, Göttingen.

Anhang

Tabellen und Abbildungen zu Häufigkeiten bzw. Faktorenanalysen

Tabelle EH 1: Demografische Merkmale 265
Tabelle EH 2: Angaben zum Arbeitsverhältnis 267
Tabelle EH 3: Angaben zur Organisation 268
Tabelle EH 4: Aufgabenformulierung und -gestaltung 269
Tabelle EH 5: Aufgabenformulierung und -gestaltung (Faktorenanalyse) 270
Tabelle EH 6: Arbeitsbelastungen in Bezug auf die Station 271
Tabelle EH 7: Arbeitsklima 272
Tabelle EH 8: Arbeitsklima (Faktorenanalyse) 273
Tabelle EH 9: Entscheidungsfindung 275
Tabelle EH 10: Momentane Arbeitssituation 276
Tabelle EH 11: Führungsstil 277
Tabelle EH 12: Zufriedenheitsaspekte 278
Tabelle EH 13: Zufriedenheitsaspekte (Faktorenanalyse) 279
Tabelle EH 14: Individuelle Arbeitsbelastungen 280
Tabelle EH 15: Individuelle Arbeitsbelastungen (Faktorenanalyse) 282
Tabelle EH 16: Wichtigkeitsaspekte allgemein 283
Tabelle EH 17: Wichtigkeitsaspekte der Berufstätigkeit 284
Tabelle EH 18: Konfliktumgang 286
Tabelle EH 19: Ursachen von Arbeitsplatzkonflikten 287
Tabelle EH 20: Mobbingbetroffenheit nach Personen(gruppen) 288
Tabelle EH 21: Hilfe bei Arbeitsplatzkonflikten 289
Tabelle EH 22: Stimmungen 290
Tabelle EH 23: Stimmungen (Faktorenanalyse) 291

Abb. EH 1: Aufgabenformulierung und -gestaltung 269
Abb. EH 2:Aufgabenformulierung und -gestaltung (Faktorenanalyse) 270
Abb. EH 3: Arbeitsbelastungen in Bezug auf die Station 271
Abb. EH 4: Arbeitsklima 272
Abb. EH 5: Arbeitsklima (Faktorenanalyse) 274
Abb. EH 6: Entscheidungsfindung 275
Abb. EH 7: Widergespiegelte momentane Arbeitssituation 276
Abb. EH 8: Führungsstile der Station und des gesamten Hauses 277
Abb. EH 9: Zufriedenheitsaspekte 278
Abb. EH 10: Zufriedenheitsaspekte (Faktorenanalyse) 279
Abb. EH 11: Individuelle Arbeitsbelastungen 280
Abb. EH 12: Arbeitsbelastungen im Vergleich 281
Abb. EH 13: Individuelle Arbeitsbelastungen (Faktorenanalyse) 282
Abb. EH 14: Wichtigkeitsaspekte allgemein 283
Abb. EH 15: Wichtigkeitsaspekte der Berufstätigkeit 284
Abb. EH 16: Individuelle Wichtigkeiten und Realitäten der Berufstätigkeit im Vergleich 285
Abb. EH 17: Konfliktumgang 286
Abb. EH 18: Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte 287
Abb. EH 19: Mobbingbetroffenheit nach Personen(gruppen) 288
Abb. EH 20: Hilfe in Arbeitsplatzkonflikten 289
Abb. EH 21: Stimmungen 290
Abb. EH 22: Stimmungen (Faktorenanalyse) 291

Tabelle EH 1: Demografische Merkmale

Stichprobe n	**Prozent 100,0**	**total 855**	**RF**
Alter in Jahren (Mittelwert 34,8)			
- 17 bis 20	6	51	6
- 21 bis 25	14	112	4
- 26 bis 30	16	134	3
- 31 bis 35	19	161	1
- 36 bis 40	18	153	2
- 41 bis 45	13	104	5
- 46 bis 50	6	48	7
- 51 bis 55	5	40	8
- 56 bis 60	3	23	9
- 61 bis 64	0	2	10
Angaben zum Alter von ... der Stichprobe	97	828	
Geschlecht			
- weiblich	85	702	1
- männlich	15	122	2
Angaben zum Geschlecht von ... der Stichprobe	96	824	
Familienstand			
- ledig	40	314	2
- verheiratet	51	398	1
- geschieden	7	58	3
- verwitwet	1	11	4
Angaben zum Familienstand von ... der Stichprobe	91	781	
Partnerschaftssituation			
- in Partnerschaft leben	69	544	1
- nicht in Partnerschaft lebend	31	241	2
Angaben zur Partnerschaftssituation von ... der Stichprobe	92	785	
Anzahl der Kinder (Mittelwert 0,9)			
- kein Kind	47	392	1
- ein Kind	24	204	2
- zwei Kinder	23	196	3
- drei und mehr Kinder	6	47	4
Angaben zur Kinderanzahl von ... der Stichprobe	98	839	
höchster Abschluss			
- bis Mittlere Reife	34	284	2
- Abitur und Fachabitur	21	173	3
- Fachschule bis Uni	45	380	1
- Anderer Abschluss[144]	0	2	8
Angaben zum Abschluss von ... der Stichprobe	98	837	
beruflicher Abschluss			
- Krankenschwester/Pfleger	75	624	2
- Fach- und OP-Krankenschwester/ -pfleger	11	89	3
- Kinderkrankenschwester/ -pfleger	7	55	4
- Krankenpflegehelfer(in)	2	13	7
- kein Abschluss	3	22	6
- anderer Abschluss[145]	4	32	5
zusammengefasst			
- kein, anderer oder helfender Abschluss	8	67	2
- pflegerischer Abschluss (alle)	92	768	1
Angaben zum beruflichen Abschluss von ... der Stichprobe	98	835	
Berufstätigkeit PartnerIn			
- ja, voll	82	537	1
- ja, Teilzeit	8	49	3
- nein	10	67	2
Angaben zur Berufstätigkeit des Partners von ... % der Stichprobe	76	653	

144 Hier erfolgte keine Angabe, um welche Abschlüsse es sich handelt.

145 Unter ‚anderer Abschluss' verbergen sich folgende Abschlüsse: Hebammen (19), Arzt- und ZahnarzthelferInnen (6), AltenpflegerInnen (2) PhysiotherapeutInnen (1), ErgotherapeutInnen (1), MTA (1) und LehrerInnen (2).

Tabelle EH 2: Angaben zum Arbeitsverhältnis

Stichprobe n	**Prozent 100,0**	**total 855**	**RF**
Schichtarbeit			
-drei Schichten	61	512	1
-zwei Schichten	19	160	3
-keine Schichten	20	168	2
Angaben zur Schichtarbeit von ... der Stichprobe	98,2	840	
Wochenarbeitszeit (Mittelwert 37,3)			
-4 bis 20	7	55	4
-21 bis 37	7	61	3
-38 und 39	33	268	2
-genau 40	52	423	1
-41 bis 60	2	13	5
Angaben zur Schichtarbeit von ... der Stichprobe	95,9	820	
wöchentliche Überstunden (Mittelwert 2,6)			
-keine	37	306	1
-genau 1	16	133	4
-genau 2	17	138	3
-3 bis 10	27	225	2
-11 bis 90	3	24	5
Angaben zur Schichtarbeit von ... der Stichprobe	96,6	826	
betriebliche Position			
-Azubi	10	84	4
-Aushilfskraft	1	9	6
-AN ohne Personalverantwortung	61	510	11
-AN mit Personalverantwortung	14	113	2
-Vorgesetzter Stationsebene	12	100	3
-Vorgesetzter Klinikebene	1	10	5
-andere Position	0	4	7
Angaben zur betrieblichen Position von ... der Stichprobe	97,1	830	
Arbeitsverhältnis			
-unbefristet	82	687	1
-befristet	16	135	2
-zur Zeit auf Probe	1	7	3
-anderes	0	4	4
Angaben zum Arbeitsverhältnis von ... der Stichprobe	97,4	833	
im Krankenhaus seit Jahren (Mittelwert 11,9)			
-1 bis 5	28	221	2
-6 bis 10	26	204	3
-11 bis 15	19	148	4
-16 bis 42	28	222	1
Angaben zur Krankenhauszugehörigkeit von ... der Stichprobe	93,0	795	
auf Station seit Jahren (Mittelwert 8,8)			
-1 bis 5	39	268	1
-6 bis 10	32	214	2
-11 bis 15	14	94	4
-16 bis 42	15	104	3
Angaben zur Stationszugehörigkeit von ... der Stichprobe	79,5	680	
Arbeitsort			
-Ost	57	472	1
-West	43	360	2
Angaben zum Arbeitsort von ... der Stichprobe	97,3	832	
Ausbildungsort			
-Ost	58	476	1
-West	42	348	2
Angaben zum Arbeitsort von ... der Stichprobe	96,4	824	

Tabelle EH 3: Angaben zur Organisation

Stichprobe n	**Prozent 100,0**	**total 855**	**RF**
Arbeitsanteile (Mittelwerte)			
- Pflege	36		1
- Diagnostik/ Therapie	21		2
- Pflegedokumentation	20		3
- Kooperation und Koordination	12		5
- Pflegeorganisation	11		6
- Pflegeforschung	5		7
- anderes	18		4
Angaben zu Arbeitsanteilen von ... der Stichprobe	81	693	
Aufgabenteilung			
- Pflegende sind immer für die gleichen Patienten zuständig	46	296	1
- Pflegende sind immer für die gleichen Arbeiten zuständig	34	218	2
- beide o.g. Formen kommen vor	19	123	3
Angaben zur Aufgabenteilung von ... der Stichprobe	74,5	637	
Aufgabenprofil			
- allgemeine Pflegedienste	41	331	1
- Intensivpflege	28	227	2
- Funktionsdienst	16	128	3
- anderes[146]	16	128	3
Angaben zur Aufgabenteilung von ... der Stichprobe	95,2	814	
Stationsgröße Bettenanzahl (Mittelwert 21,5, δ 47,5)			
- 1 bis 14	34	227	1
- 15 bis 22	34	223	2
- 23 bis 1200	32	211	3
Angaben zur Aufgabenteilung von ... der Stichprobe	77,3	661	
Stationsgröße Pflegefach- und -hilfskräfte (Mittelwert 18,9; δ 15,4)			
- 1 bis 11	33	253	2
- 12 bis 17	31	235	3
- 18 bis 120	36	270	1
Angaben zur Aufgabenteilung von ... der Stichprobe			
Stationsgröße ArztInnen (Mittelwert 6,4; δ 10,7)			
- 1 bis 2	24	180	2
- 3 bis 4	37	269	1
- 5 bis 6	14	106	3
- 7 und mehr	24	180	2
Angaben zur Aufgabenteilung von ... der Stichprobe	95,2	814	
Anzahl der Pflegenden gesamt in Prozent			
- relativ klein (1.000 bis 1.300)	50	411	2
- relativ groß (mehr als 1.500)	50	412	1
Angaben zur Anzahl der Pflegenden von ... der Stichprobe	96	823	
Rechtsformänderung erfolgt in Prozent			
- ja	43	354	2
- nein	57	469	1
Angaben zur Rechtsformänderung von ... der Stichprobe	96	823	
PD im Klinikumsvorstand in Prozent			
- ja	71	584	1
- nein	29	239	2
Angaben zur Dreierleitung von ... der Stichprobe	96	823	
PD hierarchieübergreifend gesprächsbereit in Prozent			
- generell	74	606	1
- eingeschränkt	26	217	2
Angaben zur Gesprächsbereitschaft von ... der Stichprobe	96	823	

146 Hierzu gehören u.a. Pflegedienste und Intensivpflege (28), Pflegedienste und Funktionsdienst (10), Intensivpflege und Funktionsdienst (6).

Tabelle EH 4: Aufgabenformulierung und -gestaltung

Frage: Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Aufgaben...	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten in % von n	RF nach 1+2
werden verständlich formuliert	25	78	18	4	1	2,0	835	98	1
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	19	64	31	5	1	2,2	842	99	2
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	13	55	35	10	2	2,4	827	97	3
werden gerecht aufgeteilt	13	53	32	15	3	2,5	837	98	4
stimmen mit Unternehmenszielen überein	9	45	39	13	3	2,6	791	93	5
werden im Team festgelegt	8	39	32	29	8	2,9	838	98	6
werden zentral vorgegeben	7	29	32	39	11	3,1	819	96	7
sind nicht immer logisch	8	23	43	34	8	3,1	833	97	8
werden von den Ärzten verteilt	2	12	46	42	13	3,4	839	98	9

Abb. EH 1: Aufgabenformulierung und -gestaltung

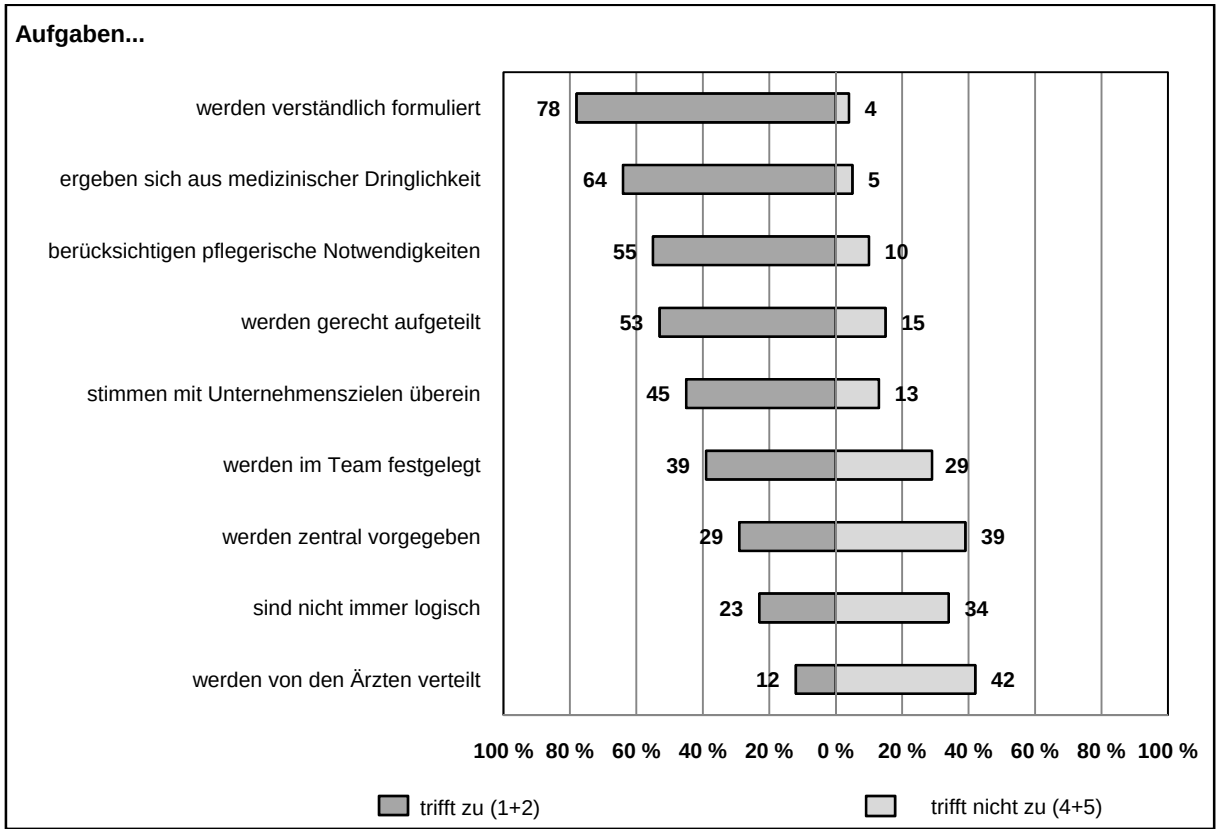


Tabelle EH 5: Aufgabenformulierung und -gestaltung (Faktorenanalyse)

rotierte Komponentenmatrix(a) Aufgaben….	**Komponente** 1	2	3	**theoretische Beschreibung**
werden gerecht aufgeteilt	,764	,047	,123	eigene Identifikation
werden verständlich formuliert	,707	-,016	,310	
werden im Team festgelegt	,697	,080	-,019	
sind nicht immer logisch	-,643	,172	,177	
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	,626	,368	-,137	
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	,241	,814	-,079	medizinisch dominiert
werden von den Ärzten verteilt	-,177	,606	,239	
werden zentral vorgegeben	-,087	,046	,847	top-down dominiert
stimmen mit Unternehmenszielen überein	,453	,109	,503	

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
a Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Abb. EH 2: Aufgabenformulierung und -gestaltung (Faktorenanalyse)

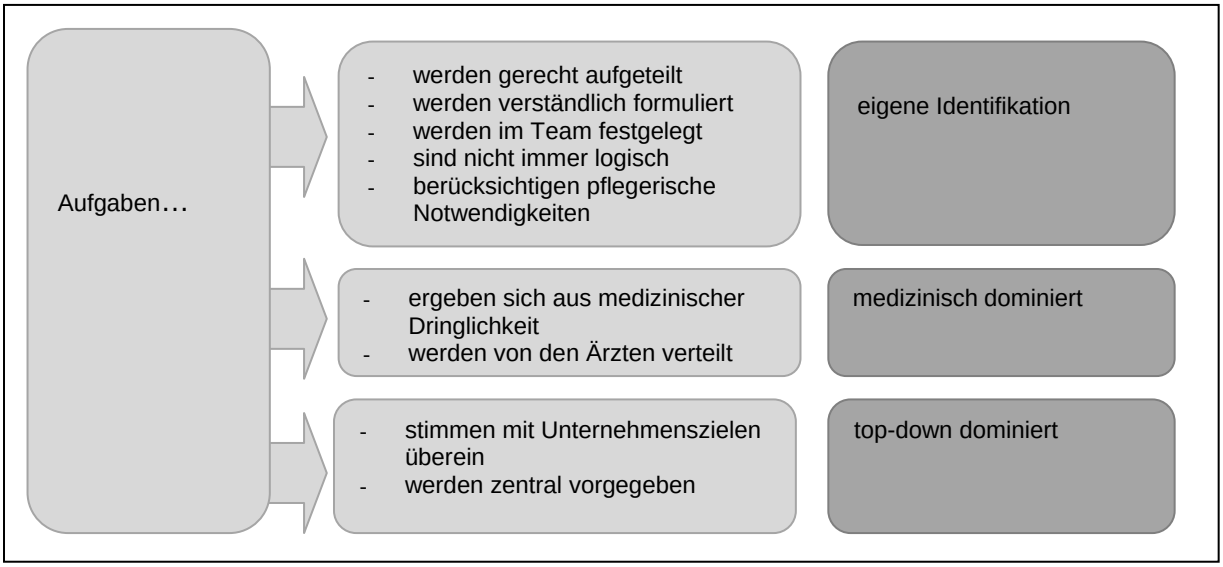


Tabelle EH 6: Arbeitsbelastungen in Bezug auf die Station

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände die Arbeit auf Ihrer Station?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten in % von n	RF nach 1+2
Personalmangel	39	70	21	9	2	2,0	811	95	1
zu wenig Zeit für Patienten	19	54	32	14	2	2,4	804	94	2
unzureichende Informationen	12	43	41	15	2	2,6	802	94	3
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	15	42	34	24	6	2,7	794	93	4
hohe Verantwortung	11	39	39	22	3	2,8	803	94	5
Behandlungsmisserfolge	9	39	41	20	3	2,8	790	92	6
hohen organisatorischen Aufwand	9	39	47	15	2	2,7	798	93	7
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	12	38	30	31	9	2,9	782	92	8
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	10	38	35	27	5	2,8	799	94	9
körperliche Beanspruchung	11	38	44	18	3	2,7	806	94	10
seelische Beanspruchung	9	36	46	18	2	2,8	803	94	11
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	13	36	31	34	12	3,0	781	91	12
das Verleumden einzelner Personen	11	33	28	40	19	3,2	771	90	13
unklare Arbeitsabläufe	9	32	35	33	7	3,0	799	94	14
das Ignorieren einzelner Personen	8	27	35	38	14	3,2	783	92	15

Abb. EH 3: Arbeitsbelastungen in Bezug auf die Station

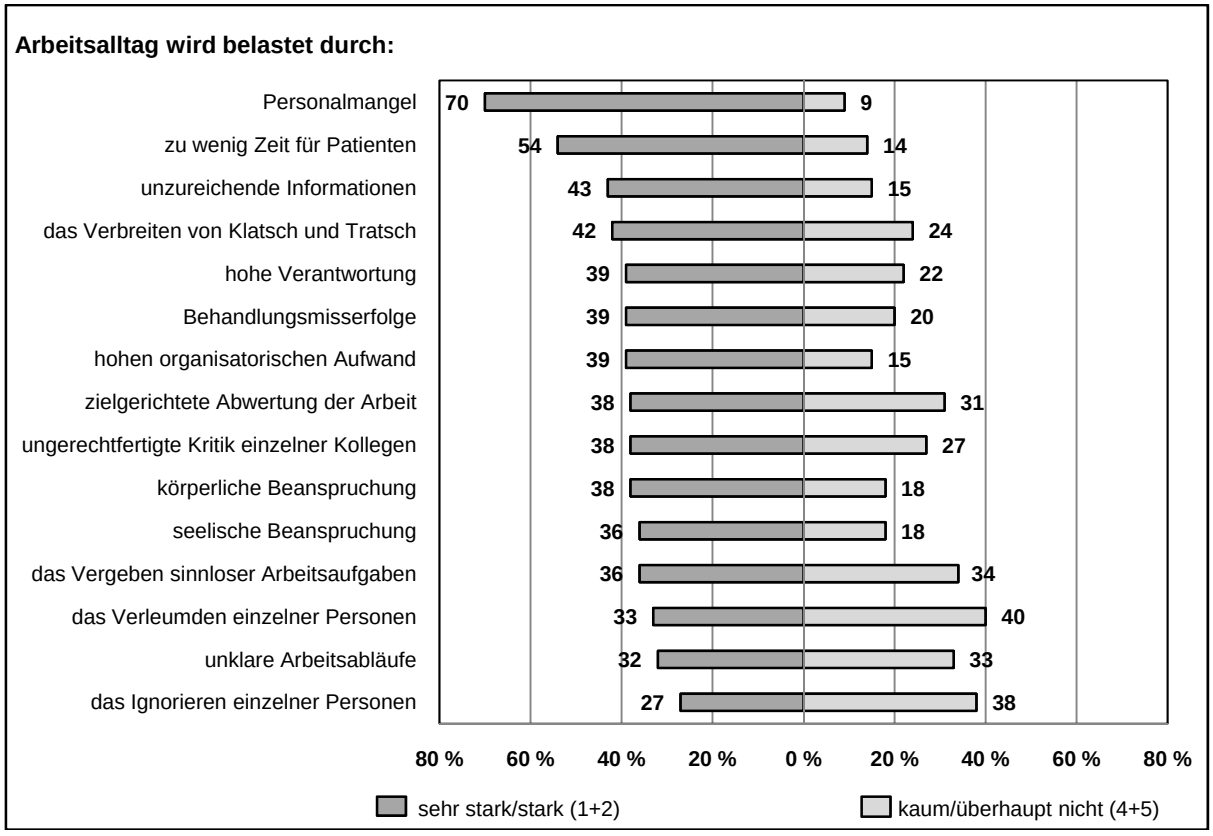


Tabelle EH 7: Arbeitsklima

Frage: Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Das Arbeitsklima ist gekennzeichnet durch...	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten in % von n	RF nach 1+2
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	13	59	33	9	0	2,4	832	97	1
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegende.	8	50	42	8	1	2,5	821	96	2
die gegenseitige Anerkennung im Team	10	43	43	14	2	2,6	829	97	3
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	7	36	41	24	5	2,9	828	97	4
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	3	31	53	17	2	2,9	825	97	5
den kollegialen Umgang mit Konflikten	4	30	47	24	4	2,9	822	96	6
ein strenges Arbeitstempo	6	30	37	33	6	3,0	818	96	7
gute Arbeitsbedingungen	4	28	49	23	4	3,0	825	97	8
straffe hierarchische Strukturen	7	25	27	49	15	3,3	808	95	9
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	3	23	43	34	7	3,2	804	94	10
Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	3	23	35	41	11	3,3	810	95	11
gleichberechtigte Zus.arbeit der Berufsgruppen	3	22	47	30	6	3,1	802	94	12
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	2	22	40	39	6	3,2	808	95	13
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	2	19	48	33	6	3,2	818	96	14
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	2	19	42	39	7	3,3	789	92	15
leicht eskalierende Konflikte	3	18	36	46	7	3,3	801	94	16

Abb. EH 4: Arbeitsklima

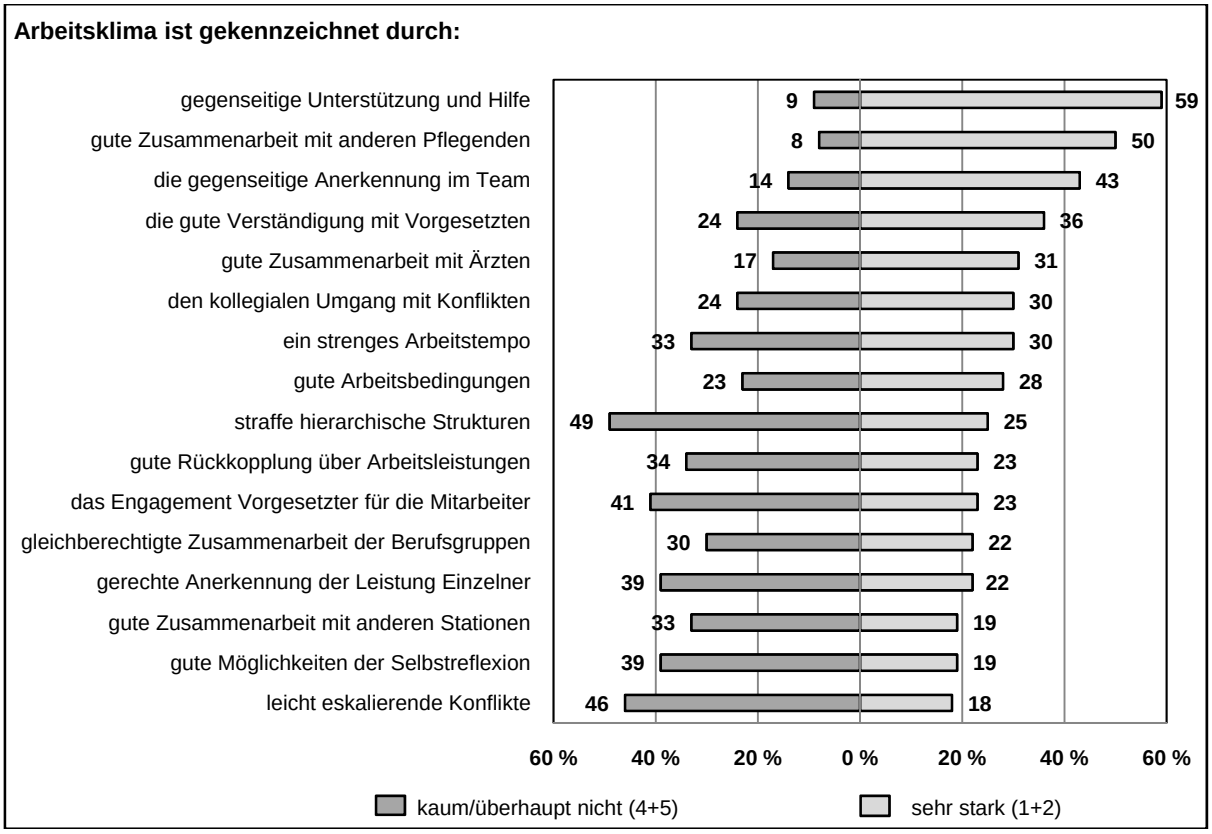


Tabelle EH 8: Arbeitsklima (Faktorenanalyse)

rotierte Komponentenmatrix(a) Das Arbeitsklima ist gekennzeichnet durch...	**Komponente** 1	2	3	4	**theoretische Beschreibung**
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	,742	,304	,187	,035	kommunikativ/ reflexive Aspekte des Arbeitsklimas
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	,704	,191	,191	,096	
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	,701	,184	-,012	-,167	
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	,640	,317	,126	-,084	
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	,573	,408	,099	-,275	
gute Arbeitsbedingungen	,530	,125	,403	-,096	
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	,243	,800	,153	-,104	Aspekte der internen Kooperation
die gegenseitige Anerkennung im Team	,308	,799	,093	-,049	
den kollegialen Umgang mit Konflikten	,481	,651	,076	-,045	
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	,161	,640	,366	,059	
leicht eskalierende Konflikte	-,176	-,624	,021	,397	
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	,116	,082	,785	-,095	Aspekte der externen Kooperation
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	,086	,195	,662	,030	
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	,441	,002	,507	-,185	
ein strenges Arbeitstempo	-,002	,031	-,047	,795	strukturell/ restriktive Aspekte des Arbeitsklimas
straffe hierarchische Strukturen	-,142	-,243	-,097	,747	

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
a Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Abb. EH 5: Arbeitsklima (Faktorenanalyse)

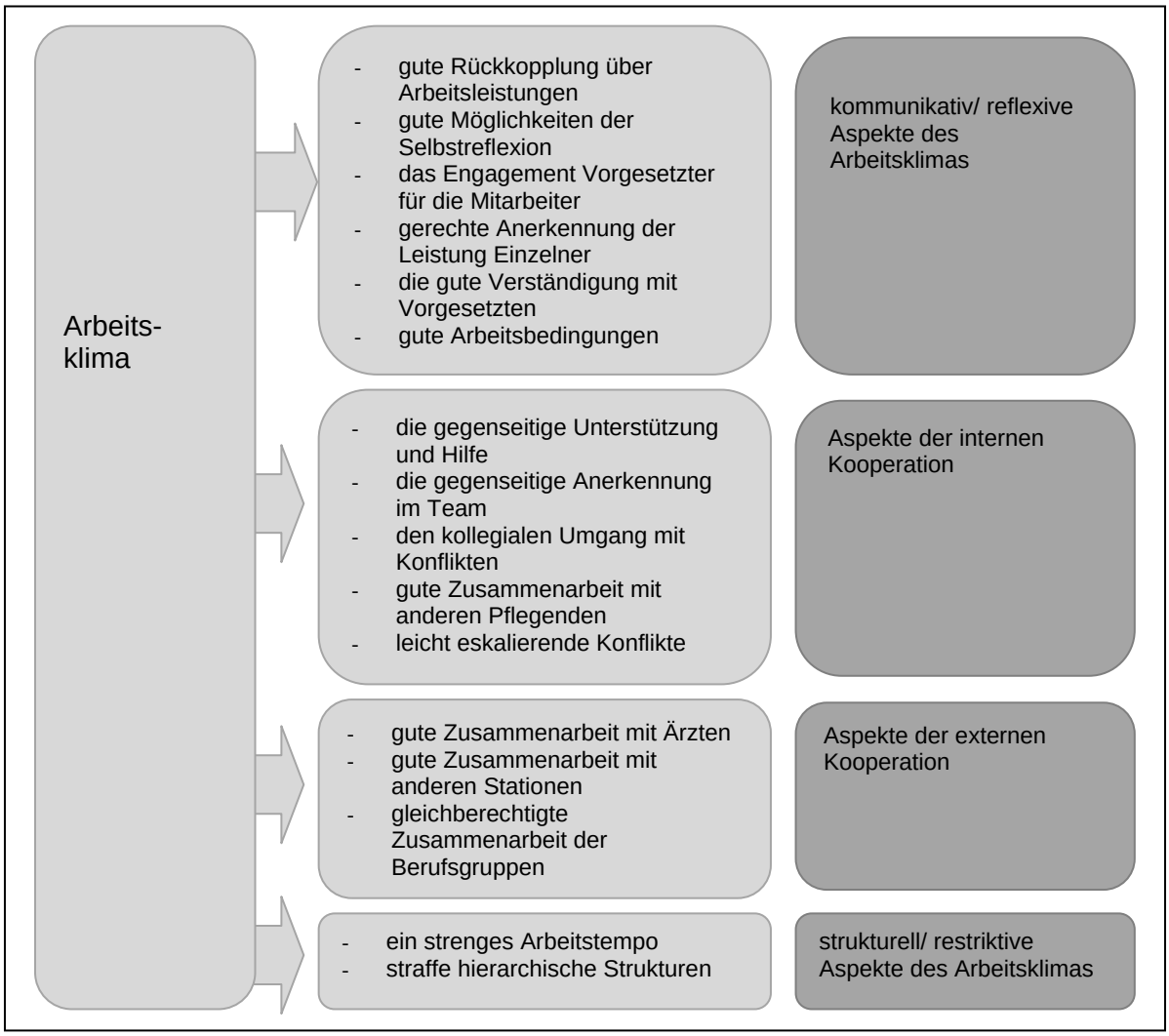


Tabelle EH 9: Entscheidungsfindung

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Entscheidungen, die die Pflege betreffen...	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
werden im Team diskutiert	10	52	32	16	2	2,6	799	93	1
wird durch Pflegestandards Rahmen gegeben	10	50	35	15	4	2,6	790	92	2
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	8	47	35	18	4	2,7	792	93	3
liegen bei der pflegerischen Stationsleitung	3	20	37	44	11	3,3	795	93	4
liegen bei den Ärzten	3	15	32	52	15	3,5	800	94	5
ergeben sich aus wirtschaftl. Überlegungen	1	12	43	45	13	3,5	789	92	6

Abb. EH 6: Entscheidungsfindung

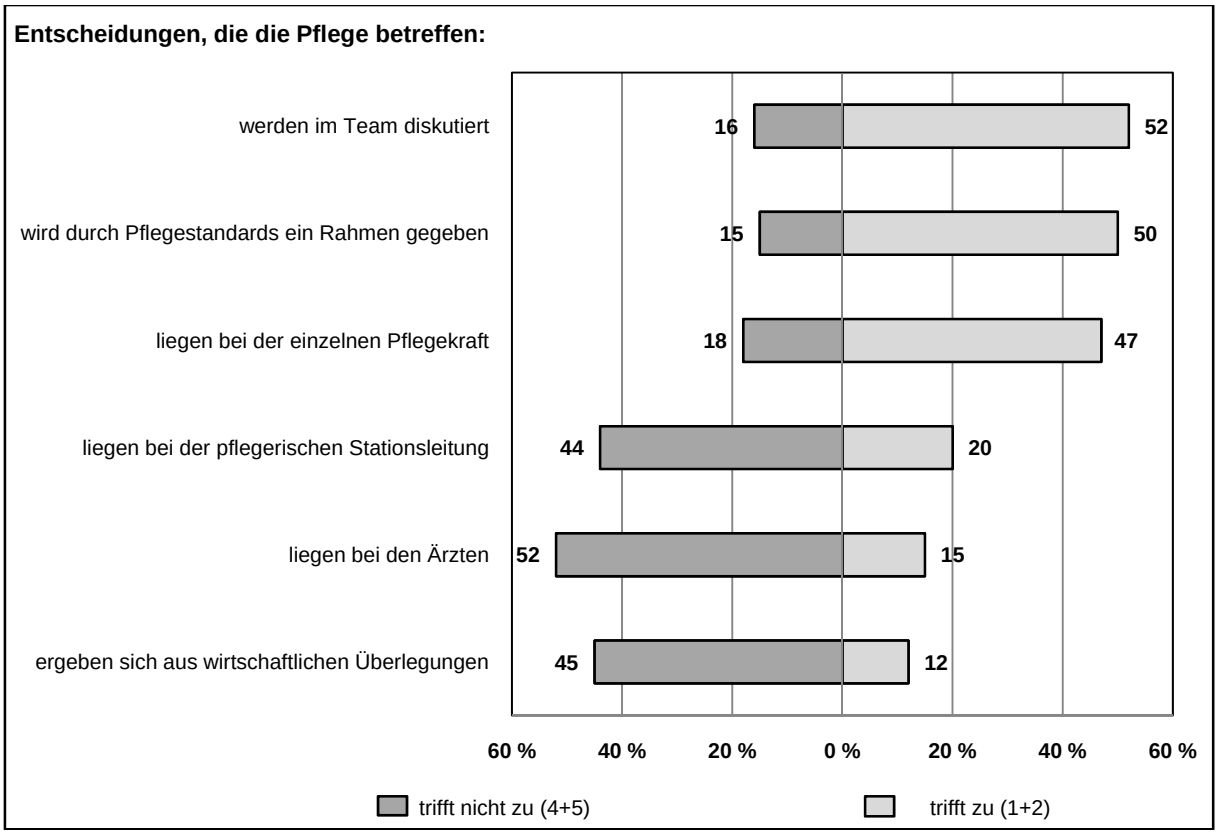


Tabelle EH 10: Momentane Arbeitssituation

Frage: Inwieweit treffen die folgenden Aspekte auf Ihre momentane Arbeitssituation zu?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
- ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	50	88	10	2	0	1,6	812	95	1
- sichere Berufsstellung	49	81	13	6	2	1,8	817	96	2
- viel Kontakt zu anderen Menschen	47	91	9	1	0	1,6	812	95	3
- das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	38	81	17	3	0	1,9	809	95	4
- ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	33	76	20	5	1	2,0	804	94	5
- Aufgaben mit Verantwortungsbewusstsein	28	80	16	3	3	1,9	812	95	6
- sichere Arbeitsbedingungen	27	67	27	6	1	2,1	809	95	7
- gesunde Arbeitsbedingungen	22	51	35	14	2	2,4	807	94	8
- Tätigkeit, bei der man selbstst. arbeiten kann	21	67	27	6	0	2,2	814	95	9
- ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	19	56	29	16	2	2,4	814	95	10
- hohes Einkommen	11	38	35	27	6	2,8	814	95	11
- ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	7	34	44	23	3	2,9	812	95	12
- gute Aufstiegsmöglichkeiten	6	25	32	44	13	3,3	809	95	13

Abb. EH 7: Widergespiegelte momentane Arbeitssituation

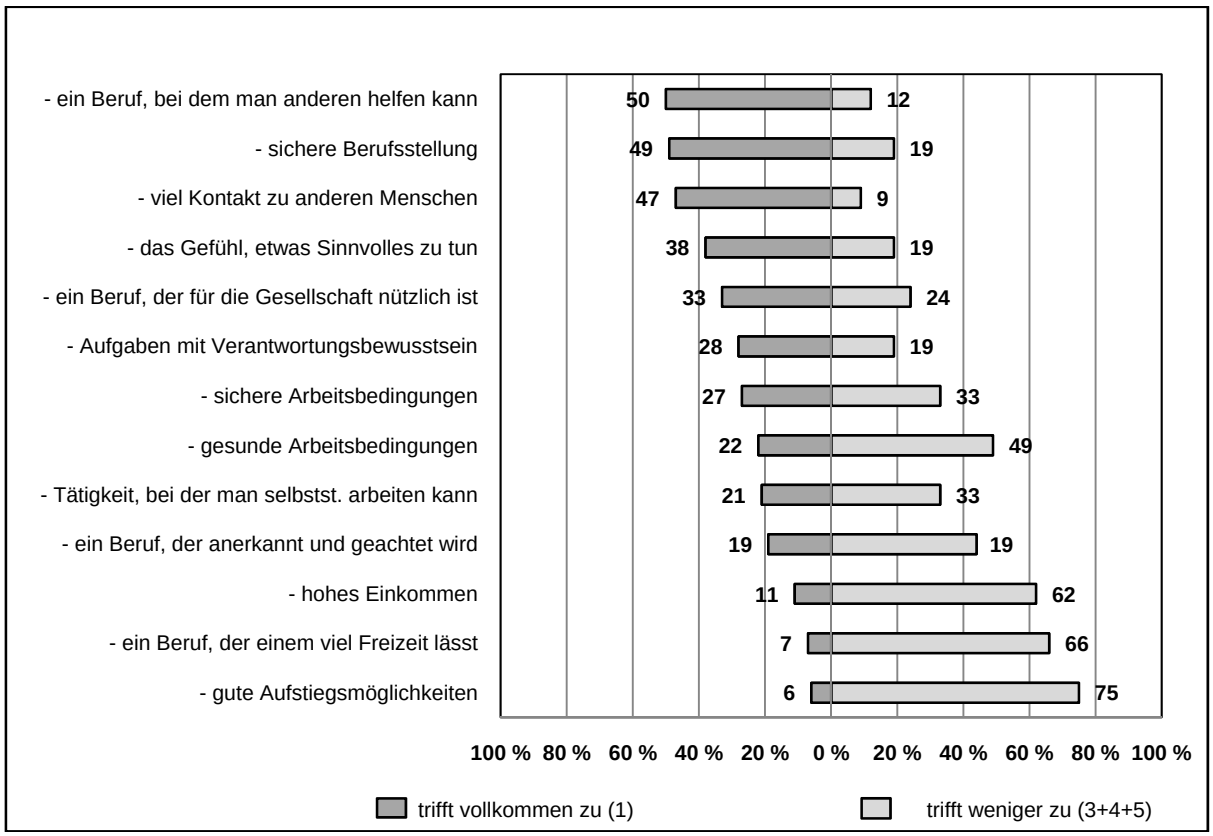


Tabelle EH 11: Führungsstil

Frage: Wie würden Sie den Führungsstil in Ihrem Bereich bezeichnen?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n
A) Personalführung (der Station)								
- wesentlich von einer Person abhängig	13	50	26	24	5	2,7	809	95
- unter Heranziehung vieler Meinungen	11	46	32	22	4	2,7	821	96
- unkontinuierlich	8	26	30	44	14	3,2	778	91
- streng nach bürokratischen Regeln	6	24	35	41	13	3,3	800	94
B) Unternehmensführung (des gesamten Hauses)								
- wesentlich von einer Person abhängig	17	53	31	16	4	2,5	771	90
- unter Heranziehung vieler Meinungen	1	12	31	58	18	3,6	791	93
- unkontinuierlich	9	28	37	36	10	3,1	745	87
- streng nach bürokratischen Regeln	19	51	31	18	5	2,5	766	90

Abb. EH 8: Führungsstile der Station und des gesamten Hauses

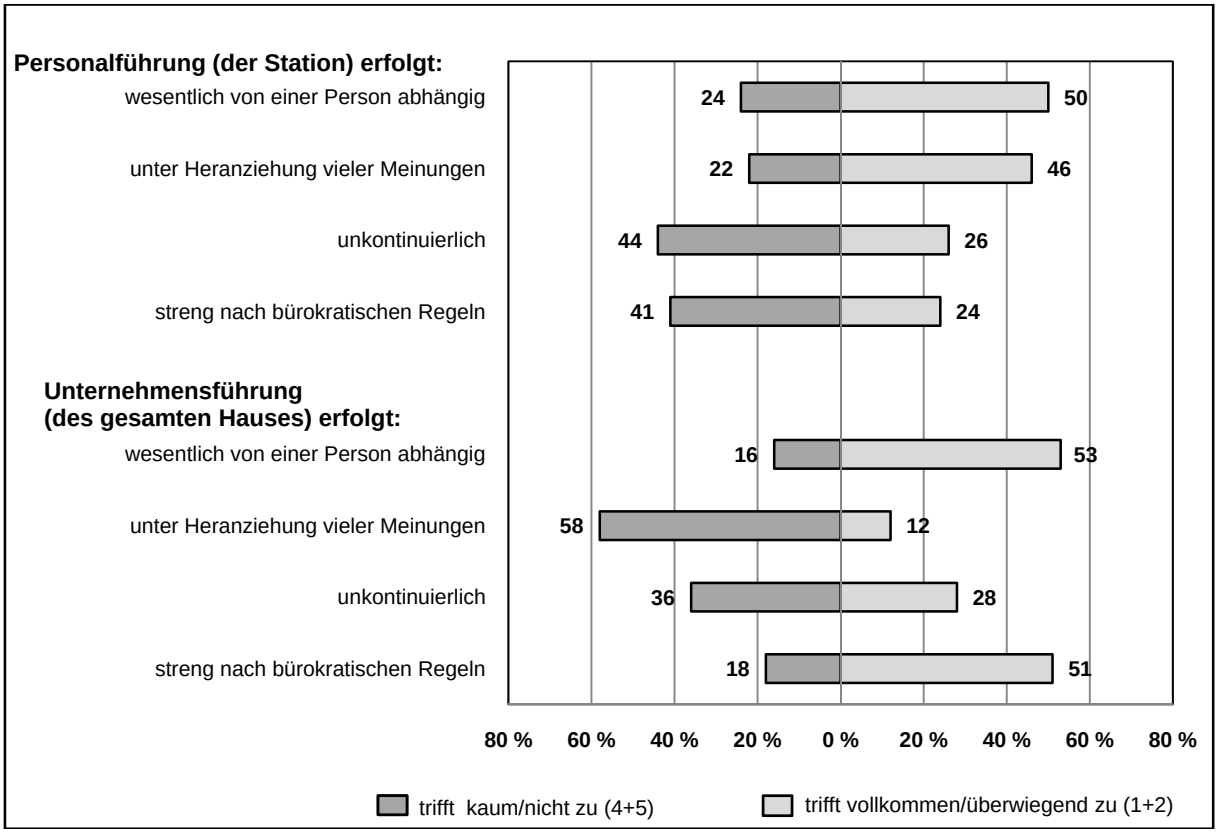


Tabelle EH 12: Zufriedenheitsaspekte

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten Ihres Arbeitsalltags bzw. Ihrer gesamten Lebenssituation?

