

Susanne Roscher

**Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in
Krankenhäusern**

- eine Evaluationsstudie -

Dissertationsschrift

eingereicht am
Fachbereich Psychologie der
Universität Hamburg
im August 2008 von
Susanne Roscher
Mühlenkamp 9
22303 Hamburg

Prüfungsausschuss

Prof. Dr. Eva Bamberg
Prof. Dr. Matthias Burisch
Dr. Rainer Oesterreich
Prof. Dr. Heinrich Berbalk
Dr. Alexander Redlich

Datum der Disputation: 22.10.2008

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei einigen Personen bedanken, die mich auf dem Weg der Fertigstellung dieser Arbeit begleitet und maßgeblich unterstützt haben und ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre:

Ich danke Frau Prof. Dr. Eva Bamberg für die Betreuung dieser Dissertation. Ihre inhaltlichen Anregungen und geäußerten Kritikpunkte waren sehr fruchtbar und sowohl ich persönlich wie auch diese Arbeit haben fachlich, inhaltlich und methodisch sehr davon profitiert. Darüber hinaus möchte ich Ihnen aber auch für die persönliche und moralische Unterstützung danken sowie die Freiheiten, die Sie mir gelassen hat. Ich schätze mich sehr glücklich, von Ihnen betreut worden zu sein und habe Hochachtung vor den von Ihnen vertretenen Werten mit denen Sie Forschung betreibt und Ihre Mitarbeiter behandelt. Ich habe viel von Ihnen gelernt.

Ebenso danke ich allen weiteren Prüfern, die diese Arbeit betreut haben und bewerten: Prof. Dr. Matthias Burisch, Dr. Rainer Oesterreich, Prof. Dr. Heinrich Berbalk und Dr. Alexander Redlich.

Mein weiterer aufrichtiger Dank gilt Dr. Martin Resch, der die Mobbing-Präventionsmaßnahme, die in dieser Arbeit evaluiert wurde, als Trainer und externer Berater durchgeführt hat. Ich habe sehr von seinem Erfahrungsreichtum das Thema Mobbing betreffend profitiert. Er hat mich nicht nur an seinem Wissen teilhaben lassen und mit Literatur zum Thema versorgt, sondern auch praktisch bei der Durchführung der Evaluation vor Ort in den Krankenhäusern unterstützt. Auch für seine moralische Unterstützung und die vielen tollen Gespräche danke ich ihm sehr.

Ich danke weiter der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), in dessen Auftrag die Evaluation der Mobbing-Präventionsmaßnahme von mir durchgeführt wurde. Die Zusammenarbeit habe ich stets als sehr gut und partnerschaftlich erlebt.

Ein weiterer Dank geht an meine Arbeitskolleginnen Julia Grunt und Annetrin Hoppe, die mich im Arbeitsalltag unterstützt haben und immer ein offenes Ohr hatten. Ob es nun um inhaltliche Fragen, methodische Probleme, Literaturbeschaffung oder nur eine kleine Schaffenskrise ging, ich konnte immer zu ihnen kommen. Ich danke Ihnen für Ihre Freundschaft. Sie haben mir beide sehr geholfen.

Weiter danke ich auch allen übrigen Kollegen am meinem Arbeitsbereich für Anregungen, Gespräche und inhaltliche Diskussionen, die mir ebenfalls sehr geholfen haben.

Last but not least möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken. Sie haben mich vor allem während der Schreibphasen maßgeblich unterstützt: Korrektur gelesen, Korrekturen eingepflegt, mit Essen versorgt und die vielen weiteren „Kleinigkeiten“, die ich hier nicht alle aufzählen kann, die alles andere als selbstverständlich sind, mir aber so sehr geholfen haben.

Einführende Zusammenfassung

Das Phänomen Mobbing am Arbeitsplatz ist ein Thema von großer Bedeutung. Es zeigen sich eine Vielzahl von negativen Folgen sowohl für das individuelle Mobbingopfer, wie auch für die Organisationen und die Gesellschaft.

Forschungsergebnisse zeigen, dass Mobbing im Gesundheitswesen häufiger anzutreffen ist als in anderen Branchen. Deshalb wurde von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein ein Pilotprojekt in drei Krankenhäusern aufgelegt, um Möglichkeiten zur Prävention von Mobbing zu erproben. Das Präventionsprogramm gegen Mobbing umfasste folgende Maßnahmen: Unterstützung einer Projektgruppe, Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Mobbing, Abschluss einer Betriebsvereinbarung, Schulungen der Führungskräfte in Konfliktmanagement und Mobbingprävention, Aufbau von internen Konfliktberatungsstellen bzw. Schulung von Konfliktlotsen als Ansprechpartner bei Arbeitsplatzkonflikten sowie Mediation bei hoch eskalierten Arbeitsplatzkonflikten.

Um die Effektivität des Projekts zu bestimmen, wurde sowohl eine summative Evaluation als auch eine systematische Prozessevaluation durchgeführt. Befragt wurden berufsgruppenübergreifend alle Mitarbeiter/innen (n = 267) der drei teilnehmenden Krankenhäuser vor und nach der Intervention. Der Fragebogen setzte sich aus verschiedenen erprobten Instrumenten zusammen. Erfasst wurden arbeitspsychologische Konstrukte aus den Bereichen „Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation“, „soziales Umfeld“, „Konfliktverhalten der Mitarbeiter“ und „Beanspruchung der Mitarbeiter“. Im Rahmen der Prozessevaluation wurden die Durchführung und die Zielgruppenerreichung überprüft sowie verschiedenste Rahmenbedingungen der Intervention erfasst.

Die Ergebnisse der summativen Evaluation zeigen nur geringfügige Veränderungen auf. In einem der drei Krankenhäuser sanken die Beanspruchungswerte der Mitarbeiter.

In der Prozessevaluation zeigte sich, dass es vielfältige Probleme in der Durchführung der Intervention und in der Zielgruppenerreichung gab sowie schlechte äußere Rahmenbedingungen, die einer Wirkung der Präventionsmaßnahmen entgegenstanden und große Effekte in der Evaluation unplausibel machten.

Es wurde festgestellt, dass das Krankenhaus, in dem ein Effekt der Intervention nachgewiesen werden konnte, das Krankenhaus war, in dem die geringsten Probleme bezüglich Zielgruppenerreichung auftraten und das Mobbingpräventionsprogramm am präzisesten umgesetzt wurde. Das spricht dafür, dass die Maßnahmen, wenn sie richtig umgesetzt werden, auch effektiv sein können.

Aus den Ergebnissen der Prozessevaluation lassen sich die Faktoren ableiten, von denen ein Erfolg bzw. Misserfolg einer präventiven Mobbingintervention abhängt. Hieraus werden Empfehlungen für die Durchführung zukünftige Projekte abgeleitet.

Inhaltsverzeichnis:

I.	Einleitung und Aufbau der Arbeit	1
II.	Theoretisch-inhaltlicher Teil.....	4
1.	Das Phänomen Mobbing.....	4
1.1	Herkunft und Entwicklung des Mobbingbegriffs.....	4
1.2	Definition Mobbing	6
1.3	Deskriptive Ergebnisse zum Phänomen Mobbing	13
1.3.1	Häufigkeit von Mobbing	13
1.3.1.1	Erfassung der Mobbinghäufigkeit	13
1.3.1.2	Ergebnisse zur Mobbinghäufigkeit.....	15
1.3.2	Intensität und Dauer von Mobbing.....	20
1.3.3	Unterschiedliche Mobbingstrategien/Mobbinghandlungen	23
1.3.4	Charakteristika der Mobbingopfer.....	26
1.3.4.1	Geschlecht.....	27
1.3.4.2	Alter	29
1.3.4.3	Branche/Berufsgruppen.....	30
1.3.5	Charakteristika der Mobbingtäter.....	32
1.3.5.1	Hierarchische Position	33
1.3.5.2	Anzahl.....	35
1.3.5.3	Geschlecht.....	36
1.3.5.4	Alter	37
1.3.6	Der Mobbingprozess	38
1.3.7	Mobbingfolgen	41
1.3.7.1	Folgen für die Betroffenen	41
1.3.7.2	Folgen für die Organisation	43
1.3.7.3	Folgen für die Gesellschaft.....	46
1.4	Theoretische Einordnung von Mobbing	47
1.4.1	Mobbing aus konflikttheoretischer Sicht	47
1.4.2	Weitere theoretische Sichtweisen auf Mobbing.....	49
1.4.2.1	Mobbing aus stresstheoretischer Sicht.....	50
1.4.2.2	Sozialisations- und lerntheoretische Sicht.....	53
1.4.2.3	Sozialpsychologisch-systemische Sicht	54
1.5	Ursachen von Mobbing.....	55
1.5.1	Stand der Ursachenforschung	56
1.5.1.1	Personenbezogene Faktoren	59
1.5.1.2	Arbeitsbedingungen der Arbeitstätigkeit und -umgebung.....	67
1.5.2	Ein integratives Modell zu Mobbingursachen	74
2.	Zielgruppe Krankenhaus	80

2.1	Besondere Mobbinghäufung im Gesundheitswesen	80
2.2	Merkmale der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, die Mobbing begünstigen	82
3.	Prävention und Intervention bei Mobbing.....	85
3.1	Primärpräventive Maßnahmen	86
3.1.1	Präventionsmaßnahmen in der Literatur	87
3.1.2	Empirische Ergebnisse zu Präventionsmaßnahmen	92
3.2	Sekundärmaßnahmen: Intervention	94
3.2.1	Sekundärmaßnahmen in der Literatur	94
3.2.2	Empirische Ergebnisse zu Sekundärmaßnahmen.....	96
3.3	Tertiärmaßnahmen: Rehabilitation, Therapie	99
3.3.1	Tertiärmaßnahmen in der Literatur	99
3.3.2	Empirische Ergebnisse zu Tertiärmaßnahmen.....	100
III.	Theoretisch-methodischer Teil	102
4.	Evaluationsforschung.....	102
4.1	Das Forschungsdesign.....	104
4.1.1	Summative Evaluationsdesigns.....	105
4.1.1.1	Besonderheiten quasiexperimenteller Felduntersuchungen.....	108
4.1.2	Bedeutung und Inhalt von Prozessevaluation	112
4.2	Gütekriterien	114
4.2.1	Objektivität.....	114
4.2.2	Reliabilität.....	115
4.2.3	Validität.....	116
5.	Evaluation verhältnisbezogener Interventionen.....	118
IV.	Empirischer Teil	124
6.	Das Projekt „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“	124
6.1	Ziele des Projektes	125
6.2	Maßnahmen	126
6.2.1	Primär-Intervention	127
6.2.2	Sekundär-Intervention	128
6.2.3	Tertiär-Intervention	129
6.3	Zeitlicher Ablauf.....	129
6.4	Beschreibung der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser.....	130
7.	Konzeption der Evaluation	131

7.1	Prozessevaluation	131
7.1.1	Design und Analysemethoden.....	132
7.1.2	Instrumente bzw. Erhebungsmethoden in der Prozessevaluation.....	135
7.1.3	Hypothesen der Prozessevaluation in Bezug auf die summative Evaluation	137
7.2	Summative Evaluation	138
7.2.1	Forschungsdesign der summativen Evaluation	138
7.2.2	Operationalisierung der Wirkung der Intervention	139
7.2.2.1	Erfolgsvariablen der Evaluation	139
7.2.2.2	Verwendete Messinstrumente	142
7.2.3	Aufbau des Fragebogens	147
7.2.4	Vortest des Fragebogens	148
7.2.5	Zugang zum Feld und Datenerhebung	148
7.2.6	Hypothesen der summativen Evaluation	150
8.	Ergebnisse Prozessevaluation.....	151
8.1	P1 Zielgruppenanalyse	151
8.1.1	Schulung der Führungskräfte	151
8.1.2	Ausbildung der Konfliktberater	153
8.1.3	Ausbildung der Konfliktlotsen/Ansprechpartner.....	154
8.1.4	Fazit zur Zielgruppenanalyse.....	155
8.2	P2 Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung	155
8.2.1	Führungskräfteschulungen	155
8.2.2	Ausbildung der Konfliktberater	156
8.2.3	Ausbildung der Konfliktlotsen/Ansprechpartner.....	156
8.2.4	Wirkzeit der Maßnahmen	157
8.2.5	Fazit zur Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung.....	158
8.3	P3 Evaluation der einzelnen Führungskräfeschulungen	159
8.3.1	Quantitative Auswertung	159
8.3.2	Qualitative Auswertung.....	160
8.3.3	Fazit zur Evaluation der einzelnen Führungskräfeschulungen	161
8.4	P4 Auswahl und Rahmenbedingungen der Arbeit der Konfliktberater/ Ansprechpartner	161
8.4.1	Auswahl	161
8.4.2	Rahmenbedingungen der Arbeit.....	162
8.4.3	Fazit zu Auswahl und Rahmenbedingungen der Arbeit der Konfliktberater/Konfliktlotsen.....	165
8.5	P5 Evaluation des Seminar-Transfers der Führungskräfeschulungen	166
8.5.1	Auswertung Fragebogen	166
8.5.2	Auswertung Nachbereitungssitzung	168
8.5.3	Fazit zur Evaluation des Seminar-Transfers der Führungskräfeschulungen.....	170
8.6	P6 Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater/Ansprechpartner.....	171
8.6.1	Dokumentation im Krankenhaus A	171
8.6.2	Dokumentation in den Krankenhäusern B und C	171

