



Titel **Gesundheit von Krankenhauspersonal**

Kaum Spielräume für Verbesserungen

Die immer wieder kritisierte Struktur der Krankenhausversorgung in Deutschland ist in der Coronapandemie zum Garanten eines bislang moderaten Pandemieausgangs geworden. Umso wichtiger ist es, die seelische Gesundheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den Fokus zu nehmen.

Harald Gündel, Marieke Born, Antonia Drews, Nadine Mulfinger, Florian Junne, Andreas Müller, Peter Angerer, Jochen Schweitzer

Die seelische Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus wird in einem bundesweit einmaligen Verbundforschungsprojekt (Akronym SEEGEN) seit 2017 untersucht (1). Die Autoren haben in diesem Projekt in Gesprächen mit Geschäftsführungen und Gesundheitsökonomen alarmierende Erfahrungen gemacht: Die Spielregeln aktueller Krankenhausfinanzierung begrenzen sehr die Spielräume für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsförderung von Mitarbeitenden.

Gleichzeitig hat sich die gesundheitspolitische Diskussion seit Beginn der COVID-Epidemie erheblich geändert. Die immer wieder kritisierte Struktur der Krankenhausversorgung in Deutschland wurde zum Garanten eines bislang

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm: Prof. Dr. Gündel, Dr. Nadine Mulfinger
Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg: Born, Drews, Prof. Dr. Schweitzer
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen: PD Dr. Junne
Institut für Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Fakultät für Bildungswissenschaften, Universität Duisburg-Essen: Prof. Dr. Müller
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Prof. Dr. Angerer

moderaten Pandemieausgangs. Daher ist es umso wichtiger, über Änderungsmöglichkeiten zu reflektieren. In Textkästen werden Äußerungen von Krankenhauspersonal genannt, die im Rahmen qualitativer Begleituntersuchungen erhoben wurden.

Belastung geht über die Grenze des Tragbaren hinaus

Die These ist, dass die jetzige Form der Krankenhausfinanzierung beziehungsweise -planung Krankenhausleitungen, Führungskräfte und Mitarbeitende immer wieder über die Grenze des Tragbaren hinaus belastet. In den aktuellen organisatorischen Rahmenbedingungen verankerte Spannungen und Paradoxien drücken sich zwangsläufig in Rollenkonflikten und widersprüchlichen Zielen auf der Ebene von

Führungskräften und Mitarbeitenden aus (2, 3). Es entsteht eine Schere zwischen den Zielen „Leistungs-/Ergebniserwartungen“ und „individueller Gesundheit“ („performance-health paradox“) (2). Sie gefährdet die seelische Gesundheit der Beschäftigten. So steigen Fehltag und die Belastung verbleibender Mitarbeitender. Dies befördert deren Abwanderungstendenzen aus dem Krankenhaus und dem Gesundheitswesen. Die resultierende Abwärtsspirale senkt wiederum die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus sowie die der Gesundheitsberufe allgemein. Darunter leidet die Versorgungsqualität der Patienten.

Es steht zu erwarten, dass weder verhaltenspräventive (zum Beispiel einzelne Seminare) noch verhältnispräventive Maßnahmen

Foto: vmi/Stock

(zum Beispiel runde Tische unter Beteiligung der Führungsebene) – so sinnvoll sie auch sind – nach den internationalen Regeln der Kunst und unter den optimalen Bedingungen einer großen Studie wesentliche Verbesserungen erzielen können. Die Ursachen für Gesundheitsgefährdungen sind unserer Ansicht nach gerade in den strukturellen Auswirkungen der gesundheitspolitischen Entscheidungen der letzten Jahrzehnte zu finden. Gesundheitsförderung muss daher auch auf dieser politischen Ebene ansetzen. Es braucht gesundheitspolitische Entscheidungen, unter welchen Rahmenbedingungen (zum Beispiel angemessene DRGs, Übernahme von Investitionen, Einberechnung von Tarifsteigerungen in Landesbasisfallwerte et cetera) Deutschland wie viele und welche Krankenhäuser haben will und wie deren Finanzierung über die jeweils nächste Jahresbilanzierung hinaus verlässlich gesichert werden kann.