1 = sehr zufrieden
2 = zufrieden
3 = teils/ teils
4 = unzufrieden
5 = sehr unzufrieden

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
- mit Ihrem Leben insgesamt	20	83	15	2	1	2,0	846	99	1
- mit Ihrer Tätigkeit	21	78	19	3	1	2,0	852	100	2
- mit Ihrer Anerkennung im Team	12	71	22	7	2	2,3	847	99	3
- mit Ihrer Arbeit insgesamt	7	68	28	4	0	2,3	851	100	4
- mit Ihren unmittelbaren Kollegen	14	65	33	2	2	2,2	851	100	5
- mit der Einteilung der Arbeitszeit	10	62	30	8	2	2,4	852	100	6
- mit dem Arbeitsklima	9	51	35	13	3	2,6	851	100	7
- mit Ihren Vorgesetzten	9	45	35	20	5	2,7	848	99	8
- mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten	6	43	30	27	6	2,8	838	98	9
- mit Ihren Arbeitsbedingungen	6	37	42	21	3	2,8	852	100	10
- mit der Bezahlung der Arbeit	3	34	30	36	10	3,1	851	100	11
- mit der Personalführung	3	32	43	26	5	3,0	839	98	12
- mit der Leitung der Klinik	2	23	40	37	9	3,2	839	98	13
- mit der Organisation der Klinik	1	13	45	41	6	3,3	840	98	14

Abb. EH 9: Zufriedenheitsaspekte

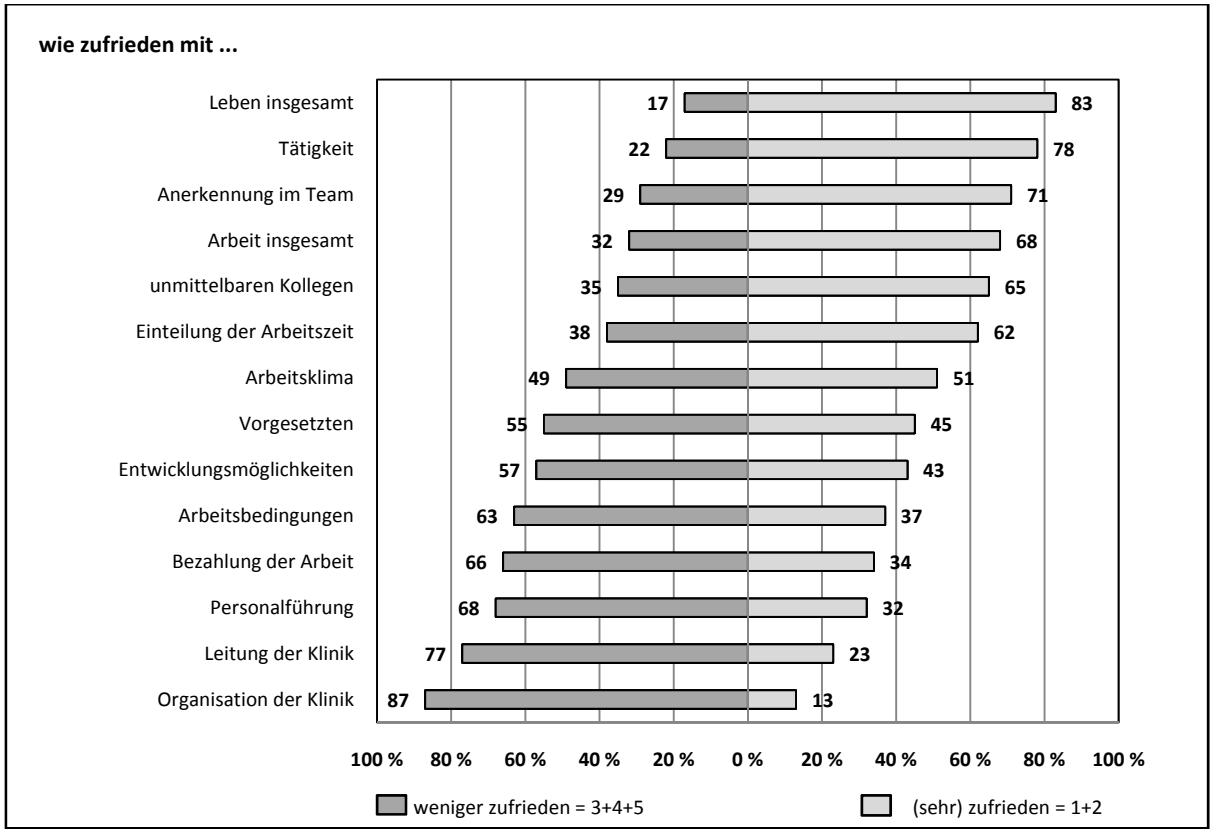


Tabelle EH 13: Zufriedenheitsaspekte (Faktorenanalyse)

rotierte Komponentenmatrix(a) Zufriedenheit mit…	Komponente 1	2	3	theoretische Beschreibung
der Leitung der Klinik	,763	,154	,077	institutionenbezogene/strukturelle Aspekte
der Organisation der Klinik	,701	,105	,113	
der Personalführung	,637	,496	-,068	
Ihren Arbeitsbedingungen	,595	,088	,364	
der Bezahlung der Arbeit	,548	-,100	,184	
mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten	,533	,216	,146	
der Einteilung der Arbeitszeit	,450	,233	-,007	
dem Arbeitsklima	,181	,823	,126	personenbezogene/ Interaktionsaspekte
Ihren unmittelbaren Kollegen	,021	,770	,165	
Ihrer Anerkennung im Team	,078	,690	,298	
Ihren Vorgesetzten	,367	,618	-,052	
Ihrem Leben insgesamt	-,004	,071	,732	übergreifende/allgemeine Aspekte
Ihrer Tätigkeit	,275	,162	,705	
Ihrer Arbeit insgesamt	,379	,399	,562	

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
a Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Abb. EH 10: Zufriedenheitsaspekte (Faktorenanalyse)

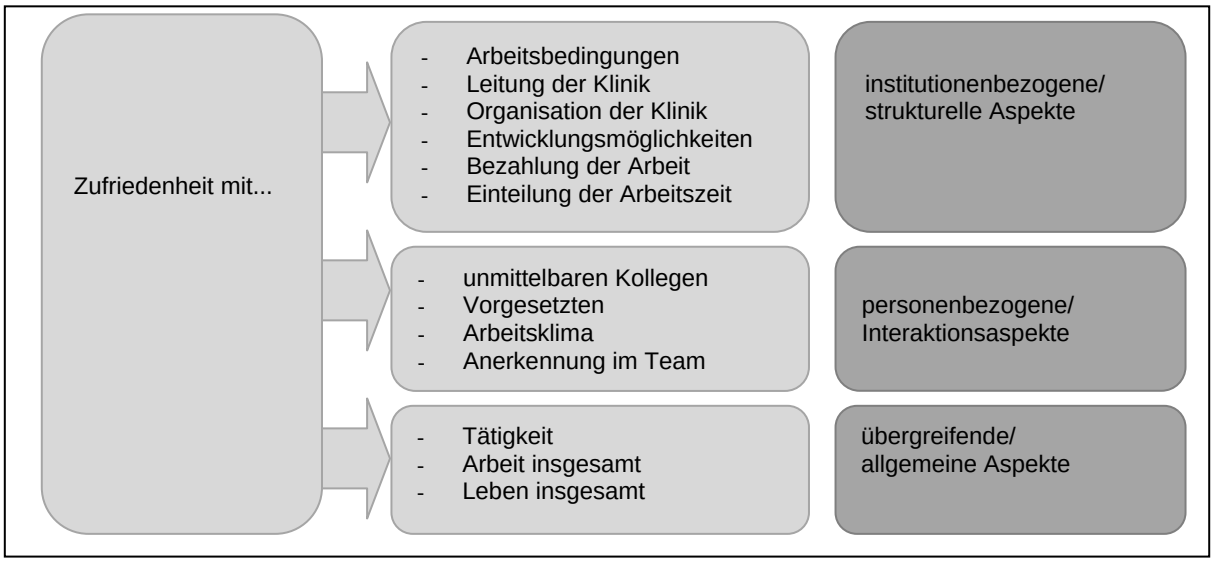


Tabelle EH 14: Individuelle Arbeitsbelastungen

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihre persönliche Arbeit?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
Personalmangel	29	60	28	12	2	2,2	829	97	1
zu wenig Zeit für Patienten	20	56	29	15	2	2,4	823	96	2
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	18	44	26	30	8	2,8	814	95	3
unzureichende Informationen	13	43	38	20	3	2,7	822	96	4
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	17	42	24	34	10	2,9	802	94	5
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	16	42	24	34	12	2,9	800	94	6
Behandlungsmisserfolge	12	41	38	21	3	2,7	855	95	7
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	16	41	26	33	7	2,8	823	96	8
das Verleumden einzelner Personen	16	41	18	41	20	3,0	789	92	9
hohe Verantwortung	14	39	31	30	5	2,8	826	97	10
seelische Beanspruchung	13	39	41	21	2	2,7	822	96	11
körperliche Beanspruchung	12	38	39	24	3	2,8	831	97	12
hohen organisatorischen Aufwand	7	34	43	24	3	2,9	820	96	13
das Ignorieren einzelner Personen	11	34	25	41	15	3,1	804	94	14
unklare Arbeitsabläufe	9	30	29	41	8	3,1	819	96	15

Abb. EH 11: Individuelle Arbeitsbelastungen

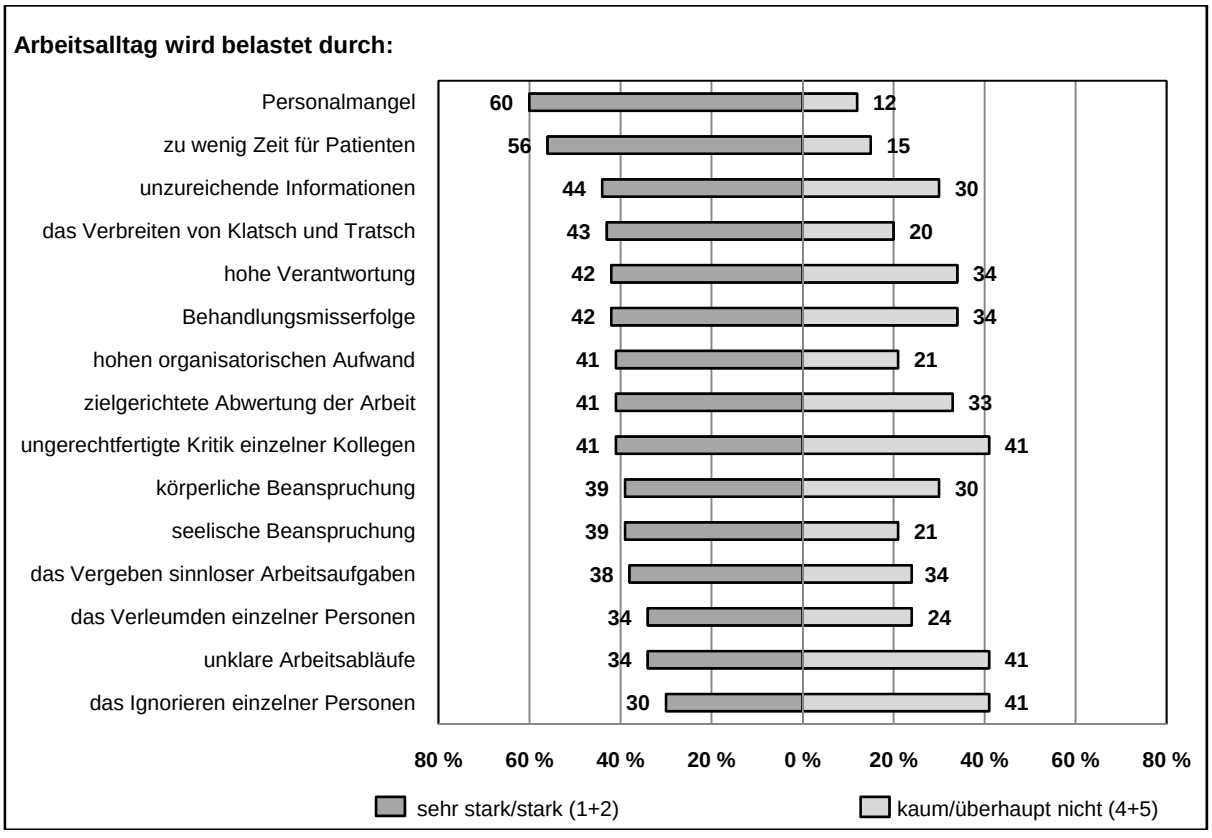


Abb. EH 12: Arbeitsbelastungen im Vergleich

a) bezogen auf Station und b) auf eigene Person

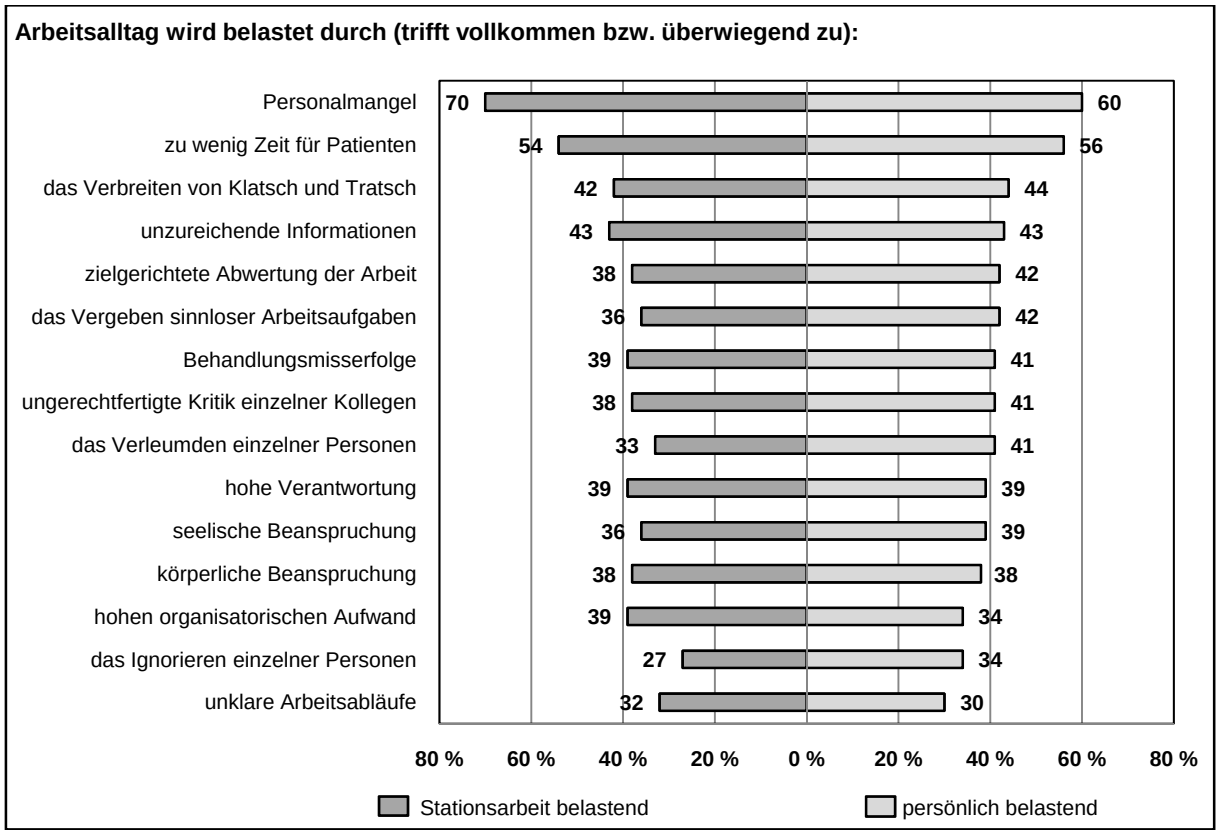


Tabelle EH 15: Individuelle Arbeitsbelastungen (Faktorenanalyse)

rotierte Komponentenmatrix(a)	**Komponente**			**theoretische Beschreibung**
Arbeitsbelastungen (bezogen auf Person)	1	2	3	
das Verleumden einzelner Personen	,879	,089	,071	Mobbinghandlungen
das Ignorieren einzelner Personen	,828	,095	,117	
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	,775	,175	-,028	
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	,675	,100	,307	
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	,675	,123	,244	
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	,646	,128	,347	
hohe Verantwortung	,100	,670	-,206	individuelle und strukturelle Grenzen der Tätigkeit
seelische Beanspruchung	,088	,660	,091	
Personalmangel	,011	,624	,199	
zu wenig Zeit für Patienten	,095	,610	,239	
körperliche Beanspruchung	,117	,601	-,026	
hoher organisatorischer Aufwand	,136	,514	,154	
Behandlungsmisserfolge	,436	,454	,143	
unzureichende Informationen	,200	,163	,805	Informationsdefizite
unklare Arbeitsabläufe	,354	,125	,752	

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
a Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Abb. EH 13: Individuelle Arbeitsbelastungen (Faktorenanalyse)

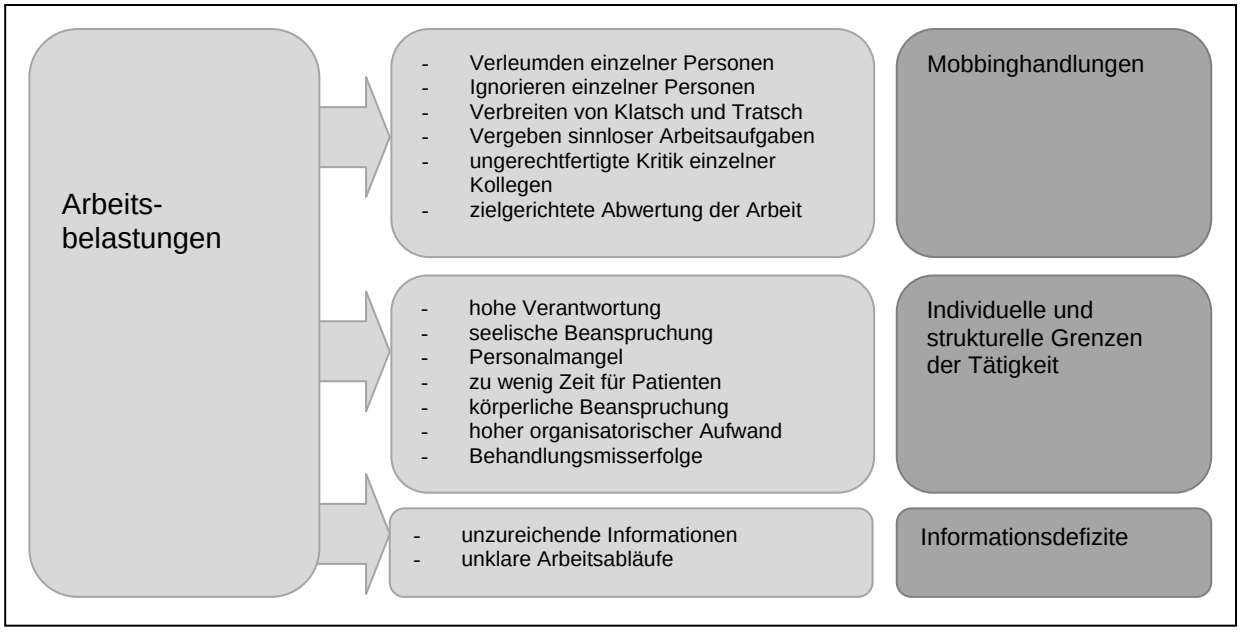


Tabelle EH 16: Wichtigkeitsaspekte allgemein

Frage: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte des Lebens?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
- die Familie	84	96	2	1	1	1,2	831	97	2
- eigene Kinder	77	88	4	9	6	1,5	744	87	5
- Freizeit und Erholung	59	97	3	0	0	1,4	832	97	1
- Freunde und Bekannte	48	90	9	1	0	1,6	834	98	3
- der Beruf	31	89	10	2	0	1,8	833	97	4
- die Arbeit	28	86	12	1	0	1,9	834	98	6
- Verwandtschaft	21	57	32	11	2	2,4	832	97	8
- Teilnahme am öffentlichen Leben	15	63	30	8	1	2,3	833	97	7
- gute Nachbarschaft	13	56	30	14	4	2,5	833	97	9
- Religion und Kirche	6	16	14	70	45	3,9	824	96	11
- Politik	2	21	43	36	10	3,2	829	97	10

Abb. EH 14: Wichtigkeitsaspekte allgemein

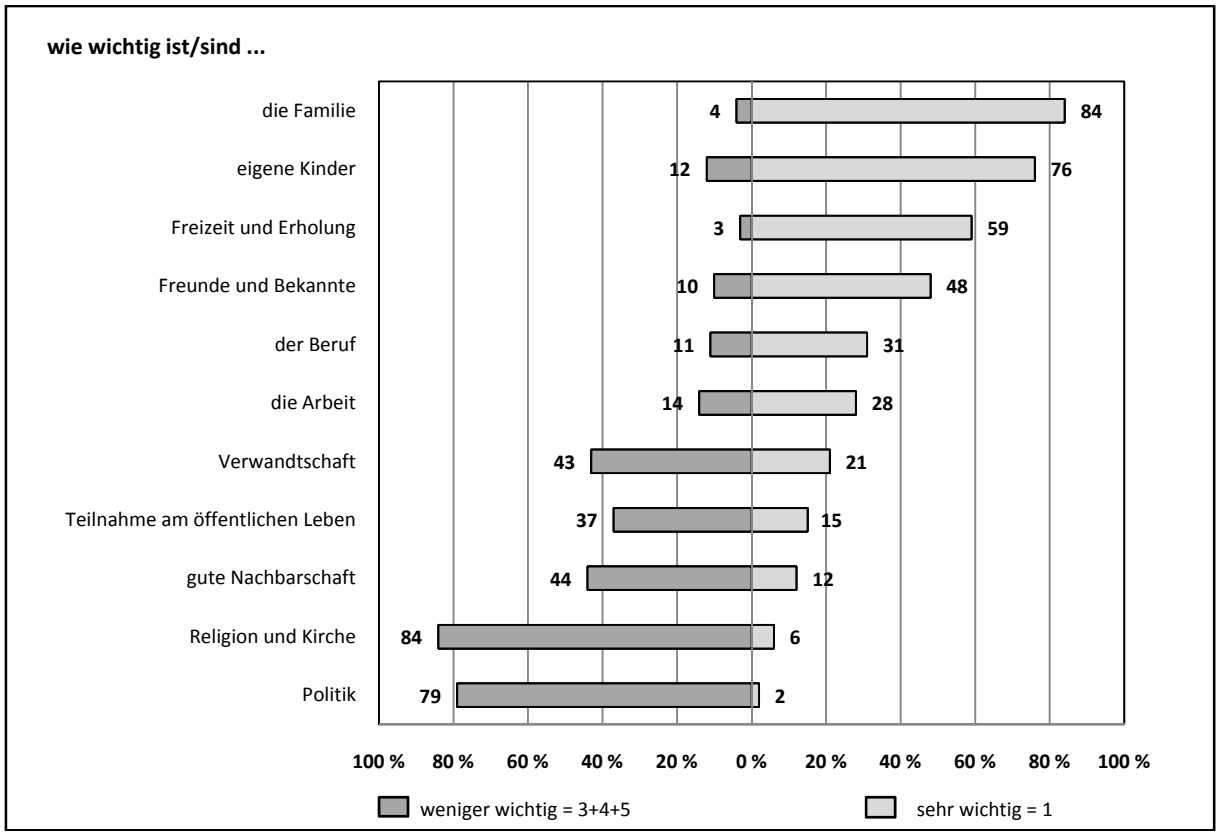


Tabelle EH 17: Wichtigkeitsaspekte der Berufstätigkeit

Frage: Für wie wichtig halten Sie persönlich die unten genannten Aspekte der beruflichen Arbeit?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
- sichere Berufsstellung	73	97	2	1	0	1,3	829	97	1
- gesunde Arbeitsbedingungen	59	94	5	1	0	1,5	823	96	4
- sichere Arbeitsbedingungen	55	94	5	1	0	1,5	827	97	3
- das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	54	95	5	0	0	1,5	825	97	2
- ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	43	84	13	3	0	1,8	827	97	8
- viel Kontakt zu anderen Menschen	42	89	10	1	0	1,7	826	97	7
- Tätigkeit, bei der man selbstst. arbeiten kann	39	91	8	1	0	1,7	826	97	6
- Aufgaben mit Verantwortungsbewusstsein	38	91	8	1	0	1,7	825	97	5
- ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	37	83	13	4	0	1,8	825	97	9
- hohes Einkommen	29	77	21	3	0	2,0	826	97	10
- ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	27	67	23	9	1	2,1	821	96	11
- gute Aufstiegsmöglichkeiten	17	58	27	15	2	2,4	823	96	12
- ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	16	56	36	7	1	2,4	824	96	13

Abb. EH 15: Wichtigkeitsaspekte der Berufstätigkeit

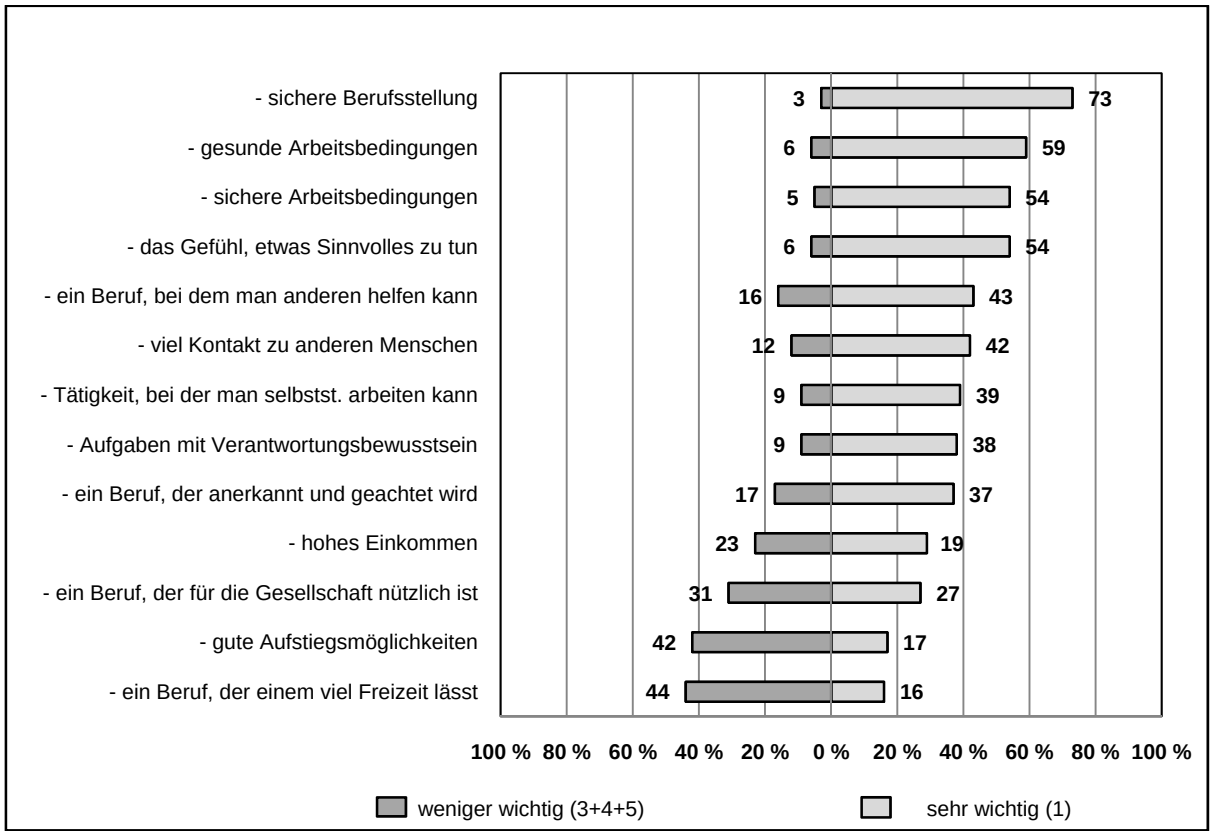


Abb. EH 16: Individuelle Wichtigkeiten und Realitäten der Berufstätigkeit im Vergleich

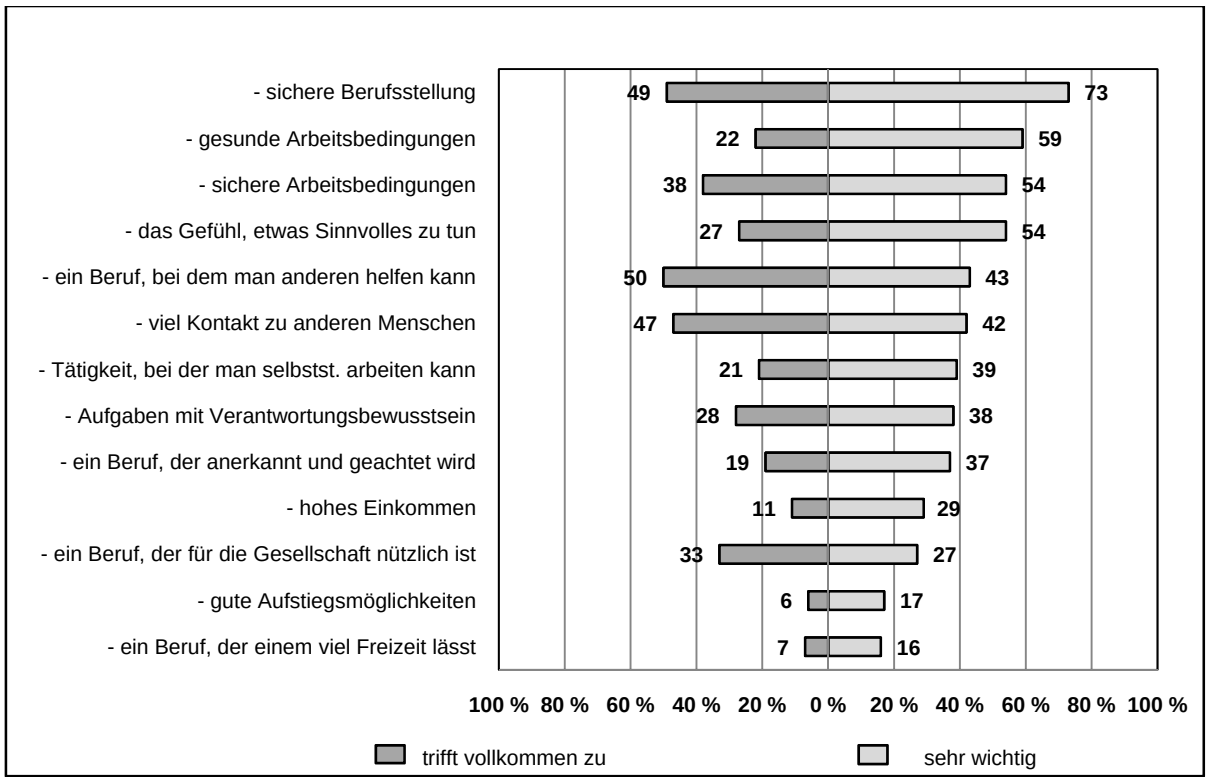


Tabelle EH 18: Konfliktumgang

Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Konflikten an Ihrem Arbeitsplatz zu?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Wenn Konflikte auftreten	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
wird eher oberflächlich geglättet	16	45	32	23	5	2,7	815	95	1
wird durch Verhandeln nach Kompromissen gesucht	4	36	35	29	4	2,9	814	95	2
wird die Situation durch Autorität (z.B. durch ein Machtwort) beendet	8	25	29	46	11	3,2	812	95	3
wird die Situation offen und genau analysiert	3	23	29	48	16	3,4	815	95	4
wird Neutralität gewahrt	3	22	38	41	13	3,3	806	94	5

Abb. EH 17: Konfliktumgang

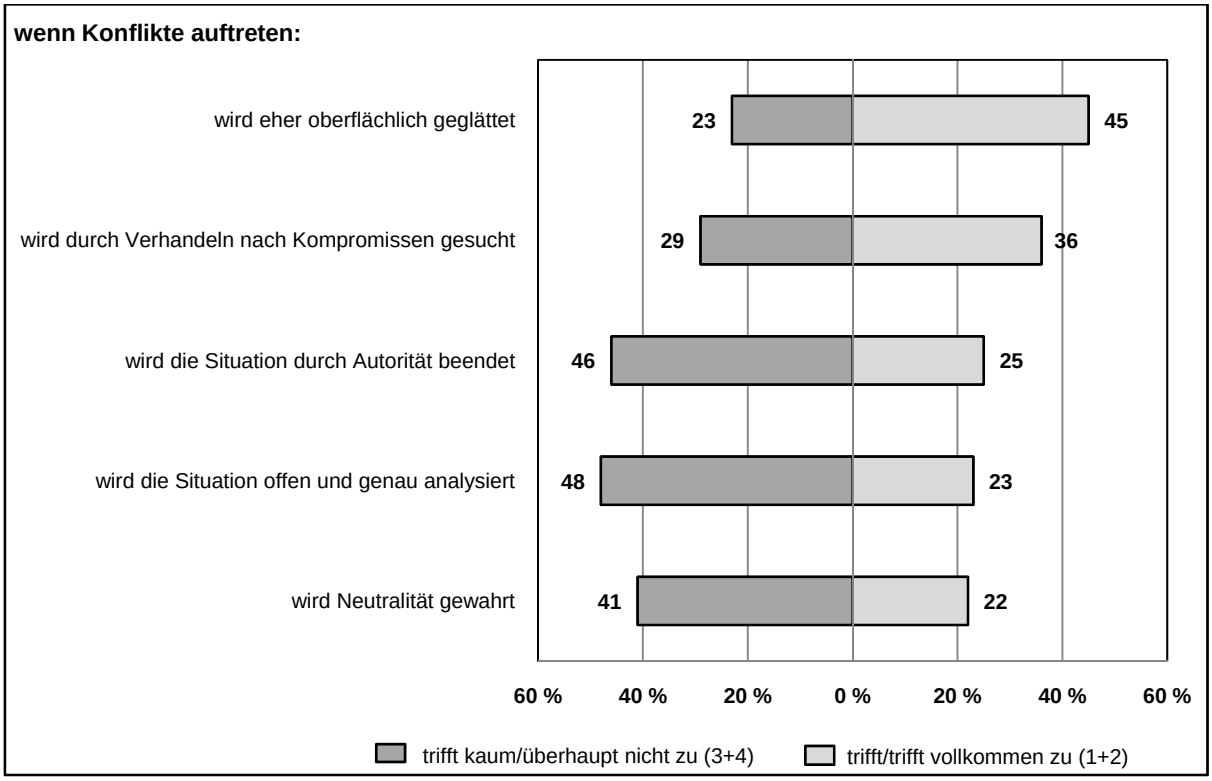


Tabelle EH 19: Ursachen von Arbeitsplatzkonflikten

Frage: Denken Sie bitte an die Arbeitsplatzkonflikte, die Sie selbst im vergangenen Jahr erlebt haben. Inwieweit waren die unten genannten Dinge Ursache für die Entstehung von Konflikten?

1 = vollkommen
2 = überwiegend
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
einzelnen unruhestiftenden Personen	19	48	26	26	7	2,7	784	92	1
persönlichen Antipathien	16	45	36	19	4	2,6	791	93	2
Egoismus und Eigeninteresse Einzelner	15	44	30	26	6	2,7	785	92	3
unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen oder Charaktereigenschaften im Team	12	43	40	17	3	2,7	781	91	4
Vorurteilen Einzelner	15	41	34	26	6	2,8	769	90	5
mangelnder oder fehlender Toleranz	10	36	36	28	5	2,9	780	91	6
schwelenden Konflikten	9	33	35	32	8	3,0	761	89	7
unterschiedlichen Meinungen im Team	9	32	44	15	2	2,7	781	91	8
dem Führungsstil	14	32	37	31	7	2,9	771	90	9
Fahrlässigkeit Einzelner	6	26	35	40	11	3,2	754	88	10
unterschiedlichen Informationsständen	5	26	40	34	8	3,1	772	90	11
übertriebener Bürokratie	7	25	34	42	11	3,2	760	89	12
sich widersprechenden Anweisungen	7	24	36	40	10	3,2	764	89	13
dem (arbeitsbedingten) Zwang zur Zus.arbeit	5	21	31	49	11	3,4	757	89	14
der starken Betonung v. Leistung/ Wettbewerb	5	19	28	53	15	3,5	747	87	15
übertriebenem Bereichsdenken	3	19	33	49	13	3,4	742	89	16
der Vielschichtigkeit der Arbeit	3	19	35	46	12	3,4	748	88	17
Arbeitsplatzunsicherheit	5	16	25	59	21	3,6	749	88	18
falsch verstandenen Anweisungen	1	13	39	48	8	3,4	761	89	19
zu großen Arbeitsgruppen	2	9	14	79	34	4,0	740	87	20

Abb. EH 18: Ursachen für Arbeitsplatzkonflikte

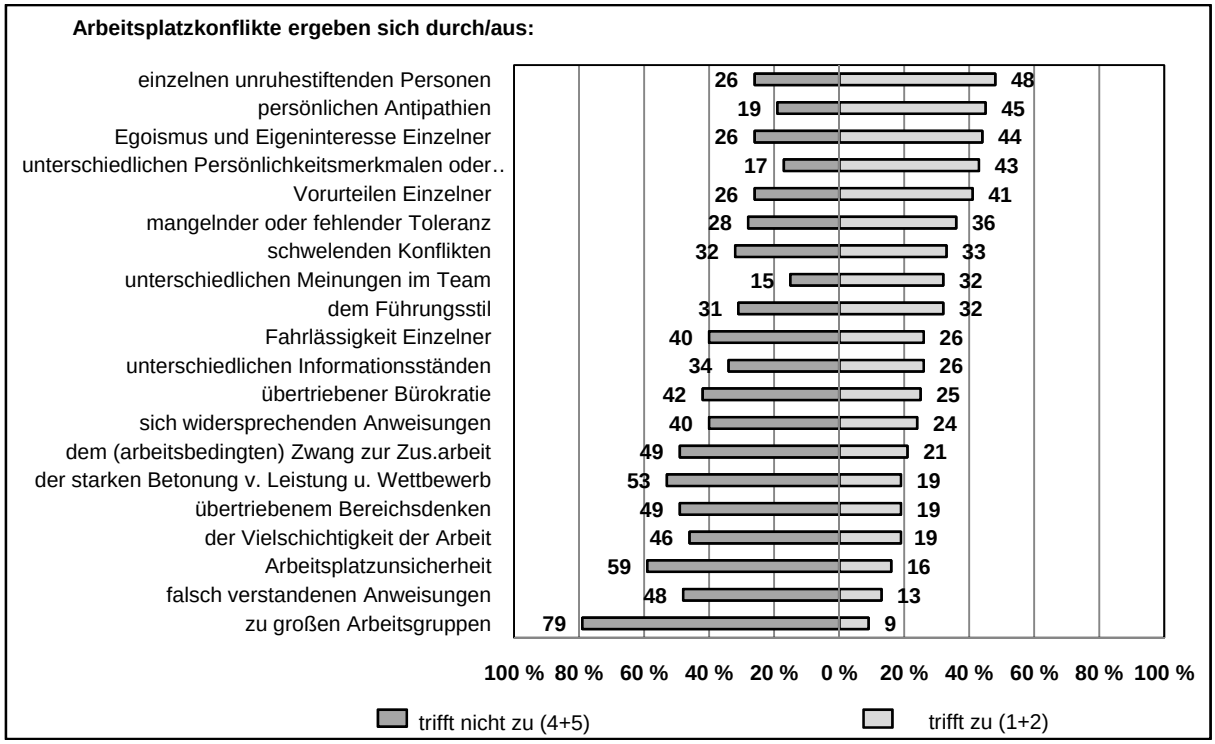


Tabelle EH 20: Mobbingbetroffenheit nach Personen(gruppen)

Frage: Haben Sie es in Ihrem Arbeitsalltag erlebt, dass eine oder mehrere Personen über eine längere Zeit ständig schikaniert/ verletzt oder nicht beachtet wurde(n)? Geben Sie bitte an, wie oft nachfolgend genannte Personen oder Personengruppen betroffen waren.