8.6.3	Fazit zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater/Konfliktlotsen	172
8.7	P7 Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen.....	172
8.7.1	Fazit zur Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen	175
8.8	P8 Rahmenbedingungen in der Projektlaufzeit	175
8.8.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	175
8.8.2	Krankenhausspezifische Rahmenbedingungen	177
8.8.3	Fazit zu den Rahmenbedingungen während der Projektlaufzeit	181
8.9	Zusammenfassung Prozessevaluation.....	182
9.	Ergebnisse summative Evaluation	184
9.1	Analytisches Vorgehen und statistische Methoden	184
9.2	Beschreibung der Stichprobe	185
9.2.1	Rücklauf und Repräsentativität.....	185
9.2.2	Soziodemografische Angaben zur Stichprobe.....	187
9.3	Deskriptive Ergebnisse.....	188
9.3.1	Mobbinghäufigkeit	188
9.3.2	Arbeitsbedingungen.....	191
9.3.3	Soziales Umfeld.....	194
9.3.4	Konfliktverhalten	196
9.3.5	Beanspruchungssituation	197
9.3.6	Zusammenfassung der deskriptiven Ergebnisse.....	200
9.4	Prüfung der Hypothesen in der Gesamtstichprobe.....	201
9.5	Prüfung von gruppenspezifischen Effekten	203
9.5.1	Unterschiede zwischen den drei Krankenhäusern	203
9.5.2	Unterschiede der Berufsgruppen.....	207
9.5.3	Unterschiede Interventions- und Kontrollgruppe	209
9.5.4	Unterschiede bezüglich direkter vs. indirekter Teilnahme an den Maßnahmen	211
9.6	Dropout-Analyse.....	212
10.	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick	215
10.1	Die Ergebnisse der Untersuchung.....	215
10.2	Implikationen für die Durchführung von Interventionsmaßnahmen, speziell Mobbing-Präventionsmaßnahmen.....	220
10.3	Methodische Limitationen und Empfehlungen für nachfolgende Forschungsarbeiten	224
V.	Abbildungsverzeichnis	227
VI.	Tabellenverzeichnis	228

VII.	Literaturverzeichnis	229
VIII.	Anhang.....	245
11.	Instrumente der summativen und der Prozessevaluation.....	245
11.1	Evaluationsfragebogen.....	245
11.2	Fragebogen zur Evaluation der Führungskräftebildungen.....	257
11.3	Fragebogen zum Seminar-Transfer der Führungskräftebildungen.....	259
11.4	Protokollbogen zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater.....	261
11.5	Protokollbogen zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktlotsen	265
11.6	Informationsblatt und Vorschlagszettel zur Gewinnung der Konfliktlotsen	269
12.	Reliabilitäten der eingesetzten Skalen	271
13.	Soziodemografische Daten der Stichproben A und B	272
14.	Ergebnisse der summativen Evaluation – Stichprobe B	275
15.	Mobbinghäufigkeiten in den drei Krankenhäusern	276
16.	Interkorrelationen der Effektvariablen.....	278
17.	Normwerte für das Hamburger Burnout Inventar.....	280
18.	Muster-Vereinbarung für partnerschaftlichen Umgang am Arbeitsplatz	281

I. Einleitung und Aufbau der Arbeit

In den letzten 15 Jahren wurde das Phänomen „Mobbing am Arbeitsplatz“ zu einem viel beachteten Thema. Nicht nur in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung erlangte es immer mehr an Bedeutung, „Mobbing“ fand auch seinen Weg in die Öffentlichkeit und die Medien und wurde breit diskutiert. Sucht man den Begriff „Mobbing“ im Internet, erhält man über fünf Millionen Treffer. Das hat seinen Grund: Das Thema „Mobbing am Arbeitsplatz“ ist von großer Bedeutung, denn es handelt sich nicht nur um ein Problem, das vereinzelt Individuen am Arbeitsplatz erleiden, sondern es ist darüber hinaus von gesellschaftlicher Relevanz.

Der Arbeitspsychologe Heinz Leymann rückte das Phänomen zwischenmenschlicher Konflikteskalationen und Schikane am Arbeitsplatz sowie die daraus entstehende psychische Belastung Anfang der 90er Jahre erstmals in den Blick der Öffentlichkeit, in dem er den Begriff „Mobbing“ dafür prägte. Die Beschreibung von Fallbeispielen, mit denen das Thema seinen Weg in die öffentliche Diskussion fand, legte zunächst den Fokus auf die Schicksale der einzelnen von Mobbing betroffenen Personen. Vor allem die Folgen für die Mobbingopfer wurden erforscht und berichtet. Und diese zeigten sich als vielfältig und sehr schwerwiegend. Heute weiß man, dass Personen, die Opfer von Mobbing werden, unter weitreichenden negativen gesundheitlichen, privaten und beruflichen Folgen leiden. Weiter steht mittlerweile fest, dass durch Mobbing nicht nur die Opfer erhebliche negative Konsequenzen erleiden, sondern auch beträchtliche organisationale und volkswirtschaftliche Schäden entstehen, in Form von Produktivitätsverlusten, Kosten, die durch Um- und Neubesetzungen von Stellen entstehen, erhöhten Krankheits- und Fluktuationsraten, sowie Kosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen. Schätzungen gehen davon aus, dass der mobbingbedingte Produktionsausfall jährlich ca. 12,5 Milliarden Euro beträgt; der deutsche Gewerkschaftsbund schätzt den volkswirtschaftlichen Schaden gar auf 15 bis 25 Milliarden Euro pro Jahr (vgl. BAuA, 2003). Diese Zahlen belegen, dass „Mobbing“ nicht nur als ein Problem einzelner Personen an Ihrem Arbeitsplatz anzusehen ist, sondern die Unternehmen, Betriebe und die Gesellschaft, in der Mobbing geschieht, ebenfalls dafür „bezahlen“.

Die Vielzahl und Tragweite der negativen Folgen von „Mobbing am Arbeitsplatz“ machen die Relevanz deutlich, Wege zu finden, Mobbing effektiv vorzubeugen und bei Mobbingvorfällen erfolgreich zu intervenieren, um die negativen Konsequenzen einzudämmen oder ganz zu vermeiden.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein umfassendes Verständnis des Phänomens notwendig. Die Mobbingforschung zeigt sich auf einem guten Weg dorthin. Vielfältige Studien zur Prävalenz von Mobbing, zu Charakteristika von Mobbingopfern und Tätern sowie zum Mobbingprozess liegen vor. Forschungsergebnisse zu den Ursachen und zum Entstehungsprozess von Mobbing sind noch nicht ganz so zahlreich vertreten, nehmen aber immer mehr zu und liefern wichtige Erkenntnisse. Allerdings fehlen zum heutigen Zeitpunkt Forschungsergebnisse zur Effektivität von Maßnahmen gegen Mobbing am Arbeitsplatz. Die

vorliegende Arbeit versucht diese Lücke zu schließen, indem sie ein primärpräventives Programm gegen Mobbing in Krankenhäusern evaluiert.

Studien zur Mobbingprävalenz zeigen auf, dass Mobbing im Gesundheitswesen häufiger anzutreffen ist als in anderen Branchen. Deshalb wurde von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein ein Pilotprojekt in drei Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen aufgelegt, um Möglichkeiten zur Prävention von Mobbing speziell in diesem besonders gefährdeten Umfeld zu erproben.

Zur Überprüfung der Effektivität dieses Mobbing-Präventionsprogramms werden in der vorliegenden Arbeit sowohl eine summative Evaluation wie auch eine systematische Prozessevaluation durchgeführt. Ziel ist es, Aussagen darüber treffen zu können, wie erfolgreich die Maßnahmen im Hinblick darauf waren, das Auftreten von Mobbing in den Krankenhäusern zu reduzieren sowie die Ausprägung von mobbingbegünstigenden Faktoren zu verringern. Ein großes Augenmerk wird darauf gerichtet, nicht nur einen Erfolg oder auch Nichterfolg der Maßnahmen festzustellen, sondern durch die Überwachung des Prozesses der Intervention auch die Gründe für positive wie negative Ergebnisse zu ermitteln. Nur auf dieser Basis können von den Evaluationsergebnissen Empfehlungen für andere Interventionen zur Mobbingprävention abgeleitet werden.

Die Arbeit beginnt mit einer theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema „Mobbing am Arbeitsplatz“, der Zielgruppe „Krankenhaus“ sowie Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen Mobbing (Abschnitt II).

Der theoretisch-inhaltliche Teil dieser Arbeit versucht zunächst einen umfassenden Überblick über das Phänomen „Mobbing“ zu geben (Abschnitt 1). Hierbei wird auf die Herkunft und Entwicklung des Mobbingbegriffs und auf Mobbingdefinitionen eingegangen. Weiter werden deskriptive Forschungsergebnisse zur Auftretenshäufigkeit von Mobbing, Intensität und Dauer von Mobbing, Charakteristika von Mobbingopfern und -tätern, zum Mobbingprozess und zu Mobbingfolgen berichtet. Eine theoretische Einordnung von Mobbing wird vorgenommen. Abschließend wird der Stand der Ursachenforschung zu Mobbing beschrieben.

Im Abschnitt 2 des theoretisch-inhaltlichen Teils der Arbeit werden Forschungsergebnisse zur Zielgruppe „Krankenhaus“ berichtet. Dabei wird auf die besondere Mobbinghäufung in Krankenhäusern eingegangen sowie auf Merkmale der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, die Mobbing begünstigen.

Der theoretisch-inhaltliche Teil schließt mit einer Darstellung theoretischer Empfehlungen und bisher praktizierten Primär-, Sekundär- und Tertiärmaßnahmen gegen Mobbing (Abschnitt 3).

Im theoretisch-methodischen Teil der Arbeit (Abschnitt III) wird auf die Evaluationsforschung eingegangen und beschrieben, welche Aspekte bei der Evaluation von komplexen organisationsbezogenen Interventionsmaßnahmen zu berücksichtigen und welche methodischen Standards einzuhalten sind.

Dem theoretisch-methodischen Teil folgt der empirische Teil der Arbeit (Abschnitt IV). Hier wird zunächst das Mobbing-Präventionsprogramm, welches evaluiert wird, vorgestellt

(Abschnitt 6). Die Konzeption der Evaluation – Prozessevaluation und summative Evaluation – wird im Abschnitt 7 ausführlich beschrieben. Abschnitte 8 und 9 stellen jeweils die Ergebnisse der Prozessevaluation bzw. der summativen Evaluation dar. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst, diskutiert und ein Ausblick auf weiterführende Forschung gegeben (Abschnitt 10).

II. Theoretisch-inhaltlicher Teil

1. Das Phänomen Mobbing

1.1 Herkunft und Entwicklung des Mobbingbegriffs

Der Begriff „Mobbing“ oder allgemein „Mob“ (aus dem Englischen) findet seine Wurzeln in dem lateinischen „mobile vulgus“ für wankelmütige Volksmenge (Brockhaus, 1982) und dem daraus abgeleiteten Verb „to mob“ (englisch: über jemanden herfallen, anpöbeln, angreifen, attackieren (Duden, 2004)).

Anfang des 20. Jahrhunderts ist der Begriff Mobbing erstmals in einem Teilgebiet der Sozialpsychologie, der massenpsychologischen Forschung, zu finden. Ross (1905) bezeichnet den Mob als unterste Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie, an deren Spitze die organisierte, strukturierte Gruppe steht (vgl. Schlaugat, 1999, S.4; Gottschalk, 2003, S.9).

Frühe Verwendung in einem wissenschaftlichen Kontext (erstmalig 1958) fand der Begriff durch den österreichischen Ethologen Konrad Lorenz, der ihn für die Beschreibung von Tiergruppenverhalten benutzte. Er schreibt: *„Im Englischen wird die beschriebene Reaktion als ‚Mobbing‘ bezeichnet, was sehr schön zum Ausdruck bringt, dass eine Menge schwächerer Wesen gemeinsam ein stärkeres bedrängt, wie dies beim Hasen ja tatsächlich der Fall ist [...] Ein arterhaltender Zweck ist offenbar schon dann erreicht, wenn dem Räuber die Jagd gründlich dadurch verleidet wird, dass hassende Wesen hinter ihm herlaufen oder -schwimmen und seinen Aufenthaltsort lauthals hinausposaunen“* (Lorenz, 1991, S.194). Mit dem Begriff Mobbing bezeichnete Lorenz also die Attacken von einer Gruppe schwächerer Wesen auf ein einzelnes stärkeres Wesen.