Beschäftigte sollen persönlich Abstriche machen

Die Erfahrung ist: Der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser prägt den Krankenhausalltag. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigten und belastet ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit. So kämpfen Krankenhäuser Jahr für Jahr um die Einhaltung ihres Budgets. Manche Beschäftigten werden bei Bekanntgabe der Jahresbilanz dazu ermutigt, weiter für eine schwarze Null persönliche Abstriche zu machen, um das Krankenhaus (mehr oder weniger akut) vor der Schließung zu bewahren. Das Ergebnis ihrer Anstrengungen im Folgejahr ist aber meist, dass sich zwar die „Leistungen“ steigerten, die Erlöse jedoch nicht. Diese permanente Anstrengung im Mangel führt zu erheblicher Erschöpfung und Frustration.

Die wirtschaftliche Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern erhöht den Druck für das Personal, um Patientinnen und Patienten zu werben.

Über Jahre hat weniger oder gleichbleibendes Personal eine jähr-

lich höhere Leistung erbracht, bis diese schon gewohnte Spirale in vielen Krankenhäusern das Ende des Möglichen erreichte. Die Personaldecke ist an vielen Stellen zu kurz, notwendige Personalreserven sind nicht vorhanden, Krankheitsausfälle können nicht kompensiert werden und erzeugen neue Krankheitsfälle. Gleichzeitig stieg der Dokumentationsaufwand kontinuierlich, die digitale Unterstützung hielt nicht Schritt und erhöht zum Teil den Aufwand für Mitarbeitende. Dieser zunehmende Druck führt zu persönlichem Rückzug, wachsender Unzufriedenheit und teilweise auch zu Entsolidarisierungen innerhalb der Belegschaft, eventuell besonders an interdisziplinären Schnittstellen. Vermehrte Krankheitszeiten, Abwanderungen in andere Branchen beziehungsweise Arbeitsbereiche, ein negatives Image ganzer Berufssparten und damit auch weniger Neubewerbungen sind die Folge. In vielen Kliniken können freie Stellen schon jetzt nicht mehr besetzt werden – der gesamte Arbeitsplatz

Was Mitarbeiter sagen

„Jedes Jahr operieren wir mehr. Und dann heißt es in der Betriebsversammlung: ‚Wir haben ein paar Millionen Miese gemacht.‘ Ja, für was haben wir denn dann geschafft? Das ist eine Katastrophe. Du schaffst immer mehr und kriegst wieder gesagt: ‚Kein Geld da für nichts, wieder Millionen Miese.‘“

Pflegekraft

„Wir kriegen dann nur mit, dass wir die Liegezeiten verkürzen müssen, [...] genau gucken [müssen], dass die richtigen DRGs abgerechnet werden. Das ist das große Dilemma der Ärztinnen und Ärzte, die ja sicher auch gute Medizin machen wollen. Die aber gleichzeitig wissen, es gibt halt nicht unendlich Geld im Gesundheitssystem. Das ist ja auch, wenn man sich das mal selber überlegt, ein Problem, ja? Das ist nicht nur krankenhaushausgemacht, wir haben nicht unendlich Ressourcen.“

Pflegekraft

„Du konntest eigentlich nur reingehen, kurz behandeln und dann musstest du schon weiter, weil Zugänge, Abgänge, andere Tätigkeiten, Dokumentationen, die ja gemacht werden müssen, weil das Haus sonst nicht das Geld bekommt von den Kassen.“

Pflegekraft

Krankenhaus leidet an geringer werdenden Attraktivität.

Um wirtschaftliche Defizite auszugleichen, sehen sich Krankenhausmanager verpflichtet zu sparen, wo es möglich ist und zum Teil über die Schmerzgrenze der Beschäftigten hinaus“. Klinikverwaltungen engagieren nicht selten externe Unternehmensberatungen, um diesen Schwierigkeiten zu begegnen. Aber egal „wo gezogen wird“, die (Personal-)Decke bleibt meist zu kurz. Eher selten können demgegenüber die Betroffenen selbst standortspezifische Lösungsansätze entwickeln oder aushandeln. Oft sind die (über-)regionalen gesundheitspolitischen Systemgestalter richtungweisend.