1 = nie
2 = einmal
3 = über Tage
4 = über Wochen
5 = fast immer

betroffen war(en) ...	nie (1) %	einmal (2) %	fortdauernd (3+4+5) %	Antworten % von n
eine Pflegende/ ein Pflegender	31	20	49	88
ein Arzt/ eine Ärztin	46	18	36	84
ein AIP (Arzt/ Ärztin im Praktikum)	56	18	27	81
ein Azubi	61	15	23	82
ein Zivildienstleistender	70	13	17	78
die Stationsleitung	71	12	17	83
eine Person im sozialen Jahr	89	5	6	74
eine Personengruppe	77	9	14	77
ich selbst	65	17	18	83
Andere	7	15	78	5

Abb. EH 19: Mobbingbetroffenheit nach Personen(gruppen)

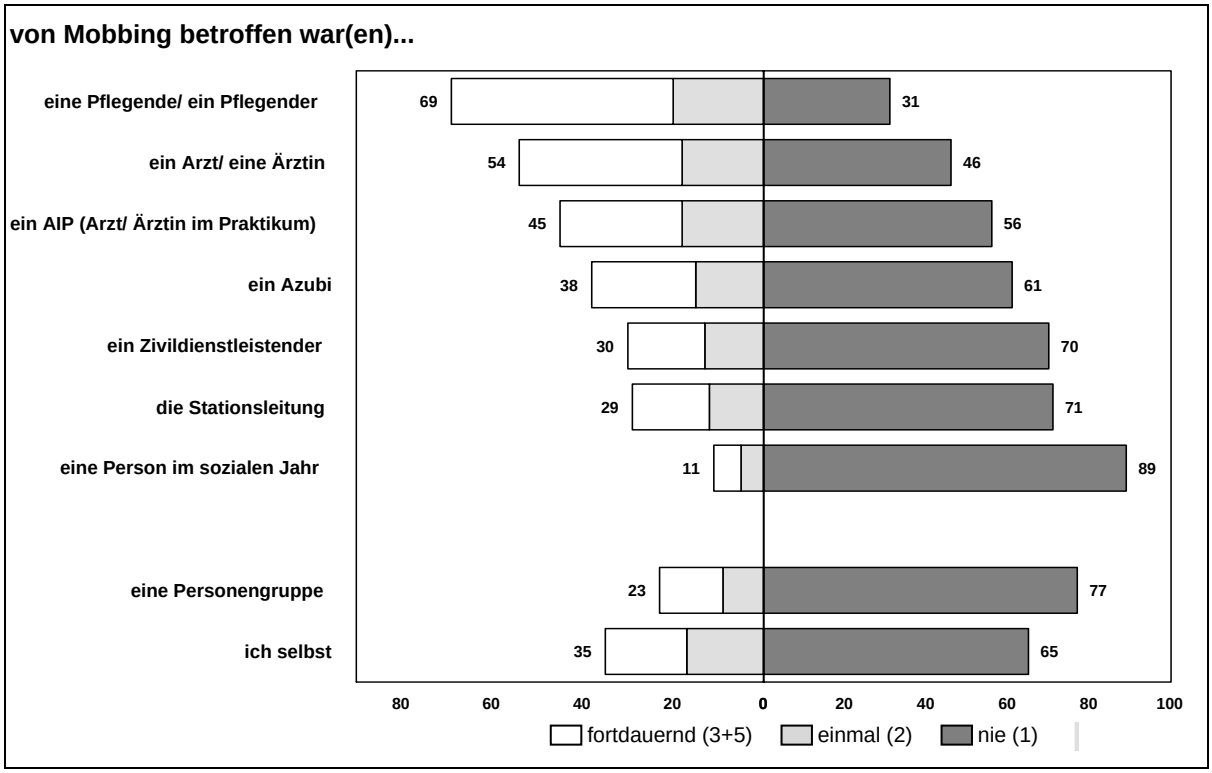


Tabelle EH 21: Hilfe bei Arbeitsplatzkonflikten

Frage: Wie stark würden Sie von den im Folgenden genannten Institutionen oder Personen auf Hilfe in einem Arbeitsplatzkonflikt bauen?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Ich würde auf Hilfe bauen...	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
vom Partner	41	72	18	10	3	774	90	1
von der Familie	32	63	21	16	5	784	92	2
von Freunden	25	63	24	13	10	792	93	3
von Kollegen	11	46	34	13	10	791	93	4
durch eine Supervision	11	28	24	48	23	744	87	5
von Vorgesetzten	7	28	21	37	35	782	92	6
von einem Therapeuten	8	22	28	50	19	764	89	7
von der Pflegedienstleitung	4	18	27	54	24	783	92	8
vom Personalrat	4	17	31	53	21	784	92	9
von Selbsthilfegruppen	3	13	22	65	33	753	88	10
von Gleichstellungsbeauftragter/m im Haus	2	10	24	66	30	731	86	11
von der Gewerkschaft	2	9	20	71	35	760	89	12
vom Sozialdienst im Haus	2	8	17	76	38	745	87	13
von Anderen	40	67	20	13	13	15	2	14

Abb. EH 20: Hilfe in Arbeitsplatzkonflikten

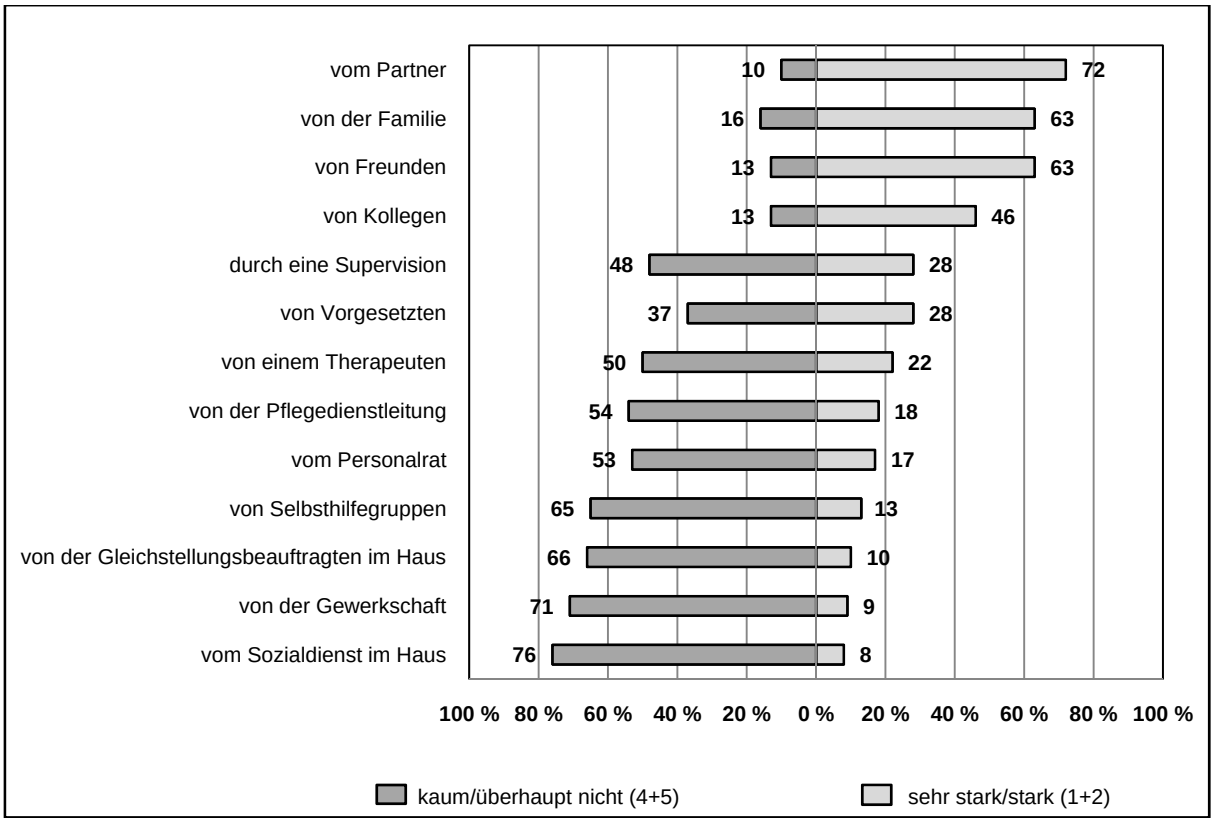


Tabelle EH 22: Stimmungen

Frage: Inwieweit treffen die nachfolgend genannten Aussagen auf Ihre Stimmung zu?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

	1 %	(1+2) %	3 %	(4+5) %	5 %	MW	Antworten total	Antworten % von n	RF nach 1+2
Meine Stimmung pendelt zwischen glücklich und traurig innerhalb einer Woche.	11	25	29	45	10	3,2	815	95	6
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	11	62	30	7	1	2,4	820	96	1
Meine Stimmung ist oft bedrückt.	2	9	23	69	16	3,7	811	95	12
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	11	57	36	9	1	2,4	819	96	3
Verglichen mit meinen Freunden gehen meine Stimmungen weniger rauf und runter.	6	38	34	28	5	2,9	801	94	4
Manchmal schwankt meine Stimmung sehr stark hin und her.	5	19	28	54	14	3,4	815	95	8
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	1	7	44	49	8	3,5	810	95	14
Meine Stimmungen sind sehr konsistent; sie ändern sich fast nie.	3	25	36	40	10	3,2	811	95	7
Ich halte mich für eine glückliche Person.	12	62	31	7	2	2,4	816	95	2
Verglichen mit meinen Freunden denke ich weniger optimistisch über das Leben.	2	11	26	63	19	3,7	810	95	11
Ich bin eine Person, deren Stimmung sich oft ändert.	3	14	25	61	19	3,6	811	95	9
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Leute.	2	12	23	65	23	3,7	808	94	10
Ich bin weniger von Stimmungen abhängig als die meisten Leute, die ich kenne.	4	30	36	35	7	3,1	800	94	5
Meine Freunde scheinen oft zu glauben, dass ich unglücklich bin.	2	8	17	75	32	4,0	800	94	13

Abb. EH 21: Stimmungen

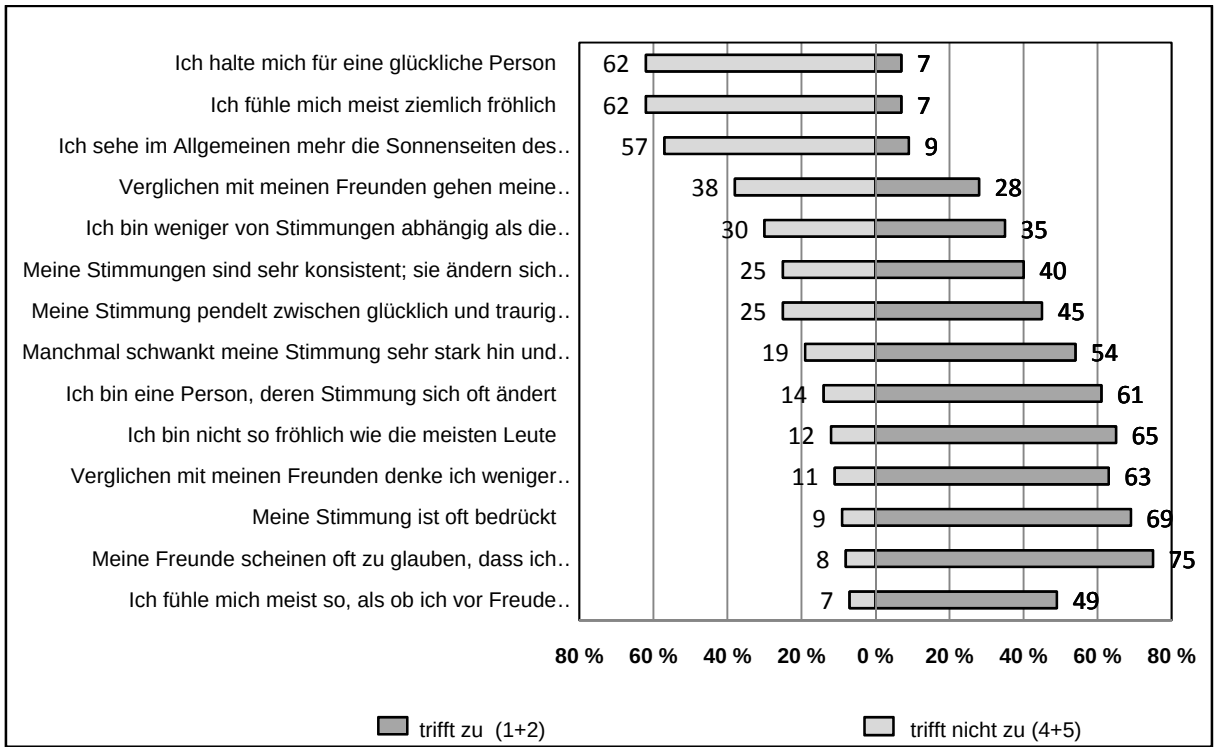
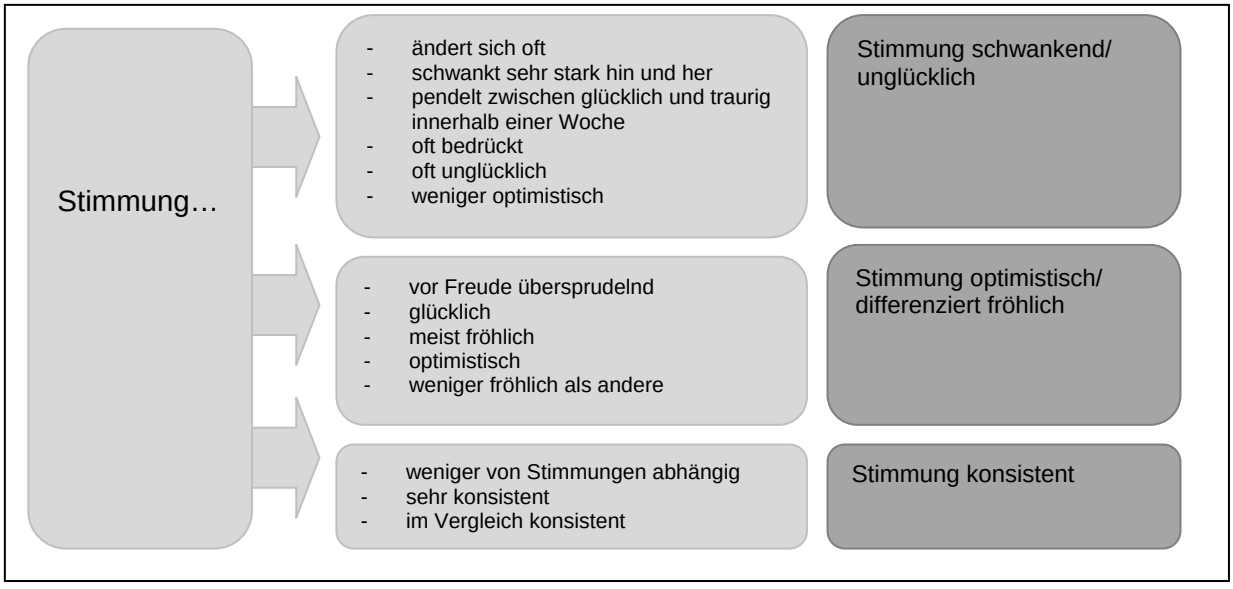


Tabelle EH 23: Stimmungen (Faktorenanalyse)

rotierte Komponentenmatrix(a)	Komponente			theoretische Beschreibung
	1	2	3	
Ich bin eine Person, deren Stimmung sich oft ändert.	,773	-,192	-,315	Stimmung schwankend/ unglücklich
Manchmal schwankt meine Stimmung sehr stark hin und her.	,773	-,116	-,286	
Meine Stimmung pendelt zwischen glücklich und traurig innerhalb einer Woche.	,734	-,026	-,253	
Meine Stimmung ist oft bedrückt.	,680	-,363	-,119	
Meine Freunde scheinen oft zu glauben, dass ich unglücklich bin.	,571	-,319	,192	
Verglichen mit meinen Freunden denke ich weniger optimistisch über das Leben.	,513	-,406	,134	
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	,086	,752	,193	Stimmung optimistisch/ differenziert fröhlich
Ich halte mich für eine glückliche Person.	-,320	,692	,160	
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	-,356	,684	,168	
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	-,243	,681	,156	
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Leute.	,522	-,539	,215	
Ich bin weniger von Stimmungen abhängig als die meisten Leute, die ich kenne.	-,023	,060	,785	Stimmung konsistent
Meine Stimmungen sind sehr konsistent; sie ändern sich fast nie.	-,479	,124	,604	
Verglichen mit meinen Freunden gehen meine Stimmungen weniger rauf und runter.	-,138	,363	,592	

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
a Die Rotation ist in 12 Iterationen konvergiert.

Abb. EH 22: Stimmungen (Faktorenanalyse)



Kreuztabellen zum Berufsalltag

Tabelle BA 1: Geschlechterverteilung (gesamt und im Ost-West-Vergleich) 293
Tabelle BA 2: Altersdurchschnitt (gesamt und in Abhängigkeit von Standort und Geschlecht) 293
Tabelle BA 3: Soziodemografische Angaben (gesamt und in Abhängigkeit von Standort und Geschlecht)..... 293
Tabelle BA 4: Subjektpositionen (gesamt und in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Standort) 294
Tabelle BA 5: Zugehörigkeit zum Krankenhaus und zur Station (gesamt und in Abhängigkeit von Arbeitsort, Geschlecht und Alter)..... 294
Tabelle BA 6: Angaben zum Arbeitsverhältnis (gesamt und in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Standort) 295
Tabelle BA 7: Angaben zur Stationsgröße (gesamt und im Ost-West-Vergleich) 296
Tabelle BA 8: Angaben zur Aufgabenteilung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 296
Tabelle BA 9: Arbeitsanteile (gesamt und im Ost-West-Vergleich) 296
Tabelle BA 10: Aufgabenformulierung und -gestaltung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 297
Tabelle BA 11: Stationäre Arbeitsbelastungen (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 297
Tabelle BA 12: Führungsstile (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 298
Tabelle BA 13: Arbeitsklima (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 298
Tabelle BA 14: Entscheidungsfindung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)..... 298
Tabelle BA 15: Zusammenfassung Personendaten Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich..... 299
Tabelle BA 16: Zusammenfassung Organisationsdaten Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich..... 300
Tabelle BA 17: Zusammenfassung Persönlichkeitsvariablen Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich..... 301

Tabelle BA 1: Geschlechterverteilung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

	gesamt	abhängig vom Standort							
		Ost	West	Westburg	Westbach	Oststadt	Osthagen	Ostroda	Ostleben
Geschlecht	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
- weiblich	85	92	76	75	76	92	92	95	89
- männlich	15	8	24	25	24	8	8	5	11
Signifikanz		**0,000**							**0,000**

Tabelle BA 2: Altersdurchschnitt (gesamt und in Abhängigkeit von Standort und Geschlecht)

	gesamt	abhängig von									
		Geschlecht		Standort							
		Frauen	Männer	Ost	West	Westburg	Westbach	Oststadt	Osthagen	Ostroda	Ostleben
Alter											
in Jahren (MW)	34,8	35,0	33,7	35,8	33,5	32,2	36,1	37,4	34,4	37,0	33,3
Anova-Signifikanz			**0,002**		**0,013**						**0,045**

Tabelle BA 3: Soziodemografische Angaben (gesamt und in Abhängigkeit von Standort und Geschlecht)

	gesamt	abhängig von				
		Standort		Geschlecht		Alter
		Ost	West	Frauen	Männer	
soziodemografische Angaben	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	MW
Familienstand:						
- ledig	40	32	51	39	49	29,5
- verheiratet	51	57	43	52	49	38,8
- geschieden	7	9	5	8	3	39,3
- verwitwet	1	2	1	2	0	43,6
Signifikanz			**0,000**		**0,041**	**0,000**
Partnerschaftssituation:						
- nicht in Partnerschaft lebend	31	24	39			32,9
- in Partnerschaft lebend	69	76	61			36,2
Signifikanz			**0,000**		0,277	**0,000**
Berufstätigkeit PartnerIn:						
- ja, voll	82	84	79	86	61	33,9
- ja, Teilzeit	8	3	13	4	27	36,7
- nein	10	12	7	10	12	39,7
Signifikanz			**0,000**		**0,000**	**0,000**
Kinder:						
- kein Kind	47	33	65	45	57	29,6
- ein Kind	24	31	16	25	18	36,5
- zwei Kinder	23	30	15	25	16	41,4
- drei und mehr Kinder	6	7	4	5	8	43,9
Signifikanz			**0,000**		**0,013**	**0,000**
höchster Abschluss:						
- Hauptschule/mittlere Reife	34	16	56	33	35	33,8
- Abitur/Fachabitur	21	10	34	18	39	30,9
- Fachschule	42	70	6	46	20	37,2
- Fachhochschule/Universität	4	3	4	3	6	38,3
- kein/anderer Abschluss	0	0	0	0	0	34,3
Signifikanz			**0,000**		**0,000**	**0,000**
pflegerischer Abschluss:						
- PflegerIn incl. Fach- und OP-Pflege	85			85	89	35,1
- KrankenpflegehelferIn	2			1	3	42,6
- KinderkrankenpflegerIn	7			8	0	33,1
- kein Abschluss	3			2	6	26,1
- anderer Abschluss	4			4	3	---
Signifikanz			0,225		**0,004**	**0,000**

Tabelle BA 4: Subjektpositionen (gesamt und in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Standort)

	ge-samt	abhängig von								
		Standort Ost -West			Geschlecht			Alter		
sehr zufrieden bzw. zufrieden mit…		O	W	AS	F	M	AS	(sehr) zufrieden wichtig	ge-samt	AS
	%	%	%		%	%		MW	MW	
Leben insgesamt	83			0,230			0,671			0,751
Tätigkeit	78	83	72	**0,001**			0,439			0,798
Anerkennung im Team	71	76	64	**0,000**			0,630			0,327
Arbeit insgesamt	68	72	63	**0,010**			0,308			0,763
unmittelbaren Kollegen	65			0,101			0,923			0,292
Einteilung der Arbeitszeit	62			0,204			0,904	35,5	34,7	**0,005**
Arbeitsklima	51			0,064			0,915			0,336
Vorgesetzten	45	48	42	**0,042**			0,130			0,199
Entwicklungsmöglichkeiten	43			0,854	45	31	**0,006**	36,4	34,6	**0,000**
Arbeitsbedingungen	37	43	29	**0,000**			0,224			0,132
Bezahlung der Arbeit	34	40	26	**0,000**			0,267	33,6	34,8	**0,013**
Personalführung	32			0,209			0,169			0,240
Leitung der Klinik	23	27	18	**0,000**			0,102			0,509
Organisation der Klinik	13	16	9	**0,000**			0,306			0,295
sehr wichtig ist/sind…										
die Familie	84	88	78	**0,000**	86	73	**0,000**			0,206
eigene Kinder	76	83	66	**0,000**	80	57	**0,000**	35,7	35,0	**0,002**
Freizeit und Erholung				0,365	60	59	**0,008**	33,8	34,7	**0,002**
Freunde und Bekannte				0,895			0,209	32,8	34,7	**0,000**
der Beruf	31	38	20	**0,000**	32	24	**0,008**			0,394
die Arbeit	28	36	18	**0,000**			0,052			0,071
Verwandtschaft	21	22	19	**0,002**	23	12	**0,000**	32,6	34,7	**0,005**
Teilnahme am öffentlichen Leben				0,944			0,392	32,2	34,7	**0,000**
gute Nachbarschaft				0,280			0,892	37,1	34,7	**0,000**
Religion und Kirche	6	3	11	**0,000**			0,303	36,9	34,6	**0,012**
Politik	2	1	2	**0,005**[147]	2	1	**0,000**[148]	39,0	34,7	**0,034**

Tabelle BA 5: Zugehörigkeit zum Krankenhaus und zur Station (gesamt und in Abhängigkeit von Arbeitsort, Geschlecht und Alter)

	gesamt	abhängig von							
		Arbeitsort		Geschlecht		Alter			
Zugehörigkeit		Ost	West	weiblich	männlich	17-27	28-34	35-40	41-64
zum Krankenhaus in Jahren (MW)	11,9	13,1	10,3	12,4	9,4	4,2	9,1	12,9	20,3
Anova-Signifikanz		**0,000**		**0,001**		**0,000**			
zur Station in Jahren (MW)	8,8	9,3	7,9	9,0	7,1	3,2	6,9	9,0	13,4
Anova-Signifikanz		**0,013**		**0,039**		**0,000**			

147 Hier erschließt sich der Unterschied erst, wenn man die Nennungen kaum wichtig und unwichtig mit in die Betrachtung einbezieht. Daraus ergibt sich, dass Politik für Frauen weniger wichtig ist als für Männer.

148 Auch in diesem Punkt erschließt sich der Unterschied erst, wenn man die Nennungen kaum wichtig und unwichtig mit in die Betrachtung einbezieht. Dann ist zu erkennen, dass Politik im Osten Deutschlands von einem größeren Teil als unwichtig eingestuft wird.

Tabelle BA 6: Angaben zum Arbeitsverhältnis (gesamt und in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Standort)

	gesamt	**abhängig von**							
		Arbeitsort		**Geschlecht**		**Alter**			
		Ost	**West**	**weiblich**	**männlich**	**17-27**	**28-34**	**35-40**	**41-64**
Angaben zu Arbeitszeit und Schichtarbeit:									
Wochenarbeitszeit (MW)	37,3	38,5	35,6	37,3	37,9	38,6	37,3	38,1	37,1
Anova-Signifikanz			**0,000**		**0,000**				**0,000**
wöchentliche Überstunden (MW)	2,6	2,3	3,0						
Anova-Signifikanz			**0,005**		0,870				0,24
Schichtarbeit (in %)									
- keine Schichten	20	20	21			6	9	29	37
- zwei Schichten	19	14	25			19	18	14	24
- drei Schichten	61	66	55			75	74	57	39
Signifikanz			**0,005**		0,720				**0,000**
Arbeitsverhältnisse:									
- unbefristet	83	89	76			42	92	97	98
- befristet	16	11	22			54	8	2	2
- auf Probe	1	0	2			3	0	1	0
- anderes	1	0	1			2	0	0	0
Signifikanz			**0,000**		0,217				**0,000**
betriebliche Position:									
- Azubi/ Aushilfskraft	12	3	21	12	7	40	2	3	1
- AN ohne Personal-verantwortung	61	70	51	63	60	52	73	59	60
- AN mit Personalverantwortung	14	14	13	13	12	6	19	13	15
- Vorgesetzte(r)	13	13	14	13	18	1	6	24	24
Signifikanz			**0,000**		**0,004**				**0,000**

Tabelle BA 7: Angaben zur Stationsgröße (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Stationsgröße	gesamt %	abhängig vom Arbeitsort Ost %	West %
Bettenanzahl			
Mittelwert	21,5	19,8	23,9
Anova-Signifikanz			**0,000**
Pflegefach- und Pflegehilfskräfte			
Mittelwert	18,9	16,4	22,5
Anova-Signifikanz			**0,000**
Ärzte/ Ärztinnen			
Mittelwert	6,4		
Anova-Signifikanz			0,173

Tabelle BA 8: Angaben zur Aufgabenteilung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

	gesamt %	abhängig vom Arbeitsort Ost %	West %
Aufgabenverteilung:			
- Pflegende sind immer für die gleichen Patienten zuständig	47	38	58
- Pflegende sind immer für die gleichen Arbeiten zuständig	34	39	28
- beide o. g. Formen kommen vor	19	23	15
Signifikanz			**0,000**
Aufgabenprofil:			
- Allgemeine Pflegedienste	41		
- Intensivpflege	28		
- Funktionsdienst	16		
- Anderes	16		
Signifikanz			0,523

Tabelle BA 9: Arbeitsanteile (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Arbeitsanteile	gesamt %	abhängig vom Arbeitsort Ost %	West %	Signifikanz
- Pflege	36	34	38	**0,005**
- Diagnostik/ Therapie	21	22	19	**0,009**
- Pflegedokumentation	20	21	18	**0,009**

Tabelle BA 10: Aufgabenformulierung und -gestaltung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Zustimmung (vollkommen bzw. überwiegend)	**gesamt**	**abhängig vom Arbeitsort**		
	%	**Ost %**	**West %**	**Signifikanz**
Aufgaben:				
- werden verständlich formuliert	78	84	72	**0,000**
- werden von den Ärzten verteilt	12	15	7	**0,000**
- stimmen mit Unternehmenszielen überein	45	51	38	**0,001**
- werden im Team festgelegt	39	37	41	**0,003**
- ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	64	69	59	**0,004**
- berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	55	59	51	**0,014**
- werden zentral vorgegeben	29	33	25	**0,024**
- werden gerecht aufgeteilt	53			0,150
- sind nicht immer logisch	23			0,393

Tabelle BA 11: Stationäre Arbeitsbelastungen (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Arbeitsalltag wird belastet durch (trifft vollkommen bzw. überwiegend zu)	**gesamt**	**abhängig vom Arbeitsort**		
	%	**Ost %**	**West %**	**Signifikanz**
- Behandlungsmisserfolge	39	45	30	**0,000**
- Personalmangel	70	65	77	**0,001**
- das Verleumden einzelner Personen	33	38	26	**0,001**
- das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	36	40	30	**0,002**
- unzureichende Informationen	43	39	49	**0,015**
- zielgerichtete Abwertung der Arbeit	38	43	33	**0,015**
- ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	38	41	34	**0,017**
- das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	42	46	37	**0,030**
- hohen organisatorischen Aufwand	39	39	37	**0,055**
- hohe Verantwortung	39			0,067
- das Ignorieren einzelner Personen	27			0,387
- seelische Beanspruchung	36			0,642
- körperliche Beanspruchung	38			0,731
- unklare Arbeitsabläufe	32			0,824
- zu wenig Zeit für Patienten	54			0,909

Tabelle BA 12: Führungsstile (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Führung erfolgt (vollkommen bzw. überwiegend)	**gesamt** **%**	**abhängig vom Arbeitsort** Ost **%**	West **%**	Signifikanz
in Bezug auf Personalführung (der Station)				
- wesentlich von einer Person abhängig	50	56	43	**0,000**
- streng nach bürokratischen Regeln	24	28	19	**0,001**
- unter Heranziehung vieler Meinungen	46			0,245
- unkontinuierlich	26			0,602
in Bezug auf Unternehmensführung				
- wesentlich von einer Person abhängig	53	57	46	**0,002**
- streng nach bürokratischen Regeln	51			0,495
- unter Heranziehung vieler Meinungen	12			0,057
- unkontinuierlich	28			0,673

Tabelle BA 13: Arbeitsklima (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Arbeitsklima ist gekennzeichnet durch (vollkommen bzw. überwiegend)	**gesamt** **%**	**abhängig vom Arbeitsort** **Ost** **%**	**West** **%**	**Signifikanz**
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	50	55	45	**0,006**
den kollegialen Umgang mit Konflikten	30	34	24	**0,009**
gute Arbeitsbedingungen	28	32	23	**0,001**
straffe hierarchische Strukturen	25	29	20	**0,012**
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	23	25	19	**0,009**
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	23	24	22	**0,030**
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	19			0,054
ein strenges Arbeitstempo	30			0,080
leicht eskalierende Konflikte	18			0,114
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	59			0,137
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	31			0,230
die gegenseitige Anerkennung im Team	43			0,301
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	19			0,437
gleichberechtigte Zus.arbeit der Berufsgruppen	22			0,573
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	36			0,594
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	22			0,906

Tabelle BA 14: Entscheidungsfindung (gesamt und im Ost-West-Vergleich)

Entscheidungen, die die Pflege betreffen, liegen (vollkommen oder überwiegend)	**gesamt** **%**	**abhängig von Arbeitsort** **Ost** **%**	**West** **%**	**Signifikanz**
bei der pflegerischen Stationsleitung	20	27	10	**0,000**
bei den Ärzten	15	18	11	**0,000**
bei der einzelnen Pflegekraft	47	42	54	**0,001**
werden im Team diskutiert	52			0,626
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben	50			0,627
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	12			0,775

Tabelle BA 15: Zusammenfassung Personendaten Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich

	Ost	**West**	**Jung**	**Alt**	**Frauen**	**Männer**
Familienstand	Anteil Verheiratete +	Anteil Ledige +	Anteil Ledige +	Anteil Verheiratete +	Anteil Verheiratete +	Anteil Ledige +
Geschlecht	Frauenanteil +	Männeranteil +	keine signifikanten Unterschiede			+
Kinder	Anteil mit Kindern +	Kinderlose +	Kinderlose +	Kinderlose -	Anteil mit Kindern +	Kinderlose + Kinderreiche (>2) +
Berufstätigkeit der PartnerInnen	Partner nicht berufstätig + Partner berufstätig +	Partner Teilzeit +	Partner Vollzeit +	Partner Vollzeit -	Partner Vollzeit +	Partner Teilzeit +
pflegerische Ausbildung	keine signifikanten Unterschiede		Anteil ohne Abschluss + Anteil mit Ausbildung Kinderpflege +	Anteil mit pflegerischer Ausbildung +	Anteil mit Abschluss Kinderkranken-pflege +	Anteil mit pflegerischem Abschluss + Anteil ohne Abschluss +
Team-zugehörigkeit	Krankenhaus + Station +	Krankenhaus - Station -	Krankenhaus - Station -	Krankenhaus + Station +	Krankenhaus + Station +	Krankenhaus - Station -
Arbeitszeit	Durchschnitt + 40 h/ Woche +	Durchschnitt - 38/39 h/ Woche +	38/ 39 h/Woche +	40 h/ Woche +	Durchschnitt - 40 h/ Woche +	Durchschnitt + 38/39 h/ Woche -
Überstunden	Durchschnitt -	Durchschnitt +	Durchschnitt -	Durchschnitt +	keine signifikanten Unterschiede	
Schichtarbeit	drei Schichten +	zwei Schichten +	keine Schichten - drei Schichten +	keine Schichten + drei Schichten -	keine signifikanten Unterschiede	
Arbeits-verhältnis	unbefristet +	befristet +	befristet +	unbefristet +	keine signifikanten Unterschiede	
Position	ohne Personal-verantwortung +	Azubi/ Aushilfe +	Azubi/ Aushilfe +	Vorgesetzte +	Azubi/ Aushilfe +	Vorgesetzte +

Tabelle BA 16: Zusammenfassung Organisationsdaten Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich

	Ost	**West**
Stationsgröße	Betten +	Betten -
	Pflegende +	Pflegende -
	Ärzte +	Ärzte -
Arbeitsanteile	Pflege -	Pflege +
	Diagnostik /Therapie +	Diagnostik /Therapie -
	Pflegedokumentation +	Pflegedokumentation -
Aufgaben-aufteilung	Bezugspflege -	Bezugspflege +
	Funktionspflege +	Funktionspflege -
Aufgabenprofil	keine signifikanten Unterschiede	
Aufgaben-formulierung	**Aufgaben**	**Aufgaben**
	- verständlich formuliert +	- werden im Team festgelegt +
	- nach medizinischer Dringlichkeit +	
	- nach pflegerischen Notwendigkeiten +	
	- übereinstimmend mit Unternehmenszielen +	
	- zentral vorgegeben +	
	- von Ärzten verteilt +	
Arbeits-belastungen	**Belastungen durch**	**Belastungen durch**
	- Klatsch und Tratsch +	- Personalmangel +
	- Behandlungsmisserfolge +	- unzureichende Informationen +
	- Abwertung der Arbeit +	
	- ungerechtfertigte Kritik +	
	- sinnlose Arbeitsaufgaben +	
	- Verleumdungen +	
Arbeitsklima	**gekennzeichnet durch**	
	- gute Zusammenarbeit Pflegender +	
	- Kollegialer Konfliktumgang +	
	- gute Arbeitsbedingungen +	
	- straffe Hierarchien +	
	- gute Rückkopplung über Leistung +	
	- engagierte Vorgesetzte +	
Entscheidungs-findung	**Entscheidungen liegen bei**	**Entscheidungen liegen bei**
	- pflegerischer Stationsleitung +	- einzelner Pflegekraft +
	- Ärzten +	
Personalführung	- wesentlich von einer Person abhängig +	
	- streng nach bürokratischen Regeln +	
Unternehmens-führung	- wesentlich von einer Person abhängig +	

Tabelle BA 17: Zusammenfassung Persönlichkeitsvariablen Hauptdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und im Ost-West-Vergleich

	Ost	**West**	**Jung**	**Alt**	**Frauen**	**Männer**
Zufriedenheits-aspekte	- Tätigkeit + - Anerkennung im Team + - Arbeit insgesamt + - Vorgesetzten + - Arbeits-bedingungen + - Bezahlung + - Klinikumsleitung + - Organisation +			- Entwicklungs-möglichkeiten + - Personalführung +	- Entwicklungs-möglichkeiten +	
	Keine signifikanten Unterschiede bei: Leben insgesamt, Kollegen, Einteilung der Arbeitszeit, -Arbeitsklima, Entwicklungsmöglichkeiten, Personalführung.		Keine signifikanten Unterschiede bei: Leben insgesamt, Tätigkeit, Anerkennung im Team, Arbeit insgesamt, unmittelbaren Kollegen, Einteilung der Arbeitszeit, Arbeitsklima, Vorgesetzten, Arbeitsbedingungen, Bezahlung der Arbeit und Organisation der Klinik.		Keine signifikanten Unterschiede bei: Leben insgesamt, Tätigkeit, Anerkennung im Team, Arbeit insgesamt, unmittelbaren Kollegen, Einteilung der Arbeitszeit, Arbeitsklima, Vorgesetzten, Arbeitsbedingungen, Bezahlung der Arbeit, Personalführung sowie Leitung und Organisation der Klinik.	
Wichtigkeit	- Familie + - Beruf + - Arbeit + - eigene Kinder + - Verwandtschaft +	- Politik + - Religion/ Kirche +	- eigene Kinder - - Verwandtschaft + - öffentliches Leben + - Freunde/ Bekannte +	- eigene Kinder + - Verwandtschaft + - gute Nachbarschaft +	- Freizeit und Erholung + - Familie + - Beruf + - eigene Kinder + - Arbeit + - Verwandtschaft +	- Politik +
	Keine signifikanten Unterschiede bei: Freizeit und Erholung, Teilnahme am öffentlichen Leben, Freunden und Bekannten und guter Nachbarschaft.		Keine signifikanten Unterschiede bei: Politik, der Familie, Freizeit und Erholung, dem Beruf, der Arbeit und Religion und Kirche.		Keine signifikanten Unterschiede bei: Teilnahme am öffentlichen Leben, Freunden und Bekannten, guter Nachbarschaft und Religion/ Kirche.	

Tabellen und Abbildungen zu Mobbingtypen

Tabelle MT 1: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse ... 303
Tabelle MT 2: Entwicklung von Mobbingtypen aus Erfahrungshorizonten ... 304
Tabelle MT 3: Mobbingtypen und demografische Merkmale ... 305
Tabelle MT 4: Mobbingtypen und Lebensorientierungen ... 307
Tabelle MT 5: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen ... 308
Tabelle MT 6: Mobbingtypen und Arbeitssituation ... 309
Tabelle MT 7: Mobbingtypen und Zufriedenheit ... 310
Tabelle MT 8: Mobbingtypen und Stimmungen ... 311
Tabelle MT 9: Mobbingtypen und Stimmungen (dimensionenreduziert) ... 312
Tabelle MT 10: Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (personenbezogen) ... 313
Tabelle MT 11: Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (organisationsbezogen) ... 314
Tabelle MT 12: Mobbingtypen und Personalführungsstil ... 315
Tabelle MT 13: Mobbingtypen und Entscheidungsfindung ... 316
Tabelle MT 14: Mobbingtypen und Aufgabengestaltung ... 317
Tabelle MT 15: Mobbingtypen und Arbeitsklima ... 318
Tabelle MT 16: Mobbingtypen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert) ... 320
Tabelle MT 17: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen ... 321
Tabelle MT 18: Mobbingtypen und stationäre Arbeitsbelastungen ... 322
Tabelle MT 19: Mobbingtypen und individuelle Begriffsbestimmungen ... 325

Abb. MT 1: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse ... 303
Abb. MT 2: Verflechtung der Mobbingperspektiven ... 304
Abb. MT 3: Mobbingtypen und Geschlecht ... 306
Abb. MT 4: Mobbingtypen und Arbeitsort Ost/ West ... 306
Abb. MT 5: Mobbingtypen und Partnerschaftssituation ... 306
Abb. MT 6: Mobbingtypen und Lebensorientierungen ... 307
Abb. MT 7: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen ... 308
Abb. MT 8: Mobbingtypen und Arbeitssituation ... 309
Abb. MT 9: Mobbingtypen und Zufriedenheit ... 310
Abb. MT 10: Mobbingtypen und Stimmungen ... 311
Abb. MT 11: Mobbingtypen und Stimmungen (dimensionenreduziert) ... 312
Abb. MT 12: Mobbingtypen und Personalführungsstil ... 315
Abb. MT 13: Mobbingtypen und Entscheidungsfindung ... 316
Abb. MT 14: Mobbingtypen und Aufgabengestaltung ... 317
Abb. MT 15: Mobbingtypen und Arbeitsklima ... 319
Abb. MT 16: Mobbingtypen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert) ... 320
Abb. MT 17: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen ... 321
Abb. MT 18: Mobbingtypen und stationäre Arbeitsbelastungen ... 322
Abb. MT 19: Mobbingperspektiven und soziodemografische Angaben multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide) ... 323
Abb. MT 20: Mobbingperspektiven und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide) ... 324

Tabelle MT 1: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse

Frage: Bitte geben Sie an, was Sie bisher schon über „Mobbing" gehört bzw. was Sie erlebt oder beobachtet haben. (Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)

a) Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen
b) Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen
c) Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen
d) Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt
e) Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt

Mobbing	Antworten		RF
	%	total	
Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen.	7	59	5
Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.	52	433	1
Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.	25	217	3
Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt.	48	407	2
Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.	11	92	4
Angaben von … der Stichprobe	87	743	

Abb. MT 1: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse

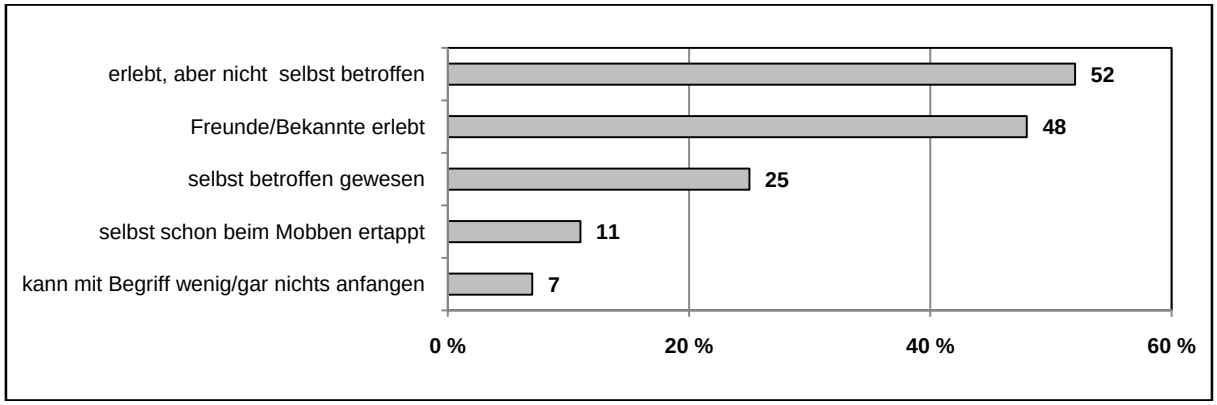


Tabelle MT 2: Entwicklung von Mobbingtypen aus Erfahrungshorizonten

Beobachter (B): Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.
Opfer (O): Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.
Täter (T): Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.

Mobbing
Erfahrungshorizonte

O = Opfer B = Beobachter T = Täter	**nur B**	**nur O**	**O und B**	**nur T**	**O und T**	**B und T**	**O, B und T**	**gesamt**
- total	320	114	62	4	27	47	14	588
- Prozent (von n)	37	13	7	1	3	6	2	69
- Prozent (von Befragten mit Mobbingerfahrung)	54	19	11	1	5	8	2	100
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
zusammengefasst folgende Typen	**Typ: Beobachter**	**Typ: Opfer**		**Typ: Täter**				**gesamt**
- total	320	176		92				588
- Prozent (von n)	37	21		11				69
- Prozent (von Befragten mit Mobbingerfahrung)	54	30		16				100

Abb. MT 2: Verflechtung der Mobbingperspektiven

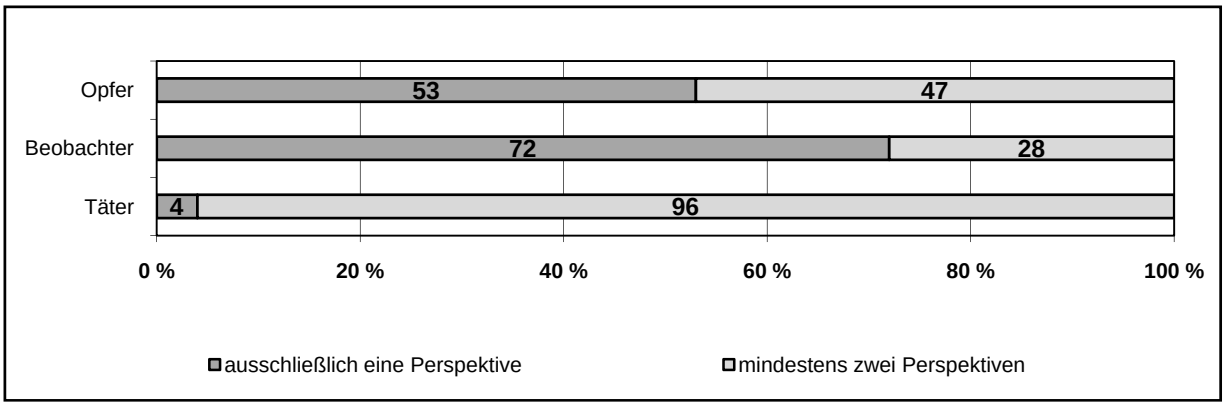


Tabelle MT 3: Mobbingtypen und demografische Merkmale

demografische Merkmale		**Beo-bachter**	**Opfer**	**Täter**	**gesamt (von MT)**
Alter					
- MW					33,9
ANOVA Signifikanz	0,092				
Geschlecht in Prozent					
- weiblich		56	21	13	100
- männlich		44	26	30	100
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,000**				
höchster Abschluss in Prozent					
- bis Mittlere Reife					
- Abitur/ Fachabitur					
- Fachschule bis Universität					
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,091				
Berufsabschluss Pflege in Prozent					
- pflegerischer Abschluss					
- kein, anderer oder „helfender" Abschluss					
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,607				
Arbeitsort in Prozent					
- Westburg					
- Westbach					
- Oststadt					
- Osthagen					
- Ostroda					
- Ostleben					
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,371				
Ost/ West in Prozent					
- Ost		57	30	12	
- West		51	29	20	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,040**				
Kinder[149]					
- Mittelwertvergleich					
ANOVA Signifikanz	0,232				
Kinder im Haushalt					
- Mittelwertvergleich					
ANOVA Signifikanz	0,185				
Familienstand in Prozent					
- ledig					
- verheiratet					
- geschieden					
- verwitwet					
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,100[150]				
Partnerschaftssituation in Prozent					
- alleine lebend		50	28	21	100
- in Partnerschaft lebend		57	30	13	100
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,029**				
gesamt MT		54	30	16	100

149 Es ergibt sich auch kein Zusammenhang, wenn man einen Vergleich zwischen kinderlosen Familien/ Haushalten und denen mit Kindern anstellt.