Der schwedische Arzt Peter-Paul Heinemann (1972) übertrug den Begriff in den Bereich der Humanbeziehungen. Er beschäftigte sich mit den sozialen Beziehungen von Kindern im schulischen Kontext und bezeichnete *„the very destructive behaviour of small groups of children directed against (most often) a single child“* (Heinemann, 1972, zitiert nach Leymann, 1996) als Mobbing. Aufgrund der Veröffentlichung seines Buches *„Mobbing – Gruppengewalt unter Kindern und Erwachsenen“*, das in den skandinavischen Ländern zum Bestseller wurde, etablierte sich der Begriff Mobbing bereits in den 70er Jahren in der schwedischen Alltagssprache und diente als Bezeichnung für alle möglichen Arten von Attacken (vgl. Niedl, 1995).

Ausgehend von Heinemanns Forschungsarbeiten entwickelte und etablierte sich in Skandinavien die Forschung über Gewalt unter Schülern. Einer der prominentesten Vertreter in diesem Forschungsbereich ist der norwegische Sozialwissenschaftler Dan Olweus (z.B. 1978). Er erweiterte die Bedeutung des Mobbingbegriffs, indem er entgegen der bisherigen

Verwendung sowohl Gruppen- als auch Individualgewalt gegen eine bestimmte Person unter dem Begriff Mobbing subsumierte (vgl. Niedl, 1995).

Die Forschung zu „Mobbing am Arbeitsplatz“ wurde durch die Veröffentlichung von Brodsky (1976) „The harassed worker“ eingeleitet. Darin stellt der Autor die Erfahrungen, die er als Leiter von Schiedskommissionen (California Workers' Compensation Appeals Board, Nevada Industrial Commission) gemacht hatte, dar. Er berichtet von Klagen von Mitarbeitern, die behaupteten, „*dass sie aufgrund schlechter Behandlung durch Arbeitgeber, Kollegen oder Kunden oder aufgrund exzessiver Leistungsanforderungen krank und arbeitsunfähig wären. In einigen Fällen machten die Klageführer langdauernde, anhaltende oder völlige Arbeitsunfähigkeit geltend*“ (Brodsky, 1976, xi Einleitung). Obwohl Brodsky den Begriff Mobbing nicht verwendet, sondern von „Harassment“ spricht, zeigen seine Definition von „harassment behavior“ und seine Ausführungen zu Verlauf, Charakteristika der Beteiligten, den Gegenmaßnahmen etc., dass Brodsky inhaltlich Mobbing untersuchte (vgl. Gottschalk, 2003). So kann Brodskys Definition als eine der ersten Definitionen von „Mobbing am Arbeitsplatz“ aufgefasst werden: „*Harassment behavior involves repeated and persistent attempts by one person to torment, wear down, frustrate, or get a reaction from another. It is treatment that persistently provokes, pressures, frightens, intimidates, or otherwise discomforts another person [...] The problem begins when harassment is excessive or when the harassed's tolerance for such treatment is low, and he experiences it as negative intimidation*“ (Brodsky, 1976, S.2).

Im deutschsprachigen Raum existieren ebenfalls frühe Arbeiten, die sich mit dem Thema unter anderen Bezeichnungen und Begriffen auseinandergesetzt haben. So behandelt Althaus (1979) das Problem unter der Bezeichnung „Pathologie des sozialen Beziehungsgefüges“, während Löffler & Sofsky (1986) den Begriff der „pathogenen Interpersonalität“ verwenden. Vielfach wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um keine sehr eingängigen Begriffe handelte (vgl. z.B. Schlaugat, 1999; Gottschalk, 2003). Neuberger bezeichnet sie gar als sperrige Ausdrücke mit wenig Publikumswirksamkeit (vgl. Neuberger, 1999, S.3). Hierin wird der Grund gesehen, warum diese Arbeiten nahezu in Vergessenheit gerieten. Aber auch das damals vorherrschende soziale und politische Klima sowie ein nicht so ausgeprägtes (missionarisches) Engagement der Wissenschaftler werden als Erklärungen für die bis dahin fehlende Verbreitung des Themas herangezogen (vgl. Schlaugat, 1999; Neuberger, 1995).

Mit einer Neuregelung des schwedischen Arbeitsmilieugesetzes im Jahre 1976, die das Recht des arbeitenden Menschen sowohl auf physische als auch psychische Gesundheit festschrieb, wurden umfangreiche Forschungsprojekte zu psychosozialen Belastungsfaktoren der Arbeitsumwelt möglich (Leymann, 1993, 1995, 1996). Auf dieser Basis beschäftigte sich die Gruppe um Heinz Leymann (Forschungsleiter am schwedischen Reichsinstitut für Arbeitswissenschaften) mit Beginn der 80er Jahre intensiv mit der Erforschung eines schnell eskalierenden Konflikttyps am Arbeitsplatz, den sie in Anlehnung an die Arbeiten von Olweus und seiner Schulforschung mit „Mobbing“ titulierten (Leymann & Gustafsson, 1984, zitiert nach Niedl, 1995; Leymann, 1993, 1996).

Aufgrund des hohen Engagements Leymanns und seiner „*missionarischen Energie*“ (Neuberger, 1995, S.3) fand das Thema Mobbing am Arbeitsplatz innerhalb weniger Jahre rasche Verbreitung und wurde als Forschungsgegenstand zunehmend häufiger aufgegriffen. Nicht zuletzt deshalb ist Heinz Leymann als Pionier der Mobbingforschung zu bezeichnen.

In den verschiedenen Sprachen existiert für systematische Feindseligkeiten am Arbeitsplatz eine Vielzahl von Synonymen.

Der Begriff „Mobbing“ hat sich vor allem im skandinavischen sowie im deutschen Sprachraum durchgesetzt.

Im angelsächsischen Sprachgebrauch wird hingegen vor allem der Begriff „bullying“ vom Verb „to bully“ (englisch: einschüchtern, schikanieren, fertigmachen) bzw. vom Substantiv „bully“ (englisch: brutaler Kerl, Tyrann) verwendet. Gottschalk (2003, S.10) weist auf die Nähe des Bullying-Begriffs zur Mobbing-Definition von Olweus im Schulkontext hin: *„Bullying bezeichnet eine Beziehung, in der eine einzelne Person ein anderes Individuum oder eine Gruppe angreift oder in der eine geführte oder führerlose Gruppe ein anderes Individuum oder eine Gruppe angreift (Pikas, 1989, S.91). In diesem Sinne beschreibt der Begriff Bullying identisch wie die von Olweus festgelegte Version von ‚Mobbing‘ sowohl Gruppen- als auch Individualgewalt gegen eine Person oder Gruppe.“* Der Begriff „bullying“ wird tatsächlich vielfach in Forschungsarbeiten, die sich auf den Schulkontext beziehen, verwendet und bezieht sich nicht zwangsläufig auf den Arbeitsplatz. Hierfür werden in der Regel dann explizit die Bezeichnungen „bullying at work / at the workplace“ oder „workplace bullying“ verwendet.

Leymann grenzt den Mobbingbegriff, auf den er sich bezieht, ausdrücklich von Bullying ab. Die Konnotation von Bullying und dem, was er unter Mobbing versteht und als Mobbingverhalten am Arbeitsplatz beobachtet, weichen nach seinem Empfinden deutlich voneinander ab. Er schreibt: *„The connotation of ‚bullying‘ is physical aggression and threat. In fact, bullying at schools is strongly characterized by such physically aggressive acts. In contrast, physical violence is very seldom found in mobbing behaviour at work. Rather, mobbing is characterized by much more sophisticated behaviours such as, for example, socially isolating the victim“* (Leymann, 1996, S.167).

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch schließlich haben sich neben der Bezeichnung „bullying“ vor allem die Begriffe „(sexual) harassment“ und „(employee) abuse“ durchgesetzt.

1.2 Definition Mobbing

Der Begriff „Mobbing“ ist, wie schon seine Herkunft zeigt, nicht ganz leicht zu greifen. Neuberger (1995, S.11) weist darauf hin, dass es *„keine richtigen oder falschen Definitionen gibt, sondern nur zweckmäßige“*. Viele Wissenschaftler haben in den letzten zwanzig Jahren zu dem Thema geforscht und haben jeweils eigene Mobbingdefinitionen entworfen, zum Teil aus Erfahrungen und Interviews mit Mobbingbetroffenen sowie aus Beobachtungen von Mobbingfällen heraus, zum Teil auf der Grundlage von Literatursichtungen.

Um die Breite der existierenden Mobbingdefinitionen zu veranschaulichen, wurden folgende Beispiele, die im Verlauf der Jahre in der Literatur zu finden sind, zusammengetragen (weitere Übersichten verschiedener Mobbingdefinitionen finden sich z.B. bei Niedl (1995, S.18-25), bei Neuberger (1999, S.13-15), bei Schlaugat (1999, S.7-8) oder bei Einarsen (2000, S.382)):

Brodsky, 1976:

„Harassment behavior involves repeated and persistent attempts by one person to torment, wear down, frustrate, or get a reaction from another. It is treatment that persistently provokes, pressures, frightens, intimidates, or otherwise discomforts another person [...] The problem begins when harassment is excessive or when the

harassee's tolerance for such treatment is low, and he experiences it as negative intimidation" (Brodsky, 1976, S.2).

Leymann, 1989:

„Meine Definition von Mobbing (oder gleichartiger Bezeichnungen) lautet: negative kommunikative Handlungen, die sich gegen eine oder mehrere Person(en) richten und sehr häufig über längere Zeit auftreten“ (Leymann, 1989, S.7, Übersetzung aus dem Schwedischen zitiert nach Niedl, 1995, S.18).

Leymann, 1993:

„Von Mobbing am Arbeitsplatz spricht man, wenn eine Person von einer oder mehreren von 45 operativ beschriebenen Handlungen belästigt wird und zwar mindestens einmal in der Woche während mindestens eines zusammenhängenden halben Jahres [...] Die 45 Handlungen sind gekennzeichnet dadurch, dass hinter ihnen negative Absichten stecken und/oder, dass sie als negativ empfunden werden. Die Auflistung dieser Handlungen war das Resultat von ca. 300 Interviews. Aufgrund dieser Liste wurde dann ein Fragebogen konstruiert und validiert“ (Leymann, 1993, S.272).

Björkqvist et al., 1994:

„Repeated activities (aggression), with the aim of bringing mental, but sometimes also physical, pain, and directed towards one or more individuals who, for one reason or another, are not able to defend themselves, will in the following be defined as harassment“ (Björkqvist et al., 1994, S.1).

Niedl, 1995:

„Unter Mobbing am Arbeitsplatz werden Handlungen einer Gruppe oder eines Individuums verstanden, denen von einer Person, die diese Handlungen als gegen sie gerichtet wahrnimmt, ein feindseliger, demütigender oder einschüchternder Charakter zugeschrieben wird. Die Handlungen müssen häufig auftreten und über einen längeren Zeitraum andauern. Die betroffene Person muss sich zudem aufgrund wahrgenommener sozialer, ökonomischer, physischer oder psychischer Charakteristika außerstande sehen, sich zu wehren oder dieser Situation zu entkommen“ (Niedl, 1995, S.23).

Leymann, 1996:

„Psychological terror or mobbing in working life involves hostile and unethical communication, which is directed in a systematic way by one or a few individuals mainly towards one individual who, due to mobbing, is pushed into helpless and defenseless position, being held there by means of continuing activities. These actions occur on a very frequent basis (statistical definition: at least once a week) and over a long period of time (statistical definition: at least six month of duration). Because of the high frequency and long duration of hostile behaviour, this maltreatment results in considerable psychological, psychosomatic, and social misery. The definition excludes temporary conflicts and focuses on a point in time where the psychosocial situation begins to result in psychiatrically or psychosomatically pathologic conditions. In other words, the distinction between ‚conflict‘ and ‚mobbing‘ does not focus on what is done or how it is done, but on the frequency and duration of what is done“ (Leymann, 1996, [Artikel](#), S.168).