Politische Entscheidungen erhöhen Arbeitsbelastung

Es sind auf der Makroebene in der Gesundheitspolitik sich widersprechende Handlungsmotive unterschiedlicher politischer Akteure zu beobachten. Einerseits werden umfangreiche Fördersummen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zur Verfügung gestellt, die beispielsweise Forschungspraxisprojekte zur Verringerung psychischer Belastung am Arbeitsplatz Krankenhaus fördern. Andererseits haben die politischen Entscheidungsträger über viele Jahre Reformen durchgeführt, die das Gesundheitssystem wesentlich prägen und direkt oder indirekt jene Arbeitsbelastungen gesteigert haben.

Ähnlich vielfältig wie die Ursachen vieler chronischer Erkrankungen lässt sich der Notstand in den Krankenhäusern multifaktoriell erklären. Zentral erscheint uns jedoch, dass sich die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen seit Jahren nicht auf eine gemeinsame Strategie einigen können. Das Problembewusstsein für die Belastungslage ist da – es fehlt eine Einigung auf einen gemeinsamen Plan, und dessen anschließende Umsetzung.

Welche Gestaltungsspielräume haben Beschäftigte in einzelnen Krankenhäusern angesichts dieser enormen, strukturell bedingten Probleme überhaupt noch? Eine zentrale Erfahrung im Rahmen unseres

Projektes ist: Das Krankenhauspersonal berichtet immer wieder, trotz großen Bedarfs an Angeboten keine Zeit für diese zu haben; Vorgesetzte berichteten, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hierfür nicht freistellen zu können.

Regelmäßiger Austausch fördert Prävention

Gleichzeitig belegen die Empirie im SEESEN-Projekt und die klinische Erfahrung: Genau wie ein einzelner Mensch benötigt auch ein komplexer Organismus Krankenhaus „Inseln“ zur Regeneration, eine regelmäßige Standortbewertung und gegebenenfalls eine aktive Reaktion auf Störsignale. Die Forschung zeigt beispielsweise: Arbeitsbedingungen und Gesundheit der Beschäftigten in Krankenhäusern lassen sich effektiv durch verhältnispräventive Gesundheitszirkel verbessern – im Sinne solcher Inseln –, die über Hierarchiestufen und Berufsgruppen hinweg Austausch sowie Beteiligung ermöglichen beziehungsweise unterstützen (4). Dabei kann unter anderem durch mehr Entscheidungsspielräume für einzelne Abteilungen, verbesserte Kommunikation sowie die Beseitigung von Behinderungen und Unterbrechungen in Ar-

beitsabläufen zumindest in Teilen Entlastung geschaffen werden.

Gerade in komplex aufgebauten Organisationen wie Krankenhäusern stehen Führungskräfte in besonderer Verantwortung. So können sie dazu beitragen, ein für alle spürbares Ernstnehmen und ein An- und Aussprechen der belastenden Themen untereinander („connecting“) unter Einbezug auch der obersten Führungsebene zu ermöglichen. So kann den negativen Folgen der strukturell bedingten Arbeitsbelastung zumindest teilweise entgegengewirkt werden. Austausch, Kommunikation, gegenseitige Solidarität und das Gefühl der Mitarbeitenden, „gesehen zu werden“, verbinden. Schweigen und individuelle Entsolidarisierung isolieren und behindern die Pflege eines unterstützenden und entlastenden sozialen Netzwerkes. Von allen Beschäftigten wird eine solche „Kraft der Gruppe“ als sehr hilfreich erlebt. Zudem erhöht sie deren Attraktivität und wirkt mittelbar dem oft zentralen Thema Personalmangel entgegen (5). Führung entsteht aber immer auch zwischen Führungskräften und Mitarbeitern, die ein gemeinsames Ziel benötigen. Ohne Mitarbeiter mit Bereitschaft zum ehrlichen und konstruktiven

Dialog gelingt es nicht. Die Aufgabe besonders der obersten Führungskräfte ist es dabei, einen solchen Dialog überhaupt zu ermöglichen und unvermeidliche Spannungen und Konflikte auf Ebene der Mitarbeitenden wahrzunehmen und zu besprechen. So verstandene „gute Führung“ sollte durch entsprechende organisationale Normen im Sinne einer offenen und angstfreien Kommunikation sowie durch partizipative Strukturen gefördert und gestärkt werden.