150 Es haben 3 Zellen (25,0%) eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Abb. MT 3: Mobbingtypen und Geschlecht

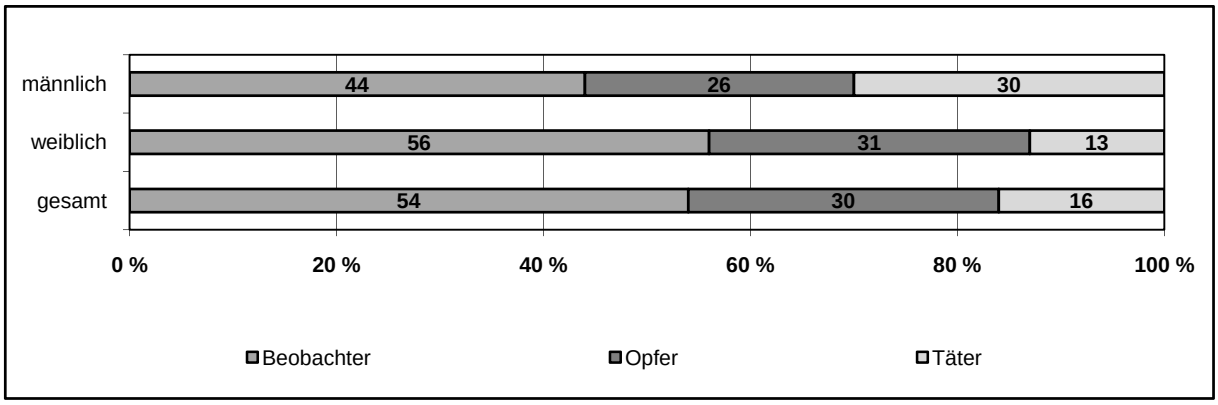


Abb. MT 4: Mobbingtypen und Arbeitsort Ost/ West

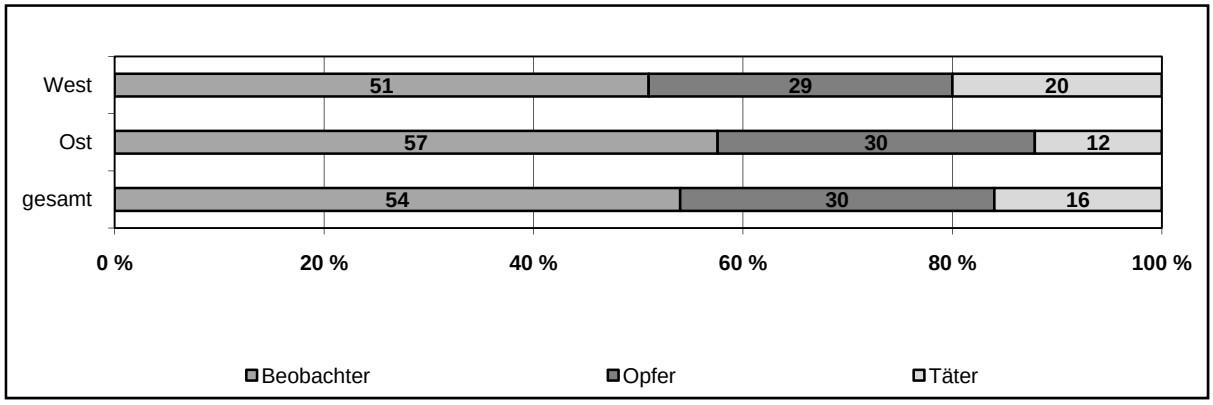


Abb. MT 5: Mobbingtypen und Partnerschaftssituation

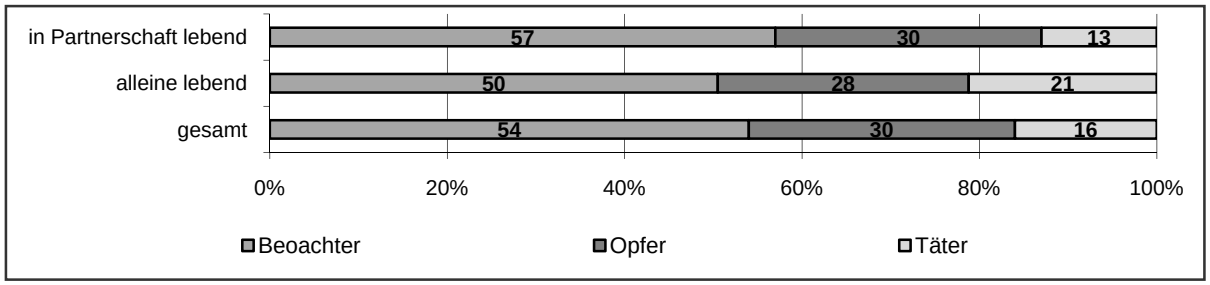


Tabelle MT 4: Mobbingtypen und Lebensorientierungen

Frage: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte des Lebens?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

Wichtigkeit (Antworten 1 = sehr wichtig)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
- die Familie	**0,001**	56	29	13	100
- gute Nachbarschaft	**0,010**	46	42	12	100
- Verwandtschaft	**0,034**	62	23	15	100
- eigene Kinder	0,106				
- der Beruf	0,126				
- Teilnahme am öffentlichen Leben	0,296				
- Freunde und Bekannte	0,334				
- Religion und Kirche	0,515				
- Politik	0,549				
- Freizeit und Erholung	0,742				
- Arbeit	0,752				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 6: Mobbingtypen und Lebensorientierungen

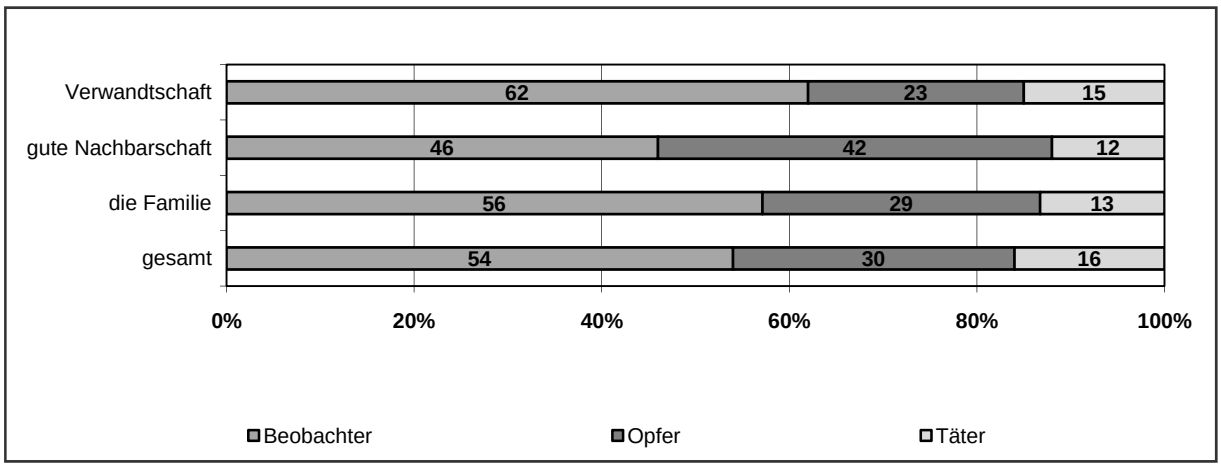


Tabelle MT 5: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen

Frage: Für wie wichtig halten Sie persönlich die unten genannten Aspekte der beruflichen Arbeit?

Wie wichtig sind Ihnen diese Aspekte?
1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

Arbeitsorientierungen (Antworten 1 = sehr wichtig)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
- ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	**0,001**	61	28	11	100
- viel Kontakt zu anderen Menschen	**0,008**	59	31	10	100
- sichere Berufsstellung	**0,045**	55	32	14	100
- gesunde Arbeitsbedingungen	0,267				
- das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	0,273				
- sichere Arbeitsbedingungen	0,310				
- ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	0,410				
- ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	0,539				
- gute Aufstiegsmöglichkeiten	0,540				
- Aufgaben mit Verantwortung	0,562				
- hohes Einkommen	0,587				
- Tätigkeit, bei der man selbstständig arbeiten kann	0,794				
- ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	0,993				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 7: Mobbingtypen und Arbeitsorientierungen

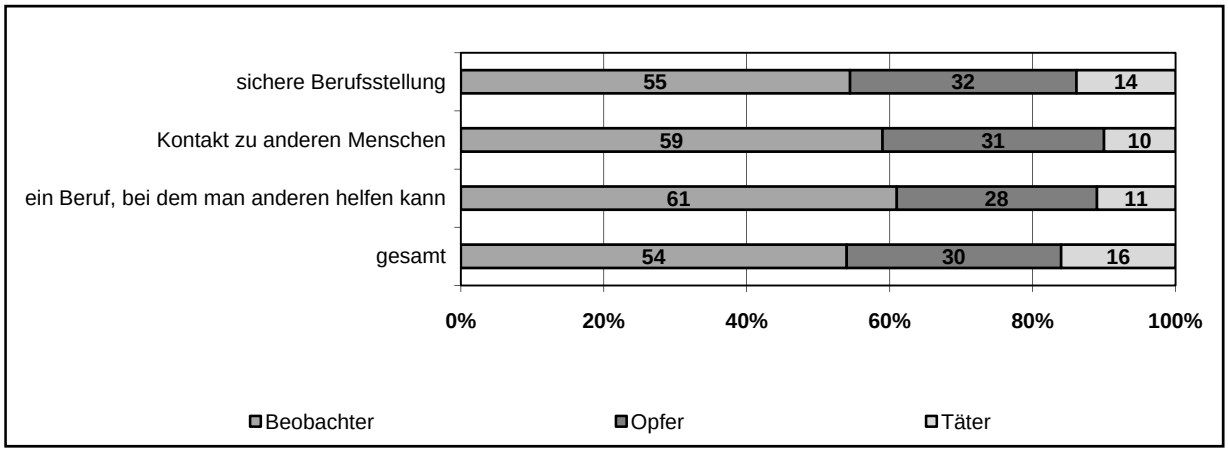


Tabelle MT 6: Mobbingtypen und Arbeitssituation

Frage: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf ihre momentane Berufstätigkeit zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/ teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Arbeitssituation (Antworten 1 = trifft vollkommen zu)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
- ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	**0,028**	53	32	16	17
- gesunde Arbeitsbedingungen	0,099				
- das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	0,150				
- Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann	0,254				
- ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	0,379				
- sichere Berufsstellung	0,451				
- ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	0,503				
- ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	0,558				
- Aufgaben mit Verantwortungs-bewusstsein	0,562				
- hohes Einkommen	0,625				
- viel Kontakt zu anderen Menschen	0,777				
- sichere Arbeitsbedingungen	0,835				
- gute Aufstiegsmöglichkeiten	0,994				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 8: Mobbingtypen und Arbeitssituation

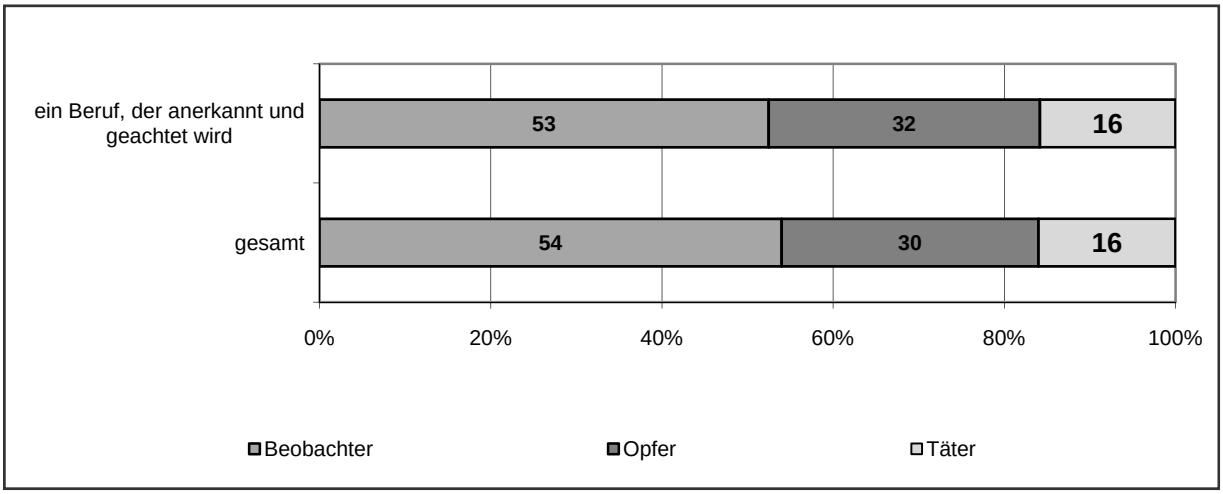


Tabelle MT 7: Mobbingtypen und Zufriedenheit

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten Ihres Arbeitsalltages bzw. Ihrer gesamten Lebenssituation?

1 = sehr zufrieden
2 = zufrieden
3 = teils/ teils
4 = unzufrieden
5 = sehr unzufrieden

Zufriedenheit (Antworten 1 = sehr zufrieden und 2 = zufrieden)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
- mit Ihrer Anerkennung im Team	**0,000**	61	25	14	100
- mit Ihren unmittelbaren Kollegen	**0,000**	62	22	16	100
- mit dem Arbeitsklima	**0,000**	63	24	12	100
- mit Ihrer Arbeit insgesamt	**0,029**	58	26	16	100
- mit der Personalführung	**0,029**	63	24	13	100
- mit Ihrem Vorgesetzten	**0,032**	61	25	15	100
- mit Ihrem Leben insgesamt	0,158				
- mit Ihrer Tätigkeit	0,164				
- mit der Leitung der Klinik	0,173				
- mit der Bezahlung der Arbeit	0,211				
- mit der Einteilung der Arbeitszeit	0,271				
- mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten	0,293				
- mit Ihren Arbeitsbedingungen	0,323				
- mit der Organisation der Klinik	0,351				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 9: Mobbingtypen und Zufriedenheit

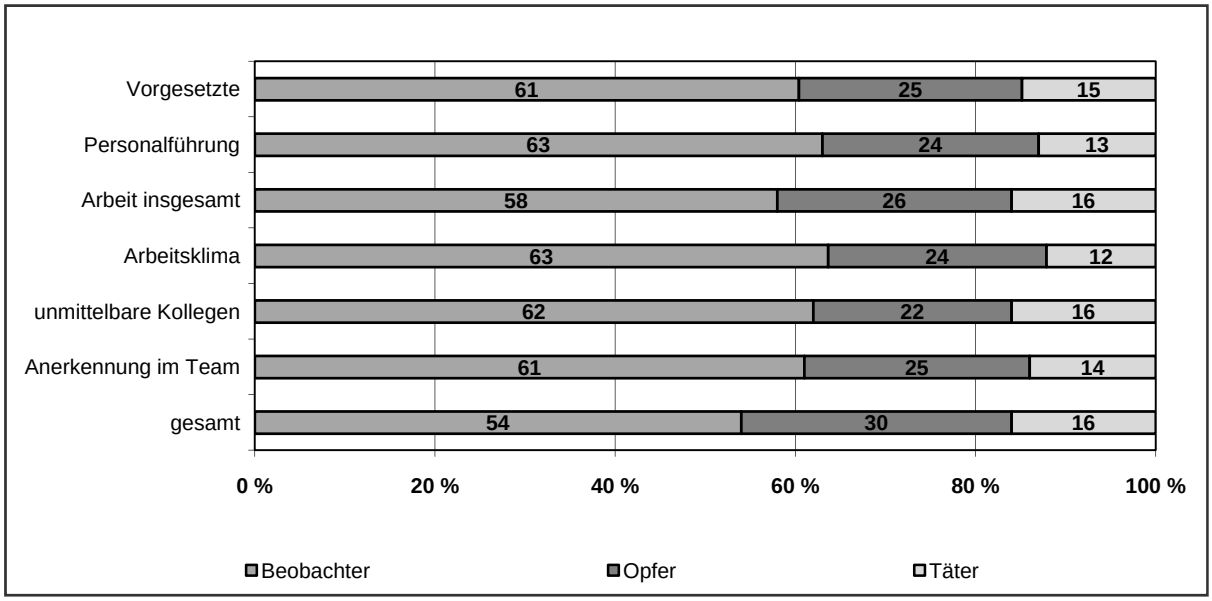


Tabelle MT 8: Mobbingtypen und Stimmungen

Frage: Inwieweit treffen die nachfolgend genannten Aussagen auf Ihre Stimmung zu?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Stimmungen (Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
Meine Freunde scheinen oft zu glauben, dass ich unglücklich bin.	**0,000**	28	39	33	100
Meine Stimmung ist oft bedrückt.	**0,003**	34	44	22	100
Fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	0,059				
Stimmung pendelt zwischen glücklich und traurig innerhalb einer Woche.	0,085				
Ich halte mich für eine glückliche Person.	0,111				
Meine Stimmungen sind sehr konsistent; sie ändern sich fast nie.	0,137				
Manchmal schwankt meine Stimmung sehr stark hin und her.	0,149				
Ich bin eine Person, deren Stimmung sich oft ändert.	0,194				
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	0,241				
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	0,260				
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Leute.	0,290				
Verglichen mit meinen Freunden gehen meine Stimmungen weniger rauf und runter.	0,320				
Verglichen mit Freunden denke ich weniger optimistisch über das Leben.	0,416				
Ich bin weniger von Stimmungen abhängig als die meisten Leute, die ich kenne.	0,560				
Gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 10: Mobbingtypen und Stimmungen

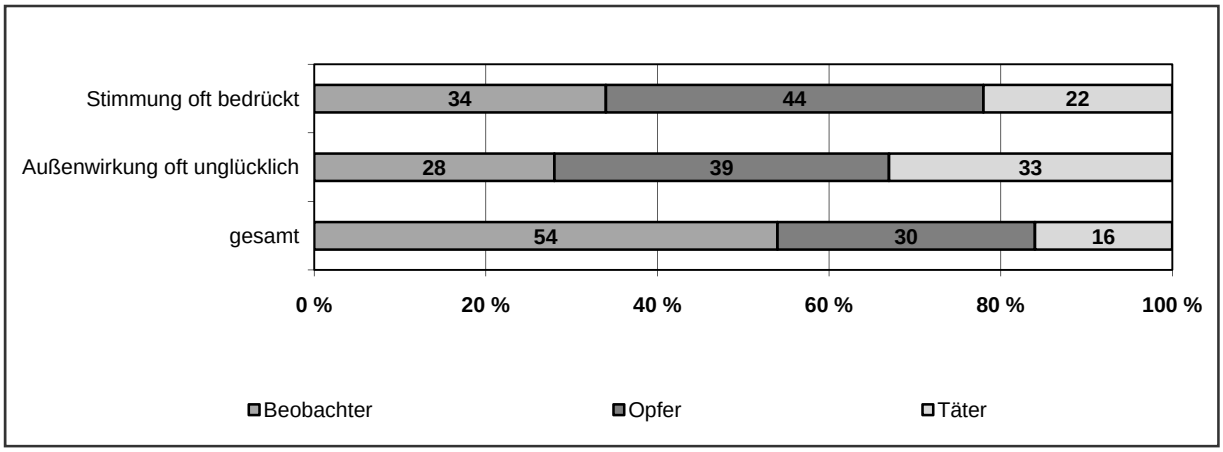


Tabelle MT 9: Mobbingtypen und Stimmungen (dimensionenreduziert)

Frage: Inwieweit treffen die nachfolgend genannten Aussagen auf Ihre Stimmung zu?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Stimmungen **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
Stimmung schwankend/ unglücklich	**0,037**	48	33	21	100
Stimmung differenziert optimistisch/ glücklich	0,151				
Stimmung konsistent	0,206				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 11: Mobbingtypen und Stimmungen (dimensionenreduziert)

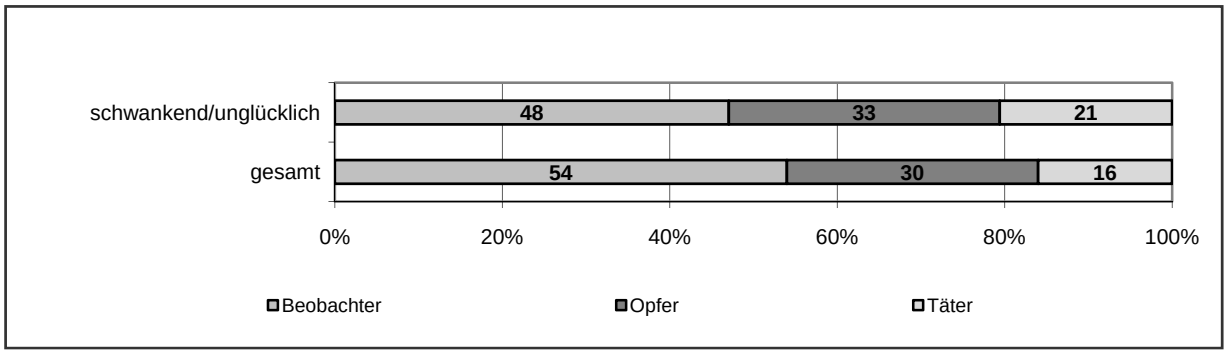


Tabelle MT 10: Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (personenbezogen)

Angaben zum Arbeitsverhältnis	
Arbeitsverhältnis in Prozent - unbefristet - befristet (inkl. Azubi) - z.Z. auf Probe Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,119
wöchentliche Arbeitszeit - Mittelwert ANOVA Signifikanz	0,842
wöchentliche Überstunden - Mittelwert ANOVA Signifikanz	0,475
Schichtarbeit[151] in Prozent - nein - ja, zwei Schichten - ja, drei Schichten Asymptotische Signifikanz	0,254
betriebliche Position in Prozent - Azubi/ Aushilfskraft - AN ohne Personalverantwortung - AN mit Personalverantwortung - Vorgesetzte(r) Stations- oder Klinikebene - andere Position Asymptotische Signifikanz	0,118
im Krankenhaus seit … Jahren - Mittelwertvergleich ANOVA Signifikanz	0,742
auf Station seit … Jahren - Mittelwertvergleich ANOVA Signifikanz	0,515

151 Es ergibt sich auch kein Zusammenhang, wenn man die Pflegenden in Schichtdiensten mit jenen ohne Schichtdienst vergleicht.

Tabelle MT 11: Mobbingtypen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (organisationsbezogen)

Angaben zum Arbeitsverhältnis	
Stationsgröße (Mittelwerte)	
a) Pflegekräfte	
ANOVA Signifikanz	0,187
b) ArztInnen	
ANOVA Signifikanz	0,237
c) Betten	
ANOVA Signifikanz	0,231
Anzahl der Pflegenden gesamt in Prozent	
- relativ klein (1.000 bis 1.300)	
- relativ groß (mehr als 1.500)	
Asymptotische Signifikanz	0,910
Rechtsformänderung erfolgt in Prozent	
- ja	
- nein	
Asymptotische Signifikanz	0,513
Aufgabenprofil in Prozent	
- allgemeine Pflegedienste	
- Intensivpflege	
- Funktionsdienst	
Asymptotische Signifikanz	0,282
Aufgabenteilung in Prozent	
- Pflegende immer für gleiche Patienten zuständig	
- Pflegende immer für gleiche Aufgaben zuständig	
- beides	
Asymptotische Signifikanz	0,302
Arbeitsanteile (Mittelwerte)	
a) Pflege	
ANOVA Signifikanz	0,172
b) Pflegeforschung	
ANOVA Signifikanz	0,484
c) Pflegedokumentation	
ANOVA Signifikanz	0,634
d) Pflegeorganisation	
ANOVA Signifikanz	0,834
e) Kooperation und Koordination	
ANOVA Signifikanz	0,925
f) Diagnostik/ Therapie	
ANOVA Signifikanz	0,945
Pflegeleitbild vorhanden	
- ja	
- nein	
Asymptotische Signifikanz	0,513
Unternehmensleitbild vorhanden	
- ja	
- nein	
Asymptotische Signifikanz	0,382
PD in Vorstand in Prozent	
- ja	
- nein	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,412
PD hierarchieübergr. gesprächsbereit in Prozent	
- generell	
- eingeschränkt	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,258

Tabelle MT 12: Mobbingtypen und Personalführungsstil

Frage: Wie würden Sie den Personalführungsstil in Ihrem Bereich bezeichnen?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Personalführungsstil **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
unter Heranziehung vieler Meinungen	**0,006**	62	28	12	100
wesentlich von einer Person abhängig	0,067				
unkontinuierlich	0,154				
streng nach bürokratischen Regeln	0,844				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	

Abb. MT 12: Mobbingtypen und Personalführungsstil

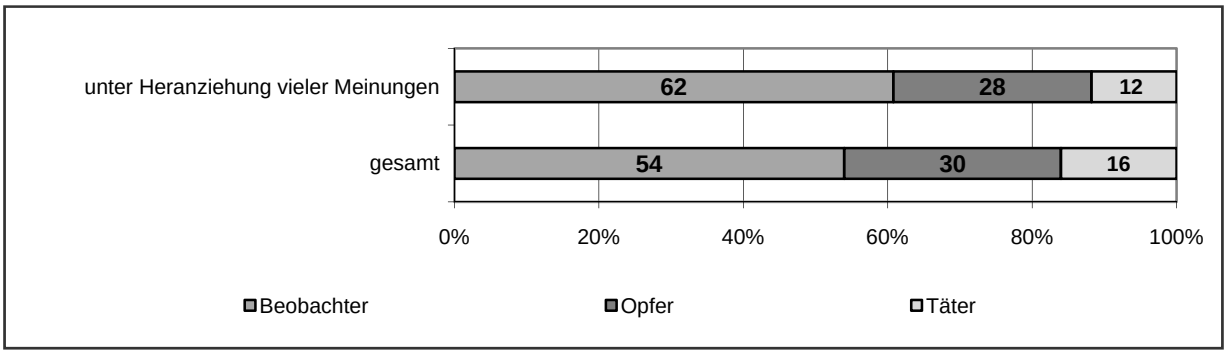


Tabelle MT 13: Mobbingtypen und Entscheidungsfindung

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Entscheidungsfindung **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
werden im Team diskutiert	**0,038**	59	27	14	100
liegen bei der pflegerischen Stationsleitung	0,066				
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	0,320				
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	0,368				
liegen bei den Ärzten	0,485				
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben	0,895				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

Abb. MT 13: Mobbingtypen und Entscheidungsfindung

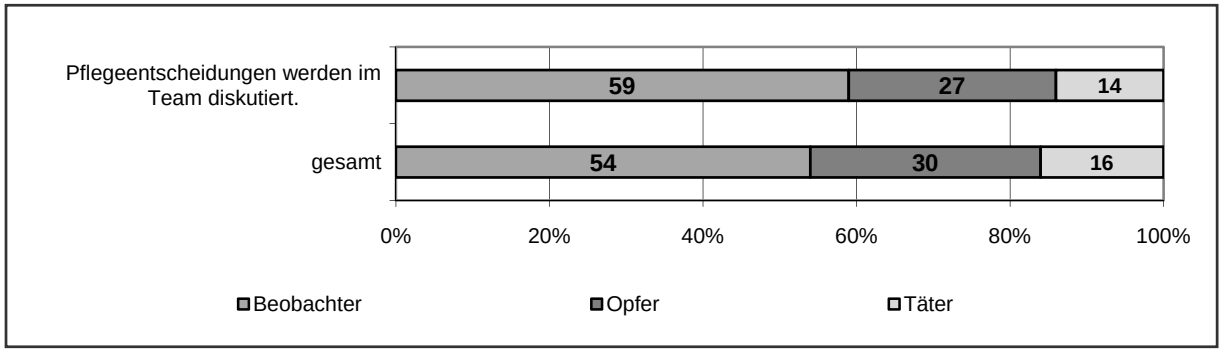


Tabelle MT 14: Mobbingtypen und Aufgabengestaltung

Frage: Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Aufgaben **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
werden im Team festgelegt	0,008	61	24	15	100
werden gerecht aufgeteilt	0,014	61	25	14	100
sind nicht immer logisch	0,019	43	38	19	100
werden verständlich formuliert	0,300				
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	0,394				
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	0,538				
werden zentral vorgegeben	0,566				
werden von den Ärzten verteilt	0,625				
stimmen mit Unternehmenszielen überein	0,771				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

Abb. MT 14: Mobbingtypen und Aufgabengestaltung

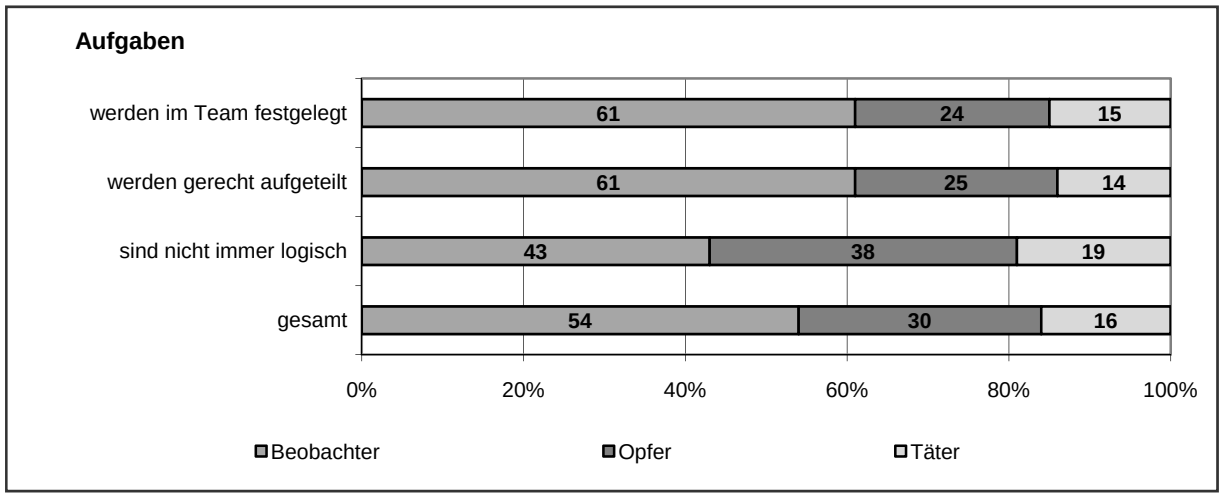


Tabelle MT 15: Mobbingtypen und Arbeitsklima

Frage: Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsklima (Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
die gegenseitige Anerkennung im Team	**0,000**	62	24	14	100
den kollegialen Umgang mit Konflikten	**0,000**	60	26	13	100
straffe hierarchische Strukturen	**0,000**	40	40	20	100
leicht eskalierende Konflikte	**0,000**	34	47	19	100
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	**0,001**	61	24	15	100
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	**0,001**	64	25	11	100
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	**0,001**	65	25	10	100
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	**0,001**	59	25	15	100
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	**0,016**	61	24	15	100
gute Arbeitsbedingungen	**0,024**	64	24	13	100
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	**0,031**	50	33	17	100
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	**0,050**	60	24	16	100
ein strenges Arbeitstempo	0,153				
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	0,302				
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	0,353				
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	0,526				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

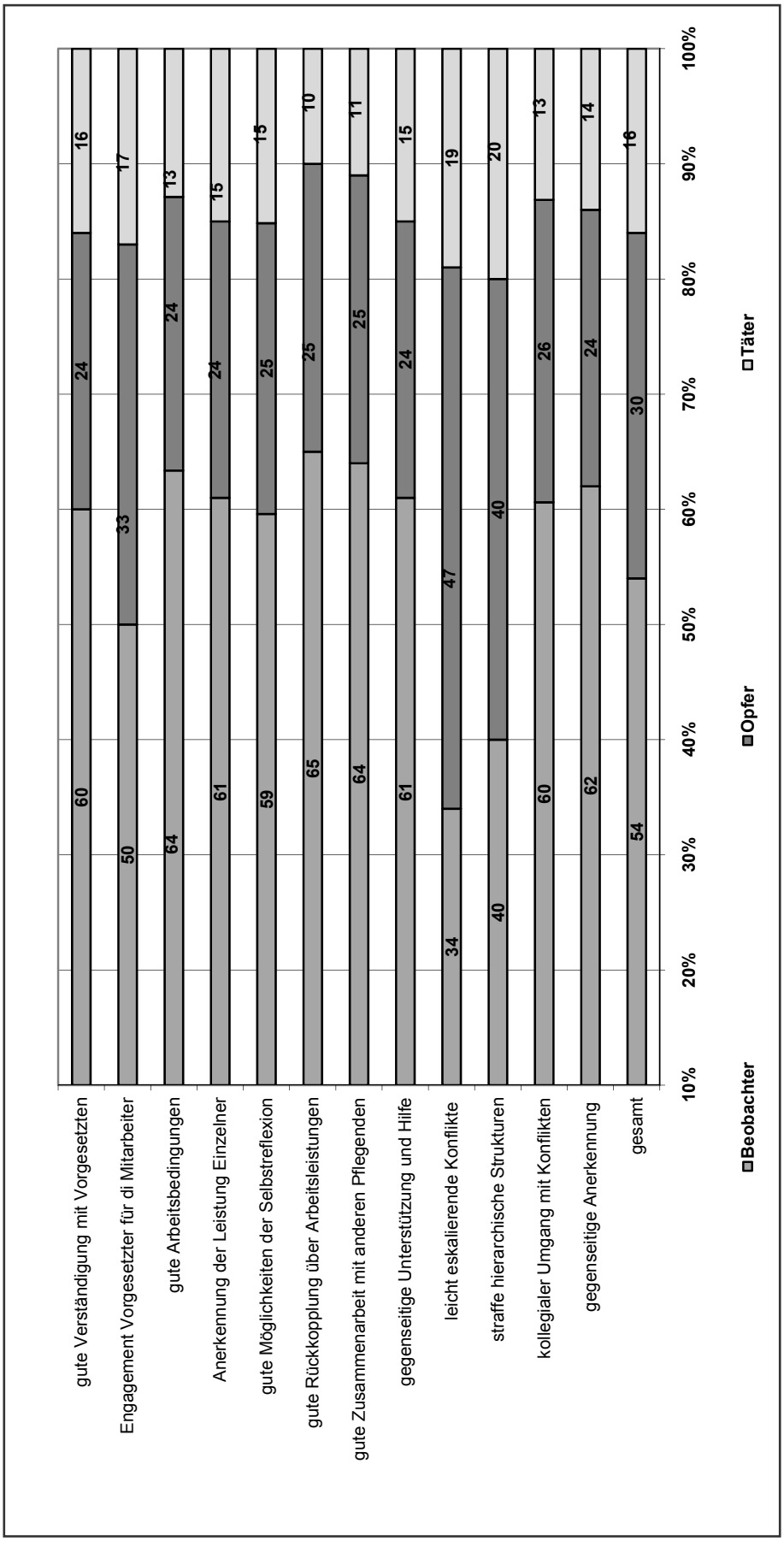


Abb. MT 15: Mobbingtypen und Arbeitsklima

Tabelle MT 16: Mobbingtypen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert)

Arbeitsklima (dimensionenreduziert) **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
- strukturell/ restriktiv	**0,000**	39	40	20	100
- kommunikativ/ reflexiv	**0,004**	59	26	15	100
- (pflege)interne Kooperation	**0,014**	62	24	14	100
- externe Kooperation	0,119				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

Abb. MT 16: Mobbingtypen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert)

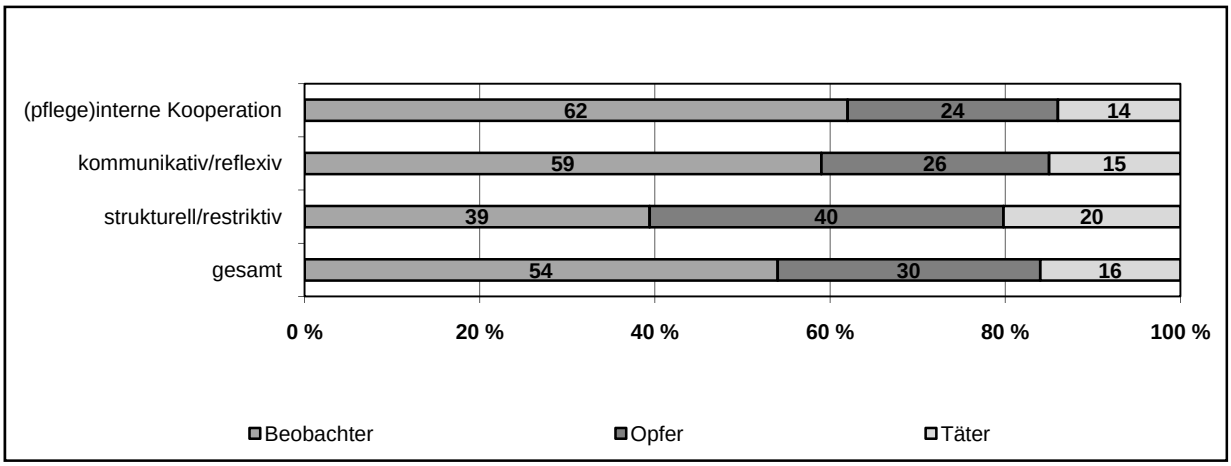


Tabelle MT 17: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihren Arbeitsalltag persönlich?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsbelastungen (individuell) **(Antworten 1 = trifft vollkommen zu und 2 = trifft überwiegend zu)**	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** **MT**
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	**0,000**	46	38	16	100
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	**0,006**	45	38	17	100
unzureichende Informationen	**0,014**	49	33	19	100
hohen organisatorischen Aufwand	**0,036**	50	33	20	100
zu wenig Zeit für Patienten	**0,050**	56	31	13	100
das Verleumden einzelner Personen	**0,050**	49	34	17	100
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	0,106				
das Ignorieren einzelner Personen	0,205				
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	0,279				
unklare Arbeitsabläufe	0,340				
körperliche Beanspruchung	0,357				
hohe Verantwortung	0,362				
Personalmangel	0,548				
Behandlungsmisserfolge	0,761				
seelische Beanspruchung	0,802				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

Abb. MT 17: Mobbingtypen und individuelle Arbeitsbelastungen

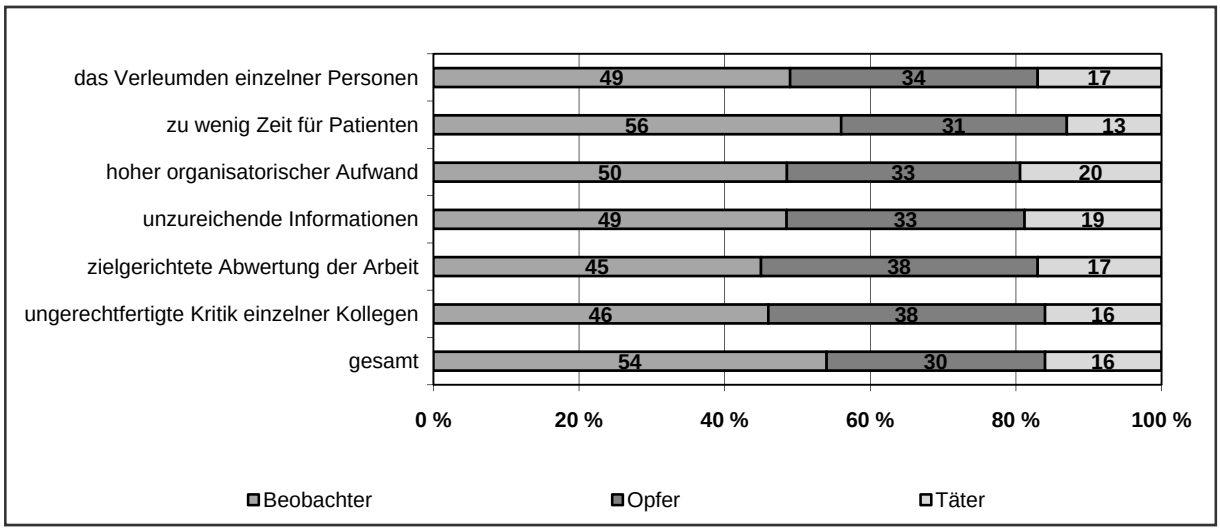


Tabelle MT 18: Mobbingtypen und stationäre Arbeitsbelastungen

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände den Arbeitsalltag auf Ihrer Station insgesamt?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsbelastungen (stationär) (Antworten 1 = sehr stark und 2 = stark)	**AS**	**Mobbingtypen**			**gesamt** MT
		Beobachter %	**Opfer %**	**Täter %**	
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	**0,003**	44	38	17	100
das Verleumden einzelner Personen	**0,017**	47	33	20	100
das Vergeben sinnloser Arbeits-aufgaben	0,122				
hohe Verantwortung	0,171				
unzureichende Informationen	0,182				
das Ignorieren einzelner Personen	0,250				
Personalmangel	0,303				
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	0,453				
zu wenig Zeit für Patienten	0,453				
Behandlungsmisserfolge	0,457				
unklare Arbeitsabläufe	0,734				
seelische Beanspruchung	0,845				
hohen organisatorischen Aufwand	0,875				
körperliche Beanspruchung	0,908				
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	0,970				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

Abb. MT 18: Mobbingtypen und stationäre Arbeitsbelastungen

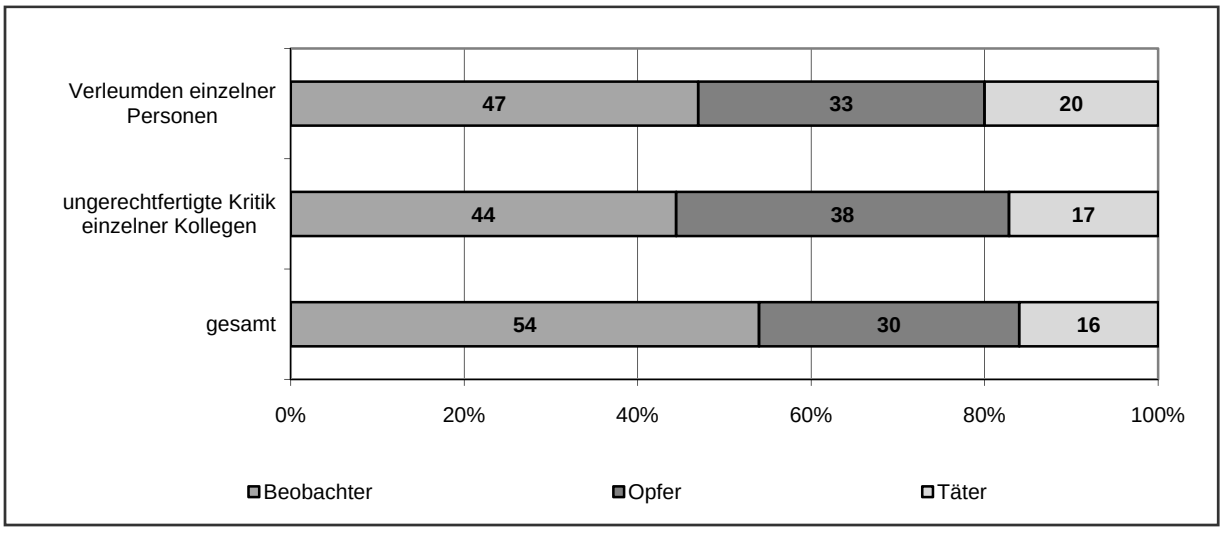


Abb. MT 19: Mobbingperspektiven und soziodemografische Angaben multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)

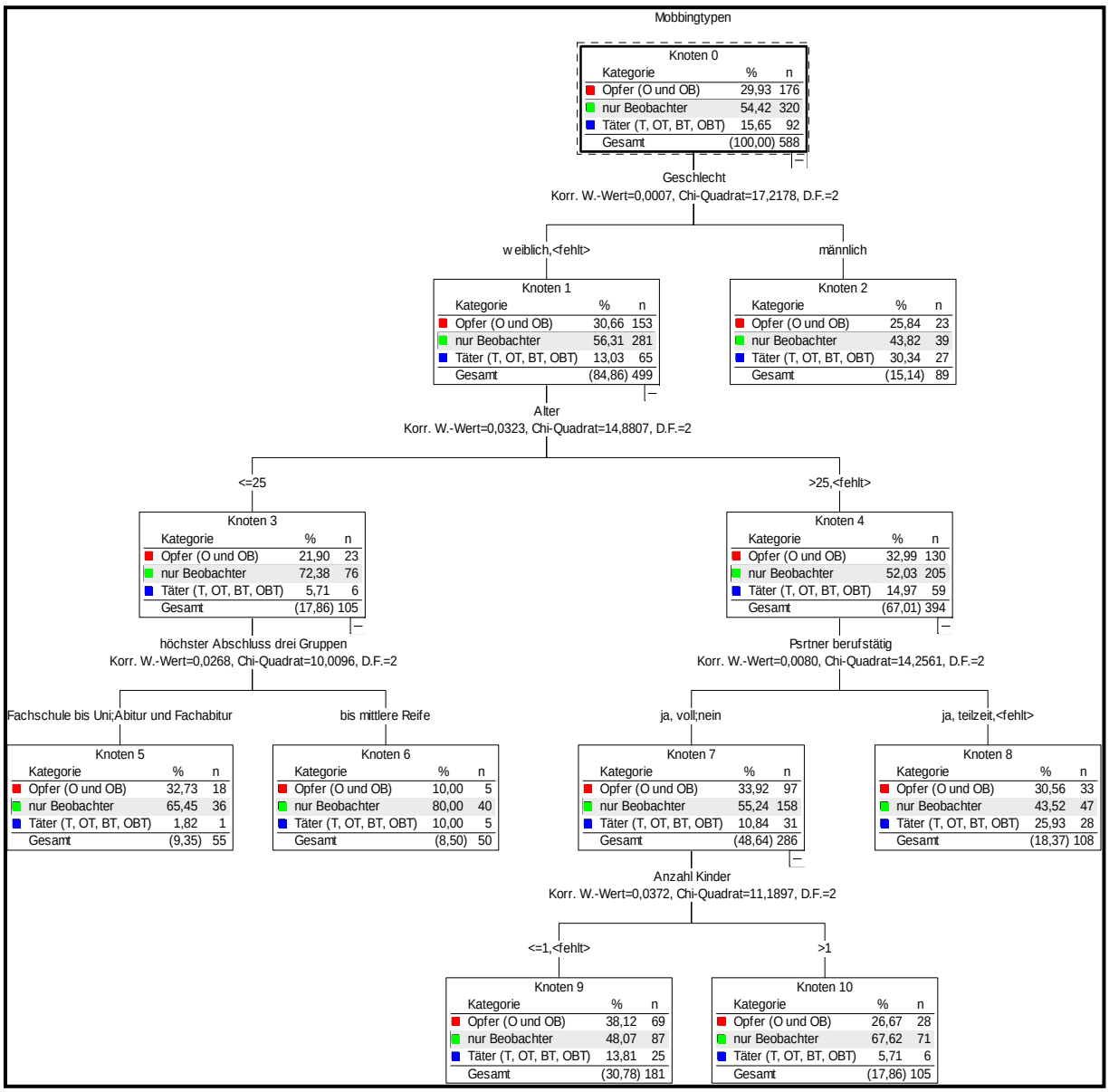


Abb. MT 20: Mobbingperspektiven und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)

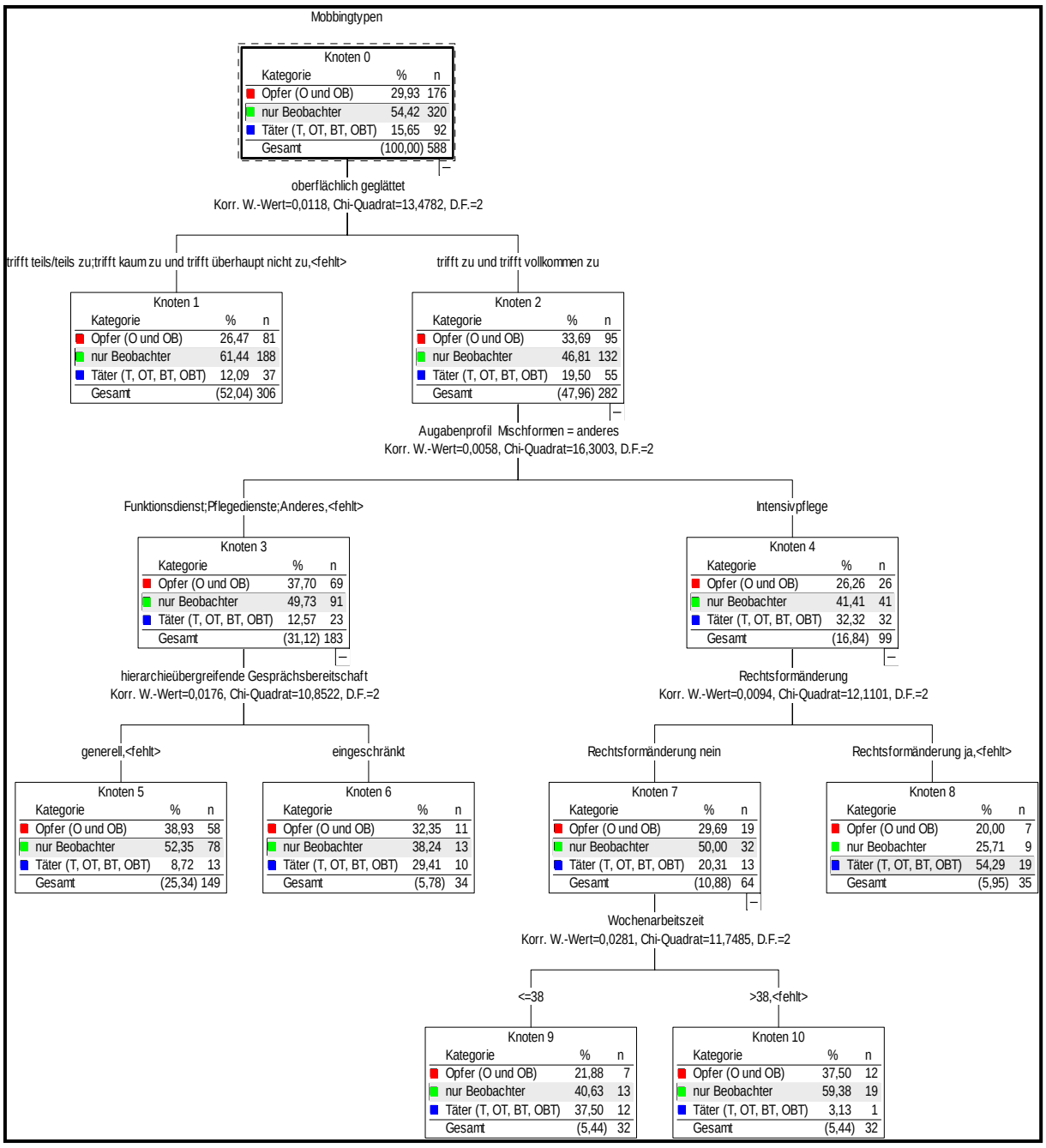


Tabelle MT 19: Mobbingtypen und individuelle Begriffsbestimmungen

individuelle Begriffsbestimmungen	AS	Mobbingtypen			gesamt MT
		Beobachter %	Opfer %	Täter %	
Erfahrungen	**0,035**	36	64	-	100
Handlungspersonen	**0,035**	44	56	-	100[152]
Wertungen	0,306				
Ursachen	0,423				
Dauer	0,495				
Handlungsweisen	0,546				
Folgen	0,931				
gesamt MT		**54**	**30**	**16**	**100**

152 Eine Interpretation beider Zusammenhänge ist auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht möglich, (2 Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5).