- Neuberger, 1999: *„Jemand spielt einem übel mit und man spielt wohl oder übel mit“ (Neuberger, 1999, S.18).*
- Zapf, 1999: *„Mobbing beinhaltet, dass jemand am Arbeitsplatz von Kolleg/Innen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muss dies häufig und wiederholt auftreten (z.B. mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr). Es handelt sich nicht um Mobbing bei einmaligen Vorfällen. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei gleich starke Parteien in Konflikt geraten“ (Zapf, 1999a, S.3).*
- Leymann, 2002: *„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 Opfer und Täter kennzeichnen“ (Leymann, 2002, S.21).*
- Einarsen et al., 2003: *„Bullying at work means harassing, offending, socially excluding someone or negatively affecting someone’s work task. In order for the label bullying (or mobbing) to be applied to a particular activity, interaction or process it has to occur repeatedly and regularly (e.g. weekly) and over a period of time (e.g. about six months). Bullying is an escalating process in the course of which the person confronted ends up in an inferior position and becomes the target of systematic negative social acts. A conflict cannot be called bullying if the incident is an isolated event or if two parties of approximately equal ‘strength’ are in conflict“ (Einarsen, et al., 2003, S.15).*
- Salin, 2003: *„Bullying is defined as repeated and persistent negative acts towards one or more individual(s), which involve a perceived power imbalance and create a hostile work environment“ (Salin, 2003c, S.1214f.).*
- Agervold & Mikkelsen, 2004: *„Bullying is typically defined as a series of negative acts aimed at a single person or small number of people, performed with relatively high frequency over a prolonged period of time. [...] the relationship between the victim and the bully is characterized by a real or perceived imbalance of power or strength“ (Agervold & Mikkelsen, 2004, S.336f.).*

Wie die aufgelisteten Definitionen von Mobbing zeigen, existieren bestimmte Definitionsmerkmale, über die unter den Forschern weitgehende Einigkeit besteht, die sich in allen Definitionen finden lassen. Es handelt sich dabei um folgende Punkte:

- Beteiligte am Mobbingprozess:
Die Mobbinghandlungen können von einer oder mehreren Einzelpersonen am Arbeitsplatz, z.B. von Kollegen/-innen, Vorgesetzten, Untergebenen, Kunden/-innen, von formellen oder informellen Gruppen in Organisationen ausgeführt werden. Die Mobbinghandlungen richten sich typischerweise **gegen eine oder wenige ausgewählte Opfer**. Es ist abzugrenzen von einem generell rauen Arbeitsklima bzw. Angriffen auf größere Teile oder die ganze Belegschaft eines Unternehmens.
- Mobbinghandlungen:
Mobbing besteht aus einer **Anzahl von verschiedenen negativen Handlungen**, wie z.B. soziale Isolation, Ignorieren des Mobbingopfers, Gerüchte, Angriffe das Privatleben oder die Einstellungen des Mobbingopfers betreffend, exzessive Kritik oder Überwachung der Arbeit, Vorenthalten von Informationen, Entziehen von Verantwortung und verbale Aggressionen.
- Häufigkeit und Dauer:
Zu Mobbing werden soziale Belastungen durch ihre **Häufigkeit und Dauer**. Es wird nur dann von Mobbing gesprochen, wenn solche Handlungen oft (z.B. mindestens einmal pro Woche) und über eine längere Zeitperiode (z.B. mindestens über sechs Monate) erfolgen. Vereinzelt Handlungen mögen zwar belastend sein, fallen aber nicht unter den Mobbingbegriff. Bezeichnend für Mobbing ist dagegen die **Systematik und Gerichtetheit** von negativen Handlungen einer Person gegenüber. Einmalige Vorfälle gelten nicht als Mobbing.
- Machtungleichgewicht / Unterlegenheit des Opfers:
Mobbing beinhaltet ein **Machtungleichgewicht**, eine Opfer-Täter-Dimension. Das bedeutet, dass das Opfer den negativen Handlungen des Täters auf eine solche Art und Weise ausgesetzt ist, dass er oder sie sich unterlegen fühlt und sich nicht in der Lage sieht, sich in der Situation zu verteidigen. Konflikte zwischen gleich starken Parteien werden nicht als Mobbing bezeichnet.
Das Machtungleichgewicht kann sich sowohl auf die Beziehung „Führungskraft–Untergebener“ beziehen wie auch auf Kollegen untereinander und sogar Mitarbeiter vs. Führungskraft. Weiter kann das Machtungleichgewicht sich im Verlauf des Mobbingprozesses ausweiten.

Viele Mobbingdefinitionen enthalten über diese Bestandteile hinaus noch weitere Merkmale, die in der Literatur strittig diskutiert werden, nicht einheitlich verwendet werden oder unklar bzw. einfach nicht näher definiert bleiben.

Folgende Punkte sind zu nennen:

- Objektivität vs. Subjektivität:
In den vorliegenden Mobbingdefinitionen bleibt oft unklar, ob die „negativen Mobbinghandlungen“ als objektiver Tatbestand oder als subjektive Interpretation der betroffenen Person vorliegen müssen (vgl. Niedl, 1995, S.21).

Schon Brodsky verwies auf den entscheidenden Unterschied der beiden Sichtweisen und stellte zu Recht fest, dass Handlungen, die für den einen verletzend sind, keine Bedeutung für andere haben. Dementsprechend unterschied er zwischen „*subjective harassment*“, das sich auf die „*awareness of harassment by the target*“ bezieht, und „*objective harassment*“: „*a harassment situation in which actual external evidence of harassment is found, for example, in statements from coworkers, employers, subordinates, or independent observers*“ (Brodsky, 1976, S.3).

Viele Forscher nehmen zu dieser wichtigen Frage nicht eindeutig Stellung und bleiben mit ihren Definitionen diesen Punkt betreffend eher vage. Es existieren jedoch auch Beiträge, z.B. von Leymann (z.B. 1993) und Niedl (1995), die sich diesem Problem explizit widmen. Leymann tritt als Vertreter einer objektiven Mobbingdefinition auf. Seine operationale Mobbingdefinition listet 45 negative Mobbinghandlungen auf, die während des Mobbingprozesses sehr häufig (mindestens einmal pro Woche) und über einen langen Zeitraum hinweg (mindestens sechs Monate) auftreten müssen. Erst dann liegt seiner Auffassung nach Mobbing tatsächlich vor. Leymann bleibt allerdings insofern nicht konsequent bei einer rein objektiven Definition von Mobbing, als dass sich in den verschiedenen Definitionen, die von ihm vorliegen, auch subjektive Komponenten finden lassen, die z.B. berücksichtigen, dass eine von Mobbing betroffene Person die Handlungen als gegen sich gerichtet *wahrnehmen* oder sich diskriminiert *fühlen* muss.

Niedl spricht sich stark für die Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung in Mobbingdefinitionen aus: „*M.E. spiegelt das allgemeine Forschungsinteresse für Mobbing die Auffassung wider, dass Mobbing mit konkreten negativen Auswirkungen für die davon betroffenen Personen verbunden ist.*“ Die Notwendigkeit der Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen begründet er vor allem damit, dass der situative Kontext eine Rolle dabei spielt, ob eine Person eine Handlung als feindselig und unangenehm empfindet oder nicht. „*Der Bauarbeiter, der von seinem Polier als ‚fauler Hund‘ beschimpft wird, wundert sich möglicherweise darüber kaum; wird dagegen der Bankkassierer durch seinen Prokuristen so tituliert, ist er entsetzt*“ (Hoyningen-Huene, 1991, S.2251, zitiert nach Niedl, 1995, S.21). Niedl verweist in diesem Zusammenhang auch auf eine Untersuchung von Smeltzer & Leap (1988 zitiert nach Niedl, 1995), die in Abhängigkeit der beteiligten Personen (Geschlecht, Hautfarbe, Berufserfahrung) unterschiedliche Reaktionen auf potenziell feindselige Witze am Arbeitsplatz fanden.

Die Position Niedls bleibt aber nicht ohne Kritik. Wird Mobbing tatsächlich nur über die subjektive Wahrnehmung des Opfers definiert, besteht die Gefahr, dass jede konflikthafte Auseinandersetzung, die zum Alltag des Arbeitslebens gehört, von einer Person als Mobbing gewertet werden kann, sofern sie die Handlungen als feindselig und gegen sich gerichtet empfindet.

Als Ausweg aus dem Dilemma wird vielfach gefordert, dass eine Art „intersubjektive Bestätigung“ der Mobbinghandlungen vorliegen muss. Handlungen werden demnach nur dann als Mobbing bezeichnet, wenn sie einerseits von der betroffenen Person als negativ empfunden werden, für die Person negative Folgen nach sich ziehen und „*[...] von Dritten, die mit den Werten und Normen des Kollektivs vertraut sind, dem die Zielperson angehört, als ‚übel‘ betrachtet werden*“ (Neuberger, 1999, S.18).

Das Problem der subjektiven Wahrnehmung der Opfer und der Beobachtbarkeit von Mobbing durch „Außenstehende“ sowie der sich daraus ergebenden relevanten

Implikationen für Mobbingdefinitionen kann zum jetzigen Stand der Forschung nicht als vollends gelöst betrachtet werden.

- Inhalt und Art der Mobbinghandlungen:

Die Frage danach, welche Handlungen als Mobbinghandlungen gelten können, bleibt ebenfalls in vielen Definitionen ungeklärt oder zumindest so weit formuliert, dass die Gefahr besteht, „dass alle von einer Person als negativ interpretierten Handlungen als Mobbing etikettiert werden können, was den Begriff zu einem Allgemeinplatz verkommen lässt“ (Niedl, 1995, S.21).

Schlaugat (1999, S.10) schreibt in diesem Zusammenhang: *„Betrachtet man die Definitionsansätze [...], muss man ihre Mehrdeutigkeit, die Unklarheit der Formulierungen kritisieren. Von belästigendem Verhalten, negativen, ungerechten oder kritikwürdigen Handlungen, feindseliger, unethischer Kommunikation ist die Rede, ohne dezidiert zu klären, welche Verhaltensweisen im Einzelnen damit gemeint sind, was das Negative dieser Aktionen ausmacht und wo eine Abgrenzung zu anderen Konstrukten gesehen wird.“*

Diese beobachtbare Ungenauigkeit der Definitionen scheint ein Problem zu sein, das dem Phänomen Mobbing in sich zu eigen ist. Ein zentrales Problem der Mobbingforschung besteht ja eben darin, dass ein einzelner Akt für sich genommen zunächst einmal nicht bedeutsam ist – er wird es erst rückblickend, wenn er in einem Zusammenhang sich ständig wiederholender Aktivitäten eingebettet wird. Selbst Leymann (2002, S.127) schreibt: *„Aber was ist eine Mobbinghandlung? Per Definition gibt es eigentlich gar keine Mobbinghandlung, weil ja ein Zeitfaktor berücksichtigt werden muss. Es gibt einen Mobbingverlauf oder -prozess.“*

Trotzdem ist es Leymann, der eine genauere Spezifizierung von Mobbinghandlungen in einer umfassenden Form vornimmt. Er formuliert 45 operative Mobbinghandlungen, die er in fünf Gruppen zusammenfasst: *„Angriffe auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen“, „Angriffe auf die sozialen Beziehungen“, „Angriffe auf das soziale Ansehen“, „Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation“ und „Angriffe auf die Gesundheit“* (Leymann, 2002). Die Definition von Mobbing anhand dieser Liste von Handlungen wird jedoch vielfach kritisiert, vor allem von Neuberger (1999), der darauf hinweist, dass verschiedene Autoren (z.B. Niedl, 1995; Knorz & Zapf, 1996) in Untersuchungen die Unvollständigkeit der Liste festgestellt haben.

Wie auch schon die vorangegangene Diskussion über die Subjektivität der Wahrnehmung von Mobbinghandlungen nahelegt, ist es wahrscheinlich nicht zielführend, wenn nicht gar unmöglich, eine Liste aller als Mobbinghandlungen geltender Aktivitäten erstellen zu wollen.

Es ist dennoch möglich, die Qualität der verschiedenen Mobbinghandlungen näher einzugrenzen. So hat sich nach Zapf & Groß (1999, S.23) gezeigt, *„dass Mobbing in erster Linie eine Form psychischer Aggression darstellt. Körperliche Übergriffe oder sexuelle Belästigung spielen im Rahmen von Mobbing nur eine sehr untergeordnete Rolle.“* Auf diesen Sachverhalt weist Leymann ebenfalls vielfach hin (vgl. z.B. Leymann, 1996, S.167).

- Aufnahme von Mobbingfolgen in die Definition:

Nur in wenigen Mobbingdefinitionen finden sich Beschreibungen der Folgen. Oftmals finden diese nur Erwähnung, ohne sie konkret zu benennen. Obwohl inzwischen

Einigkeit darüber herrscht, dass Mobbing immer mit diversen negativen Folgen für das Opfer (und die Organisation) verbunden ist, wird teilweise argumentiert, diese nicht in eine Definition aufzunehmen. Mobbingfolgen lassen sich schwer von allgemeinen Stressfolgen abgrenzen. Definierte man Mobbing also über die Reaktionen des Opfers, z.B. anhand von diagnostizierten (psychischen, psychosomatischen) Erkrankungen oder Fehlzeiten, so wäre nicht ersichtlich, was die Konzepte Mobbing und Stress voneinander unterscheidet (vgl. Schlaugat, 1999; Neuberger, 1995). Dies wäre allerdings nur dann der Fall, wenn Mobbing ausschließlich über seine Folgen definiert werden würde. Es bleibt also offen, warum nur wenige Forscher Mobbingfolgen als Bestandteil der Mobbingdefinition aufnehmen.

- Intention des Täters:

Ob bei dem Mobbingtäter ein intentionales Handeln, also eine Schädigungsabsicht dem Opfer gegenüber vorliegen muss, damit von Mobbing gesprochen werden kann, ist nicht ganz klar. In den wenigsten Definitionen ist dies explizit erwähnt.