Tragbare Kompromisse zu finden erfordert die Bereitschaft, auch Sichtweisen der Gegenüber nachzuvollziehen. So stehen beispielsweise vermutlich viele Führungskräfte im Gesundheitswesen selbst im Zielkonflikt zwischen wirtschaftlichen Vorgaben und der Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeitenden. Die Gesundheitspolitik und die Organisation im Sinne der organisationalen Normen sollten Klinikleitungen daher durch ein klares Signal, dass im Zweifel die Gesundheit der Mitarbeitenden Vorrang vor „schwarzen Zahlen“ hat, unterstützen. Eine solche mitarbeiterorientierte Grundhaltung kann Führungskräften als Orientierung dienen, den oben angesprochenen Zielkonflikt mindern und langfristig die Attrakti-

Das Projekt Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus

Das Projekt SEESEN (Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus) ist ein Verbundprojekt, das über die Projektlaufzeit von vier Jahren vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird und die (psychische) Gesundheit von Krankenhausbeschäftigten präventiv und evidenzbasiert stärken möchte.

SEESEN unterteilt sich in zwei je zweijährige Phasen: In Phase 1 (Projektstart: 09/2017) wurden an verschiedenen Standorten jeweils einzelne, themenspezifische verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen entwickelt und erprobt, die auf das Arbeitsumfeld Krankenhaus zugeschnitten sind (insgesamt fünf Interventionen zu Führungskräfteentwicklung und Lebensphasenorientierung).

In Phase 2 (seit 09/19) werden die Maßnahmen aus Phase 1 als komplexe Interventi-

on im Rahmen einer clusterrandomisierten Interventionstudie zusammengeführt. Zum Projektabschluss ist eine Weitergabe der gesammelten Erfahrungen an sowie eine Diskussion mit Gesamtsystemgestaltern geplant.

Im Rahmen der 1. Projektphase, in der sowohl quantitative als auch qualitative Untersuchungsansätze zum Einsatz kamen, nahmen 916 Probanden an insgesamt fünf Studienstandorten teil (ein Klinikum in privater Trägerschaft, zwei öffentlich-rechtliche Kliniken, zwei Universitätskliniken). Die Erfahrungen, die im Rahmen der vorliegenden Veröffentlichung thematisiert werden, wurden unter anderem anhand von Fokusgruppengesprächen und Workshops mit Beschäftigten an Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Maximalversorgung mit insgesamt circa 8 000 Planbetten gesammelt (je Einrichtung zwischen 400 und 1 900 Planbetten). Die Teilnehmerinnen

und Teilnehmer waren obere und mittlere Führungskräfte (unter anderem Oberärztinnen und Oberärzte, Stationsleitungen und Bereichsleitungen) sowie Beschäftigte verschiedener Berufsgruppen ohne Führungsverantwortung. Die 2. Projektphase wird aktuell an drei Klinikstandorten durchgeführt (einem öffentlich-rechtlichen Klinikverbund, einem Klinikum in privater Trägerschaft und an einer Universitätsklinik).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Projektphase setzen sich unter anderem aus Beschäftigten ohne Führungsverantwortung, oberen und mittleren Führungskräften sowie Verwaltungspersonal zusammen. Gegenwärtig wird diese 2. Projektphase noch evaluiert, daher können Ergebnisse daraus an dieser Stelle noch nicht präsentiert werden.

Informationen zum Projekt:
<http://daebl.de/WM64>

vität des Arbeitsplatzes Krankenhaus wieder steigern. Voraussetzung hierfür ist ein weitgehend offener Dialog, der das zielgerichtete und koordinierte Handeln aller Mitarbeitenden des Krankenhauses erst möglich macht. Ebenso scheint eine Überprüfung der Erwartungshaltung aller Beteiligten notwendig: Viele Dilemmata sind strukturell und nicht durch das Handeln einzelner Personen bedingt. Hier scheint weniger die Lösung des Problems ein sinnvoller Fokus, sondern der konstruktive Umgang mit seiner Unlösbarkeit (6).

Prävention setzt oft zu sehr auf den Einzelnen

Diese beschriebenen Präventionsansätze setzen sowohl am Verhalten des Einzelnen als auch an den unmittelbaren Verhältnissen im Krankenhaus an. Sie sind wichtige Bausteine der Gesundheitsförderung und müssen gut ineinandergreifen.