Tabellen und Abbildungen zu Mobbinghandlungen

Tabelle MH 1: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive 327
Tabelle MH 2: Mobbinghandlungen und demografische Merkmale..... 329
Tabelle MH 3: Mobbinghandlungen und Lebensorientierungen 332
Tabelle MH 4: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen..... 333
Tabelle MH 5: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation 334
Tabelle MH 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen/ -zufriedenheit..... 335
Tabelle MH 7: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit (dimensionenreduziert) 336
Tabelle MH 8: Mobbinghandlungen und Stimmungen..... 337
Tabelle MH 9: Mobbinghandlungen und Stimmungen (dimensionenreduziert)..... 338
Tabelle MH 10: Mobbinghandlungen und pflegespezifische Aspekte des Berufsalltags..... 339
Tabelle MH 11: Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (personenbezogen)..... 340
Tabelle MH 12: Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (organisationsbezogen) . 341
Tabelle MH 13: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil 343
Tabelle MH 14: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung..... 344
Tabelle MH 15: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung..... 345
Tabelle MH 16: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima 346
Tabelle MH 17: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert) 347
Tabelle MH 18: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen 348
Tabelle MH 19: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen (dimensionenreduziert) .. 349
Tabelle MH 20: Mobbinghandlungen und stationäre Arbeitsbelastungen 350
Tabelle MH 21: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen 353

Abb. MH 1: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive..... 328
Abb. MH 2: Mobbinghandlungen und Alter (Mittelwerte) 330
Abb. MH 3: Mobbinghandlungen und Alter (Altersgruppen) 330
Abb. MH 4: Mobbinghandlungen und höchster Abschluss 330
Abb. MH 5: Mobbinghandlungen und Arbeitsort..... 331
Abb. MH 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsort (Ost-West-Vergleich) 331
Abb. MH 7: Mobbinghandlungen und Kinder 331
Abb. MH 8: Mobbinghandlungen und Familienstand 332
Abb. MH 9: Mobbinghandlungen und Lebensorientierungen..... 332
Abb. MH 10: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen 333
Abb. MH 11: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation..... 334
Abb. MH 12: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit 335
Abb. MH 13: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit (dimensionenreduziert) 336
Abb. MH 14: Mobbinghandlungen und Stimmungen 337
Abb. MH 15: Mobbinghandlungen und Stimmungen (dimensionenreduziert) 338
Abb. MH 16: Mobbinghandlungen und Stellung der PD im Klinikumsvorstand..... 339
Abb. MH 17: Mobbinghandlungen und Teamzugehörigkeit..... 340
Abb. MH 18: Mobbinghandlungen und Stationsgröße (Mittelwerte) 342
Abb. MH 19: Mobbinghandlungen und Aufgabenprofil 342
Abb. MH 20: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil..... 343
Abb. MH 21: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung 344
Abb. MH 22: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung 345
Abb. MH 23: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima..... 346
Abb. MH 24: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert)..... 347
Abb. MH 25: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen..... 348
Abb. MH 26: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen (dimensionenreduziert)..... 349
Abb. MH 27: Mobbinghandlungen und stationäre Arbeitsbelastungen..... 350
Abb. MH 28: Mobbinghandlungen und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)..... 351
Abb. MH 29: Mobbinghandlungen und Persönlichkeits- sowie Organisationsvariablen (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)..... 352
Abb. MH 30: Mobbinghandlungen und individuelle Begriffsbestimmungen..... 353
Abb. MH 31: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen..... 353

Tabelle MH 1: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive

Frage: In der folgenden Frage geht es um verschiedene Konflikthandlungen. Dabei interessieren zwei Aspekte. Bitte geben Sie an: a) ob und wie oft Sie diese Handlungen im letzten Jahr an Ihrem Arbeitsplatz bei anderen beobachtet haben u n d b) ob und wie oft Sie selbst davon betroffen gewesen sind. (Bitte Zutreffendes direkt ankreuzen!)

Antwortmöglichkeiten: nie, einmal, über Tage, über Wochen oder fast immer

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...		**beobachtet ...**			**betroffen ...**		
Der Betroffene...		nie	ein-mal	fortdau-ernd[153]	nie	ein-mal	fortdau-ernd
1.	wird von der Zusammenarbeit ausgeschlossen	56	14	30	77	11	11
2.	darf sich nicht äußern	71	12	17	81	9	9
3.	wird in seiner Arbeit nicht unterstützt	47	18	36	64	16	20
4.	bekommt keine Arbeitsaufgaben zugewiesen	78	9	12	89	4	7
5.	bekommt trotz guter Leistung keine Anerkennung	47	12	41	57	14	29
6.	wird von wichtigen Arbeitsinformationen ausgeschlossen	66	12	22	73	12	15
7.	wird von geselligen Teilen des Arbeitsalltages ausgegrenzt	67	13	20	84	7	9
8.	wird räumlich isoliert	88	5	7	93	3	4
9.	wird durch Lügen in seinem Ansehen geschädigt	62	16	22	75	13	12
10.	wird ständig kritisiert	31	21	48	59	23	18
11.	wird für fremde Fehler verantwortlich gemacht	54	22	24	62	26	12
12.	wird vor seinen Kollegen bloßgestellt	53	23	24	75	17	8
13.	wird am Arbeiten gehindert	86	8	6	90	5	4
14.	wird übergenau kontrolliert	37	18	45	66	16	19
15.	wird unterfordert	70	11	13	77	10	33
16.	wird überfordert	51	16	18	66	15	27
17.	wird in seinen Kompetenzen beschnitten	54	19	19	72	15	13
18.	wird in beruflichen Entscheidungen in Frage gestellt	44	22	34	72	18	10
19.	wird in seinem beruflichen Können angezweifelt	37	22	41	65	14	10
20.	wird zu gesundheitsschädigenden Arbeiten gezwungen	90	3	6	91	4	5
21.	wird telefonisch belästigt	96	2	2	98	2	1
22.	wird bedroht	96	3	1	97	3	1
23.	wird körperlich attackiert	96	3	1	96	3	1
24.	wird durch Gesten oder Worte sexuell belästigt	91	5	4	94	4	2
25.	wird handgreiflich sexuell belästigt	97	2	1	99	1	0
26.	wird von Kollegen um persönliches Eigentum bestohlen	94	5	2	96	4	1
27.	wird Ziel von Anspielungen auf seine körperliche Verfassung	63	18	19	82	12	6
28.	wird Ziel von Anspielungen auf seine psychische Verfassung	58	18	25	84	11	6
29.	wird wegen seiner Überzeugungen lächerlich gemacht	69	15	17	86	8	6
30.	wird wegen seinem Äußeren lächerlich gemacht	69	15	17	90	7	3
31.	wird wegen einer Behinderung lächerlich gemacht	96	2	2	99	1	1
32.	wird wegen seiner Nationalität/Hautfarbe lächerlich gemacht	92	4	4	99	1	0
33.	wird durch Offenlegen vertraulicher Angelegenheiten in Verlegenheit gebracht	72	16	12	85	11	4
34.	wird „nachgeäfft“	54	19	26	85	10	5

153 Die Items ‚über Tage‘, ‚über Wochen‘ und ‚fast immer‘ wurden zusammengefasst.

Abb. MH 1: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive

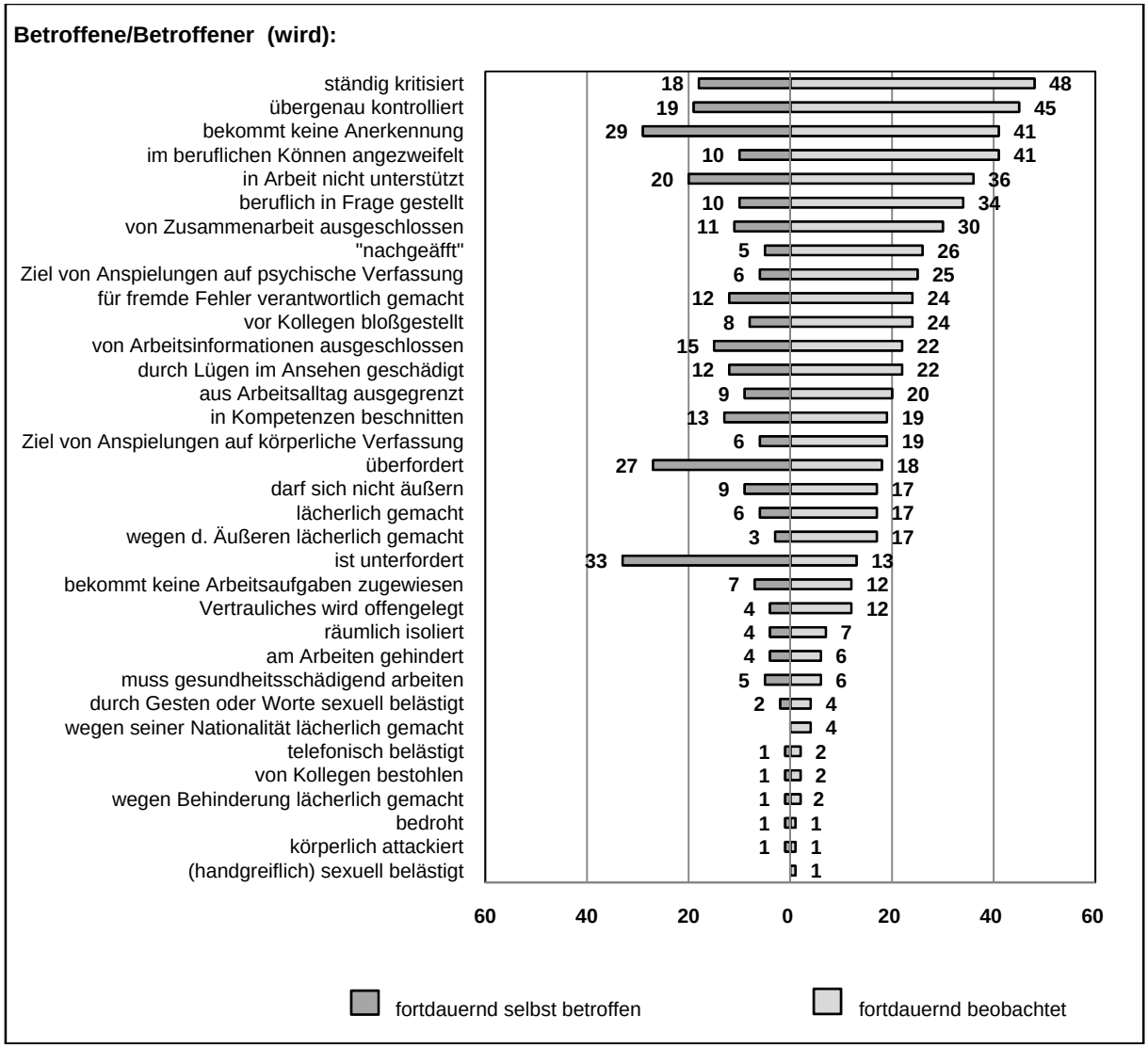


Tabelle MH 2: Mobbinghandlungen und demografische Merkmale

		Kontinuum von Mobbinghandlungen			gesamt MH
demografische Merkmale		selten ◄——► oft			
Alter					
Mittelwertvergleich		36,2	33,8	32,1	34,0
ANOVA Signifikanz	**0,001**				
Altersgruppen in Prozent					
- bis 27					
- 28 bis 34					
- 35 bis 40					
- 41 und mehr					
Signifikanz	0,074				
Geschlecht in Prozent					
- weiblich					
- männlich					
Asymptotische Signifikanz	0,220				
höchster Abschluss in Prozent					
- bis mittlere Reife		23	55	22	100
- Abitur/ Fachabitur		12	56	32	100
- Fachschule bis Universität		28	48	24	100
Asymptotische Signifikanz	**0,015**				
Berufsabschluss Pflege in Prozent					
- pflegerischer Abschluss					
- kein, anderer oder „helfender“ Abschluss					
Asymptotische Signifikanz	0,490				
Arbeitsort in Prozent					
- Westburg		20	53	27	100
- Westbach		11	60	29	100
- Oststadt		36	48	16	100
- Osthagen		20	58	22	100
- Ostroda		30	49	21	100
- Ostleben		26	38	36	100
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,021**				
- Ost		28	50	23	100
- West		18	55	27	100
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,026**				
Kinder in Prozent					
- nein		20	49	31	100
- ja		26	54	20	100
ANOVA Signifikanz	**0,012**				
Kinder im Haushalt in Prozent					
- nein					
- ja					
ANOVA Signifikanz	0,108				
Familienstand in Prozent					
- ledig		18	55	27	100
- verheiratet		26	53	21	100
- geschieden		26	29	44	100
- verwitwet		12	62	25	100
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	**0,021**				
Partnerschaftssituation in Prozent					
- alleine lebend		20	52	27	100
- in Partnerschaft lebend		24	52	24	100
Asymptotische Signifikanz	0,630				
gesamt MH		25	50	25	100

Abb. MH 2: Mobbinghandlungen und Alter (Mittelwerte)

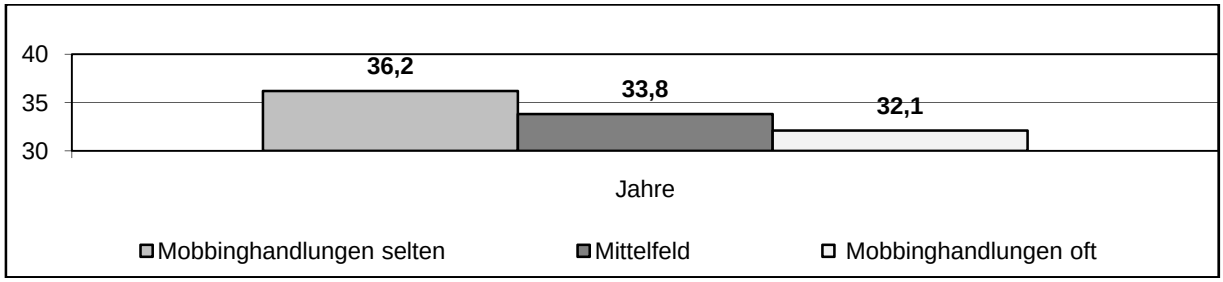


Abb. MH 3: Mobbinghandlungen und Alter (Altersgruppen)

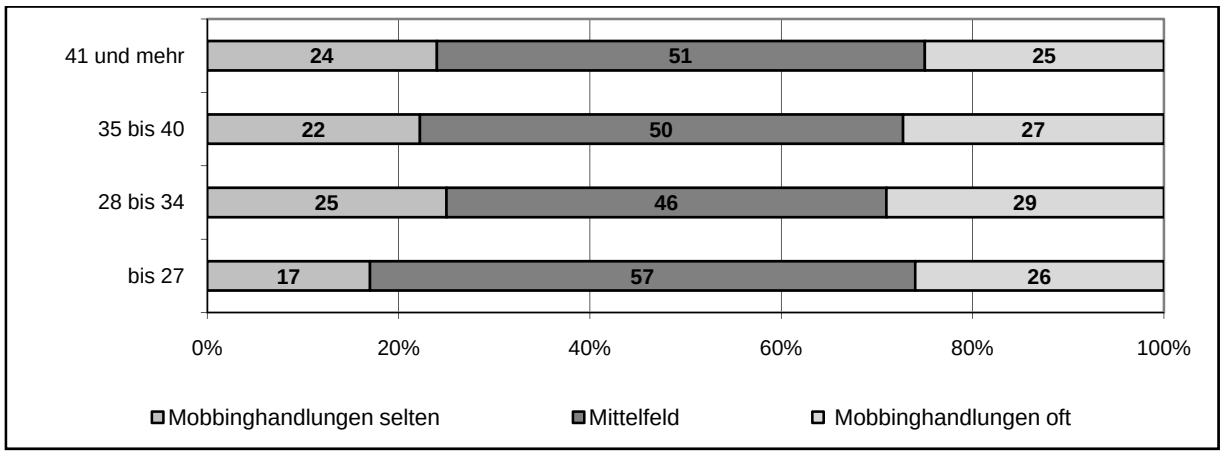


Abb. MH 4: Mobbinghandlungen und höchster Abschluss

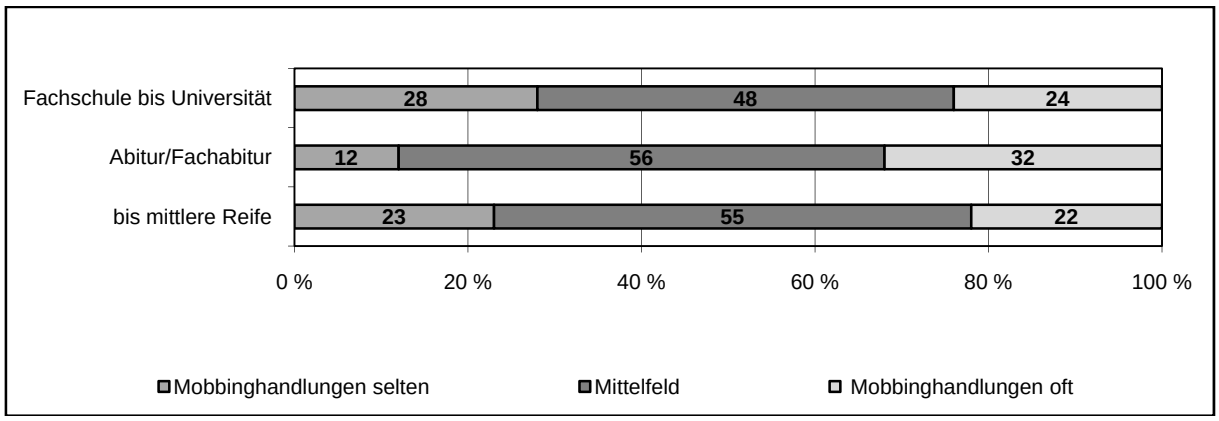


Abb. MH 5: Mobbinghandlungen und Arbeitsort

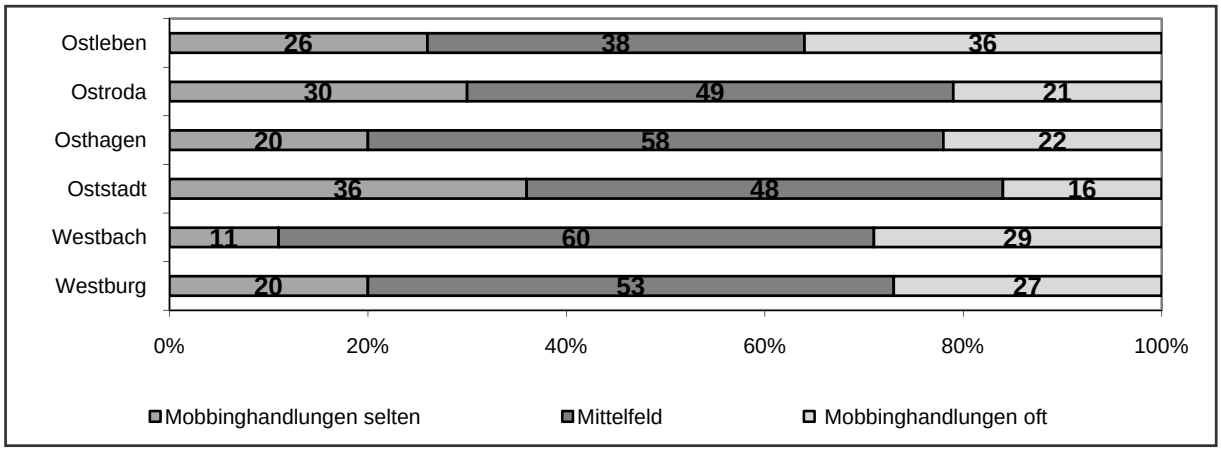


Abb. MH 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsort (Ost-West-Vergleich)

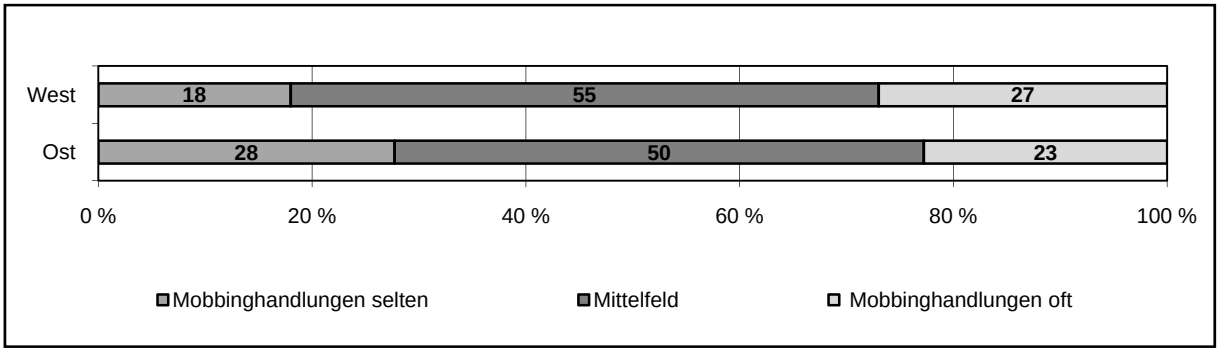


Abb. MH 7: Mobbinghandlungen und Kinder

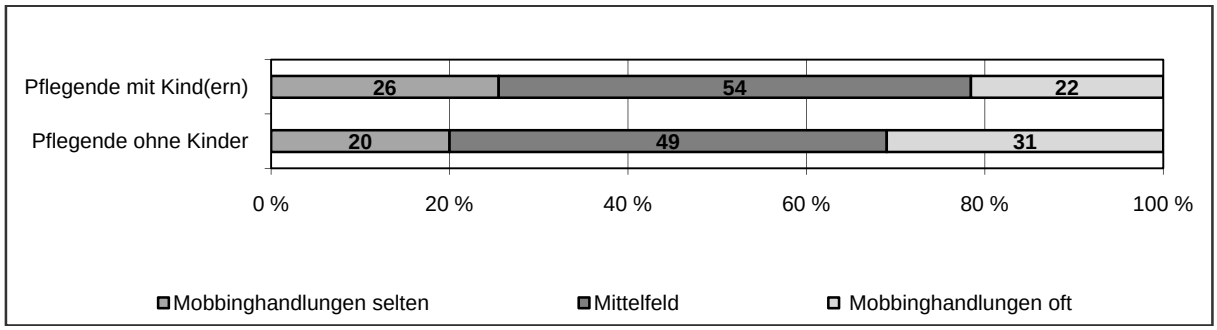


Abb. MH 8: Mobbinghandlungen und Familienstand

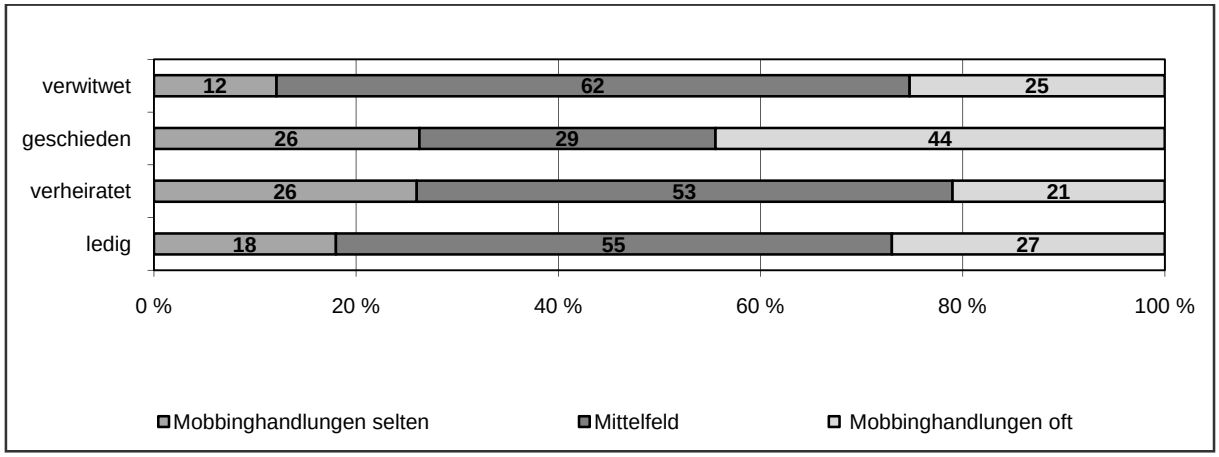


Tabelle MH 3: Mobbinghandlungen und Lebensorientierungen

Frage: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte des Lebens?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

Wichtigkeit (Antworten 1 = sehr wichtig)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄ ► oft			
- der Beruf	**0,000**	28	45	27	100
- die Familie	**0,005**	25	52	23	100
- Verwandtschaft	**0,006**	29	50	21	100
- Arbeit	**0,026**	27	46	27	100
- eigene Kinder	**0,031**	25	54	20	100
- gute Nachbarschaft	0,207				
- Freunde und Bekannte	0,328				
- Politik	0,357				
- Freizeit und Erholung	0,416				
- Teilnahme am öffentlichen Leben	0,479				
- Religion und Kirche	0,950				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 9: Mobbinghandlungen und Lebensorientierungen

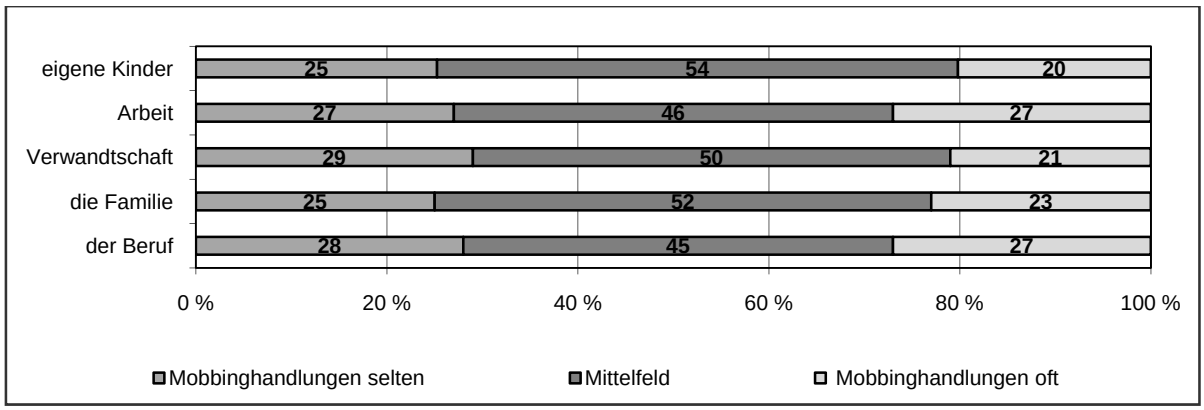


Tabelle MH 4: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen

Frage: Für wie wichtig halten Sie persönlich die unten genannten Aspekte der beruflichen Arbeit?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/ teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

Arbeitsorientierungen (Antworten 1 = sehr wichtig)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
sichere Berufsstellung	**0,006**	26	50	23	100
ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	**0,021**	29	48	22	100
ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	**0,048**	30	48	22	100
ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	**0,048**	26	38	37	100
gesunde Arbeitsbedingungen	0,092				
das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	0,104				
Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann	0,124				
viel Kontakt zu anderen Menschen	0,131				
ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	0,163				
hohes Einkommen	0,165				
sichere Arbeitsbedingungen	0,222				
gute Aufstiegsmöglichkeiten	0,332				
Aufgaben mit Verantwortung	0,419				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 10: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen

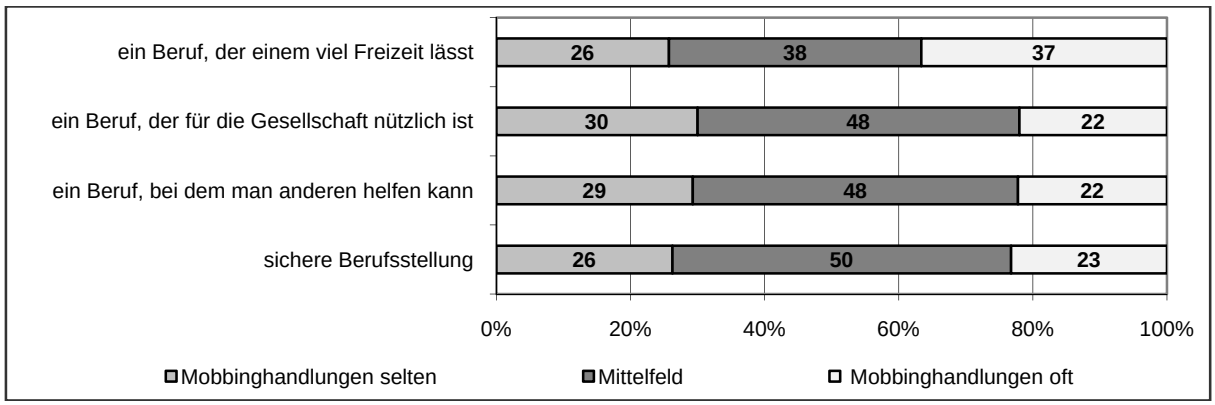


Tabelle MH 5: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation

Frage: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihre momentane Berufstätigkeit zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/ teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Arbeitssituation (Antworten 1 = trifft vollkommen zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄——► oft			
ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	**0,000**	32	48	20	100
gesunde Arbeitsbedingungen	**0,000**	33	46	22	100
das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	**0,000**	31	50	20	100
sichere Arbeitsbedingungen	**0,002**	29	47	23	100
Aufgaben mit Verantwortung	**0,003**	27	46	26	100
Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann	**0,016**	29	43	28	100
sichere Berufsstellung	0,056				
ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	0,157				
gute Aufstiegsmöglichkeiten	0,410				
ein Beruf, der einem viel Freizeit lässt	0,462				
hohes Einkommen	0,478				
ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	0,533				
viel Kontakt zu anderen Menschen	0,593				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 11: Mobbinghandlungen und Arbeitssituation

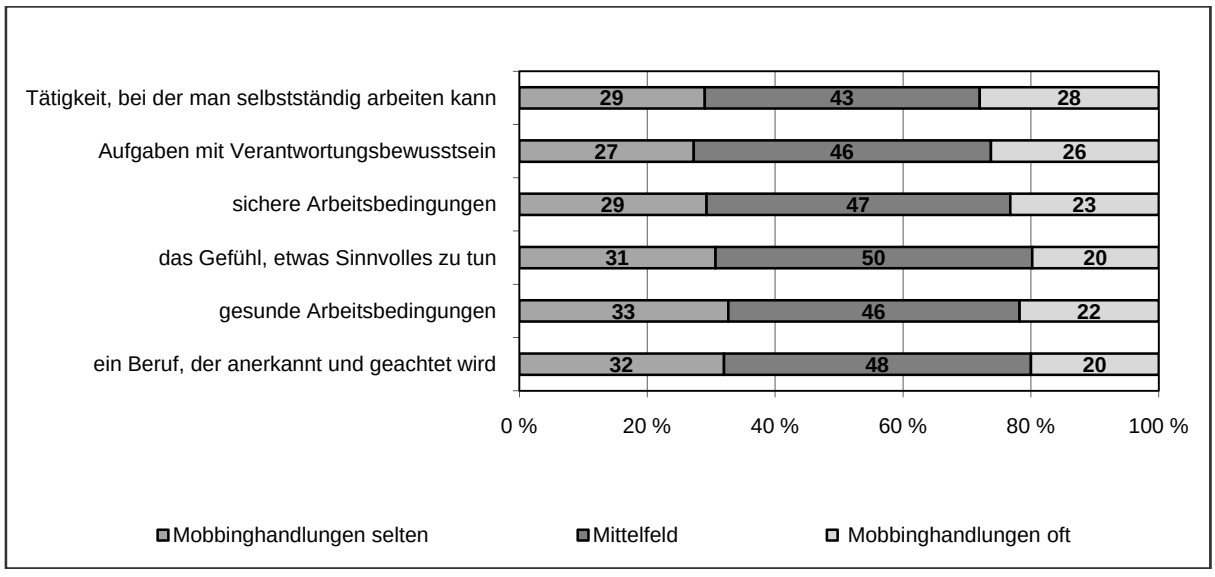


Tabelle MH 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsorientierungen/ -zufriedenheit

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten Ihres Arbeitsalltages bzw. Ihrer gesamten Lebenssituation?