Kein Autor fordert das Bestehen einer objektiven Schädigungsabsicht des Täters als Bestandteil einer Mobbingdefinition. Hierfür liegen gute Gründe vor:

Zapf (1999a) weist darauf hin, dass die Mobbingtäter sich sehr oft der Tragweite ihrer eigenen Handlungen nicht bewusst sind und oftmals geradezu erstaunt über die in ihren Augen unverhältnismäßigen und übertriebenen Reaktionen ihrer Opfer sind. Verschiedene Studien belegen dies (Leymann, 1993; Krum, 1995; Einarsen, Raknes, Matthiesen & Hellesoy, 1994).

Sollte hingegen eine bewusste Schädigungsabsicht beim Täter bestehen, so ist *„die Nachprüfbarkeit einer ‚Tat-Absicht‘ zumindest schwierig, denn es ist zum einen kaum davon auszugehen, dass [...] diese Absicht offengelegt wird, und zum anderen kann sie – wenn sie nicht direkt von ‚Tätern‘ geäußert wird – nicht einfach unterstellt werden“* (Gockel, 2004, S.47). Das Beobachten einer Intention ist nur schwer zu realisieren.

Wie Schnecke (2003, S.33) schreibt, werden in den meisten Mobbingdefinitionen die Mobbinghandlungen als „feindselig“ (o.Ä.) beschrieben. Er argumentiert, dass wenn eine Handlung als feindselig bewertet wird, folglich *„dem Handlungssender ‚böse Absichten‘ unterstellt bzw. zugeschrieben“* werden. Eine Mobbingdefinition sollte ihm zufolge deshalb enthalten, dass dem Mobbingtäter vom Opfer Schädigungsabsichten zugeschrieben werden. Er integriert also die subjektive Wahrnehmung des Opfers.

Auch bei diesem Punkt, der Intention des Täters, bleibt, wie schon bei den Mobbingfolgen, offen, ob sie als Ergänzung oder als notwendiger Bestandteil einer Mobbingdefinition zu werten sind.

Die Betrachtung der vielfältigen Definitionen und ihrer Bestandteile lässt einen Konsens erkennen, was im Kern unter dem Begriff „Mobbing“ zu verstehen ist. Allerdings zeigen sich anhand der Definitionsmerkmale, die uneinheitliche Verwendung finden, Hinweise auf Lücken und zentrale Probleme der Mobbingforschung.

In dieser Arbeit wird die folgende **Mobbingdefinition** zugrunde gelegt, die sich vor allem an die Definition von Zapf (1999a) anlehnt:

Mobbing besteht aus einer Anzahl von verschiedenen **negativen Handlungen**, die von **Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen** ausgeführt werden.

Von Mobbing wird nur dann gesprochen, wenn diese Handlungen **häufig und wiederholt** auftreten und sich **über einen längeren Zeitraum** erstrecken.

Mobbing beinhaltet immer ein **Machtungleichgewicht**, in dem Sinne, dass das Opfer den negativen Handlungen des Täters auf eine solche Art und Weise ausgesetzt ist, dass er oder sie sich unterlegen fühlt und sich nicht in der Lage sieht, sich in der Situation zu verteidigen. Konflikte zwischen gleich starken Parteien werden nicht als Mobbing bezeichnet.

Mobbing ist typischerweise **gegen ein oder wenige ausgewählte** Opfer gerichtet. Es ist abzugrenzen von einem generell rauen Arbeitsklima.

Es kommt zu erheblichen **psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen** des Mobbingopfers.

1.3 Deskriptive Ergebnisse zum Phänomen Mobbing

Um das Phänomen Mobbing näher zu verstehen, wurden in den letzten 25 Jahren diverse Studien zur Beschreibung der Häufigkeit, Dauer, der beteiligten Personen, der Folgen usw. durchgeführt.

Im Folgenden werden diese empirischen Ergebnisse der Mobbingforschung gegliedert nach Themengebieten vorgestellt.

1.3.1 Häufigkeit von Mobbing

Eine der am häufigsten untersuchten Fragestellungen in der beschreibenden Mobbingforschung stellt die Ermittlung der Mobbinghäufigkeit, der Prävalenz, dar. Besonders aus Gründen die Praxis betreffend ist die Erkenntnis darüber wichtig, wie häufig Mobbing in Organisationen vorkommt. Nicht zuletzt von der Höhe des Problemdrucks hängt es ab, wie viele Anstrengungen unternommen werden, Maßnahmen zur Prävention und Eindämmung von Mobbing zu entwickeln und voranzutreiben. Die bis heute in vielfältigen Studien gefundenen Häufigkeitszahlen belegen, dass Mobbing ein Phänomen darstellt, dem man sich mit großer Notwendigkeit widmen muss.

1.3.1.1 Erfassung der Mobbinghäufigkeit

Vielfach wird darauf hingewiesen, dass die Feststellung der Mobbinghäufigkeit von der eingesetzten Messmethode abhängig ist (vgl. Zapf, 1999a; Zapf & Groß, 2000; Zapf et al., 2003).

Zur Ermittlung der Mobbinghäufigkeit werden vorrangig Fragebögen eingesetzt. Grundsätzlich lassen sich hierbei vier unterschiedliche Vorgehensweisen unterscheiden:

Eine häufig eingesetzte Strategie besteht darin, direkt nach der **Selbsteinschätzung** der Person zu fragen, z.B. „Sind Sie in den letzten sechs Monaten gemobbt worden?“. Dies führt in der Regel zu sehr hohen Mobbinghäufigkeiten, da die befragten Personen natürlich einen sehr subjektiven Maßstab ansetzen und diese Frage auch bejahen, wenn z.B. einmalige Streitereien oder geringfügige negative Handlungen aufgetreten sind. Dies entspricht dem alltäglichen Gebrauch des Wortes Mobbing und nicht der wissenschaftlichen Definition.

Aus diesem Grund wird bei der Frage, ob Personen sich gemobbt gefühlt haben, sehr häufig eine Definition von Mobbing vorgegeben. Die befragten Personen sollen ihre Selbsteinschätzung auf der Basis vornehmen, ob sie entsprechend dieser Definition ein Mobbingopfer sind.

Fast ebenso oft wie die Selbsteinschätzung unter Zuhilfenahme einer Mobbingdefinition wird die Methode gewählt, in einem Fragebogen **Mobbinghandlungen vorzugeben**, bei dem die Befragten für jede Handlung einschätzen sollen, ob sie dieser ausgesetzt waren.

Diese Strategie lässt sich noch einmal in verschiedene Vorgehensweisen unterteilen. Entscheidend für die Mobbinghäufigkeit ist, welche Definition für Mobbing bei der Messung zugrunde gelegt wird. Viele Forscher übernehmen die operationale Definition von Leymann, nach der eine Person dann als Mobbingopfer angesehen wird, wenn sie mindestens einer der Handlungen über den Zeitraum von sechs Monaten (oder länger) mindestens einmal pro Woche ausgesetzt war. Nur wenn dies von einer Person im Fragebogen so angegeben ist, wird Mobbing festgestellt. Andere Forscher setzen das Kriterium nicht ganz so eng und sehen eine Person auch dann schon als von Mobbing betroffen an, wenn die Handlungen weniger oft als wöchentlich auftreten und/oder über einen kürzeren Zeitraum als sechs Monate andauern.

Für die Vorgabe der Handlungen werden wiederum unterschiedliche Instrumente gewählt. Viele Forscher setzten das „Leymann Inventory of Psychological Terrorization“ (LIPT; Leymann, 1990) ein. Dieser Fragebogen wurde von Leymann entwickelt und enthält die von ihm in seinen Studien gefundenen 45 Mobbinghandlungen. Ebenfalls häufig kommt der „Negative Acts Questionnaire“ (NAQ, Einarsen & Raknes, 1997) zum Einsatz. Dieser Fragebogen ist vergleichbar mit dem LIPT. Die NAQ-Items beschreiben negative Verhaltensweisen/Handlungen. Es wird gemessen, wie häufig eine Person in den letzten sechs Monaten den vorgegebenen negativen Handlungen ausgesetzt war. Die Antwortkategorien beziehen sich auf ein Kontinuum von unterschiedlichen Graden der Mobbingintensität (z.B. „never“, „now and then“, „about weekly“, „about daily“). In seiner ursprünglichen Version sah der LIPT die Überprüfung des Vorhandenseins der Mobbinghandlungen mittels einer dichotomen (ja – nein) Antwortskala vor. Diese daraus resultierende Aufteilung in Mobbingbetroffene und Nichtbetroffene wurde als zu undifferenziert und daher unangemessen für die Komplexität der Problematik kritisiert (vgl. Neuberger, 1995). Auch für den LIPT hat sich deshalb mittlerweile durchgesetzt, als Antwortkategorien ein Kontinuum vorzugeben, in dem die unterschiedliche Mobbingbetroffenheit differenziert wird (z.B. „nie“, „selten“, „einmal pro Woche“, „fast täglich“, „täglich“).

Viele Forscher setzen zur Vorgabe von negativen Handlungen auch „Eigenkreationen“ ein, indem sie z.B. die vorhandenen Fragebögen um eigene Items ergänzen, nur eine Auswahl der Items der Instrumente einsetzen oder Mischformen aus LIPT und NAQ herstellen.

Eine dritte Variante zur Messung der Mobbinghäufigkeit besteht darin, auf einer Skala einen **Cut-Off-Punkt** festzulegen. Hierbei hängt die gemessene Mobbingrate natürlich davon ab, wo dieser Cut-Off gesetzt wird. Als geläufigstes Instrument, das zu diesem Vorgehen gehört, ist die „Work-Harassment-Scale“ (WHS, Björkqvist & Östermann, 1992) anzusehen. Es werden 24 Items, die in Anlehnung an den LIPT generiert wurden, nach ihrer Häufigkeit eingeschätzt („sehr oft“ = 4 bis „Nie“ = 0). Die Mobbingbetroffenheit, der so genannte WHS-Wert, wird bestimmt durch den Mittelwert der Einstufungen über alle 24 Handlungen. Es

kann einen Wert zwischen 0 und 4 erreicht werden, wobei 0,75 schon als stark mobbingbetroffen interpretiert wird (vgl. Björkqvist et al., 1994; Wellinger, Scharper & Sonntag, 2002).

Seltener werden neben diesen drei gängigen Strategien zur Erhebung der Mobbinghäufigkeit auch Methoden eingesetzt, in denen ein **einzelnes Item** oder eine Anzahl weniger Items vorgelegt werden. Die Items umschreiben Mobbinghandlungen (z.B. „Ich werde an meinem Arbeitsplatz wie Luft behandelt“) oder bestehen aus einer Frage, die Mobbing als Ganzes repräsentieren soll (z.B. „Have you been subjected to persistent behaviour by others which has eroded your confidence or self-esteem?“). Hieraus wird dann auf das Vorkommen von Mobbing oder mobbingähnlichen Prozessen geschlossen.

Je nach eingesetzter Methode erhält man unterschiedlich hohe Mobbingraten. Generell lässt sich sagen: Je weiter und ungenauer die vorgegebene Definition von Mobbing ist, desto höhere Mobbinghäufigkeiten werden in der Regel gefunden. Die höchsten Raten zeigen sich, wie bereits beschrieben, bei der offenen Selbsteinschätzung ohne Vorgabe einer genauen Mobbingdefinition. Auch bei der Verwendung eines Fragebogens mit Cut-Off-Wert werden typischerweise hohe Mobbingraten erzielt. Mittlere Mobbinghäufigkeiten werden gefunden, wenn Mobbinghandlungen vorgegeben werden und die Zahl der Mobbingopfer mit Hilfe des Leymannschen Kriteriums ermittelt wird. Die niedrigsten Raten erhält man, wenn Mobbing über die Selbsteinschätzung unter Vorgabe einer genauen Mobbingdefinition erhoben wird (vgl. Zapf, 1999a; Zapf et al., 2003).

Interessant ist auch, dass dieselben Personen, die nach dem einen Kriterium als Mobbingopfer gelten, nicht selten einem anderen Kriterium folgend keine Mobbingopfer darstellen und umgekehrt. Zapf (1999a, S.4) berichtet von einer Studie (DAG-Studie von Zapf & Osterwalder, 1998), in der 15,2% der Personen, die aufgrund der vorgegebenen Mobbingdefinition sagten, dass sie ein Mobbingopfer seien, nicht dem Leymannschen Mobbingkriterium entsprachen. Umgekehrt bezeichneten sich 16,9% von denen, die nach Leymanns Kriterium Mobbingopfer waren, selbst nicht als solche. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in einer Repräsentativstudie für die Schweiz (Graf et al., 2002). Hier zeigten sich 7,6% als Mobbingopfer gemäß der Leymannschen Definition; 4,4% der Befragten bezeichneten sich selbst als von Mobbing betroffen (aufgrund einer vorgegebenen Mobbingdefinition). Die Gruppen der Selbstdeklarierten und der nach Leymann Definierten überlagerten sich nur in 2,4% der Fälle. Diese Ergebnisse zeigen noch einmal die Schwierigkeiten einer objektiven Messung der Mobbingbetroffenheit deutlich auf.