Schon seit vielen Jahren wird jedoch kritisiert, dass Prävention im Gesundheitssystem zu sehr auf individuellem Level ansetzt (7). Verantwortungslasten würden von staatlichen und privatwirtschaftlichen Akteuren verstärkt in die Zuständigkeit von Einzelpersonen – also des Personals in den Krankenhäusern vor Ort – verschoben (8). Die Annahme dahinter ist: Wenn sich der Einzelne resilienter gegenüber Belastungssituationen zu verhalten lernt, reduziert sich die Belastung beim Personal und ermöglicht, die Leistungsanforderungen weiter zu steigern.

Dragano (9) weist hier zurecht darauf hin: „Solange starke Einflüsse auf der Makroebene für ein strukturell hohes Niveau an Belastungen sorgen, wird jedenfalls alleine mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung in einzelnen Krankenhäusern nur begrenzt Wirkung zu erzielen sein.“

Folglich braucht es neben Vor-Ort-Interventionen auch auf Makroebene Verhältnisprävention, die gesellschaftspolitische Richtungsentscheidungen anregt.

Aus unserer Perspektive braucht es eine politische Entscheidung, wie die Diskrepanz zwischen hohen

Was Mitarbeiter sagen

„Ich habe die Anfänge der DRG kennengelernt. [...] Das ist das schlimmste Dilemma, was Ärztinnen und Ärzte auszuhalten haben, wenn sie tatsächlich ihre Versorgung am Patienten ernst nehmen. Und ich habe nicht wenige erlebt, die sich aus dem ärztlichen Beruf verabschiedet haben oder dieses Dilemma in der Art für sich entschieden haben, dass sie zum Beispiel sagen: ‚Ich favorisiere einen Aspekt: das Ökonomische und schraube das Medizinische, Fürsorgende zurück.‘“

Oberarzt

„In der Konkurrenzsituation, in der wir uns bei Patienten befinden, sind Oberärzt/-innen auch gefragt in der Patientenakquise“. [...]

Ärztlicher Direktor

„Ich habe richtig kranke Kollegen, die wahrscheinlich nicht mehr kommen. Ich habe eine Kündigung gekriegt, die mich sehr getroffen hat, aber die ich absolut nachvollziehen kann. Ich habe der Kollegin gesagt: ‚Ich verstehe dich wirklich. Du bist noch jung genug, du kannst dir noch woanders ein Standbein aufbauen.‘“

Stationsleitung

Arbeitsanforderungen und vorhandener sowie auf Dauer bezahlbarer Arbeitsleistung aufzuheben ist. Unter welchen Annahmen diese Entscheidung getroffen werden muss, kann unterschiedlich beantwortet werden.

Eine unter Mitarbeitenden diskutierte Sichtweise ist, dass bei einem Teil der Krankenhäuser eine Unterfinanzierung billigend in Kauf genommen wird, um eine zunehmenden

de Zahl von Krankenhäusern schrittweise in Insolvenzen zu führen und auf diese Weise ihre Zahl zu reduzieren (10).

Jede gewählte Option hat ihren Preis

Noch vor COVID-19 sprach sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) dafür aus, dass die Kommunen mutig sein sollten, die Krankenhauslandschaft zu reformieren (11), womit bisher eine starke Reduzierung der Krankenhäuser in Deutschland gemeint war. Ein unserer Ansicht nach wichtiger Belastungsfaktor resultiert aus der Vermeidung einer expliziten Handlungsentscheidung auf politischer Ebene zwischen den Optionen „neu strukturierte beziehungsweise in den Rahmenbedingungen bekömmlichere Krankenhausplanung vorlegen“ versus „nichts Wesentliches verändern, stillhalten, keine negative Presse“. Wie bei jedem Dilemma, wird jede der gewählten Optionen mit erheblichen Preisen einhergehen. Hat man sich, ob stillschweigend oder explizit, jedoch schon für eine schrittweise Veränderung der bestehenden Klinikstrukturen entschieden, braucht es hier einen transparenten und verantwortbaren Plan. Der Preis für die Vermeidung einer Entscheidung über einen „großen Krankenhaus-Planungsentwurf“ bei den Gesamtsystemgestaltern wird zurzeit von dem Beschäftigten im Gesundheitssystem getragen: Der einzelne Pfleger und die einzelne Ärztin leiden seelisch und körperlich unter Arbeitsbedingungen, die durch ausbleibenden Konsens über die künftige Versorgungsplanung im Krankenhausbereich entstehen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztl 2020; 117 (47): A 2281–6