1 = sehr zufrieden
2 = zufrieden
3 = teils/ teils
4 = unzufrieden
5 = sehr unzufrieden

Arbeitsorientierungen (1 = sehr zufrieden und 2 = zufrieden)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄ ► oft			
- mit Anerkennung im Team	**0,000**	27	57	16	100
- mit unmittelbaren Kollegen	**0,000**	29	55	16	100
- mit dem Arbeitsklima	**0,000**	32	55	13	100
- mit Arbeit insgesamt	**0,000**	27	55	17	100
- mit der Personalführung	**0,000**	33	56	11	100
- mit Vorgesetzten	**0,000**	33	53	14	100
- mit Tätigkeit	**0,000**	25	54	21	100
- mit der Einteilung der Arbeitszeit	**0,012**	26	53	21	100
- mit der Leitung der Klinik	**0,025**	30	52	18	100
- mit Entwicklungsmöglichkeiten	0,076				
- mit der Organisation der Klinik	0,136				
- mit der Bezahlung der Arbeit	0,150				
- mit Arbeitsbedingungen	0,188				
- mit Leben insgesamt	0,377				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 12: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit

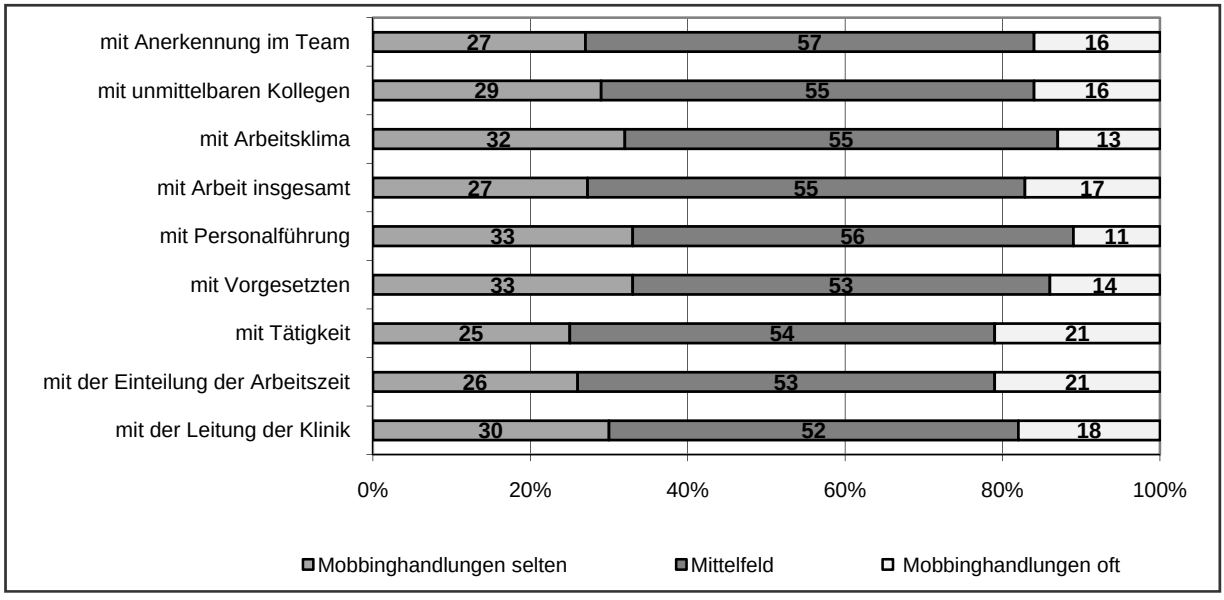


Tabelle MH 7: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit (dimensionenreduziert)

Arbeitsorientierungen	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄——► oft			
institutionenbezogene/ strukturelle Aspekte	**0,000**	31	53	16	100
übergreifende/ allgemeine Aspekte	**0,000**	30	52	18	100
persönlichkeitsbezogene/ Interaktionsaspekte	**0,000**	35	56	9	100
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 13: Mobbinghandlungen und Zufriedenheit (dimensionenreduziert)

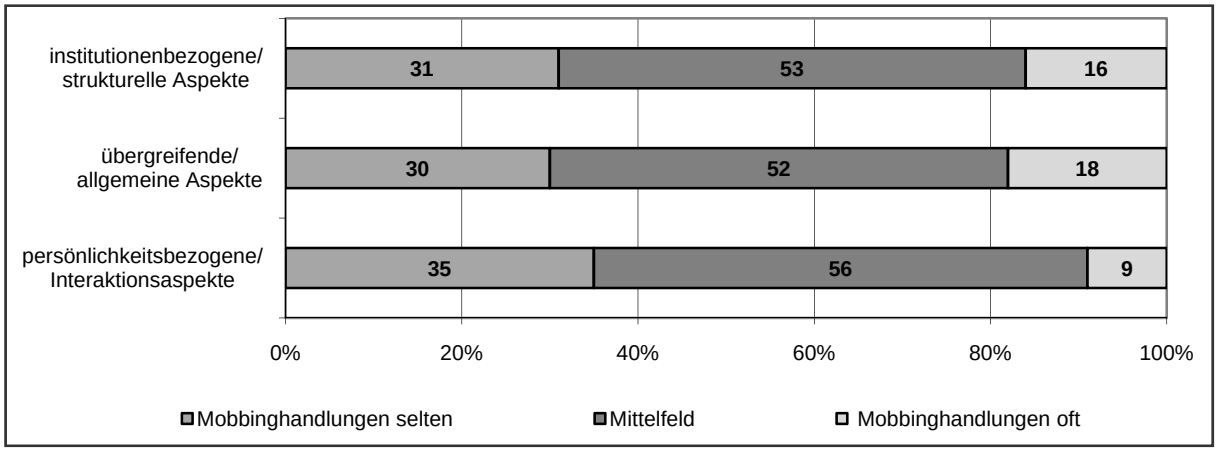


Tabelle MH 8: Mobbinghandlungen und Stimmungen

Frage: Inwieweit treffen die nachfolgend genannten Aussagen auf Ihre Stimmung zu?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Stimmung (Antworten 1= trifft vollkommen und 2 = trifft überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
Meine Stimmung ist oft bedrückt.	**0,000**	12	42	46	100
Meine Stimmung pendelt zwischen glücklich und traurig innerhalb einer Woche.	**0,000**	17	42	42	100
Meine Stimmungen sind sehr konsistent; sie ändern sich fast nie.	**0,000**	32	60	11	100
Meine Freunde scheinen oft zu glauben, dass ich unglücklich bin.	**0,001**	13	44	44	100
Manchmal schwankt meine Stimmung sehr stark hin und her.	**0,001**	15	42	42	100
Ich bin eine Person, deren Stimmung sich oft ändert.	**0,005**	18	44	38	100
Ich halte mich für eine glückliche Person.	**0,016**	26	50	24	100
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	**0,025**	25	52	23	100
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Leute.	0,056				
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens.	0,059				
Verglichen mit meinen Freunden gehen meine Stimmungen weniger rauf und runter.	0,099				
Fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	0,473				
Ich bin weniger von Stimmungen abhängig als die meisten Leute, die ich kenne.	0,496				
Verglichen mit Freunden denke ich weniger optimistisch über das Leben.	0,805				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 14: Mobbinghandlungen und Stimmungen

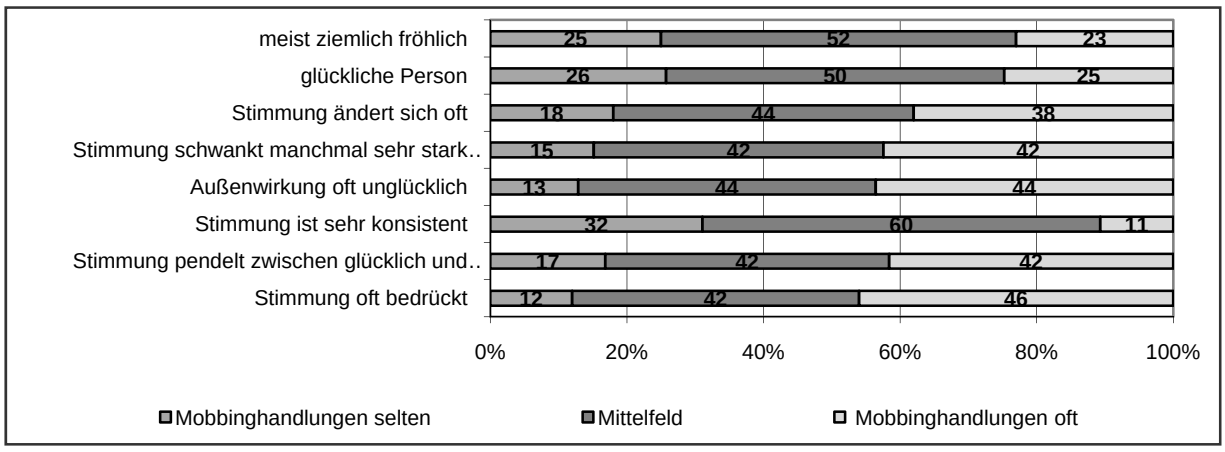


Tabelle MH 9: Mobbinghandlungen und Stimmungen (dimensionenreduziert)

Arbeitsorientierungen	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄——► oft			
- konsistent	**0,006**	26	57	18	100
- schwankend/ unglücklich	**0,008**	21	44	36	100
- differenziert optimistisch/ glücklich	0,084				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 15: Mobbinghandlungen und Stimmungen (dimensionenreduziert)

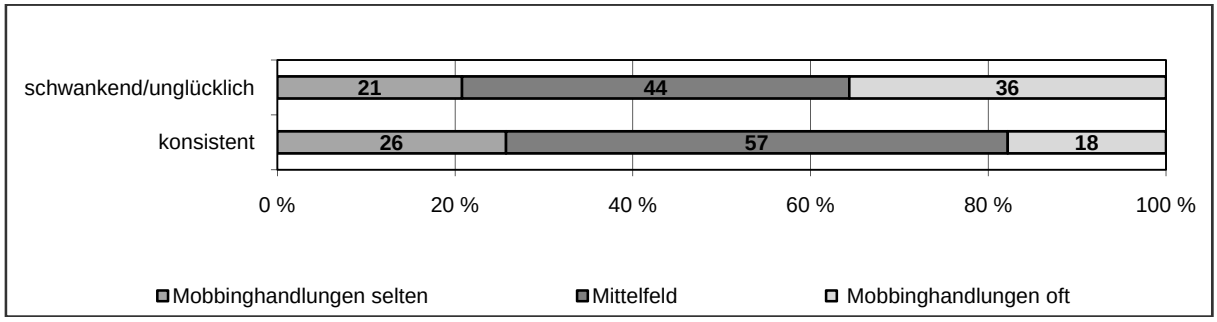


Tabelle MH 10: Mobbinghandlungen und pflegespezifische Aspekte des Berufsalltags

	AS	Kontinuum von Mobbinghandlungen			gesamt MH
		selten ◄——► oft			
PD im Klinikumsvorstand					
- vertreten	**0,023**	27	49	24	100
- nicht vertreten		16	59	25	100
Pflegeleitbild vorhanden					
- ja					
- nein	0,273				
Unternehmensleitbild vorhanden					
- ja					
- nein	0,709				
PD hierarchieübergreifend gesprächsbereit					
- generell	0,751				
- eingeschränkt					
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 16: Mobbinghandlungen und Stellung der PD im Klinikumsvorstand

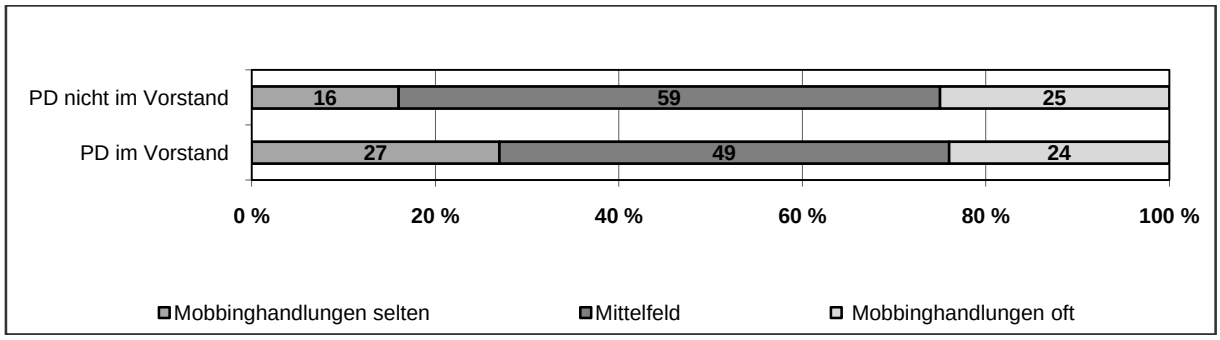
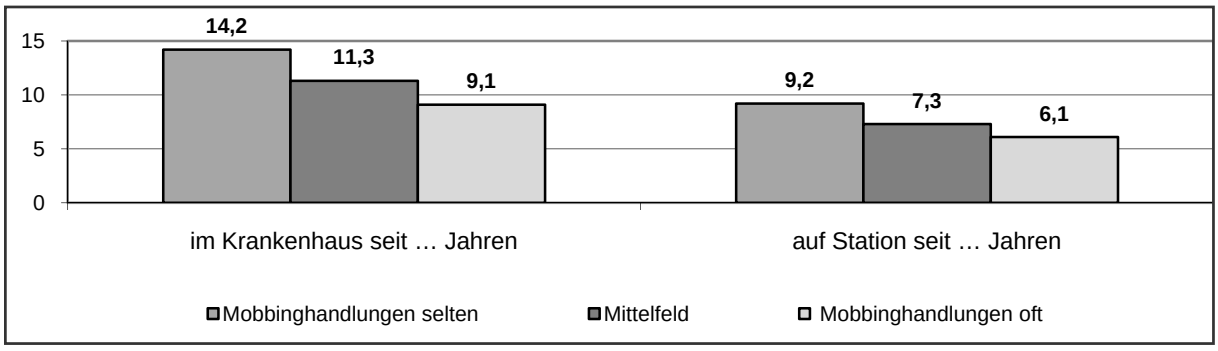


Tabelle MH 11: Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (personenbezogen)

Angaben zum Arbeitsverhältnis	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
	selten ◄——► oft			
im Krankenhaus seit … Jahren				
- Mittelwertvergleich	14,2	11,3	9,1	11,5
ANOVA Signifikanz **0,000**				
auf Station seit … Jahren				
- Mittelwertvergleich	9,2	7,3	6,1	7,5
ANOVA Signifikanz **0,001**				
wöchentliche Überstunden				
- Mittelwertvergleich	1,8	2,9	3,4	2,8
ANOVA Signifikanz **0,042**				
Arbeitsverhältnis in Prozent				
- unbefristet				
- befristet, auf Probe, Azubi oder anderes				
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 0,097				
betriebliche Position in Prozent				
- Azubi/ Aushilfskraft				
- AN ohne Personalverantwortung				
- AN mit Personalverantwortung				
- Vorgesetzte(r)				
- andere Position				
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 0,198				
wöchentliche Arbeitszeit				
- Mittelwertvergleich				
ANOVA Signifikanz 0,401				
Schichtarbeit[154] in Prozent				
- nein				
- ja, zwei Schichten				
- ja, drei Schichten				
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) 0,582				
gesamt MH	**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 17: Mobbinghandlungen und Teamzugehörigkeit



154 Es lässt sich auch kein Zusammenhang statistisch sichern, wenn man die Personen mit Schichtdiensten und die ohne vergleicht.

Tabelle MH 12: Mobbinghandlungen und Angaben zum Arbeitsverhältnis (organisationsbezogen)

Angaben zum Arbeitsverhältnis		**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ⟷ oft			
Stationsgröße (Mittelwerte)					
a) ÄrztInnen		5,2	6,1	9,2	6,6
ANOVA Signifikanz	**0,012**				
b) Pflegekräfte		15,7	18,6	20,9	18,5
ANOVA Signifikanz	**0,017**				
c) Betten					
ANOVA Signifikanz	0,675				
Anzahl der Pflegenden gesamt in Prozent					
- relativ klein (1.000 bis 1.300)					
- relativ groß (mehr als 1.500)					
Asymptotische Signifikanz	0,407				
Rechtsformänderung erfolgt in Prozent					
- ja					
- nein					
Asymptotische Signifikanz	0,273				
Aufgabenprofil in Prozent					
- allgemeine Pflegedienste		30	46	23	100
- Intensivpflege		21	80	45	100
- Funktionsdienst		16	42	20	100
- anderes		20	60	20	100
Asymptotische Signifikanz	**0,016**				
Aufgabenteilung in Prozent					
- Pflegende immer für gleiche Patienten zuständig					
- Pflegende immer für gleiche Aufgaben zuständig					
- beides					
Asymptotische Signifikanz	0,397				
Arbeitsanteile (Mittelwerte)					
a) Pflegeorganisation					
ANOVA Signifikanz	0,140				
b) Pflegedokumentation					
ANOVA Signifikanz	0,234				
c) Kooperation und Koordination					
ANOVA Signifikanz	0,590				
d) Pflege					
ANOVA Signifikanz	0,634				
e) Pflegeforschung					
ANOVA Signifikanz	0,801				
f) Diagnostik/Therapie					
ANOVA Signifikanz	0,910				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 18: Mobbinghandlungen und Stationsgröße (Mittelwerte)

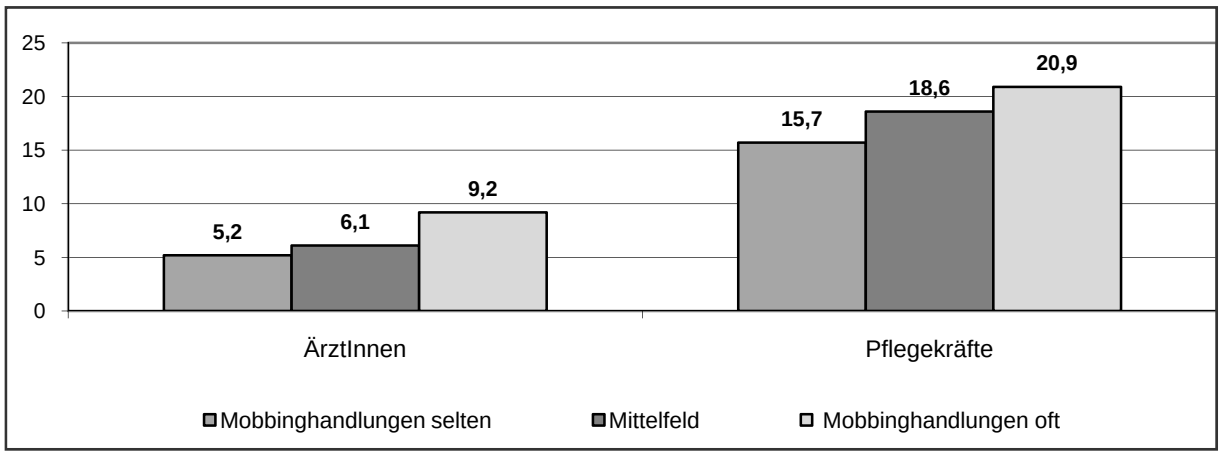


Abb. MH 19: Mobbinghandlungen und Aufgabenprofil

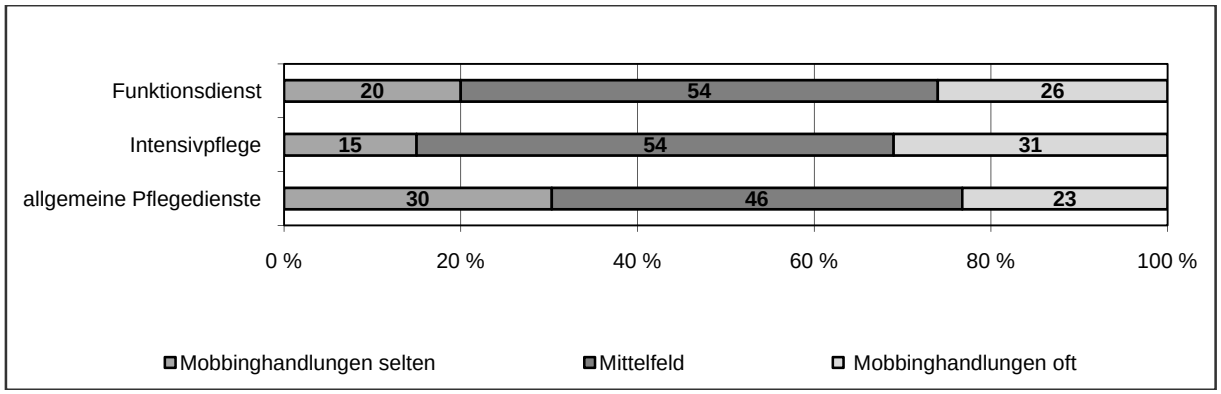


Tabelle MH 13: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil

Frage: Wie würden Sie den Personalführungsstil in Ihrem Bereich bezeichnen?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Personalführung (Antworten 1= trifft vollkommen und 2 = trifft überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
unter Heranziehung vieler Meinungen	**0,000**	31	53	16	100
unkontinuierlich	**0,000**	22	41	37	100
wesentlich von einer Person abhängig	**0,028**	18	52	30	100
streng nach bürokratischen Regeln	0,396				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 20: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil

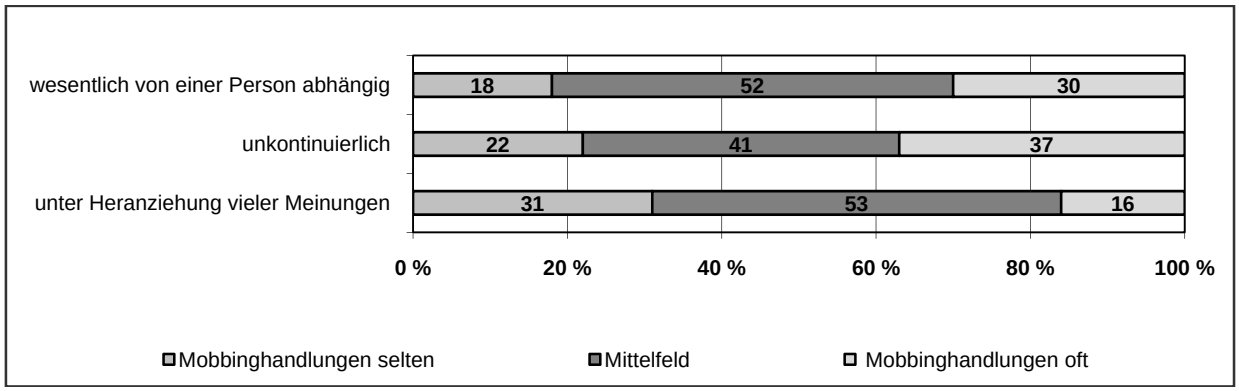


Tabelle MH 14: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Entscheidungen	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen**			**gesamt MH**
		selten ◄——► oft			
werden im Team diskutiert	**0,000**	31	56	14	100
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	**0,019**	19	50	31	100
liegen bei den Ärzten.	**0,023**	22	40	28	100
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben.	0,189				
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	0,399				
liegen bei der pflegerischen Stationsleitung	0,645				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 21: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung

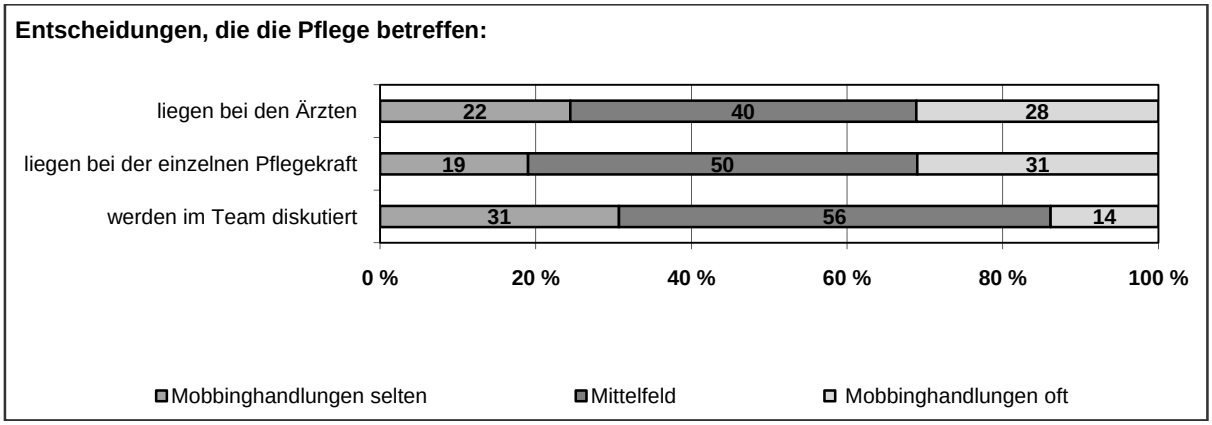


Tabelle MH 15: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung

Frage: Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Aufgaben (trifft vollkommen oder überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
werden im Team festgelegt	**0,000**	35	54	12	100
werden gerecht aufgeteilt	**0,000**	31	56	13	100
sind nicht immer logisch	**0,000**	13	46	42	100
werden verständlich formuliert	**0,000**	26	52	22	100
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	**0,005**	26	53	21	100
werden zentral vorgegeben	0,082				
stimmen mit Unternehmenszielen überein	0,098				
werden von den Ärzten verteilt	0,711				
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	0,967				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 22: Mobbinghandlungen und Aufgabenformulierung

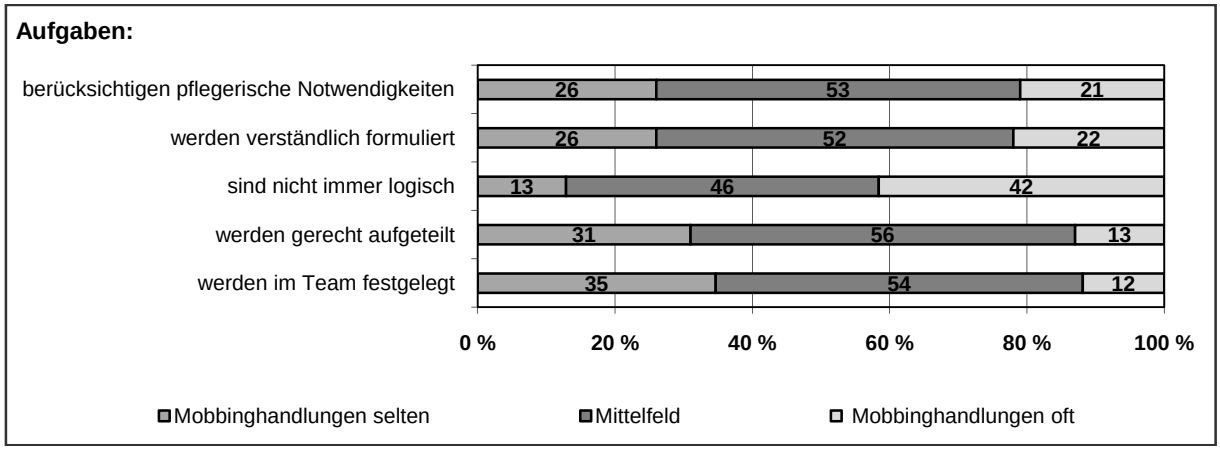


Tabelle MH 16: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima

Frage: Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsklima (sehr stark oder stark)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
leicht eskalierende Konflikte.	**0,000**	2	37	60	100
die gegenseitige Anerkennung im Tea.	**0,000**	35	51	14	100
den kollegialen Umgang mit Konflikten	**0,000**	39	49	11	100
straffe hierarchische Strukturen	**0,000**	13	41	46	100
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	**0,000**	31	54	15	100
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	**0,000**	30	54	16	100
gute Rückkopplung über Arbeits-leistungen	**0,000**	35	54	11	100
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	**0,000**	35	53	12	100
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	**0,000**	35	54	11	100
gute Arbeitsbedingungen	**0,000**	27	57	16	100
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	**0,000**	31	55	14	100
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	**0,000**	37	50	13	100
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	**0,000**	26	54	20	100
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	**0,001**	35	47	17	100
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	**0,021**	28	48	24	100
ein strenges Arbeitstempo	0,154				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 23: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima

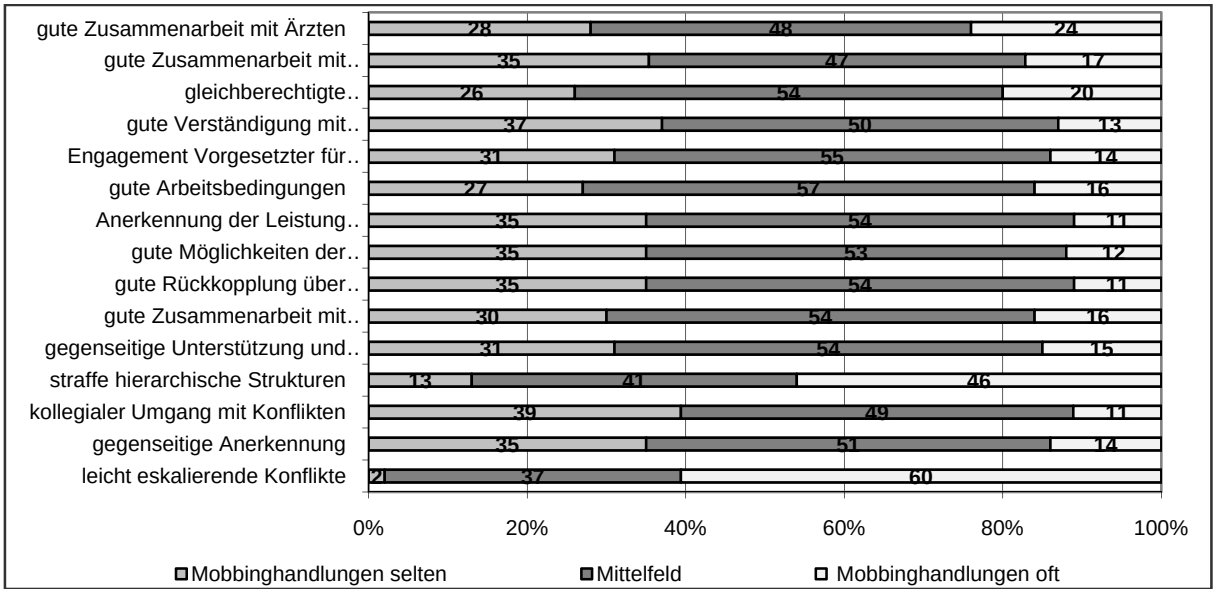


Tabelle MH 17: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert)

Aufgaben (trifft vollkommen oder überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
- strukturell/ restriktiv	**0,000**	18	42	40	100
- kommunikativ/ reflexiv	**0,000**	36	55	9	100
- (pflege)interne Kooperation	**0,000**	37	52	11	100
- externe Kooperation	**0,001**	29	53	18	100
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	100

Abb. MH 24: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (dimensionenreduziert)

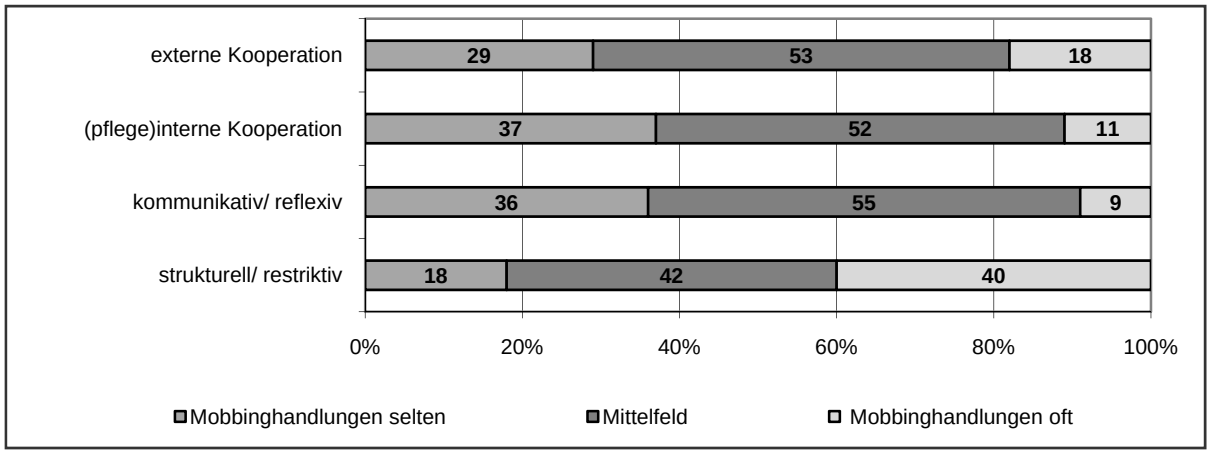


Tabelle MH 18: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihren Arbeitsalltag persönlich?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsbelastungen (individuell) (sehr stark oder stark)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	**0,000**	18	47	35	100
das Verleumden einzelner Personen	**0,001**	19	47	34	100
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	**0,001**	18	47	35	100
unklare Arbeitsabläufe	**0,001**	18	49	33	100
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	**0,002**	17	51	32	100
das Vergeben sinnloser Arbeits-aufgaben	**0,003**	20	47	33	100
das Ignorieren einzelner Personen.	**0,004**	17	48	35	100
körperliche Beanspruchung	**0,004**	17	49	34	100
unzureichende Informationen	**0,007**	18	50	33	100
seelische Beanspruchung	**0,020**	19	49	32	100
hohe Verantwortung	0,071				
Personalmangel	0,252				
hohen organisatorischen Aufwand	0,489				
Behandlungsmisserfolge	0,509				
zu wenig Zeit für Patienten	0,577				
gesamt MH		**25**	**50**	**25**	**100**

Abb. MH 25: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen

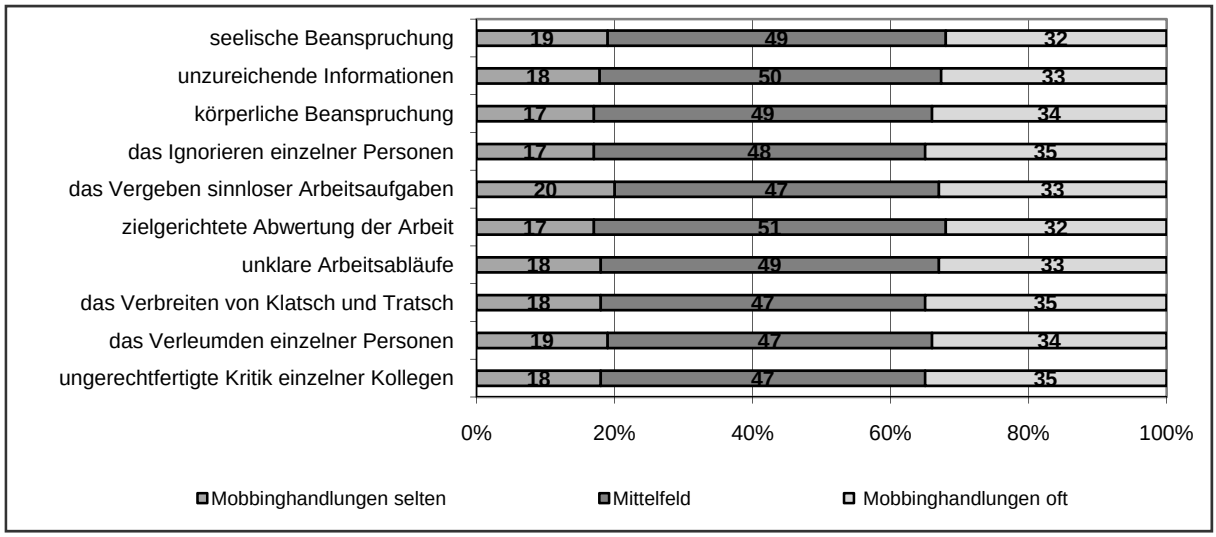


Tabelle MH 19: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen (dimensionenreduziert)

Arbeitsbelastungen (trifft vollkommen oder überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
Mobbinghandlungen	**0,000**	18	43	40	100
Informationsdefizite	**0,003**	16	49	36	100
individuelle und strukturelle Grenzen der Tätigkeit	0,102				

Abb. MH 26: Mobbinghandlungen und individuelle Arbeitsbelastungen (dimensionenreduziert)

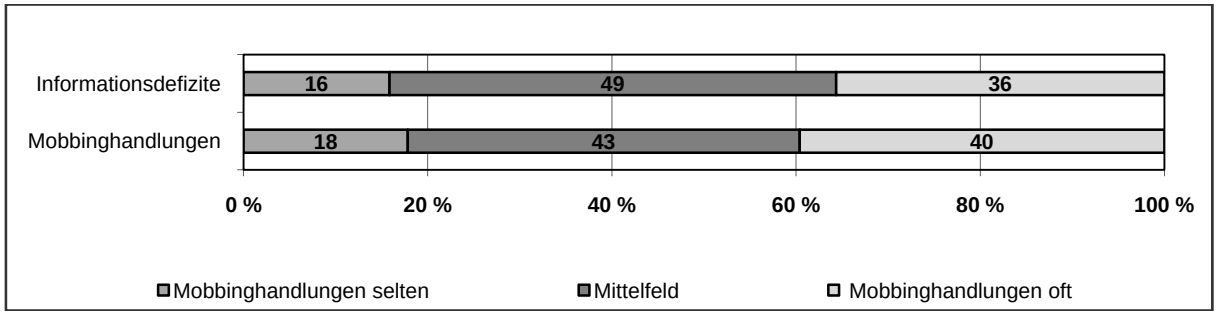


Tabelle MH 20: Mobbinghandlungen und stationäre Arbeitsbelastungen

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände den Arbeitsalltag auf Ihrer Station insgesamt?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsbelastungen (sehr stark oder stark)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	**0,000**	16	47	37	100
das Verleumden einzelner Personen	**0,000**	22	48	31	100
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	**0,000**	19	46	35	100
das Vergeben sinnloser Arbeits-aufgaben	**0,003**	24	45	31	100
unzureichende Informationen	**0,008**	19	49	33	100
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	**0,016**	20	49	32	100
unklare Arbeitsabläufe	**0,022**	20	47	33	100
hohe Verantwortung	**0,035**	18	52	29	100
das Ignorieren einzelner Personen	**0,050**	21	48	33	100
seelische Beanspruchung	0,096				
Behandlungsmisserfolge	0,118				
Personalmangel	0,385				
körperliche Beanspruchung	0,526				
hohen organisatorischen Aufwand	0,688				
zu wenig Zeit für Patienten	0,927				

Abb. MH 27: Mobbinghandlungen und stationäre Arbeitsbelastungen

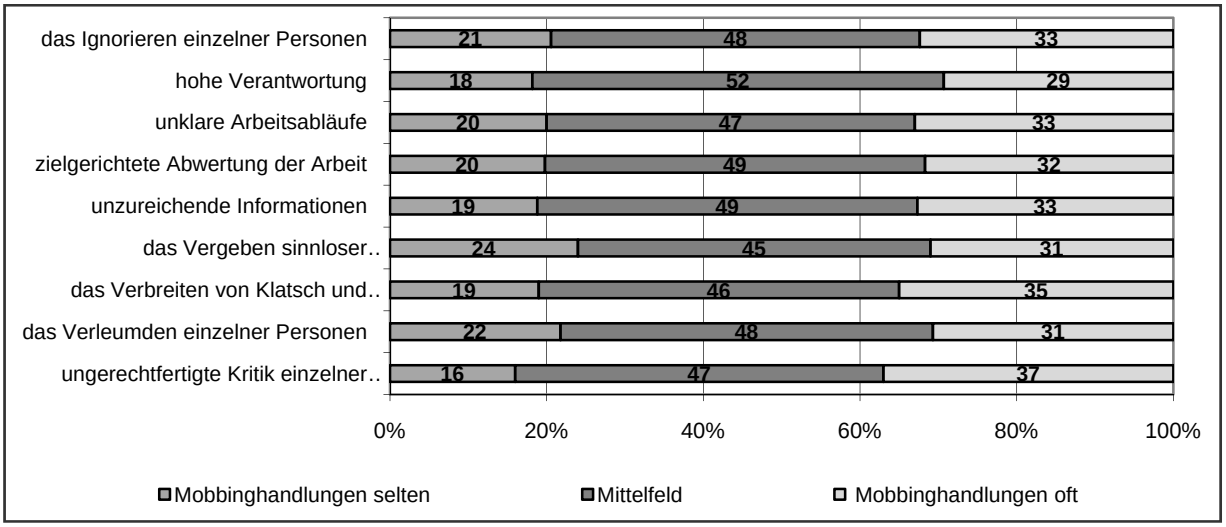


Abb. MH 28: Mobbinghandlungen und Berufsalltag multifaktoriell betrachtet (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)

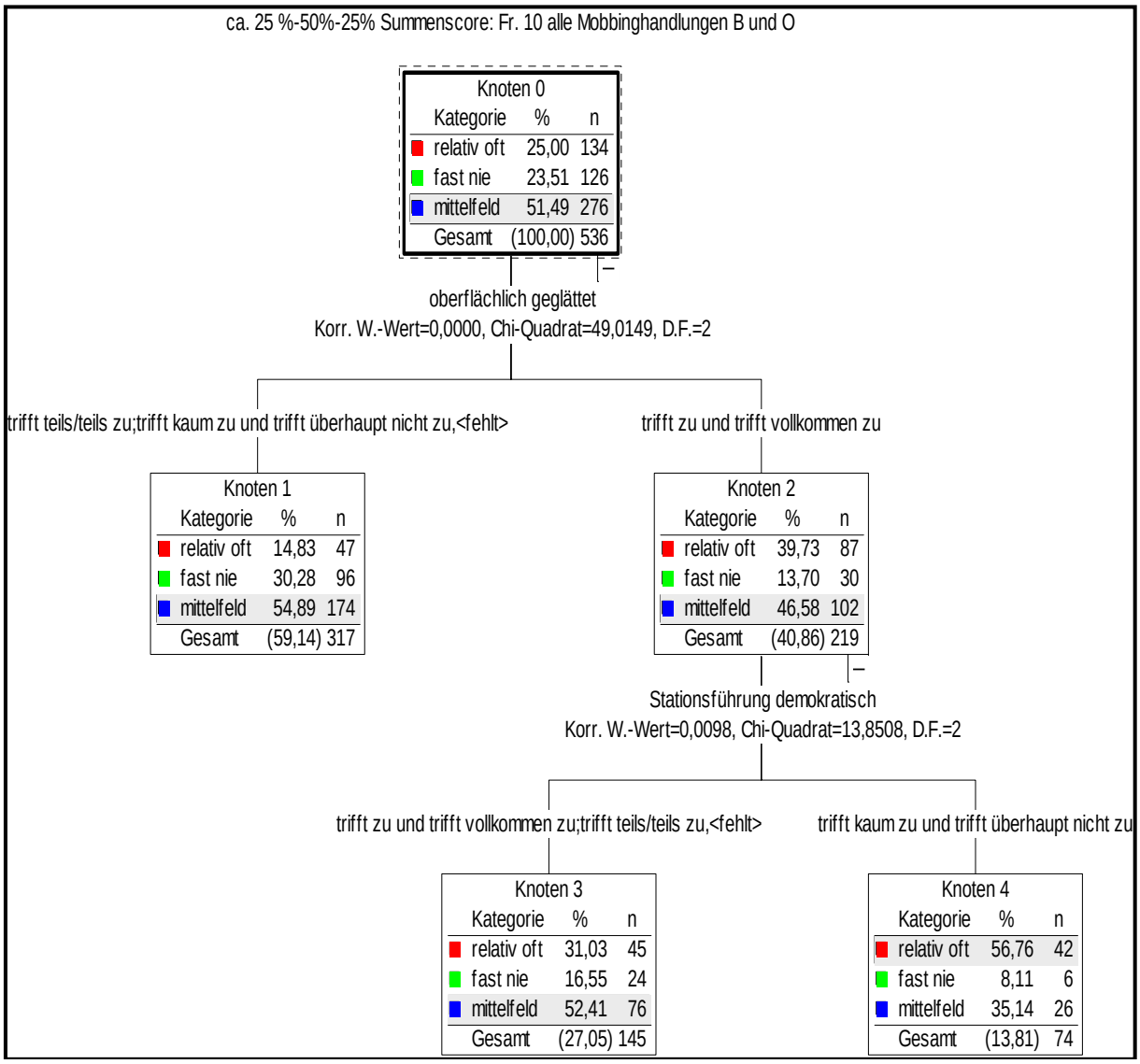


Abb. MH 29: Mobbinghandlungen und Persönlichkeits- sowie Organisationsvariablen (Entscheidungsbaum erstellt mit Chaide)

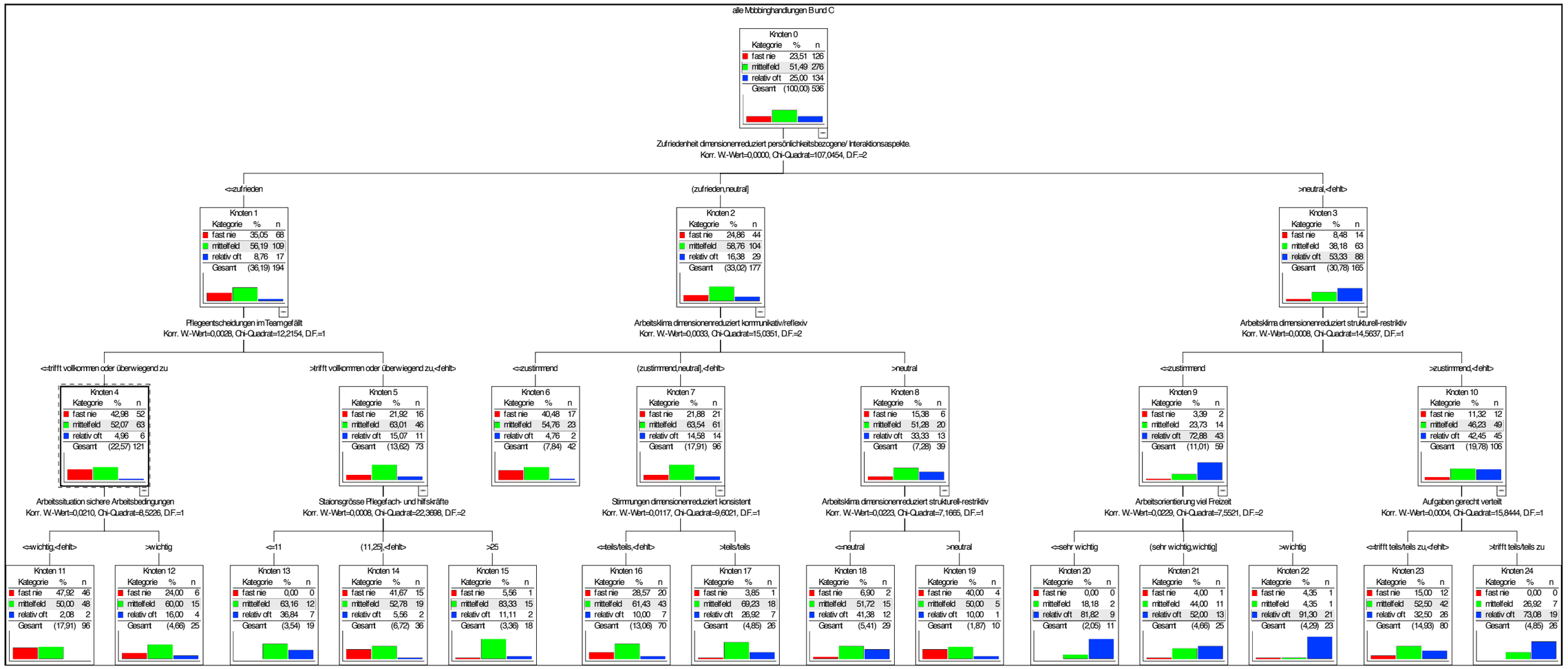


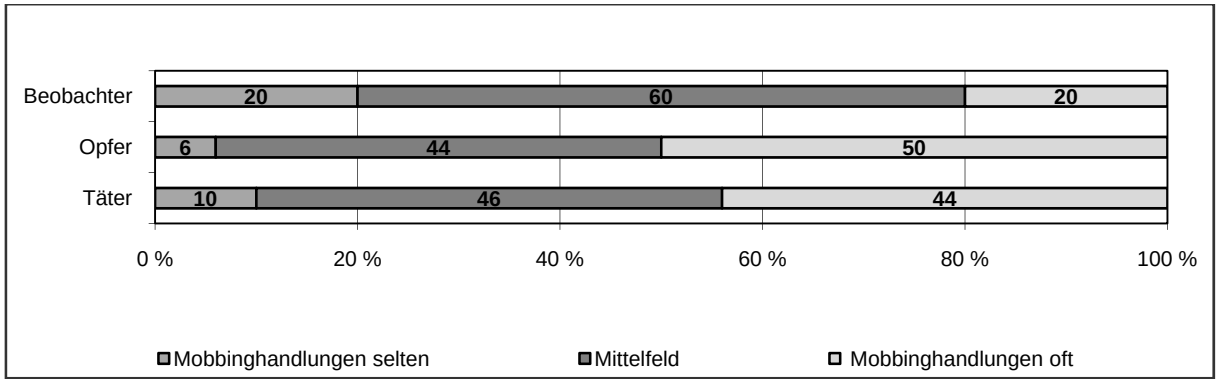
Abb. MH 30: Mobbinghandlungen und individuelle Begriffsbestimmungen

Aufgaben (trifft vollkommen oder überwiegend zu)	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
Handlungsweisen	**0,001**	13	56	31	142
Handlungspersonen	**0,024**	8	33	58	12[155]
Folgen	**0,041**	14	52	33	84
Ursachen	0,096				
Erfahrungen	0,459				
Dauer	0,576				
Wertungen	0,931				
gesamt		**25**	**50**	**25**	**100**

Tabelle MH 21: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen

Arbeitsorientierungen	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**gesamt MH**
- Beobachter		20	60	20	100
- Opfer		6	44	50	100
- Täter		10	46	44	100
Signifikanz **0,000**					

Abb. MH 31: Mobbinghandlungen und Mobbingtypen



155 Eine Interpretation dieses Zusammenhangs ist auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht möglich, (2 Zellen [33,3%] haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5).