1.3.1.2 Ergebnisse zur Mobbinghäufigkeit

Betrachtet man die Studien, in denen Mobbinghäufigkeiten ermittelt wurden, so findet man Zahlen, die sehr breit streuen, was aufgrund der vorangegangenen Ausführungen zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen der Mobbingbefragung nicht verwunderlich ist. Zapf (1999a) fasst die verschiedenen Gründe dafür zusammen. Zum einen sind die unterschiedlichen Messmethoden und zugrunde gelegten Mobbingoperationalisierungen zu nennen. Zum anderen schwanken die Stichprobengrößen und -zusammensetzungen erheblich. Er weist darauf hin, dass bei kleineren Stichproben, die sich zudem teilweise nur auf bestimmte Gruppen, Branchen oder Unternehmen beziehen, Selektionseffekte wirksam sein können: *„Mobbingopfer nehmen mit größerer Wahrscheinlichkeit an solchen*

Untersuchungen teil oder es wurden Branchen untersucht, die besonders hohe Raten von Mobbing aufweisen“ (Zapf, 1999a, S.4). Es ist also zu vermuten, dass bestimmte ermittelte Werte für die Gesamtheit der Erwerbstätigen nicht repräsentativ sind.

Studien, die sich speziell mit den unterschiedlichen Mobbinghäufigkeiten von Branchen, Ländern und Geschlecht beschäftigen, greifen diese Überlegung auf (Ergebnisse hierzu weiter unten).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über Studien, in denen Mobbinghäufigkeiten ermittelt wurden. Weitere Übersichten finden sich bei Zapf (1999a) und Zapf et al. (2003).

Tabelle 1: Evaluationsstudien zu Häufigkeiten von Mobbing (seit 1995)

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Messmethode*	Häufigkeit
Deutschsprachiger Raum:				
Deutschland	Meschkat et al., 2002	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 4396	1	2,7% (Gesamtjahr 2000: 5,5%; gesamtes Erwerbsleben: 11,3%)
	Willingstorfer et al., 2002	Beschäftigte im Dienstleistungsbereich, Schwerpunkt Verwaltungstätigkeit N = 111	4 (WHS) 2	18% 11,8%
Österreich	Niedl, 1995	Krankenhausbeschäftigte N = 368	3 (LIPT)	7,8% (bezogen auf Grundgesamtheit; 26,6% bezogen auf d. Stichprobe)
		Beschäftigte eines Forschungsinstituts N = 63	3 (LIPT)	4,4% (bezogen auf Grundgesamtheit; 17,5% bezogen auf d. Stichprobe)
Schweiz	Graf et al., 2002	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 3220	3 (LIPTx) 2	7,6% 4,4%
Skandinavien:				
Finnland	Vartia, 1996	Mitarbeiter aus der Kommunalverwaltung N = 949	1	10,1%
	Kivimäki et al., 2000	Krankenhausbeschäftigte N = 5655	1	5%
	Salin, 2003b	Mitglieder einer finnischen Organisation (SEFE) für Berufstätige mit Universitätsabschluss; N = 377	3 (NAQx) 1	24,1% 8,8% („occasionally“; 1,6% „at least weekly“)
	Varhama & Björkqvist, 2004	Mitarbeiter eines Produktionsbetriebs in Finnland N = 330	1	14% (Summe aus drei vorgegebenen Intensitätslevels von Mobbing)

Tabelle 1 (Fortsetzung)
 Evaluationsstudien zu Häufigkeiten von Mobbing (seit 1995)

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Messmethode*	Häufigkeit
Dänemark	Mikkelsen & Einarsen, 2001	Kursteilnehmer eines dänischen Instituts für „postgraduate educational studies“, N = 90	3 (NAQ) 1	14% 2,2%
		Krankenhausbeschäftigte N = 236	3 (NAQ) 1	16% 3%
		Mitarbeiter eines Produktionsbetriebs N = 224	3 (NAQ) 1	8% 4,1%
		Mitarbeiter eines Warenhauses, N = 215	3 (NAQ) 1	25% 3,3%
		Hogh & Dofradottir, 2001	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 1857	5 (2 Items)
Norwegen	Einarsen & Skogstad, 1996	14 verschiedene Stichproben: Gesamt: N = 7787	1	8,6% (1,2% wöchentl.)
		Lehrer N = 554	1	8,4% (2,4% wöchentl.)
		Handel N = 383	1	11,5% (3,5% wöchentl.)
		Beamte/Büroarbeiter N = 265	1	12,9% (3,9% wöchentl.)
		Grafiker N = 159	1	15,2% (1,9% wöchentl.)
		Hotel/Restaurant N = 172	1	16,1% (2,9% wöchentl.)
		„Employers Federation“ N = 181	1	9,7% (0,6% wöchentl.)
		Elektriker N = 480	1	7,9% (0,8% wöchentl.)
		Universitätsmitarbeiter N = 1470	1	6,2% (0,7% wöchentl.)
		Industriearbeiter N = 485	1	17,4% (1,3% wöchentl.)
		Psychologen N = 1402	1	5,9% (0,6% wöchentl.)
		Mitarbeiter im Gesundheitssektor N = 2145	1	7,6% (1,1% wöchentl.)
		Manager im Gesundheitssektor N = 344	1	12,3% (0,3% wöchentl.)
			Einarsen et al., 1998	Krankenpfleger/innen N = 745
	Eriksen & Einarsen, 2004	Krankenpfleger/innen N = 6485	1	4,5%

Tabelle 1 (Fortsetzung)
Evaluationsstudien zu Häufigkeiten von Mobbing (seit 1995)

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Messmethode*	Häufigkeit
Schweden	Hansen et al., 2006	Mitarbeiter von 5 schwedischen Unternehmen: Schule N = 78, Tele-Kommunikation N = 82, Sozialversicherung N = 40, Pharmazie N = 85, Holzindustrie N = 47 Gesamt N = 332	1	5%
Andere:				
Großbritannien	Rayner, 1997	part time students N = 581	1	53% (jemals im Berufsleben)
	Hoel & Cooper, 2000	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 5288	1	10,5% (1,4% wöchentl.)
	Quine, 2002	Ärzte N = 594	6	37% (in den letzten 12 Monaten)
	Paice et al., 2004	Ärzte (in der Ausbildung) N = 2730	5 (1 Item)	18% (1 Item)
Niederlande	Hubert & Veldhoven, 2001	Stichprobe beinhaltet folgende Branchen: Industrie, Ausbildung, Gesundheitssektor, Regierung, öffentlicher Dienst, Handel, Wirtschaft, Finanzwesen, Produktion, Transportdienst, Dienstleistung, Sonstige N = 66764	5 (4 Items)	2,2% (Mittelwert aus 4 Items zu aggressiven und unangenehmen Situationen, oft oder immer)
Polen	Varhama & Björkqvist, 2004	Mitarbeiter eines Produktionsbetriebs Polen N = 66	1	24% (Summe aus drei vorgegebenen Intensitätslevels von Mobbing)
Europa	Jennifer, 2003	Beschäftigte aus Europa: Fabrik (Portugal), Lehrer (Spanien), Telekommunikation (UK) N = 677	1	21,1% (keine differenzierten Ergebnisse nach Ländern angegeben)

* Erläuterung der Messmethoden:

1 = Selbsteinschätzung unter Vorgabe einer Mobbingdefinition

2 = Selbsteinschätzung ohne Vorgabe einer Mobbingdefinition

3 = Erhebung von Mobbing nach Leymanns Operationalisierung (mind. 1 Mobbinghandlung, mind. 1x pro Woche, mind. 6 Monate); das verwendete Instrument ist in Klammern angegeben (LIPT = Leymann Inventory of Psychological Terrorization; NAQ = Negative Acts Questionnaire; x = leichte Abwandlung des Instruments)

4 = Fragebogen mit Cut-Off-Punkt (WHS = Work-Harassment-Scale)

5 = Vorgabe von einzelnen Items

6 = keine näheren Angaben zur Messung von Mobbing

Wie auch Zapf berichtet, schwanken die Mobbinghäufigkeiten, die in großen (repräsentativen) Stichproben gefunden werden und sich auf eine engere Mobbingdefinition beziehen (Leymann-Kriterium oder Vorgabe Mobbingdefinition), im Vergleich zu den Studien, die kleinere selektivere Stichproben untersuchen und/oder weitere Mobbingdefinitionen zulassen. In Tabelle 1 zeigen sich für diese Gruppe von Studien Häufigkeiten zwischen 1,2% (Repräsentativstudie für Norwegen, Einarsen & Skogstad, 1996) und 7,6% (Repräsentativstudie für die Schweiz, Graf et al., 2002).

In der Repräsentativstudie für Deutschland (Meschkutat et al., 2002), die im Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergab sich eine für den Zeitpunkt der Befragung aktuelle Betroffenheitsquote von 2,7%. Meschkutat et al. geben an, dass dies in der Praxis heißt, *„dass in einem Unternehmen mit 100 Beschäftigten davon ausgegangen werden kann, dass drei Beschäftigte aktuell unter Mobbing leiden. Bei einer Gesamtzahl von 38,988 Mio. Erwerbstätigen in der Bundesrepublik Deutschland (Stand Dezember 2000; Quelle Statistisches Bundesamt, Wiesbaden) entspricht dies einer absoluten Zahl von rund 1,053 Mio. Personen“* (Meschkutat et al., 2002, S.24). Sie weisen darauf hin, dass diese in Deutschland gemessene Mobbingrate von 2,7% verglichen mit den bisherigen Erkenntnissen der europäischen Mobbingforschung weder besonders hoch noch niedrig ist.

Über die aktuelle Betroffenheitsquote hinaus wurde in dieser Untersuchung weiter ermittelt, dass insgesamt 5,5% der erwerbstätigen Bevölkerung im Laufe des Jahres 2000 von Mobbing betroffen waren (hierzu werden alle Fälle gezählt, die im Jahr 2000 entstanden sind, sowie die Fälle, die schon vor dem Jahr 2000 begonnen haben und im Jahr 2000 noch andauern oder in dem Jahr beendet wurden). Werden noch die Mobbingopfer aus der Vergangenheit dazugerechnet (d.h. alle Personen, die in der Befragung angegeben haben, zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Erwerbsleben einmal Mobbing erfahren zu haben), ergibt sich eine gesamte Betroffenheitsquote von 11,3% aller Beschäftigten. Anders ausgedrückt heißt das, dass ca. jede neunte Person im erwerbsfähigen Alter schon mindestens einmal im Laufe ihres Erwerbslebens gemobbt worden ist. Die Relevanz der Mobbingproblematik ist für Deutschland mit diesen Ergebnissen belegt.

Neben den Repräsentativstudien mit engen Mobbingdefinitionen gibt es viele Studien, die eine nicht so strenge Mobbingdefinition zugrunde legen (z.B. Mobbinghandlungen weniger oft als wöchentlich; einfache Untersuchung, ob negative Handlungen und negatives Sozialverhalten überhaupt auftreten). Hier werden deutlich höhere Mobbinghäufigkeiten bis zu 20% gefunden (z.B. Einarsen & Skogstad, 1996; Hoel & Cooper, 2000; Paice et al., 2004; Varhama & Björkqvist, 2005). Diese Zahlen zeigen auf, dass viele Beschäftigte in Organisationen und Unternehmen in einer gewissen Regelmäßigkeit negativen (Mobbing-) Handlungen ausgesetzt sind, die zwar nicht unter eine strikte Mobbingdefinition fallen, aber dennoch bedeuten, dass die Beschäftigten einer Form von intensiven sozialen Stressoren am Arbeitsplatz ausgesetzt sind (vgl. Zapf et al., 2003).

Zapf et al. (2003) geben zu bedenken, dass die gemessenen Häufigkeiten von Mobbing vielleicht in Teilen eine Überschätzung der tatsächlichen Zahlen sein könnten. So kann es sein, dass Opfer von Mobbing an Studien, die das Phänomen betreffen, mit größerer Wahrscheinlichkeit teilnehmen (vgl. z.B. Niedl, 1995) und somit überrepräsentiert wären. Gegen diese Vermutung sprechen die Ergebnisse aus Studien, in denen beobachtetes Mobbing erhoben wurde. Hier wurde nicht nur nach selbst erlebtem Mobbing gefragt, sondern auch danach, ob man beobachtet hat, dass eine Person (in der eigenen Organisation, im eigenen Unternehmen, in der eigenen Abteilung etc.) Opfer von Mobbing ist. Die in den Studien berichteten Häufigkeiten von beobachtetem Mobbing liegen zwischen

5% und 38,2% (vgl. Vartia, 1996; Einarsen et al.; 1998; Salin, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2001; Willingstorfer et al., 2002; Jennifer, 2003; Hansen et al., 2006). In einigen Studien sind die beobachteten Mobbinghäufigkeiten sogar beträchtlich bei Werten von 69% oder 77% (vgl. Rayner, 1997; Quine, 2002). Allen Studien ist jedoch gemein, dass die berichteten Häufigkeiten von beobachtetem Mobbing jeweils höher sind als die Häufigkeiten der Selbsteinschätzungen. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass nicht nur keine Überschätzung der Häufigkeitsraten durch die Mobbingopfer vorliegt, sondern vielleicht sogar eine Unterschätzung. Es könnte die Tendenz bestehen, dass Opfer ungern ihre Situation nach außen eingestehen, weil sie nicht als schwach und unfähig, eine solche Situation souverän handhaben zu können, angesehen werden wollen.