Anschrift für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Harald Gündel
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23
89070 Ulm

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4720
oder über QR-Code.



aerzteblatt.de



Der Schwerpunkt des 122. Deutschen Ärztetages in Münster war das Thema „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“.

► <http://daebl.de/SG51>

Zusatzmaterial Heft 47/2020, zu:

Gesundheit von Krankenhauspersonal

Kaum Spielräume für Verbesserungen

Die immer wieder kritisierte Struktur der Krankenhausversorgung in Deutschland ist in der Coronapandemie zum Garanten eines bislang moderaten Pandemieausgangs geworden. Umso wichtiger ist es, die seelische Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Fokus zu nehmen.

Harald Gündel, Marieke Born, Antonia Drews, Nadine Mulfinger, Florian Junne,
Andreas Müller, Peter Angerer, Jochen Schweitzer

Literatur

1. Bittlingmayer U, Sahrai D, Schnabel PE: Präventionspolitik: Ein aktueller Rückblick auf eine frühe Diagnose – Hagen Kühn im Gespräch mit Uwe H. Bittlingmayer, Diana Sahrai und Peter-Ernst Schnabel. In: Bittlingmayer U, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009; 405–35.
2. Glaser J, Hornung S, Höge T: Organizational tensions, paradoxes, and contradictory demands in flexible work systems. *Journal of Psychology of Everyday Activity*, Vol. 12/No. 2, ISSN 1998–9970.
3. Hacker W: Action Regulation Theory: A practical tool for the design of modern work processes. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2003; 12: 105–30.
4. Bourbonnais R, Brisson C, Vezina M: Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine* 2011; 68, 479–86.
5. Schulz H, Zacher H, Lipcke S: The Importance of Team Health Climate for Health-Related Outcomes of White-Collar Workers. *Front Psychol*. 2017; 8: 74. Published online 2017 Jan 30. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00074.
6. Zwack J, Bossmann U: Wege aus beruflichen Zwickmühlen – Navigieren im Dilemma. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 2017.
7. Kupper S, Paulus H, Gottschaldt E, Mundle G: Psychische Gesundheit in Gesundheitsberufen. In: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) Berlin 2008; 31–6.
8. Schmidt, B: Eigenverantwortung haben immer die anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber 2008.
9. Dragano N: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Stress im Krankenhaussektor: Welchen Einfluss hat die politisch-ökonomische Ebene? In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S, Nowak D (Hrsg.): Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2019; 446–54.
10. Schweitzer J, Born M, Drews A, Zwack J, Bossmann U: Dilemmaerleben und Dilemmakompetenz mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S, Nowak D (Hrsg.): Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2019; 290–300.
11. Süddeutsche Zeitung (20.02.2020), [https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/gesundheits-hamburg-spahn-mehr-mut-bei-debatte-um-krankenhaus-schliessungen-dpa.um-newsml-dpa-com-20090101-200220-99-997713](https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-hamburg-spahn-mehr-mut-bei-debatte-um-krankenhaus-schliessungen-dpa.um-newsml-dpa-com-20090101-200220-99-997713) (last accessed 18 May 2020).
12. DKI: Krankenhaus Barometer. Düsseldorf (www.dki.de) 2019.
13. Höhmann U, Lautenschläger M, Schwarz L: Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Stuttgart: Schattauer 2016; 73–89.
14. Mulfinger N, Sander A, Stuber F, et al.: Contributors of the SEEGEN consortium, Müller A, Schweitzer-Rothers J, Angerer P, Gündel H: Cluster-randomised trial evaluating a complex intervention to improve mental health and well-being of employees working in hospital – a protocol for the SEEGEN trial. *BMC Public Health*. 2019 Dec 17; 19 (1): 1694. doi: 10.1186/s12889-019-7909-4.
15. Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B: Präventionspolitik – Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma 1994.