Tabellen und Abbildungen zu Längsschnitt für ein Universitätsklinikum

Tabelle LS 1: Soziodemografische Merkmale im Längsschnitt 355
Tabelle LS 2: Angaben zum Arbeitsverhältnis im Längsschnitt 355
Tabelle LS 3: Entscheidungsfindung im Längsschnitt 355
Tabelle LS 4: Aufgabengestaltung im Längsschnitt 355
Tabelle LS 5: Personalführungsstil im Längsschnitt 356
Tabelle LS 6: Arbeitsklima im Längsschnitt 357
Tabelle LS 7: Individuelle Arbeitsbelastungen 357
Tabelle LS 8: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse 358
Tabelle LS 9: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive 359
Tabelle LS 10: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung im Längsschnitt 360
Tabelle LS 11: Mobbinghandlungen und Aufgabengestaltung im Längsschnitt 361
Tabelle LS 12: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil der Station im Längsschnitt 363
Tabelle LS 13: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima im Längsschnitt 364
Tabelle LS 14: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen im Längsschnitt 368

Abb. LS 1: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung im Längsschnitt 360
Abb. LS 2: Mobbinghandlungen und Aufgabengestaltung im Längsschnitt 362
Abb. LS 3: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil im Längsschnitt 363
Abb. LS 4: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 1) im Längsschnitt 365
Abb. LS 5: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 2) im Längsschnitt 366
Abb. LS 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 3) im Längsschnitt 367
Abb. LS 7: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen (Teil 1) im Längsschnitt 369
Abb. LS 8: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen (Teil 2) im Längsschnitt 370

Tabelle LS 1: Soziodemografische Merkmale im Längsschnitt

Soziodemografische Merkmale	**gesamt 2001**	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**
Geschlecht (%)			
- weiblich	85	95	89
- männlich	15	5	11
Alter (Jahre)			
- bis 27	24	17	17
- 28 bis 34	26	29	17
- 35 bis 40	23	21	25
- 41 und älter	26	33	40
Mittelwert	35	37	38
beruflicher/ pflegerischer Abschluss			
- PflegerIn incl. Fach- und OP-Pflege	85	85	89
- Kranken(oder Alten)pflegehelferln	2	2	2
- KinderkrankenpflegerIn	7	11	7
- ohne Abschluss	3	1	0
- anderer Abschluss[156]	4	1	2
Rücklauf	10,7	12,3	18,0

Tabelle LS 2: Angaben zum Arbeitsverhältnis im Längsschnitt

	gesamt 2001	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**
Arbeitszeiten Mittelwertvergleich			
- vertragliche Wochenarbeitszeit	37,3	38,2	38,1
- wöchentliche Überstunden	2,6	2,0	3,5
Stationsgröße Mittelwertvergleich			
- Pflegehilfs- und fachkräfte	18,9	17,9	17,4
- ÄrztInnen	6,2	6,4	6,5
- Bettenanzahl	17,5	21,7	18,1

Tabelle LS 3: Entscheidungsfindung im Längsschnitt

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Entscheidungen (MW)	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**	**gesamt 2001**	**AS 2001:2008**
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	2,8	2,6	2,7	**0,036**
werden im Team diskutiert	2,6	2,3	2,5	**0,038**
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	3,5	3	3,2	**0,000**
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben	2,7	2,3	2,5	**0,029**
liegen bei den Ärzten				0,247
liegen bei der pflegerischen Stationsleitung				0,298

Tabelle LS 4: Aufgabengestaltung im Längsschnitt

156 Zum Beispiel Hebamme, MTA, OTA, ATA, RettungssanitäterIn.

Frage: Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung?

1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Aufgaben (MW)	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**	**gesamt 2001**	**AS 2001:2008**
werden gerecht aufgeteilt	2,5	2,3	2,5	**0,002**
stimmen mit Unternehmenszielen überein	2,6	2,3	2,6	**0,007**
werden im Team festgelegt	3,1	2,7	2,9	**0,026**
sind nicht immer logisch	3,0	3,3	3,1	**0,031**
werden verständlich formuliert	1,9	1,7	2,0	**0,039**
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit				0,060
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten				0,161
werden zentral vorgegeben				0,231
werden von den Ärzten verteilt				0,986

Tabelle LS 5: Personalführungsstil im Längsschnitt

Frage: Wie würden Sie den Personalführungsstil in Ihrem Bereich bezeichnen?

1 = vollkommen zu.
2 = überwiegend zu.
3 = teils/ teils zu.
4 = kaum zu.
5 = überhaupt nicht zu.

Führungsstil (MW)	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**	**gesamt 2001**	**AS 2001:2008**
Personalführung (der Station)				
- wesentlich von einer Person abhängig	1,7	2,0	2,7	**0,000**
- unkontinuierlich	2,2	2,5	3,2	**0,000**
- streng nach bürokratischen Regeln	2,0	2,4	3,3	**0,000**
- unter Heranziehung vieler Meinungen			2,7	0,304
Unternehmensführung				
- wesentlich von einer Person abhängig	1,6	2,0	2,5	**0,000**
- unkontinuierlich	2,0	1,8	3,1	**0,012**
- unter Heranziehung vieler Meinungen				0,175
- streng nach bürokratischen Regeln				0,653

Tabelle LS 6: Arbeitsklima im Längsschnitt

Frage: Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Arbeitsklima (MW)	Ostroda 2001	Ostroda 2008	gesamt 2001	AS 2001:2008
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	2,8	2,2	2,5	**0,000**
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion	3,1	2,8	2,9	**0,000**
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	3,1	2,6	2,8	**0,000**
ein strenges Arbeitstempo	2,9	2,5	2,7	**0,000**
das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	3,2	2,6	2,9	**0,000**
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	3,1	2,7	2,9	**0,000**
den kollegialen Umgang mit Konflikten	2.8	2,5	2,6	**0,001**
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	3,0	2,7	2,8	**0,001**
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	2,6	2,3	2,4	**0,001**
gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	3,2	2,8	3,0	**0,001**
die gegenseitige Anerkennung im Team	2,5	2,2	2,4	**0,002**
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	2,3	2,0	2,2	**0,002**
gute Arbeitsbedingungen	2,9	2,6	2,7	**0,003**
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	2,9	2,6	2,7	**0,003**
leicht eskalierende Konflikte	3,4	3,6	3,5	**0,013**
straffe hierarchische Strukturen				0,517

Tabelle LS 7: Individuelle Arbeitsbelastungen

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

individuelle Arbeitsbelastungen (MW)	Ostroda 2001	Ostroda 2008	gesamt 2001	AS 2001:2008
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	2,8	3,2	2,8	**0,000**
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	2,8	3,0	2,9	**0,000**
das Verleumden einzelner Personen	3,0	3,7	3,0	**0,000**
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	2,9	3,0	2,8	**0,000**
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	2,6	3,4	2,9	**0,000**
Behandlungsmisserfolge	2,6	3,1	2,7	**0,000**
Personalmangel	2,4	2,0	2,2	**0,000**
zu wenig Zeit für Patienten	2,4	2,1	2,4	**0,001**
hohen organisatorischen Aufwand	3,0	2,6	2,9	**0,001**
unklare Arbeitsabläufe	3,0	3,3	3,1	**0,009**
das Ignorieren einzelner Personen	3,1	3,4	3,1	**0,037**
körperliche Beanspruchung				0,076
seelische Beanspruchung				0,106
unzureichende Informationen				0,149
hohe Verantwortung				0,209

Tabelle LS 8: Mobbingerfahrungen und -kenntnisse

Frage: Bitte geben Sie an, was Sie bisher schon über „Mobbing" gehört bzw. was Sie erlebt oder beobachtet haben. (Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)

a) Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen.
b) Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.
c) Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.
d) Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt.
e) Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.

Mobbingerfahrungen und -kenntnisse (%)	**Ostroda 2001**	**Ostroda 2008**	**gesamt 2001**	**AS 2001:2008**
Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen.				0,304
Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.	48	38	52	**0,029**
Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.	26	19	25	**0,026**
Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt.	44	32	48	**0,009**
Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.	7	3	11	**0,016**

Tabelle LS 9: Mobbinghandlungen aus Beobachter- und Betroffenenperspektive

Frage: In der folgenden Frage geht es um verschiedene Konflikthandlungen. Dabei interessieren zwei Aspekte. Bitte geben Sie an: a) ob und wie oft Sie diese Handlungen im letzten Jahr an Ihrem Arbeitsplatz bei anderen beobachtet haben u n d b) ob und wie oft Sie selbst davon betroffen gewesen sind. (Bitte Zutreffendes direkt ankreuzen!)

Antwortmöglichkeiten: nie, einmal, über Tage, über Wochen oder fast immer

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**fortdauernd[157] beobachtet ...**				**fortdauernd betroffen ...**			
Der Betroffene wird/ bekommt	gesamt	Ostroda			gesamt	Ostroda		
	2001	AS	2001	2008	2001	AS	2001	2008
• ständig kritisiert	48	0,149			18	0,687		
• übergenau kontrolliert	45	0,070			19	0,962		
• trotz guter Leistung keine Anerkennung	41	0,338			29	0,483		
• in seinem beruflichen Können angezweifelt	41	0,208			10	0,766		
• in seiner Arbeit nicht unterstützt	36	0,969			20	0,304		
• in beruflichen Entscheidungen in Frage gestellt	34	0,122			10	0,809		
• von der Zusammenarbeit ausgeschlossen	30	0,288			11	0,560		
• „nachgeäfft“	26	**0,016**	28	16	5	0,164		
• Ziel von Anspielungen auf seine psychische Verfassung	25	0,203			6	0,915		
• für fremde Fehler verantwortlich gemacht	24	0,098			12	0,879		
• vor seinen Kollegen bloßgestellt	24	0,065			8	0,747		
• von wichtigen Arbeitsinformationen ausgeschlossen	22	0,696			15	0,495		
• durch Lügen in seinem Ansehen geschädigt	22	0,071			12	0,604		
• von geselligen Teilen des Arbeitsalltages ausgegrenzt	20	0,839			9	0,821		
• in seinen Kompetenzen beschnitten	19	0,609			13	0,932		
• Ziel von Anspielungen auf seine körperliche Verfassung	19	0,163			6	0,431		
• überfordert	18	0,398			27	0,355		
• darf sich nicht äußern	17	**0,053**	16	9	9	**0,028**	12	5
• wegen seiner Überzeugungen lächerlich gemacht	17	0,848			6	0,265		
• wegen seinem Äußeren lächerlich gemacht	17	0,888			3	0,259		
• unterfordert	13	0,214			33	0,713		
• keine Arbeitsaufgaben zugewiesen	12	0,121			7	0,410		
• durch Offenlegen vertraulicher Angelegenheiten in Verlegenheit gebracht	12	0,088			4	0,552		
• räumlich isoliert	7	0,216			4	0,080		
• am Arbeiten gehindert	6	0,135			4	0,585		
• zu gesundheitsschädigenden Arbeiten gezwungen	6	0,925			5	0,973		
• durch Gesten oder Worte sexuell belästigt	4	0,487			2	0,087		
• wegen seiner Nationalität/Hautfarbe lächerlich gemacht	4	0,667			0	0,483		
• telefonisch belästigt	2	0,789			1	0,946		
• von Kollegen um persönliches Eigentum bestohlen	2	**0,028**	0	4	1	**,003**	--	--[158]
• wegen einer Behinderung lächerlich gemacht	2	**0,029**	0	4	1	0,307		
• bedroht	1	0,577			1	0,883		
• körperlich attackiert	1	0,978			1	0,307		
• handgreiflich sexuell belästigt.	1	0,310			0	0,232		

157 Die Items ‚über Tage‘, ‚über Wochen‘ und ‚fast immer‘ wurden zusammengefasst.

158 Eine Berechnung ist hier nicht möglich, da Häufigkeiten und erwartete Häufigkeiten kleiner als 5 sind.

Tabelle LS 10: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung im Längsschnitt

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**AS** MH:ET	**AS** 2001:2008
Entscheidungen (ET) trifft vollkommen bzw. überwiegend zu						
werden im Team diskutiert	**n 2001**	31	56	14	**0,000**	**0,038**
	Ostroda 2001	36	46	18		
	Ostroda 2008	38	48	14		
liegen bei der einzelnen Pflegekraft	**n 2001**	19	50	31	**0,019**	**0,036**
	Ostroda 2001	19	44	38		
	Ostroda 2008	12	50	38		
liegen bei den Ärzten					0,023	0,247
wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben					0,189	0,029
ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen					0,399	0,000
liegen bei der pflegerischen Stationsleitung					0,645	0,298
gesamt		**25**	**50**	**25**		

Abb. LS 1: Mobbinghandlungen und Entscheidungsfindung im Längsschnitt

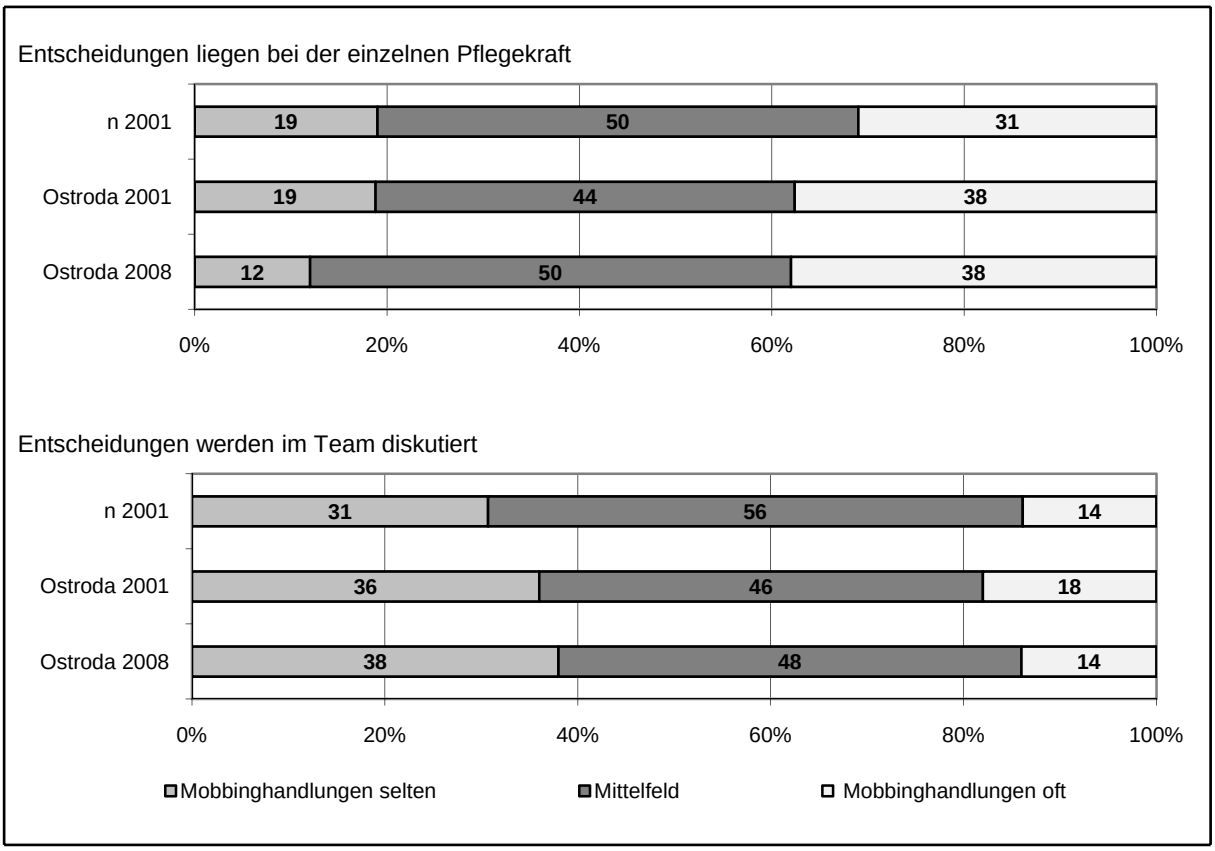


Tabelle LS 11: Mobbinghandlungen und Aufgabengestaltung im Längsschnitt

Frage: Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**AS** MH:AG	**AS** 2001:2008
Aufgaben (AG) trifft vollkommen bzw. überwiegend zu						
werden gerecht aufgeteilt	**gesamt 2001**	31	56	13	**0,000**	**0,002**
	Ostroda 2001	38	52	10		
	Ostroda 2008	26	52	22		
werden im Team festgelegt	**gesamt 2001**	35	54	12	**0,000**	**0,026**
	Ostroda 2001	40	48	12		
	Ostroda 2008	32	48	20		
sind nicht immer logisch	**gesamt 2001**	13	46	42	**0,000**	**0,031**
	Ostroda 2001	17	38	46		
	Ostroda 2008	18	44	38		
werden verständlich formuliert	**gesamt 2001**	26	52	22	**0,000**	**0,039**
	Ostroda 2001	30	48	23		
	Ostroda 2008	23	58	20		
stimmen mit Unternehmenszielen überein					0,098	0,007
ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit					0,967	0,060
berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten					0,005	0,161
werden zentral vorgegeben					0,082	0,231
werden von den Ärzten verteilt					0,711	0,986
gesamt		**25**	**50**	**25**		

Abb. LS 2: Mobbinghandlungen und Aufgabengestaltung im Längsschnitt

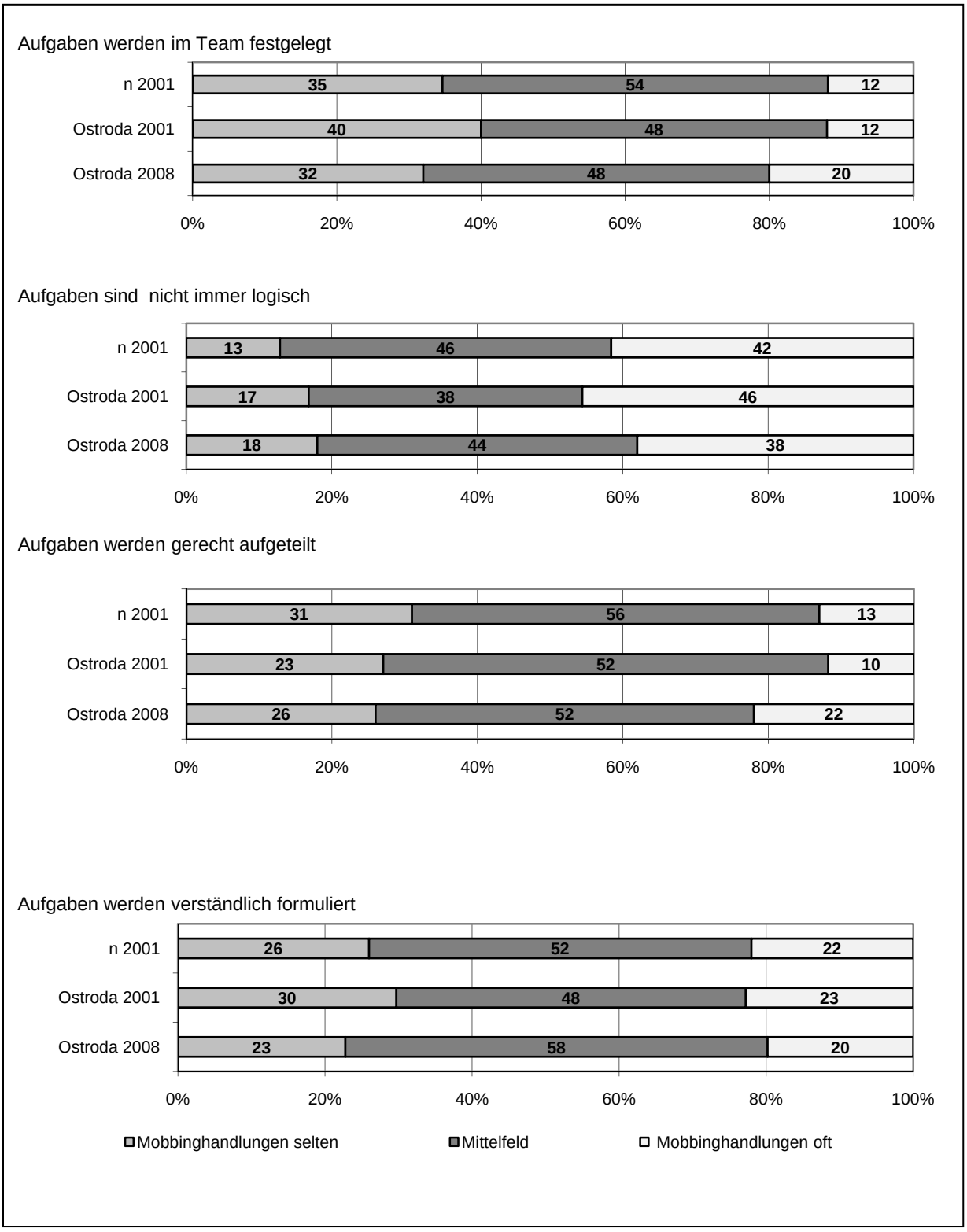


Tabelle LS 12: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil der Station im Längsschnitt

Frage: Wie würden Sie den Personalführungsstil Ihrer Station beschreiben?

Die folgende Aussage trifft...
1 = vollkommen zu
2 = überwiegend zu
3 = teils/ teils zu
4 = kaum zu
5 = überhaupt nicht zu

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**AS** MH:PF	**AS** 2001:2008
Personalführung (PF) trifft vollkommen bzw. überwiegend zu						
wesentlich von einer Person abhängig	**gesamt 2001**	18	52	30	**0,028**	**0,000**
	Ostroda 2001	16	46	39		
	Ostroda 2008	20	52	28		
unkontinuierlich	**gesamt 2001**	22	41	37	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	19	46	35		
	Ostroda 2008	11	33	56		
streng nach bürokratischen Regeln					0,396	0,000
unter Heranziehung vieler Meinungen					0,000	0,304
gesamt		**25**	**50**	**25**		

Abb. LS 3: Mobbinghandlungen und Personalführungsstil im Längsschnitt

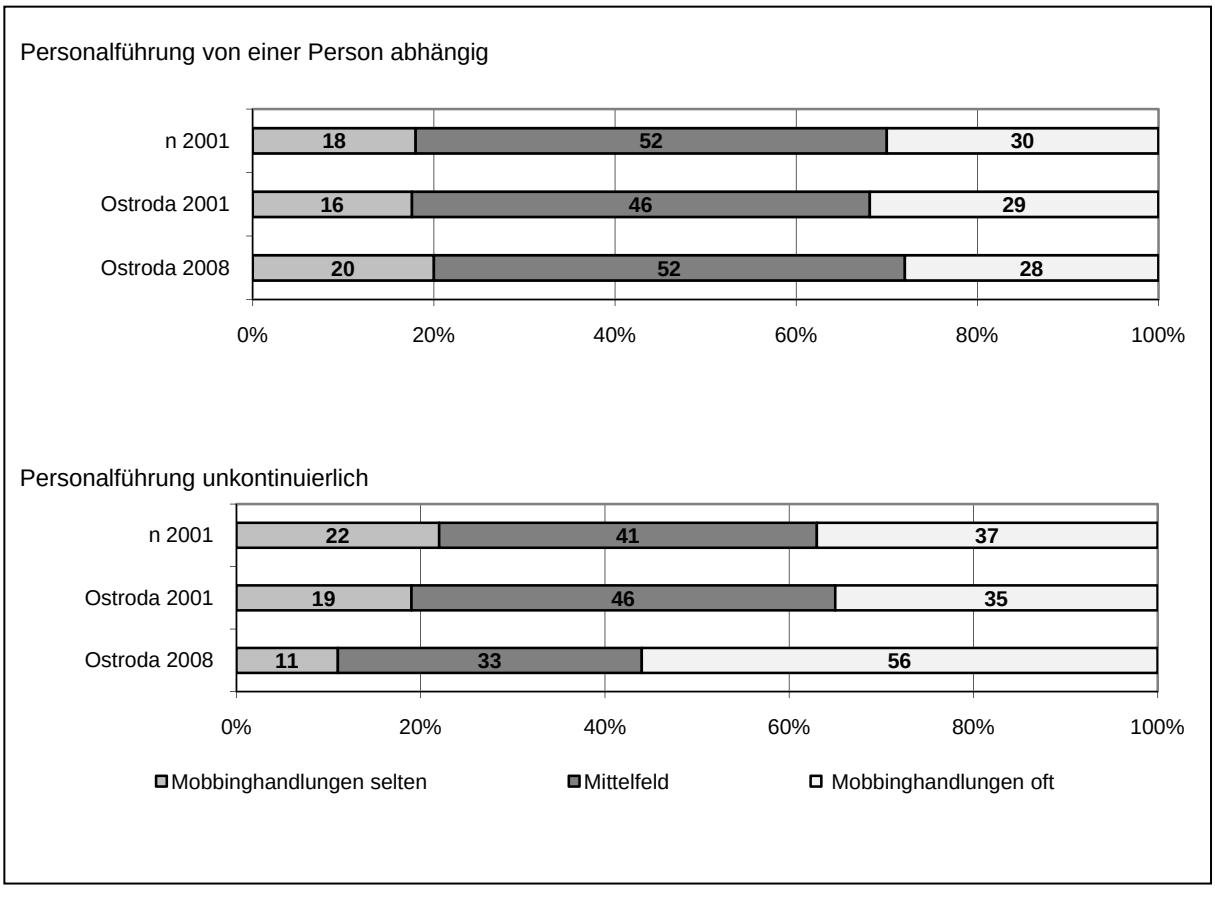


Tabelle LS 13: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima im Längsschnitt

Frage: Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch die folgenden Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**AS** MH:AK	**AS** 2001:2008
Arbeitsklima (AK) sehr stark und stark						
die gegenseitige Anerkennung im Team	**gesamt 2001**	35	51	14	**0,000**	**0,002**
	Ostroda 2001	33	52	16		
	Ostroda 2008	33	50	17		
die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	**gesamt 2001**	31	54	15	**0,000**	**0,002**
	Ostroda 2001	35	52	13		
	Ostroda 2008	29	53	18		
den kollegialen Umgang mit Konflikten	**gesamt 2001**	39	49	11	**0,000**	**0,001**
	Ostroda 2001	37	47	16		
	Ostroda 2008	26	56	18		
gute Arbeitsbedingungen	**gesamt 2001**	27	57	16	**0,000**	**0,003**
	Ostroda 2001	29	53	18		
	Ostroda 2008	24	52	24		
leicht eskalierende Konflikte	**gesamt 2001**	2	37	60	**0,000**	**0,013**
	Ostroda 2001	0	30	70		
	Ostroda 2008	12	38	50		
die gute Verständigung mit Vorgesetzten	**gesamt 2001**	37	50	13	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	40	54	6		
	Ostroda 2008	26	60	16		
gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	**gesamt 2001**	35	54	11	**0,000**	**0,001**
	Ostroda 2001	45	45	10		
	Ostroda 2008	33	43	24		
Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	**gesamt 2001**	31	55	14	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	40	45	15		
	Ostroda 2008	31	58	12		
gerechte Anerkennung Leistung Einzelner	**gesamt 2001**	35	54	11	**0,000**	**0,001**
	Ostroda 2001	36	44	19		
	Ostroda 2008	38	44	17		
gute Möglichkeiten der Selbstreflexion.	**gesamt 2001**	35	53	12	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	50	30	20		
	Ostroda 2008	33	44	22		
gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	**gesamt 2001**	30	54	16	**0,000**	**0,001**
	Ostroda 2001	32	48	20		
	Ostroda 2008	23	53	23		
gute Zusammenarbeit mit Ärzten	**gesamt 2001**	28	48	24	**0,021**	**0,003**
	Ostroda 2001	34	40	26		
	Ostroda 2008	32	54	14		
gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	**gesamt 2001**	35	47	17	**0,021**	**0,000**
	Ostroda 2001	40	48	13		
	Ostroda 2008	24	56	20		
gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	**gesamt 2001**	26	54	20	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	30	43	27		
	Ostroda 2008	30	38	33		
ein strenges Arbeitstempo					0,154	0,000
straffe hierarchische Strukturen					0,000	0,517
gesamt		**25**	**50**	**25**		

Abb. LS 4: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 1) im Längsschnitt

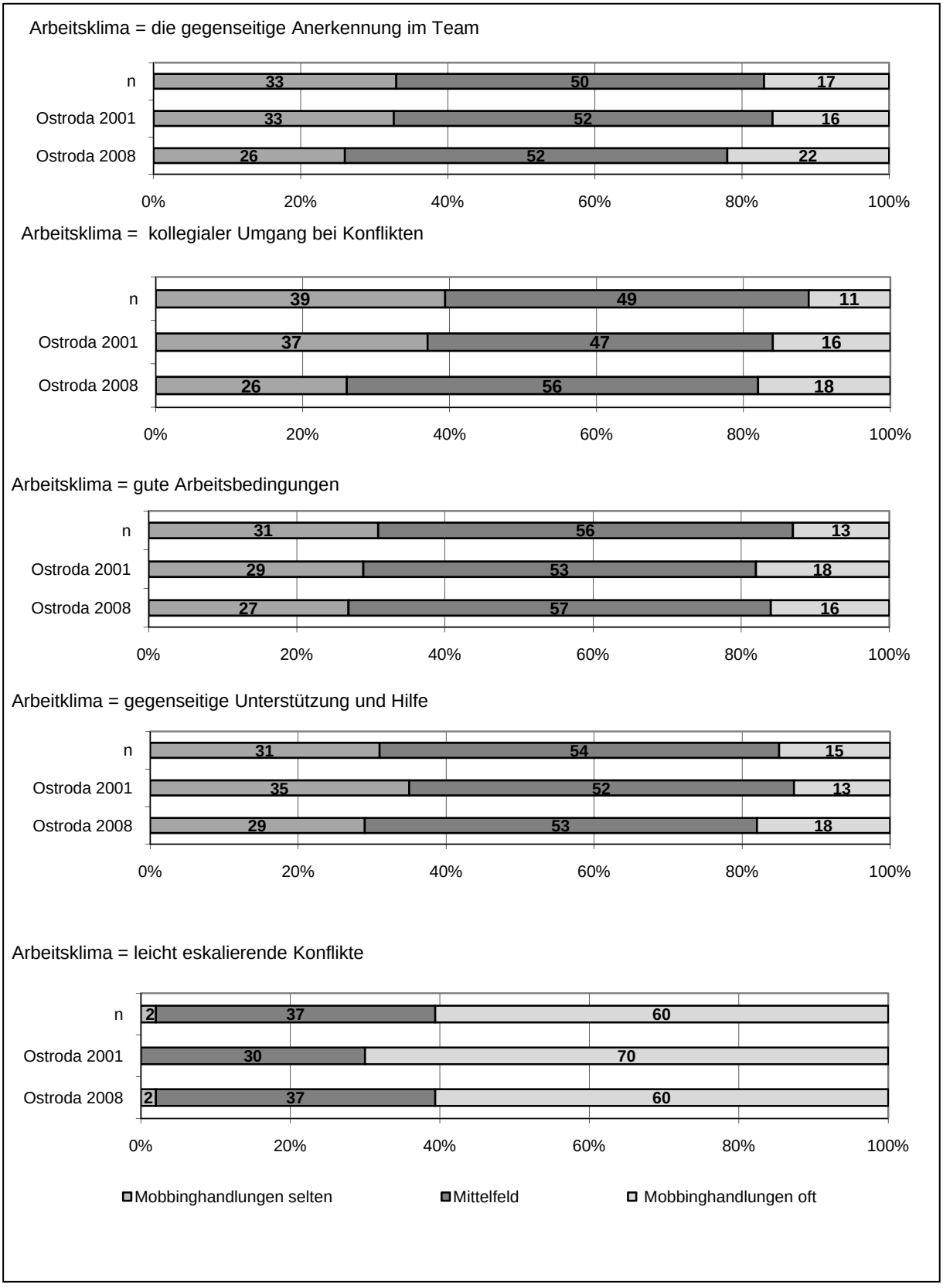


Abb. LS 5: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 2) im Längsschnitt

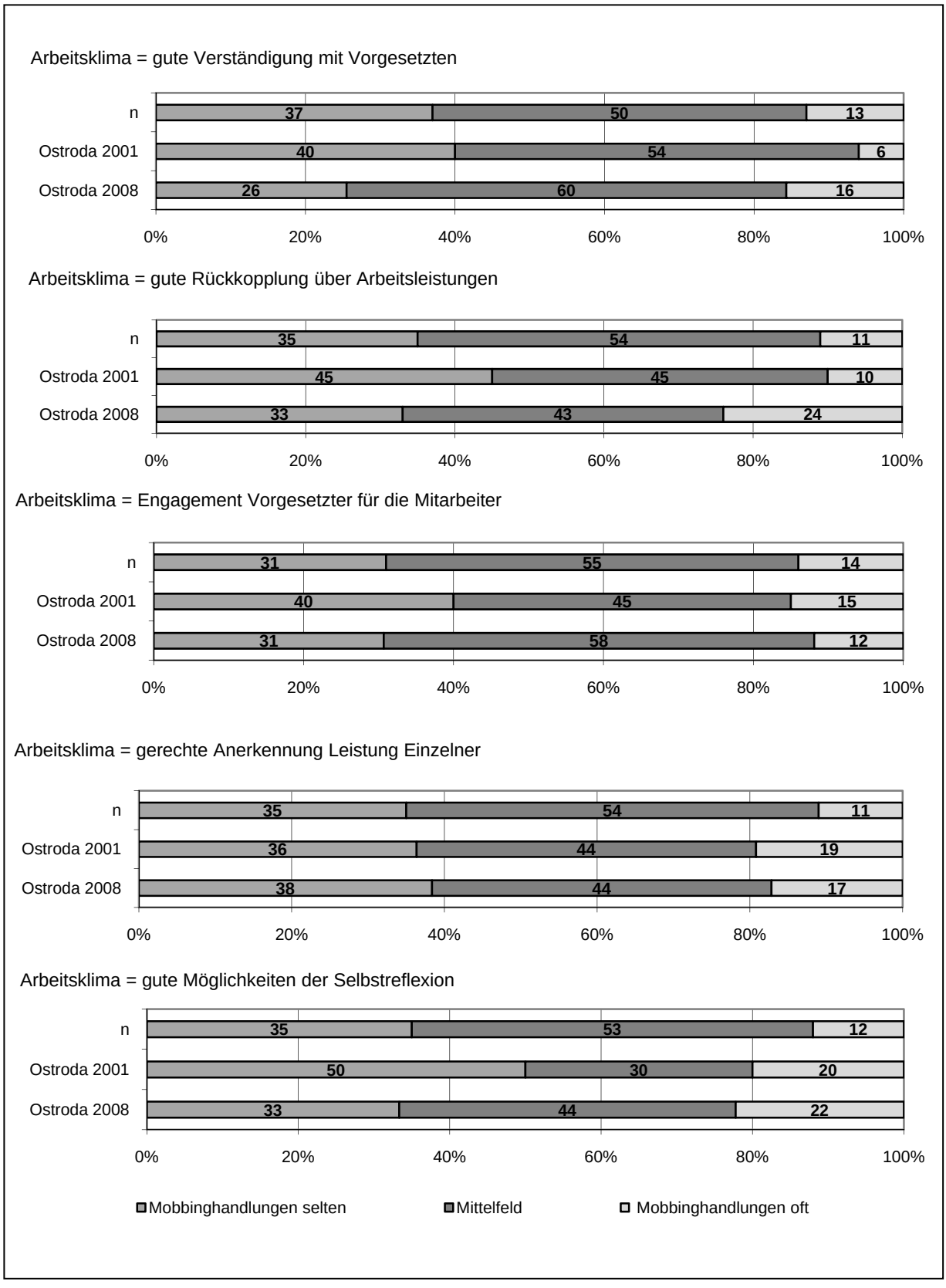


Abb. LS 6: Mobbinghandlungen und Arbeitsklima (Teil 3) im Längsschnitt

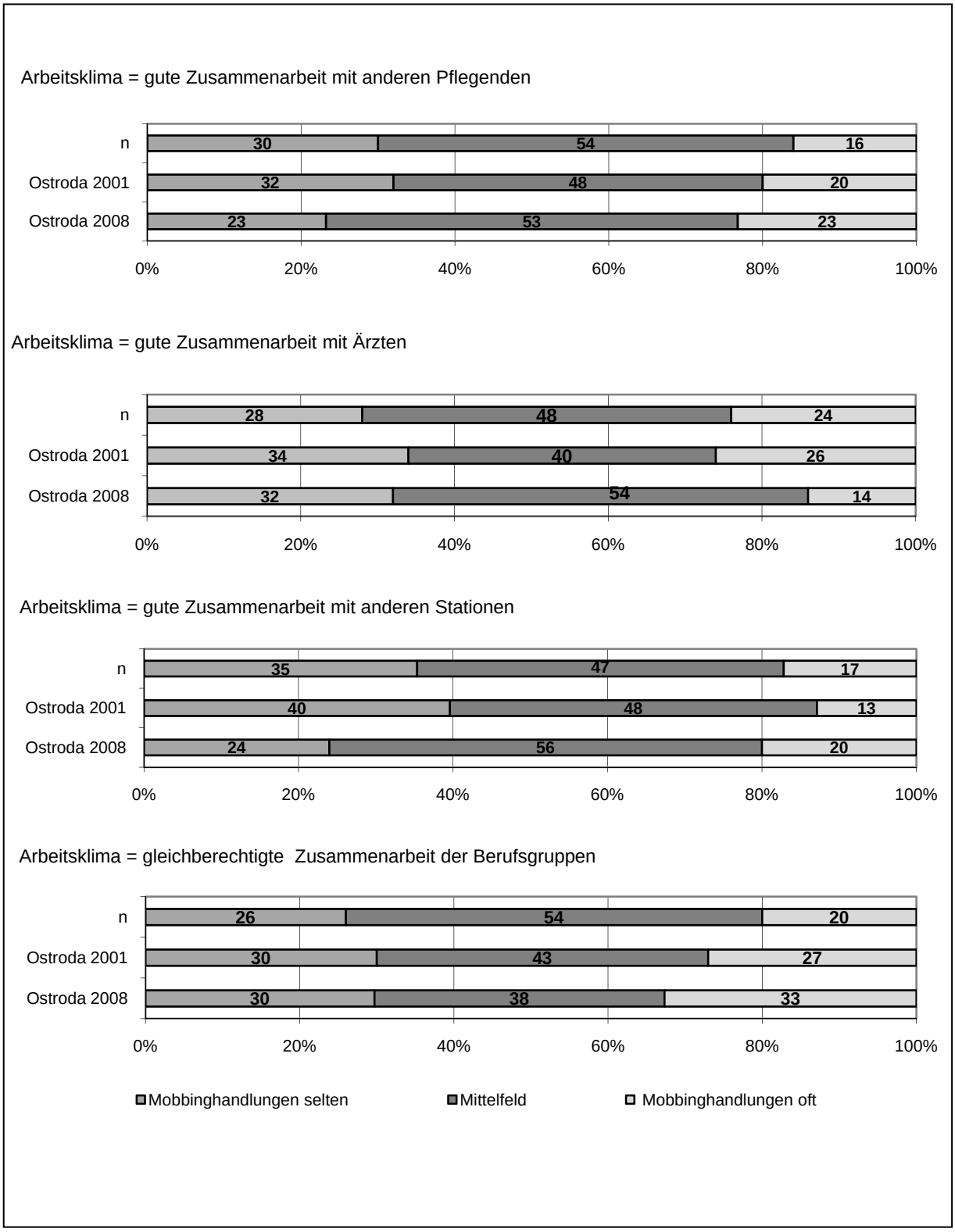


Tabelle LS 14: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen im Längsschnitt

Frage: Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihren Arbeitsalltag persönlich?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/ teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Mobbinghandlungen (MH) treten auf ...	**AS**	**Kontinuum von Mobbinghandlungen** selten ◄——► oft			**AS** MH:AB	**AS** 2001:2008
Arbeitsbelastungen (AB) sehr stark und stark						
unklare Arbeitsabläufe	**gesamt 2001**	18	49	33	**0,001**	**0,009**
	Ostroda 2001	18	54	28		
	Ostroda 2008	13	63	25		
ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	**gesamt 2001**	18	47	35	**0,000**	**0,000**
	Ostroda 2001	22	43	36		
	Ostroda 2008	13	56	31		
zielgerichtete Abwertung der Arbeit	**gesamt 2001**	17	51	32	**0,002**	**0,000**
	Ostroda 2001	15	54	30		
	Ostroda 2008	6	71	24		
das Verleumden einzelner Personen	**gesamt 2001**	19	47	34	**0,001**	**0,000**
	Ostroda 2001	19	51	30		
	Ostroda 2008	21	50	29		
das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	**gesamt 2001**	18	47	35	**0,001**	**0,000**
	Ostroda 2001	23	44	33		
	Ostroda 2008	19	63	19		
das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	**gesamt 2001**	20	47	33	**0,003**	**0,000**
	Ostroda 2001	17	53	30		
	Ostroda 2008	18	54	27		
das Ignorieren einzelner Personen	**gesamt 2001**	17	48	35	**0,004**	**0,037**
	Ostroda 2001	19	50	31		
	Ostroda 2008	18	53	29		
Behandlungsmisserfolge					0,509	0,000
Personalmangel					0,252	0,000
zu wenig Zeit für Patienten					0,577	0,001
hohen organisatorischen Aufwand					0,489	0,001
seelische Beanspruchung					0,020	0,106
unzureichende Informationen					0,007	0,149
körperliche Beanspruchung					0,004	0,076
hohe Verantwortung					0,071	0,209
gesamt		**25**	**50**	**25**		

Abb. LS 7: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen (Teil 1) im Längsschnitt

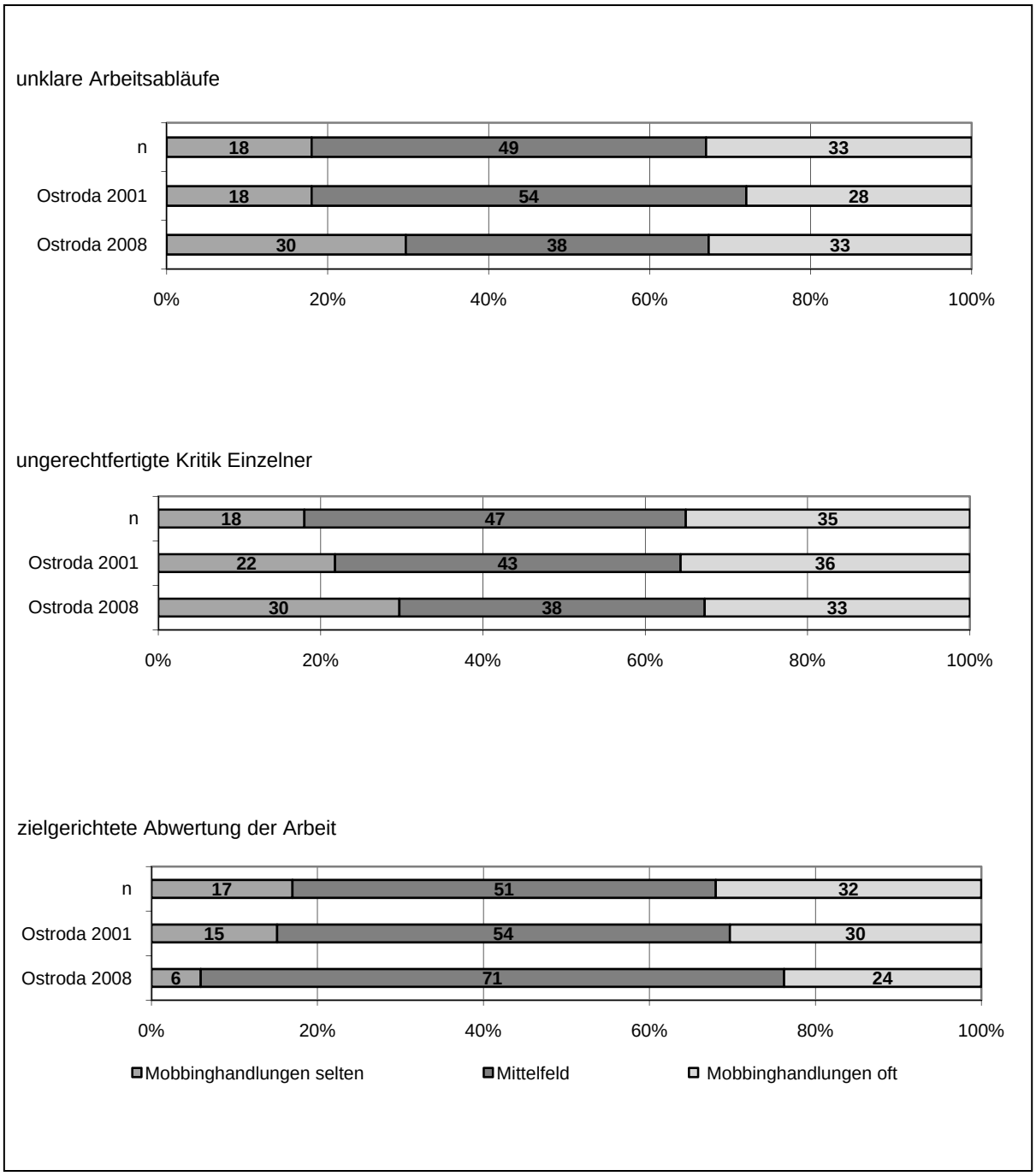
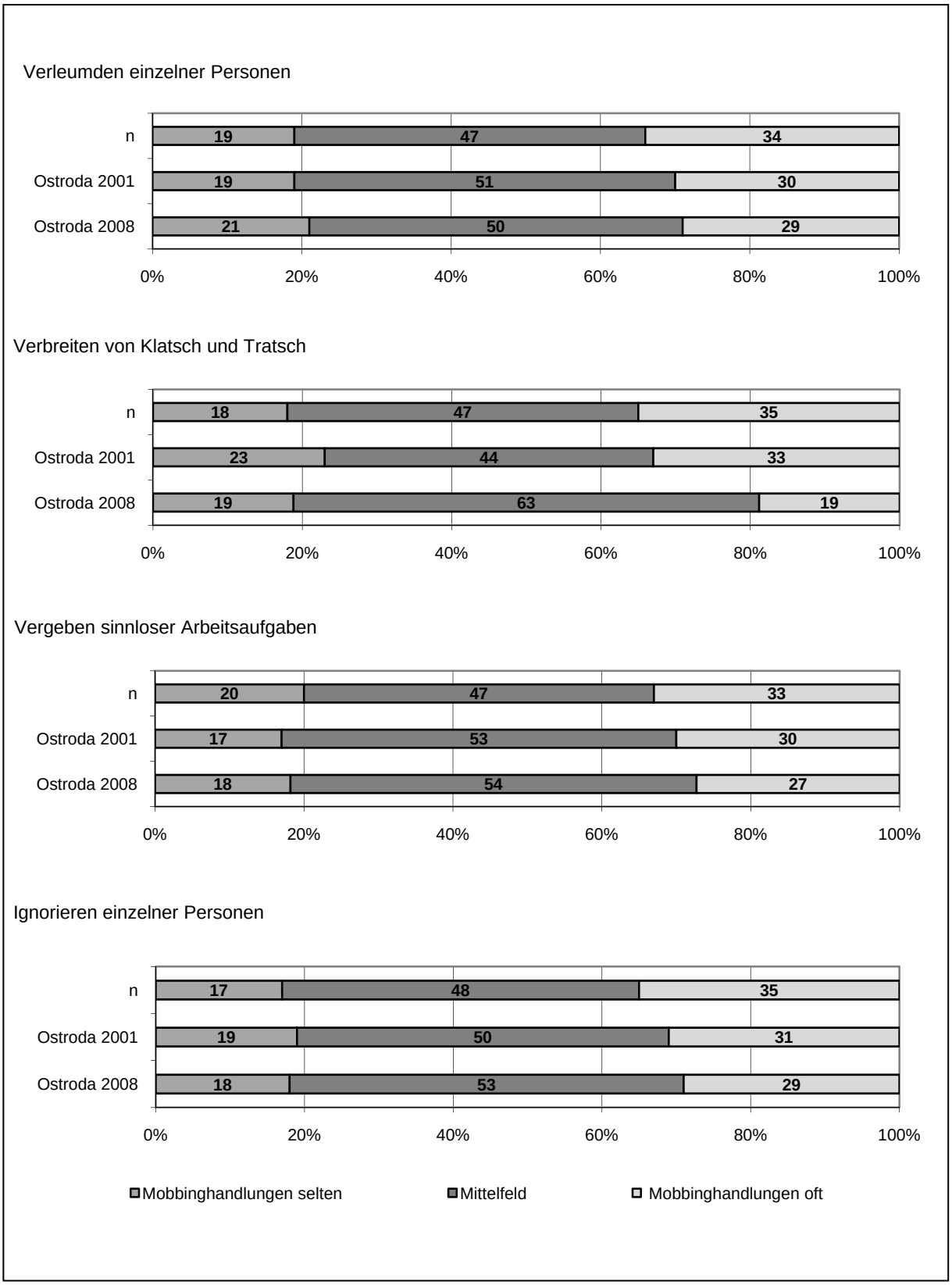


Abb. LS 8: Mobbinghandlungen und Arbeitsbelastungen (Teil 2) im Längsschnitt



Fragebogen zum Thema:

Analyse spezifischer Arbeitssituationen als Beitrag zur Verbesserung des Arbeitsklimas

Das Ausfüllen des Fragebogens ist einfach: Bei einigen Fragen können Zahlenangaben direkt eingetragen werden. Die meisten Fragen haben jedoch numerierte Antwortmöglichkeiten, von 1 bis 5. Diese Antwortmöglichkeiten sind mit Wörtern benannt. Von der 1 bis zur 5 wird die Zustimmung gleichmäßig schwächer. Wählen Sie die für Sie zutreffende Antwort aus und tragen Sie deren Nummer in das nebenstehende Antwortkästchen ein.