1.3.2 Intensität und Dauer von Mobbing

Die Merkmale „Intensität“ und „Dauer“ sind entscheidend dafür, dass überhaupt von Mobbing gesprochen werden kann. Nur wenn eine Person bestimmten Handlungen mit einer gewissen Regelmäßigkeit, also Intensität, ausgesetzt ist und dies über einen längeren Zeitraum andauert, wird per Definition überhaupt erst der Tatbestand von Mobbing erfüllt. Beide Merkmale stellen also die entscheidenden Kriterien zur Unterscheidung zwischen alltäglichen Spannungen und Reibereien sowie Mobbing dar.

Untersuchungsergebnisse zur Intensität von Mobbing beziehen sich fast immer auf die Abfrage, wie häufig Personen sich gemobbt gefühlt haben (unter Vorgabe einer Definition) oder wie häufig die erlebten Mobbinghandlungen aufgetreten sind. In der Regel werden hierzu Antwortkategorien wie z.B. „täglich“, „fast täglich“, „mindestens einmal pro Woche“, „mindestens einmal pro Monat“, „nie“ (vgl. z.B. Knorz & Zapf, 1996) vorgegeben. Willingstorfer et al. (2002, S.5), weisen darauf hin, *„dass allein eine Bestimmung von Häufigkeiten der Mobbinghandlungen nicht der Komplexität der Mobbingssituation gerecht wird und somit keine validen Aussagen über die Intensität des Mobbings zulässt. Es wird daher eine mehrdimensionale Messung gefordert, welche die Mobbingintensität als kontinuierliches und zusammengesetztes Maß aus Häufigkeit und Dauer der Mobbinghandlungen sowie anderen situationsbeschreibenden Maßen erfasst“* (Neuberger, 1995; Zuschlag, 1994). Wie sie jedoch selbst schreiben, liegen in der Literatur noch keine Annahmen zur Art der Verknüpfung der unterschiedlichen Maße vor. In ihrer Untersuchung haben Willingstorfer et al. neben der Häufigkeit und der Dauer der Mobbinghandlungen zusätzlich den Grad der Betroffenheit durch die jeweilige Handlung erhoben. Signifikante Unterschiede zwischen der Häufigkeit der Mobbinghandlung und dem Grad der Betroffenheit zeigten sich für die Faktoren „verbale Aggression“ und „Angriffe über organisationale Maßnahmen“. Der Grad der Betroffenheit war jeweils höher als die Einstufung des Häufigkeitsmaßes. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass es bestimmte Mobbinghandlungen gibt, die, auch wenn sie nicht so häufig auftreten, in ihrer Auswirkung auf die betroffenen Personen hingegen sehr schwer wiegen.

In Ermangelung an Studien, die diese neuere differenzierte Sichtweise zur Intensität von Mobbing einnehmen, werden nun die Ergebnisse der Studien vorgestellt, die die Auftretenshäufigkeiten der Mobbinghandlungen untersucht haben. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird dadurch erschwert, dass viele Studien nur jeweils den Anteil an der Gesamtpopulation angeben, was nur von geringerer Aussagekraft über die Intensität bei

Mobbingfällen aussagt. Dem gegenüber stehen Untersuchungen, die sich nur auf die Personen beziehen, die vorher als Mobbingopfer klassifiziert wurden.

Zu dieser zweiten Art von Studien zählen Folgende:

In einer repräsentativen Studie für Schweden von Leymann (1991, zitiert nach Neuberger, 1999, S.70) zeigten sich 16,5% der von Mobbing betroffenen Personen täglich, 40% fast täglich und 43,5% wöchentlich Mobbinghandlungen ausgesetzt.

Knorz & Zapf (1996) fanden, dass 22% der von Mobbing betroffenen Personen täglich den Mobbinghandlungen ausgesetzt waren und 38% fast täglich. 40% fühlten sich mindestens einmal pro Woche gemobbt.

Die Repräsentativstudie für Deutschland von Meschkutat et al. (2002) berichtet, dass sich 23,8% der von Mobbing betroffenen Personen täglich den Handlungen ausgesetzt sahen, 32,3% mehrmals in der Woche, 26% mehrmals im Monat und 17,9% seltener als mehrmals im Monat. Das heißt, dass annähernd jeder vierte Betroffene täglich und knapp jeder Dritte mehrmals in der Woche gemobbt wurde. In über der Hälfte der Mobbingfälle in Deutschland finden die Mobbinghandlungen also häufig bis sehr häufig statt.

Die Ergebnisse der drei zitierten Studien zeigen sich als vergleichbar. Sie bestätigen alle konform, dass Mobbing bei einem hohen Prozentsatz der Betroffenen häufig bis sehr häufig auftritt, ca. jede fünfte Person erlebt täglich Mobbinghandlungen.

Die Ermittlung der Dauer von Mobbing ist vor allem mit dem Problem behaftet, dass die (retrospektive) Festlegung der Dauer des Mobbingprozesses schwierig ist, da Mobbing nicht als eine plötzlich beginnende Handlungskette, sondern als schleichend einsetzender Prozess erlebt wird (Niedl, 1995). Es wird einer betroffenen Person sehr schwer fallen, exakt angeben zu können, wann das Mobbing gegen sie begonnen hat. Sehr subjektive Empfindensmaßstäbe gehen also in die berichteten Dauerangaben ein. Zum anderen stellt sich ein Problem die Mobbingdefinition betreffend.

Tabelle 2 zeigt Studien, die eine durchschnittliche Mobbingdauer berichten. (Weitere Übersichten zu Studien zur Dauer von Mobbing finden sich bei Zapf, 1999a, und Zapf et al., 2003).

Tabelle 2: Durchschnittliche Dauer der Mobbingfälle in Monaten

Land	Autor(en) & Jahr	N	durchschnittliche Dauer in Monaten
Deutschland	Knorz & Zapf, 1996	50	40,1
	Meschkutat et al., 2002	356	16,4
	Ramsayer & Schmiga, 2003	147	21,3
Schweden	Leymann, 1993	85	15
Norwegen	Einarsen & Skogstad, 1996	268	18
Finnland	Salin, 2001	33	32,4

Die Studien zeigen auf, dass es sich bei Mobbing um ein langandauerndes Phänomen handelt. Betrachtet man die größeren Repräsentativstudien aus Deutschland (Meschkutat et al., 2002), Schweden (Leymann, 1993) und Norwegen (Einarsen & Skogstad, 1996), so findet man eine durchschnittliche Dauer von 15 bis 18 Monaten.

In der Untersuchung von Meschkutat et al. (2002) ergaben sich folgende Häufigkeitsverteilungen in Bezug auf die Dauer des Mobbingprozesses (Abb.1).

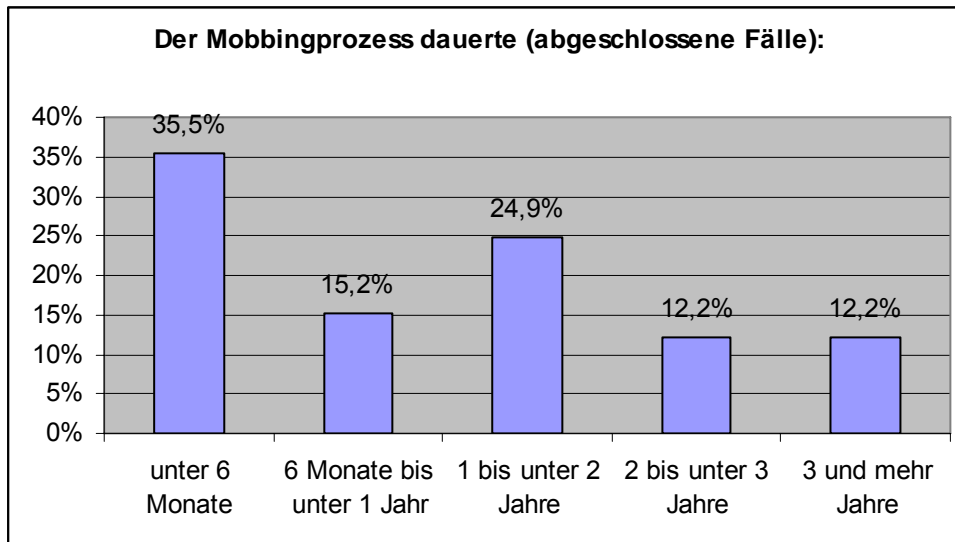


Abb.1: Dauer des Mobbingprozesses
(Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.52)

Die Gruppe der Personen, die unter 6 Monate von Mobbing betroffen war, ist die größte. Rechnet man die Personen hinzu, die zwischen 6 Monaten und einem Jahr lang Mobbing ausgesetzt waren, so ergibt sich eine Prozentzahl von 50,7%. Knapp über die Hälfte aller Mobbingfälle in Deutschland dauert also unter 1 Jahr. Allerdings findet sich fast jeder Achte (12,2%) auch nach über 3 Jahren noch im Mobbingzustand.

Diverse weitere Studien belegen, dass ein beträchtlicher Anteil an Mobbingfällen eine sehr lange Dauer aufweist. Mikkelsen & Einarsen (2001) fanden, dass 15% der Mobbingbetroffenen über 2 Jahre gemobbt wurden. Rayner (1997) berichtet von 18%, die 2 Jahre und länger einem Mobbingprozess ausgesetzt waren. Hoel & Cooper (2000) weisen gar einen Anteil von 39% der Mobbingopfer aus, bei denen die Mobbingdauer 2 Jahre überschritt.

In Studien, in denen ausschließlich Mobbingopfer (als Grundgesamtheit) untersucht wurden, lag die durchschnittliche Dauer des Mobbingprozesses in der Regel sogar über 3 Jahren (vgl. z.B. Leymann & Gustafsson, 1996; Zapf, 1999a). Zapf et al. (2003) führen diesen Unterschied in der Mobbingdauer auf Selektionseffekte zurück. Bei der Suche nach Mobbingbetroffenen für eine Studie zum Thema sind schwerere Mobbingfälle wahrscheinlich eher bereit bzw. haben ein größeres Interesse teilzunehmen.

Die Ergebnisse der Studien zu Mobbingdauer belegen einheitlich, dass Mobbing normalerweise keine kurze Episode darstellt, sondern im Gegenteil ein lang andauernder Prozess ist.

Über diese Ergebnisse hinaus wird in einigen Studien die Verknüpfung von Dauer und Intensität betrachtet. Einarsen & Skogstad (1996) fanden in ihrer Untersuchung, dass die

Personen, die sehr häufig Mobbinghandlungen erlebten (wöchentlich), auch eine längere Dauer ihres Mobbingprozesses angaben. Auf der anderen Seite berichteten diejenigen, die seltener Mobbinghandlungen erlebten (z.B. hin und wieder) eine viel kürzere Dauer des Mobbinggeschehens. Dies Ergebnis wird durch Zapf & Groß (2000) bestätigt. In einer quantitativen Untersuchung konnten sie zeigen, dass drei von fünf Mobbingstrategien öfter auftraten, je länger der Mobbingprozess andauerte. Darüber hinaus fanden sie in einer ergänzenden qualitativen Interviewstudie, dass fast alle der Mobbingopfer davon berichten, dass Mobbing im Verlauf der Zeit immer mehr eskaliert.

Es ist festzuhalten, dass Mobbing, je länger es andauert, umso intensiver in Bezug auf die Häufigkeit der erlebten Mobbinghandlungen zu werden scheint.

1.3.3 Unterschiedliche Mobbingstrategien/Mobbinghandlungen

Wie schon in den Definitionen des Mobbingbegriffs deutlich wird und sich in vielen Untersuchungen von Mobbingfällen gezeigt hat, existiert eine Vielzahl von Handlungen, die bei Mobbing auftreten können.

Um einen Überblick über diese Vielfalt zu gewinnen, wurde vielfach nach einer Einteilung der Mobbinghandlungen in unterschiedliche Gruppen, von Zapf Mobbingstrategien genannt (z.B. Zapf et al., 1996; Zapf, 1999a), gesucht. Wie Zapf (1999a) berichtet, bildeten Forscher solche Gruppen entweder theoriegeleitet, intuitiv oder auf einer empirischen Basis mit Hilfe von Faktorenanalysen.