Beginnen wir mit der ersten Frage als Beispiel:

1. Wie zufrieden Sind Sie mit den folgenden Aspekten Ihres Arbeitsalltages, bzw. Ihrer gesamten Lebenssituation?

1 = sehr zufrieden
2 = zufrieden
3 = teils/teils
4 = unzufrieden
5 = sehr unzufrieden

a) mit Ihren unmittelbaren Kollegen.....☐
b) mit Ihrem Vorgesetzten.....☐
c) mit Ihrer Tätigkeit.....☐
d) mit Ihren Arbeitsbedingungen.....☐
e) mit der Leitung der Klinik.....☐
f) mit der Organisation in der Klinik.....☐
g) mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten.....☐
h) mit der Bezahlung Ihrer Arbeit.....☐
i) mit der Einteilung der Arbeitszeit.....☐
j) mit der Personalführung.....☐
k) mit dem Arbeitsklima.....☐
l) mit Ihrer Anerkennung im Team.....☐
m) mit Ihrer Arbeit insgesamt.....☐
n) mit Ihrem Leben insgesamt.....☐

→Hier müßten in allen Kästchen Zahlen zwischen 1 bis 5 stehen!

***2.* Wie würden Sie den Personalführungsstil in Ihrem Arbeitsfeld bezeichnen? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu? Mich interessieren in diesem Zusammenhang zwei Aspekte.**

A) Die Führung Ihrer Station.
B) Die Führung des gesamten Hauses.

Antworten Sie in Spalte A und B mit:
1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Führung erfolgt ...	A	B
a) unter Heranziehung vieler Meinungen.	☐	☐
b) wesentlich von einer Person abhängig.	☐	☐
c) unkontinuierlich.	☐	☐
d) streng nach bürokratischen Regeln.	☐	☐

3. Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Aufgaben ...

a) werden verständlich formuliert. .....☐
b) werden gerecht aufgeteilt. .....☐
c) werden zentral vorgegeben. .....☐
d) sind nicht immer logisch. .....☐
e) stimmen mit Unternehmenszielen überein. .....☐
f) werden gemeinsam im Team festgelegt. .....☐
g) werden von den Ärzten verteilt. .....☐
h) ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit. .....☐
i) berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten. .....☐

4. Ca. wieviel Prozent Ihrer Wochenarbeitszeit fallen in der Regel für die folgenden Arbeiten an? Bitte nehmen Sie das letzte Jahr als Maßstab.
(Bitte in etwa die Prozentwerte eintragen!)

a) Pflege.....☐☐ %
b) Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie.....☐☐ %
c) Pflegedokumentation.....☐☐ %
d) Pflegeorganisation.....☐☐ %
e) Kooperations- und Koordinationsaufgaben.....☐☐ %
f) Pflegeforschung.....☐☐ %
g) Anderes *(Bitte nennen!)*.....☐☐ %
.....☐☐ %

100 %

5. Wie werden die anfallenden Arbeiten zwischen den Pflegenden auf Ihrer Station aufgeteilt? Gehen Sie bitte von der überwiegenden Situation des letzten Jahres aus. *(Bitte ankreuzen!)*

a) Pflegende sind immer für die gleichen Patienten zuständig. .....☐
b) Pflegende sind immer für die gleichen Arbeiten zuständig. .....☐

1

6. Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihren Arbeitsalltag? Mich interessieren in diesem Zusammenhang zwei Aspekte:

A) ***Wie stark belasten Sie diese Umstände persönlich?***

B) ***Wie stark belasten diese Umstände die Arbeit auf Ihrer Station insgesamt?***

Antworten Sie in Spalte A und B mit:
1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Der Arbeitsalltag wird belastet durch ...	A	B
a) zu wenig Zeit für Patienten.	☐	☐
b) hohe Verantwortung.	☐	☐
c) Personalmangel.	☐	☐
d) seelische Beanspruchung.	☐	☐
e) unzureichende Informationen.	☐	☐
f) körperliche Beanspruchung.	☐	☐
g) unklare Arbeitsabläufe.	☐	☐
h) ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen.	☐	☐
i) zielgerichtete Abwertung der Arbeit.	☐	☐
j) Behandlungsmißerfolge.	☐	☐
k) hohen organisatorischen Aufwand.	☐	☐
l) das Ignorieren einzelner Personen.	☐	☐
m) das Verleumden einzelner Personen.	☐	☐
n) das Verbreiten von Klatsch und Tratsch.	☐	☐
o) das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben.	☐	☐
p) Anderes *(Bitte nennen!)*.....	☐	☐
.....	☐	☐

7. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Konflikten an Ihrem Arbeitsplatz zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Wenn Konflikte auftreten ...

a) wird eher oberflächlich geglättet. ☐
b) wird durch Verhandeln nach Kompromissen gesucht. ☐
c) wird die Situation durch Autorität (z.B. durch ein Machtwort) beendet. ☐
d) wird die Situation offen und genau analysiert. ☐
e) wird Neutralität gewahrt. ☐

8. Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt? Inwieweit trifft das Folgende zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Entscheidungen, die die Pflege betreffen ...

a) liegen bei der einzelnen Pflegekraft. ☐
b) werden im Team diskutiert. ☐
c) liegen bei der pflegerischen Stationsleitung. ☐
d) liegen bei den Ärzten. ☐
e) ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen. ☐
f) wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben. ☐
g) Anderes *(Bitte nennen!)*..... ☐
..... ☐

9. Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Das Arbeitsklima ist gekennzeichnet durch ...

a) die gegenseitige Anerkennung im Team. ☐
b) die gegenseitige Unterstützung und Hilfe. ☐
c) die gute Verständigung mit Vorgesetzten. ☐
d) den kollegialen Umgang mit Konflikten. ☐
e) gute Arbeitsbedingungen. ☐
f) gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen. ☐
g) gute Möglichkeiten zur Selbstreflexion. ☐
h) gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden. ☐
i) gute Zusammenarbeit mit Ärzten. ☐
j) gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen. ☐
k) ein strenges Arbeitstempo. ☐
l) das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter. ☐
m) straffe hierarchische Strukturen. ☐
n) gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen. ☐
o) gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner. ☐
p) leicht eskalierende Konflikte. ☐
q) Anderes (Bitte nennen!)..... ☐
..... ☐

Als nächstes kommt die Hauptfrage des Fragebogens. Auch wenn hier ziemlich viele Möglichkeiten aufgelistet sind, bitte halten Sie durch. Nach dieser Frage geht es dann viel einfacher weiter! Vielen Dank.

10. In der folgenden Frage geht es um verschiedene Konflikthandlungen. Dabei interessieren mich zwei Aspekte. Bitte geben Sie an, a) ob und wie oft Sie diese Handlungen im letzten Jahr an Ihrem Arbeitsplatz bei <u>anderen beobachtet</u> haben <u>u n d</u> b) ob und wie oft Sie <u>selbst</u> davon <u>betroffen</u> gewesen sind. (*Bitte Zutreffendes direkt ankreuzen!)*

	Der Betroffene.....	**Habe beobachtet ...**					**Bin selbst betroffen gewesen...**				
		Nie	Ein-mal	über Tage	über Wo-chen	Fast im-mer	Nie	Ein-mal	über Tage	über Wo-chen	Fast im-mer
a)	wird von der Zusammenarbeit ausgeschlossen.										
b)	darf sich nicht äußern.										
c)	wird in seiner Arbeit nicht unterstützt.										
d)	bekommt keine Arbeitsaufgaben zugewiesen.										
e)	bekommt trotz guter Leistung keine Anerkennung.										
f)	wird von wichtigen Arbeitsinformationen ausgeschlossen.										
g)	wird von geselligen Teilen des Arbeitsalltages ausgegrenzt.										
h)	wird räumlich isoliert.										
i)	wird durch Lügen in seinem Ansehen geschädigt.										
j)	wird ständig kritisiert.										
k)	wird für fremde Fehler verantwortlich gemacht.										
l)	wird vor seinen Kollegen bloßgestellt.										
m)	wird am Arbeiten gehindert.										
n)	wird übergenau kontrolliert.										
o)	wird unterfordert.										
p)	wird überfordert.										
q)	wird in seinen Kompetenzen beschnitten.										
r)	wird in beruflichen Entscheidungen in Frage gestellt.										
s)	wird in seinem beruflichen Können angezweifelt.										
t)	wird zu gesundheitsschädigenden Arbeiten gezwungen.										
u)	wird telefonisch belästigt.										
v)	wird bedroht.										
w)	wird körperlich attackiert.										
x)	wird durch Gesten oder Worte sexuell belästigt.										
z)	wird handgreiflich sexuell belästigt.										
y)	wird von Kollegen um persönliches Eigentum bestohlen.										
z)	wird Ziel von Anspielungen auf seine körperliche Verfassung.										
aa)	wird Ziel von Anspielungen auf seine psychische Verfassung.										
bb)	wird wegen seiner Überzeugungen lächerlich gemacht.										
cc)	wird wegen seinem Äußeren lächerlich gemacht.										
dd)	wird wegen einer Behinderung lächerlich gemacht.										
ee)	wird wegen seiner Nationalität/ Hautfarbe lächerlich gemacht.										
ff)	wird durch Offenlegen vertraulicher Angelegenheiten in Verlegenheit gebracht.										
gg)	wird „nachgeäfft“.										
hh)	Anderes *(Bitte nennen!)*.....										

11. Bitte geben Sie an, was Sie bisher schon über „Mobbing" gehört, bzw. was Sie erlebt oder beobachtet haben. *(Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)*

a) Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen. ☐
b) Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen. ☐
c) Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen. ☐
d) Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt. ☐
e) Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt. ☐

12. Denken Sie bitte an die Arbeitsplatzkonflikte, die Sie selbst im vergangenen Jahr erlebt haben. Inwieweit waren die unten genannten Dinge Ursache für die Entstehung von Konflikten? Wie zutreffend sind die folgenden Aussagen?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

Arbeitsplatzkonflikte ergaben sich durch, bzw. aus ...

a) Vorurteilen Einzelner. ☐
b) Fahrlässigkeit Einzelner. ☐
c) persönlichen Antipathien. ☐
d) unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen oder Charaktereigenschaften im Team. ☐
e) unterschiedlichen Meinungen im Team. ☐
f) dem (arbeitsbedingten) Zwang zur Zusammenarbeit. ☐
g) zu großen Arbeitsgruppen. ☐
h) unterschiedlichen Informationsständen. ☐
i) mangelnder oder fehlender Toleranz. ☐
j) Egoismus und Eigeninteresse Einzelner. ☐
k) der starken Betonung von Leistung und Wettbewerb. ☐
l) übertriebenem Bereichsdenken. ☐
m) übertriebener Bürokratie. ☐
n) falsch verstandenen Anweisungen. ☐
o) dem Führungsstil. ☐
p) sich widersprechenden Anweisungen. ☐
q) Arbeitsplatzunsicherheit. ☐
r) der Vielschichtigkeit der Arbeit. ☐
s) schwelenden Konflikten. ☐
t) einzelnen unruhestiftenden Personen. ☐
u) anderem *(Bitte nennen!)*..... ☐

.....

13. Haben Sie es in Ihrem Arbeitsalltag erlebt, daß eine oder mehrere Personen über eine <u>längere Zeit</u> <u>ständig schikaniert/ verletzt oder nicht beachtet</u> wurden? Geben Sie bitte an, wie oft nachfolgend genannte Personen oder Personengruppen betroffen waren.

(Bitte nehmen Sie das letzte Jahr als Maßstab.)

1 = nie
2 = einmal
3 = über Tage
4 = über Wochen
5 = fast immer

Betroffen war(en) ...

a) eine Pflegende/ ein Pflegender. ☐
b) ein Arzt/ eine Ärztin. ☐
c) die Stationsleitung. ☐
d) ein Azubi. ☐
e) ein Zivildienstleistender. ☐
f) eine Person im sozialen Jahr. ☐
g) ein AIP (Arzt/ Ärztin im Praktikum). ☐
h) eine Personengruppe. ☐
i) ich selbst. ☐
j) andere *(Bitte nennen!).* ☐

..... ☐

14. Wie stark würden Sie von den im folgenden genannten Institutionen oder Personen auf Hilfe in einem Arbeitsplatzkonflikt bauen?

1 = sehr stark
2 = stark
3 = teils/teils
4 = kaum
5 = überhaupt nicht

Ich würde auf Hilfe bauen.....

a) von einem Therapeuten. ☐
b) durch eine Supervision. ☐
c) vom Partner. ☐
d) von der Familie. ☐
e) von Freunden. ☐
f) von Kollegen. ☐
g) von Vorgesetzten. ☐
h) von der Gleichstellungsbeauftragten im Haus. ☐
i) vom Personalrat. ☐
j) von der Pflegedienstleitung. ☐
k) von Selbsthilfegruppen. ☐
l) vom Sozialdienst im Haus. ☐
m) von der Gewerkschaft. ☐
n) von anderen *(Bitte nennen!*)..... ☐

.....

15. Welche Stichworte fallen Ihnen zum Thema Mobbing ein?

.....
.....
.....

16. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte des Lebens?

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = teils/teils
4 = kaum wichtig
5 = unwichtig

a) die Familie ☐
b) eigene Kinder ☐
c) der Beruf ☐
d) die Arbeit ☐
e) Freizeit und Erholung ☐
f) Freunde und Bekannte ☐
g) Verwandtschaft ☐
h) Religion und Kirche ☐
i) Politik ☐
j) Teilnahme am öffentlichen Leben ☐
k) gute Nachbarschaft ☐

17. Für wie wichtig halten Sie persönlich die unten genannten Aspekte der beruflichen Arbeit und inwieweit treffen diese auf Ihre momentane Berufstätigkeit zu? Mich interessieren dabei zwei verschiedene Sichten:

A) Wie wichtig sind <u>Ihnen</u> diese Aspekte?
B) Inwieweit treffen diese Aspekte auf Ihre <u>momentane Arbeitssituation</u> zu?

Antworten Sie in <u>Spalte A und B</u> mit:

1 = sehr wichtig	bzw.	trifft vollkommen zu
2 = wichtig	bzw.	trifft überwiegend zu
3 = teils/teils	bzw.	trifft teils/teils zu
4 = kaum wichtig	bzw.	trifft kaum zu
5 = unwichtig	bzw.	trifft überhaupt nicht zu

	A	B
l) sichere Berufsstellung	☐	☐
m) hohes Einkommen	☐	☐
n) gute Aufstiegsmöglichkeiten	☐	☐
o) ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	☐	☐
p) ein Beruf, der einem viel Freizeit läßt	☐	☐
q) Tätigkeit, bei der man selbständig arbeiten kann	☐	☐
r) Aufgaben, mit Verantwortungsbewußtsein	☐	☐
s) viel Kontakt zu anderen Menschen	☐	☐
t) ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	☐	☐
u) ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	☐	☐
v) das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	☐	☐
w) sichere Arbeitsbedingungen	☐	☐
x) gesunde Arbeitsbedingungen	☐	☐

18. Inwieweit treffen die nachfolgend genannten Aussagen auf Ihre <u>Stimmung</u> zu?

1 = trifft vollkommen zu
2 = trifft überwiegend zu
3 = trifft teils/teils zu
4 = trifft kaum zu
5 = trifft überhaupt nicht zu

a) Meine Stimmung pendelt zwischen glücklich und traurig innerhalb einer Woche. ☐
b) Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich. ☐
c) Meine Stimmung ist oft bedrückt. ☐
d) Ich sehe im allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens. ☐
e) Verglichen mit meinen Freunden gehen meine Stimmungen weniger rauf und runter. ☐
f) Manchmal schwankt meine Stimmung sehr stark hin und her. ☐
g) Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde. ☐
h) Meine Stimmungen sind sehr konsistent; sie ändern sich fast nie. ☐
i) Ich halte mich für eine glückliche Person. ☐
j) Verglichen mit meinen Freunden denke ich weniger optimistisch über das Leben. ☐
k) Ich bin eine Person, deren Stimmung sich oft ändert. ☐
l) Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Leute. ☐
m) Ich bin weniger von Stimmungen abhängig, als die meisten Leute, die ich kenne. ☐
n) Meine Freunde scheinen oft zu glauben, daß ich unglücklich bin. ☐

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person. An dieser Stelle möchte ich noch einmal versichern, daß alle Angaben von mir streng vertraulich behandelt und ausschließlich anonym ausgewertet werden.

19. Wie lange arbeiten Sie schon in dem Krankenhaus und seit wann sind Sie auf der jetzigen Station tätig?
(Bitte direkt eintragen!)

Ich arbeite ...
a) in diesem Krankenhaus seit ☐☐ Jahren und ☐☐ Monaten.
b) auf dieser Station seit ☐☐ Jahren und ☐☐ Monaten.

20. Wie groß ist die Station auf der Sie arbeiten?
(Bitte direkt eintragen!)
a) Dort arbeiten ☐☐ Pflegehilfskräfte, ☐☐ Pflegefachkräfte und ☐☐ Ärzte(innen).
b) Dort werden Patienten in ☐☐ Betten betreut.

21. Zu welchem Bereich gehört das überwiegende Aufgabenprofil auf Ihrer Station?
1 = eher zu allgemeinen Pflegediensten
2 = eher zur Intensivpflege
3 = eher zum Funktionsdienst
4 = Anderes *(Bitte nennen!)*.....
☐

22. Was für ein Arbeitsverhältnis haben Sie?
1 = unbefristet
2 = befristet
3 = zur Zeit auf Probe
4 = Anderes *(Bitte nennen!)*.....
☐

5

23. Welches Geschlecht haben Sie?
1 = weiblich
2 = männlich

24. Wie alt sind Sie?
(Bitte direkt eintragen!)

25. Welchen höchsten Abschluß haben Sie?
1 = keinen
2 = Hauptschule
3 = Mittlere Reife
4 = Fachabitur
5 = Abitur
6 = Fachschule
7 = Fachhochschule
8 = Universität
9 = Anderen *(Bitte nennen!)*.....

26. Welchen beruflichen Abschluß in der <u>Pflege</u> haben Sie?
1 = keinen Abschluß
2 = Krankenschwester/Krankenpfleger
3 = Krankenpflegehelfer(in)
4 = Altenpfleger(in)
5 = Altenpflegehelfer(in)
7 = Anderes *(Bitte nennen!)*.....
(Wenn Sie sich in keiner der angegebenen Kategorien wiederfinden, bitte schreiben Sie Ihre genaue Berufsbezeichnung auf!)

27. In welcher familiären Situation leben Sie?
(Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)
ledig.....
verheiratet.....
geschieden.....
verwitwet.....
ohne Partner lebend.....
mit festem Partner lebend.....
noch bei Eltern lebend.....

28. Wie viele Kinder haben Sie?
(Bitte direkt eintragen, z. B. 0 = kein Kind, 1 = ein Kind)

29. Wie viele Kinder leben davon in Ihrem Haushalt?
(Bitte direkt eintragen!)

30. Wie ist Ihre betriebliche Position?
1 = Auszubildende(r)
2 = Aushilfskraft
3 = Arbeitnehmer(in) ohne Personalverantwortung
4 = Arbeitnehmer(in) mit Personalverantwortung
5 = Vorgesetzte(r) auf Stationsebene
6 = Vorgesetzte(r) auf Kliniksebene
7 = Anderes *(Bitte nennen!)*.....

31. Arbeiten Sie in Schichten? *(Gehen Sie bitte von der überwiegenden Situation des letzten Jahres aus.)*
1 = nein
2 = ja, in zwei Schichten
3 = ja, in drei Schichten

32. Ist Ihr Partner berufstätig?
1 = ja, voll berufstätig
2 = ja, teilzeit berufstätig
3 = nein, nicht berufstätig

33. Wieviel Stunden wöchentlich arbeiten Sie laut Arbeitsvertrag? Nehmen Sie bitte das letzte Jahr als Maßstab.
(Bitte direkt eintragen!)

34. Wieviel Überstunden leisten Sie im Durchschnitt in einer Woche? Nehmen Sie bitte das letzte Jahr als Maßstab.
(Bitte direkt eintragen!)

35. In welchem Bundesland arbeiten Sie momentan und wo haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?

A) In welchem Bundesland arbeiten Sie <u>momentan</u>?
B) In welchem Bundesland haben Sie Ihre <u>Ausbildung</u> gemacht?

Antworten Sie in Spalte <u>A und B</u> mit: **A** **B**
1 = Baden-Württemberg
2 = Bayern
3 = Berlin-Ost
4 = Berlin-West
5 = Brandenburg
6 = Bremen
7 = Hamburg
8 = Hessen
9 = Mecklenburg-Vorpommern
10 = Niedersachsen
11 = Nordrhein-Westfalen
12 = Rheinland-Pfalz
13 = Saarland
14 = Sachsen
15 = Sachsen-Anhalt
16 = Schleswig-Holstein
17 = Thüringen

36. Was gefällt Ihnen an der Arbeit auf Ihrer Station?

37. Was ärgert Sie an der Arbeit auf Ihrer Station?

So, das war es. Bitte legen Sie Ihren Fragebogen (ohne das Anschreiben) in den beigelegten Umschlag. Sie brauchen den Umschlag nicht zu frankieren. Schicken Sie den Fragebogen bitte ohne Heftklammern, Büroklammern oder ähnliches innerhalb der nächsten 3 Wochen an das auf dem Rückantwortumschlag angegebene Institut zurück.
Ich bedanke mich hiermit noch einmal ganz herzlich für Ihre Mitarbeit
und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Jeannette Drygalla

EvaSys	Analyse spezifischer Arbeitssituationen als Beitrag zur Verbesserung des Arbeitsklimas	vividforms

Markieren Sie so: ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: ☐ ■ ☐ ☒ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Fragen zur Arbeitsgestaltung

Das Ausfüllen des Fragebogens ist einfach: Bei einigen Fragen können Antworten direkt eingetragen werden. Die meisten Fragen haben jedoch vorgegebene Antwortfelder. Wählen Sie die für Sie zutreffende Antwort aus und kreuzen Sie das entsprechende Antwortkästchen an. Beginnen wir mit der ersten Frage:

Wie würden Sie den Personalführungsstil in Ihrem Arbeitsfeld bezeichnen? Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu? Mich interessieren in diesem Zusammenhang zwei Aspekte.

	trifft vollkommen zu	trifft überwiegend zu	trifft teils/teils zu	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
A) Die Führung Ihrer Station erfolgt...					
- unter Heranziehung vieler Meinungen	☐	☐	☐	☐	☐
- wesentlich von einer Person abhängig	☐	☐	☐	☐	☐
- unkontinuierlich	☐	☐	☐	☐	☐
- streng nach bürokratischen Regeln	☐	☐	☐	☐	☐
B) Die Führung des gesamten Hauses erfolgt...					
- unter Heranziehung vieler Meinungen	☐	☐	☐	☐	☐
- wesentlich von einer Person abhängig	☐	☐	☐	☐	☐
- unkontinuierlich	☐	☐	☐	☐	☐
- streng nach bürokratischen Regeln	☐	☐	☐	☐	☐

Jetzt müsste bei der ersten Frage in jeder Zeile ein Kreuz gesetzt sein, also insgesamt 8 Kreuze.

**Wie erfolgt auf Ihrer Station die Aufgabenformulierung und -gestaltung?
Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

Aufgaben...					
- werden verständlich formuliert	☐	☐	☐	☐	☐
- werden gerecht aufgeteilt	☐	☐	☐	☐	☐
- werden zentral vorgegeben	☐	☐	☐	☐	☐
- sind nicht immer logisch	☐	☐	☐	☐	☐
- stimmen mit Unternehmenszielen überein	☐	☐	☐	☐	☐
- werden gemeinsam im Team festgelegt	☐	☐	☐	☐	☐
- werden von den Ärzten verteilt	☐	☐	☐	☐	☐
- ergeben sich aus medizinischer Dringlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
- berücksichtigen pflegerische Notwendigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐

Wie werden pflegespezifische Entscheidungen in Ihrem Bereich gefällt? Inwieweit trifft das Folgende zu?

Entscheidungen, die die Pflege betreffen ...					
- liegen bei der einzelnen Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
- werden im Team diskutiert	☐	☐	☐	☐	☐
- liegen bei der pflegerischen Stationsleitung	☐	☐	☐	☐	☐
- liegen bei den Ärzten	☐	☐	☐	☐	☐
- ergeben sich aus wirtschaftlichen Überlegungen	☐	☐	☐	☐	☐
- wird durch Pflegestandards ein Rahmen gegeben	☐	☐	☐	☐	☐

MUSTER

Fragen zur Arbeitsgestaltung [Fortsetzung]

Inwieweit ist das Arbeitsklima in Ihrem Bereich durch folgende Sachverhalte gekennzeichnet?

Das Arbeitsklima ist gekennzeichnet durch ...

	trifft vollkommen zu	trifft überwiegend zu	trifft teils/teils zu	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
- die gegenseitige Anerkennung im Team	☐	☐	☐	☐	☐
- die gegenseitige Unterstützung und Hilfe	☐	☐	☐	☐	☐
- die gute Verständigung mit Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
- den kollegialen Umgang mit Konflikten	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Arbeitsbedingungen	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Rückkopplung über Arbeitsleistungen	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Möglichkeiten zur Selbstreflexion	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegenden	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Zusammenarbeit mit Ärzten	☐	☐	☐	☐	☐
- gute Zusammenarbeit mit anderen Stationen	☐	☐	☐	☐	☐
- ein strenges Arbeitstempo	☐	☐	☐	☐	☐
- das Engagement Vorgesetzter für die Mitarbeiter	☐	☐	☐	☐	☐
- straffe hierarchische Strukturen	☐	☐	☐	☐	☐
- gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen	☐	☐	☐	☐	☐
- gerechte Anerkennung der Leistung Einzelner	☐	☐	☐	☐	☐
- leicht eskalierende Konflikte	☐	☐	☐	☐	☐

Wie stark belasten die folgenden Umstände Ihren persönlichen Arbeitsalltag?

	sehr stark	stark	teils/teils	kaum	überhaupt nicht
- zu wenig Zeit für Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
- hohe Verantwortung	☐	☐	☐	☐	☐
- Personalmangel	☐	☐	☐	☐	☐
- seelische Beanspruchung	☐	☐	☐	☐	☐
- unzureichende Informationen	☐	☐	☐	☐	☐
- körperliche Beanspruchung	☐	☐	☐	☐	☐
- unklare Arbeitsabläufe	☐	☐	☐	☐	☐
- ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	☐	☐	☐	☐	☐
- ungerechtfertigte Kritik einzelner Kollegen	☐	☐	☐	☐	☐
- zielgerichtete Abwertung der Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
- Behandlungsmißerfolge	☐	☐	☐	☐	☐
- hohen organisatorischen Aufwand	☐	☐	☐	☐	☐
- das Ignorieren einzelner Personen	☐	☐	☐	☐	☐
- das Verleumden einzelner Personen	☐	☐	☐	☐	☐
- das Verbreiten von Klatsch und Tratsch	☐	☐	☐	☐	☐
- das Vergeben sinnloser Arbeitsaufgaben	☐	☐	☐	☐	☐

MUSTER

Fragen zu Konflikten am Arbeitsplatz

Bitte geben Sie an, was Sie bisher schon über „Mobbing" gehört, bzw. was Sie erlebt oder beobachtet haben.
(Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)

- ☐ Ich kann mit dem Begriff wenig/ gar nichts anfangen.
- ☐ Ich habe Mobbing an meinem Arbeitsplatz schon erlebt, war aber nicht selbst betroffen.
- ☐ Ich bin selbst schon von Mobbing betroffen gewesen.
- ☐ Freunde/ Bekannte haben Mobbing schon erlebt.
- ☐ Ich habe mich selbst schon beim Mobben ertappt.

Welche Stichworte fallen Ihnen zum Thema Mobbing ein? ***(Bitte direkt eintragen!)***

Als nächstes kommt die Hauptfrage des Fragebogens. Auch wenn hier ziemlich viele Möglichkeiten aufgelistet sind, bitte halten Sie durch. Nach dieser Frage geht es dann viel einfacher weiter!

In der folgenden Frage geht es einmal um verschiedene Konflikthandlungen, mit denen Sie im letzten Jahr an Ihrem Arbeitsplatz konfrontiert waren.
Dabei interessieren mich für jede einzelne Handlung zwei Aspekte. Bitte geben Sie jeweils an, ob und wie oft Sie diese Handlungen bei anderen beobachtet haben **und** ob und wie oft Sie selbst davon betroffen gewesen sind. (Bitte Zutreffendes direkt ankreuzen!)

Der Betroffene.....

	nie	einmal	über Tage	über Wochen	fast immer
a) wird von der Zusammenarbeit ausgeschlossen:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
b) darf sich nicht äußern:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
c) wird in seiner Arbeit nicht unterstützt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
d) bekommt keine Arbeitsaufgaben zugewiesen:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
e) bekommt trotz guter Leistung keine Anerkennung:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
f) wird von wichtigen Arbeitsinformationen ausgeschlossen:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
g) wird von geselligen Teilen des Arbeitsalltages ausgegrenzt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
h) wird räumlich isoliert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐

MUSTER

Der Betroffene..... [Fortsetzung]

	nie	einmal	über Tage	über Wochen	fast immer
i) wird durch Lügen in seinem Ansehen geschädigt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
j) wird ständig kritisiert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
k) wird für fremde Fehler verantwortlich gemacht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
l) wird vor seinen Kollegen bloßgestellt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
m) wird am Arbeiten gehindert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
n) wird übergenau kontrolliert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
o) wird unterfordert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
p) wird überfordert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
q) wird in seinen Kompetenzen beschnitten:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
r) wird in beruflichen Entscheidungen in Frage gestellt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
s) wird in seinem beruflichen Können angezweifelt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
t) wird zu gesundheitsschädigenden Arbeiten gezwungen:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
u) wird telefonisch belästigt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
v) wird bedroht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
w) wird körperlich attackiert:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
x) wird durch Gesten oder Worte sexuell belästigt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
z) wird handgreiflich sexuell belästigt:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐

MUSTER

Der Betroffene..... [Fortsetzung]

	nie	einmal	über Tage	über Wochen	fast immer
aa) wird von Kollegen um persönliches Eigentum bestohlen:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
bb) wird Ziel von Anspielungen auf seine körperliche Verfassung:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
cc) wird Ziel von Anspielungen auf seine psychische Verfassung:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
dd) wird wegen seiner Überzeugungen lächerlich gemacht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
ee) wird wegen seinem Äußeren lächerlich gemacht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
ff) wird wegen einer Behinderung lächerlich gemacht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
gg) wird wegen seiner Nationalität/ Hautfarbe lächerlich gemacht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
hh) wird durch Offenlegen vertraulicher Angelegenheiten in Verlegenheit gebracht:					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐
ii) wird "nachgeäfft":					
- Das habe ich beobachtet...	☐	☐	☐	☐	☐
- Davon bin ich selbst betroffen gewesen...	☐	☐	☐	☐	☐

jj) Ich habe Anderes beobachtet *(Bitte nennen!)*

kk) Ich war von Anderem betroffen *(Bitte nennen!)*

MUSTER

EvaSys	Analyse spezifischer Arbeitssituationen als Beitrag zur Verbesserung des Arbeitsklimas	vividforms Powered by Electric Paper

Personenbezogene Daten

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person. An dieser Stelle möchte ich noch einmal versichern, dass alle Angaben von mir streng vertraulich behandelt und ausschließlich anonym ausgewertet werden.

Welches Geschlecht haben Sie? ☐ weiblich ☐ männlich

| <- Wird von der Hochschule eingetragen -> |

Wie alt sind Sie? Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

Welchen beruflichen Abschluß in der Pflege haben Sie?

☐ keinen Abschluß ☐ Krankenschwester/Krankenpfleger ☐ Krankenpflegehelfer(in)
☐ Altenpfleger(in) ☐ Altenpflegehelfer(in)

Anderes *(Bitte nennen!)*

(Wenn Sie sich in keiner der angegebenen Kategorien wiederfinden, bitte schreiben Sie Ihre genaue Berufsbezeichnung auf!)

Wie groß ist die Station auf der Sie arbeiten?

| <- Wird von der Hochschule eingetragen -> |

- Pflegende (Hilfs- u. Fachkräfte). Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

- Anzahl der Ärzte. Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

- Anzahl der Betten. Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

Wieviel Stunden wöchentlich arbeiten Sie laut Arbeitsvertrag?
Nehmen Sie bitte das letzte Jahr als Maßstab.

- Stunden. Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

Wieviel Überstunden leisten Sie im Durchschnitt in einer Woche?
Nehmen Sie bitte das letzte Jahr als Maßstab.

- Überstunden. Bitte hier eintragen _____

10er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1er ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
x0 x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9

So, das war es. Bitte legen Sie Ihren Fragebogen (ohne das Anschreiben) in den beigelegten Umschlag. Sie brauchen den Umschlag nicht zu frankieren. Schicken Sie den Fragebogen bitte ohne Heftklammern, Büroklammern oder ähnliches innerhalb der nächsten 3 Wochen an die auf dem Rückantwortumschlag angegebene Adresse zurück.

Ich bedanke mich hiermit noch einmal ganz herzlich für Ihre Mitarbeit und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Jeannette Drygalla

MUSTER

Interviewleitfaden

Leitfaden für Interviews mit PflegedirektorInnen

Vorstellung/ Fokussierung:
Dank für Unterstützung bei schriftlicher Befragung,
Zusendung vorliegender Ergebnisse,
Verweis auf Dissertationsthema à Interesse an Konfliktumgang.

Eingangsstimulus:
Bitte erzählen Sie mir etwas über Ihre Arbeit als Pflegedirektorin hier in diesem Haus.

Nachfragen:

- Situation der **Universitätsklinika** ganz allgemein

- **Besonderheiten** des eigenen Uniklinikums.

- **Organisationsstruktur**
  - Material/ Organigramm
  - Zusammenarbeit auf der obersten Managementebene Klinikum
  - Integration in Universität
  - Trägerschaft/ Rechtsform

- **Pflegeleitbild**
  - pflegetheoretische Grundlagen
  - Gibt es ein Unternehmensleitbild?

- **Führungsphilosophie/ Führungsstile**
  - gesamtes Haus
  - Pflegedirektion
  - auf den Stationen

- **Abgleich Statistik** (Stichprobe und Pflegende insgesamt)
  - Rückantwortbogen soziodemografische und Organisationsangaben

Rückantwortbogen zum Abgleich Stichprobe/Grundgesamtheit

Rückantwort

Institut für Pädagogik

Dipl. Kauffr. Jeannette Drygalla
Martin-Luther-Universität
06099 Halle (Saale)

Absender: .....

	Anzahl/ Anteile lt. FB	Stand im Universitäts-klinikum
Betten insgesamt	_____	
Pflegende insgesamt	_____	
Geschlecht		
weiblich		
männlich		
Familienstand		
ledig		
verheiratet		
verwitwet		
geschieden		
Alterszusammensetzung		
bis 27		
28 bis 34		
35 bis 40		
41 und älter		
Mittelwert		
Pflegerischer Abschluss		
PflegerIn[1]		
PflegehelferIn		
anderer Abschluss		
ohne Abschluss		
Aufgabenprofil		
allgemeine Pflegedienste		
Intensivpflege		
Funktionsdienst		
anderes		

[1] Incl. Fach- und OP-Pflege, auch Kinderkrankenschwester, -krankenpfleger und Altenpflege.

Der Beginn aller Wissenschaften ist das Erstaunen,
dass die Dinge sind, wie sie sind.

Aristoteles

Danksagung

Die Arbeit an meiner Dissertation währte gut sieben Jahre; zwischenzeitlich gab es eine dreijährige Pause. Eine Dekade, in der ich Sorge zu tragen hatte, mich nicht inhaltlich in der Menge der Daten zu verirren und mich immer wieder biografischen Brüchen stellen musste. Ohne die Unterstützung von BeraterInnen, KollegInnen, MitstreiterInnen, Familie und Freunden wäre das nicht zu schaffen gewesen.

Ich danke:

Meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Ursula Rabe-Kleberg die mich kritisierte, anspornte, inspirierte und vor allem an mich glaubte. Allen ProfessorInnen, MitkollegiatInnen und PostdoctorandInnen des Graduiertenkollegs, die mit mir gemeinsam ein Stück Wegstrecke beschritten haben und mit ihrem Mitdenken und Diskutieren in der Arbeit verankert sind.

Den PflegedirektorInnen der in die empirische Untersuchung einbezogenen Häuser und allen Pflegenden, die durch ihre Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen diese Arbeit erst ermöglicht haben.

Einer ganzen Schar von KorrekturleserInnen: Dr. Marlis Anders-Sailer, Katja Beschow, Konny Dietrich, Anke Hildebrandt-Mirtschink, Prof. Dr. Maria Nühlen, Rebecca Plassa, Oliver Rintz, Heike Schaarschmidt, Almuth Schmidt, Kati Schulze und Birgit Venus. Für das Gegenlesen des Kapitels zum Gesundheitswesen Dr. Christian und Renate Grüneberg, Dr. Jochen Lahl, PD Dr. Konrad Mahlfeld sowie Gerti Panzner.

PD Dr. Gustav Bathke und Dr. Michael Chrapa für die zeitintensive Beratung zur statistischen Auswertung. Den Mitgliedern von FOKUS (Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien Halle e.V.), die mich schon während meines Studiums an praktische sozial-empirische Forschungsarbeit herangeführt und mich bei der Durchführung der Haupterhebung unterstützt haben. Dr. Christine Steiner, die mir bei viel Rotwein Klarheit über unabhängige und abhängige Variablen verschaffte. Thomas Trebstein, der mit seinem ‚denoiser' einen meiner Interviewmitschnitte gerettet hat. Julia Chrapa, die die Fragebögen der ersten Erhebungsetappe eingeben hat sowie Veit Larmann und Silke Schröder, die mich bei der Einarbeitung der Fragebögen der zweiten Erhebungsetappe über EvaSys unterstützt haben. Henning Schaarschmidt und Ulli Schmidt für die mühevolle Arbeit beim Formatieren und Layout.

Der Beginn aller Wissenschaften ist das Erstaunen,
dass die Dinge sind, wie sie sind.

Aristoteles

Peter Dolacinski, der mir den Platz gab, in Ruhe und Abgeschiedenheit, in Einsamkeit und Freiheit zu schreiben; und mich gelegentlich davon zu erholen. Allen, deren Freundschaft über die Phase der Abgeschiedenheit hinweg Bestand hatte. Meiner Familie und ganz besonders meinen Kindern Ella und Victor, durch die ich lernen durfte gelassen zu sein und Prioritäten zu setzen.

Und auch wichtig: Den Institutionen, die in meiner Arbeit ein förderwürdiges Anliegen gesehen haben. Der Rosa-Luxemburg-Stiftung, durch die ich über ein Stipendium finanziell in die Lage versetzt wurde, diese Arbeit zu beginnen und dem Land Sachsen-Anhalt, das mich über das Förderprogramm „Professorin werden“ darin unterstützt hat, sie abzuschließen.

Mein ganz besonderer Dank geht an Dr. Michael Chrapa, der als Mentor meine berufliche Entwicklung maßgeblich beeinflusst und meine Forschungsleidenschaft geweckt hat. Leider durfte er die Fertigstellung der Dissertation nicht mehr erleben. Ihm widme ich diese Arbeit.

Jeannette Drygalla

im März 2010

Jeannette Drygalla
Klausbergstr.1
06114 Halle a. d. Saale

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und dass ich die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

Jeannette Drygalla

Halle a. d. Saale, 02.03.2010