Die erste Einteilung stammt von Leymann, der eine Kategorisierung der Mobbinghandlungen in fünf Gruppen vorschlägt. Die von ihm gefundenen 45 Handlungen, aus denen er diese Gruppen bildete, stammen aus Interviews mit 300 von Mobbing betroffenen Personen (Leymann, 2002, S.33f.). Die Zuordnung der einzelnen Handlungen zu den Gruppen erfolgte nicht durch statistische Methoden, sondern wurde nach inhaltlichen Gesichtspunkten (die Auswirkungen für das Opfer waren der Bezugspunkt) vorgenommen. Leymann selbst weist darauf hin, dass die Grenzen der Kategorien nicht scharf sind und einige Handlungen auch anderen Rubriken zugeordnet werden könnten. Im Folgenden sind die Kategorien und die zugeordneten Handlungen aufgeführt:

1. Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen:

- Der Vorgesetzte schränkt die Möglichkeit ein, sich zu äußern.
- Man wird ständig unterbrochen.
- Kollegen schränken die Möglichkeit ein, sich zu äußern.
- Anschreien oder lautes Schimpfen.
- Ständige Kritik an der Arbeit.
- Ständige Kritik am Privatleben.
- Telefonterror.
- Mündliche Drohungen.
- Schriftliche Drohungen.
- Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke oder Gesten.
- Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne dass man etwas direkt anspricht.

2. Angriffe auf die sozialen Beziehungen:

- Man spricht nicht mehr mit dem/der Betroffenen.

- Man lässt sich nicht ansprechen.
- Versetzung in einen Raum weitab von den Kollegen.
- Den Arbeitskollegen/innen wird verboten, den/die Betroffenen anzusprechen.
- Man wird „wie Luft“ behandelt.

3. Angriffe auf das soziale Ansehen:

- Hinter dem Rücken des/der Betroffenen wird schlecht über ihn/sie gesprochen.
- Man verbreitet Gerüchte.
- Man macht jemanden lächerlich.
- Man verdächtigt jemanden, psychisch krank zu sein.
- Man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen.
- Man macht sich über eine Behinderung lustig.
- Man imitiert den Gang, die Stimme oder Gesten, um jemanden lächerlich zu machen.
- Man greift die politische oder religiöse Einstellung an.
- Man macht sich über das Privatleben lustig.
- Man macht sich über die Nationalität lustig.
- Man zwingt jemanden, Arbeiten auszuführen, die das Selbstbewusstsein verletzen.
- Man beurteilt den Arbeitseinsatz in falscher oder kränkender Weise.
- Man stellt die Entscheidungen des/der Betroffenen in Frage.
- Man ruft ihm/ihr obszöne Schimpfworte oder andere entwürdigende Ausdrücke nach.
- Sexuelle Annäherungen oder verbale sexuelle Angebote.

4. Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation:

- Man weist dem/der Betroffenen keine Arbeitsaufgaben zu.
- Man nimmt ihm jede Beschäftigung am Arbeitsplatz, so dass er sich nicht einmal selbst Aufgaben ausdenken kann.
- Man gibt ihm sinnlose Arbeitsaufgaben.
- Man gibt ihm Aufgaben weit unter seinem eigentlichen Können.
- Man gibt ihm ständig neue Aufgaben.
- Man gibt ihm „kränkende“ Arbeitsaufgaben.
- Man gibt dem/der Betroffenen Arbeitsaufgaben, die seine/ihre Qualifikation übersteigen, um ihn zu diskreditieren.

5. Angriffe auf die Gesundheit:

- Zwang zu gesundheitsschädlichen Arbeiten.
- Androhung körperlicher Gewalt.
- Anwendung leichter Gewalt, z.B. um jemandem einen „Denkzettel“ zu verpassen.
- Körperliche Misshandlung.
- Man verursacht Kosten für den / die Betroffenen, um ihm/ihr zu schaden.
- Man richtet physischen Schaden im Heim oder am Arbeitsplatz des/der Betroffenen an.
- Sexuelle Handgreiflichkeiten.

Eine andere Einteilung liefern Zapf et al. (1996) aufgrund einer faktorenanalytischen Untersuchung. Die zugrunde liegenden Daten für die Studie wurden mit dem Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) gewonnen (es wurden zwei Betroffenenstichproben untersucht, N = 50 und N = 99), basierten also auf den 45 Mobbinghandlungen von Leymann. Die fünf von Leymann vorgeschlagenen Gruppen konnten nicht bestätigt werden, stattdessen fanden Zapf et al. sieben Faktoren:

1. Angriffe über organisationale Maßnahmen
2. Angriffe auf soziale Beziehungen durch Isolation
3. Angriffe auf das Privatleben
4. Physische Gewalt
5. Angriffe auf die Einstellung des Opfers
6. Verbale Aggression
7. Gerüchte

Ähnliche Kategorien auf der Basis des LIPT werden in verschiedenen Studien (Vartia, 1991; Niedl, 1995; zur Mühlen et al., 2001, zitiert nach Zapf et al., 2003) gefunden.

Faktorenanalysen, die auf der Grundlage des Negative Acts Questionnaire (NAQ) durchgeführt wurden, werden z.B. von Einarsen & Raknes (1997) und von Einarsen & Hoel (2001) berichtet. Erstgenannte fanden Faktoren, die sich auf „Angriffe auf die Privatperson“, „soziale Isolation“, „arbeitsbezogene Maßnahmen“ und „physische Gewalt“ bezogen. Einarsen & Hoel (2001) schlagen zwei Faktoren vor: „personal bullying“ und „work-related bullying“.

Zapf (1999a, S.10) listet die verschiedenen Forschungsergebnisse zusammenfassend die meistgefundenen Mobbingstrategien auf:

- Mobbing über organisationale Maßnahmen (betreffen schwerpunktmäßig die Arbeitsaufgaben und den Entzug von Entscheidungskompetenzen)
- Soziale Isolierung (mit der betroffenen Person wird nicht mehr gesprochen, sie wird gemieden und ausgegrenzt)
- Angriffe auf die Person und ihre Privatsphäre (z.B. Lustigmachen über die betreffende Person; Witze über ihr Privatleben)
- Verbale Drohungen bzw. verbale Aggression (z.B. anschreien, kritisieren und demütigen vor versammelter Mannschaft)
- Androhung oder Ausübung körperlicher Gewalt

Oft wird zusätzlich (wie bei Zapf et al., 1996) noch eine eigene Kategorie für Gerüchte berichtet (Björkquist et al., 1994; Vartia, 1993, zitiert nach Zapf, 1999).

Die in verschiedenen Studien berichteten Häufigkeiten der Mobbinghandlungen bzw. Mobbingstrategien sind ebenfalls vergleichbar.

Knorz & Zapf (1996) berichten die Häufigkeit der Mobbinghandlungen aus dem Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT). Am häufigsten wurden die Handlungen „Hinter dem Rücken wird schlecht über jm. gesprochen“ (96%), „Abwertende Blicke oder Gesten“ (86%), „Kontaktverweigerung durch Andeutungen“ (84%), „Man wird wie Luft behandelt“ (80%) und „Falsche o. kränkende Beurteilung der Arbeitsleistung“ (80%) genannt.

Die seltensten Nennungen erhielten die folgenden Handlungen: „Zwang zu psychiatrischer Untersuchung“ (6%), „Ausübung körperlicher Gewalt (6%), „Androhung körperlicher Gewalt“ (4%), „Körperliche Misshandlung“ (2%) und „Sexuelle Handgreiflichkeiten“ (0%). Außerdem stellen sie in ihrer Untersuchung fest, dass eine große Anzahl von Handlungen, die ihnen bei ihrer qualitativen Untersuchung in Interviews geschildert wurden, nicht im LIPT enthalten ist. Meschkutat et al. (2002) fanden in der repräsentativen Stichprobe für Deutschland folgende Häufigkeiten (Abb.2):

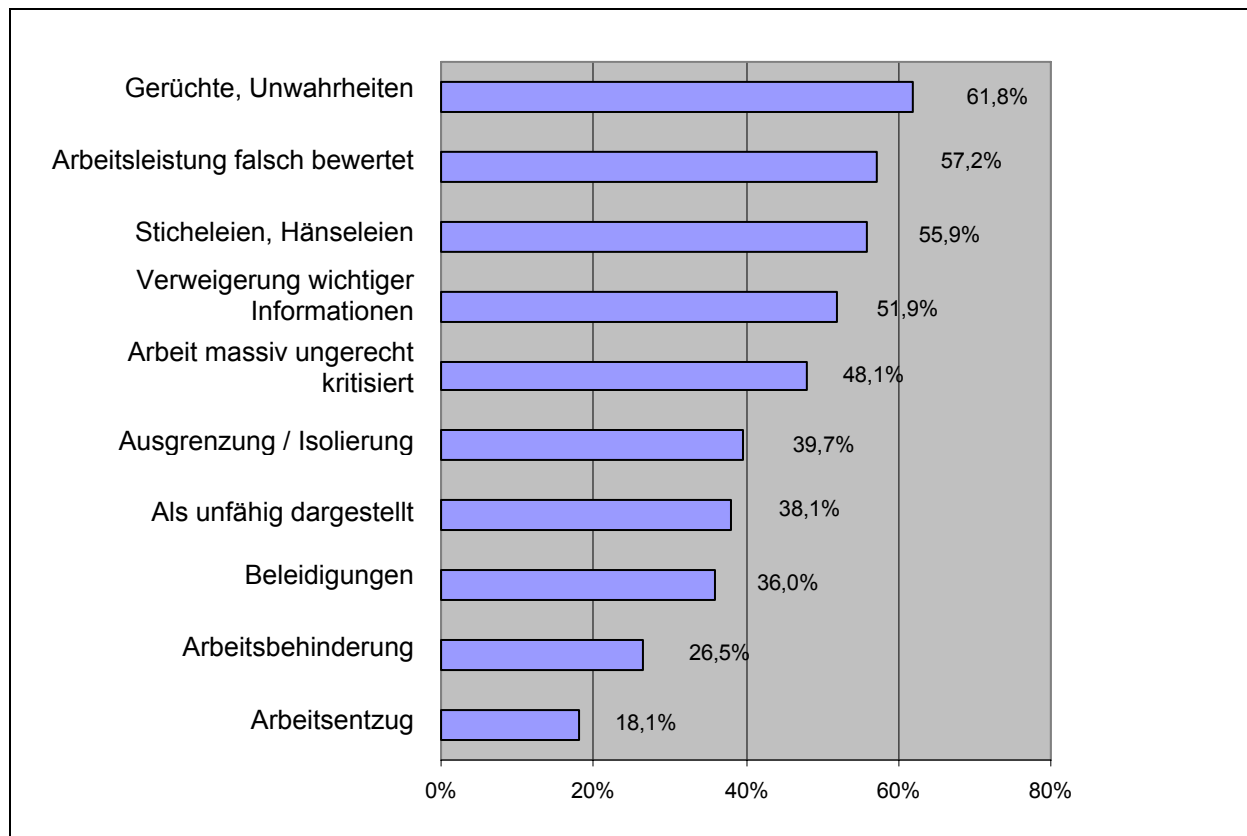


Abb.2: Inhalte der Mobbinghandlungen gestaffelt nach Häufigkeit des Auftretens (Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.39)

In der Regel zeigen sich in den verschiedenen Studien übereinstimmend „Gerüchte“ in den Untersuchungen als am häufigsten vertreten. In teilweise leicht unterschiedlichen Reihenfolgen kommen dann „organisationale Maßnahmen“, „verbale Angriffe“ und „soziale Isolation“, die ähnliche Häufigkeiten aufweisen. Angriffe auf die Privatperson zeigen sich weniger häufig. Allen Studien ist gemein, dass physische Gewalt nur sehr selten stattfindet (vgl. z.B. Meschkutat et al, 2002; Mikkelsen & Einarsen, 2001). Zapf (1999a) berichtet von Ergebnissen physische Gewalt betreffend, die zwischen 2,4% und 9,1% liegen.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Häufigkeit von Mobbingstrategien zeigen auf, dass Mobbing vorrangig durch psychische und nicht physische Aggression geprägt ist.

1.3.4 Charakteristika der Mobbingopfer

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse dargestellt, die sich auf die Mobbingopfer und ihre Charakteristika beziehen.

1.3.4.1 Geschlecht

Die Frage, ob Frauen häufiger zum Opfer von Mobbing werden als Männer, wird häufig diskutiert. Zapf (1999a, S.6) gibt ein gängiges Vorurteil wieder: *„Nicht selten wird dabei angenommen, dass die Opferrolle als Sozialisationsprodukt ein typisch weibliches Phänomen sei, dass Frauen über ein geringeres Selbstbewusstsein verfügen, sich typischerweise weniger zur Wehr setzen und typischerweise weniger physische Aggression zeigen.“*

Tabelle 3 listet Studien auf, die die Mobbinghäufigkeit in Prozent für Männer und Frauen getrennt berichten. (Eine Übersicht über absolute Zahlen, Mobbingopfer betreffend, differenziert nach Männern und Frauen, findet sich bei Zapf, 1999a, und Zapf et al., 2003.)

Tabelle 3: Häufigkeiten von Mobbing differenziert nach Geschlecht

Land	Autor(en) & Jahr	N	Frauen	Männer
Deutschland	Meschkutat et al., 2002	2765	3,5%	2%
Finnland	Salin, 2001	377	11,6%	5,1%
Norwegen	Eriksen & Einarsen, 2004	6485	4,3%	10,2%
Schweden	Hansen et al., 2006	332	5%	4,9%
Großbritannien	Rayner, 1997	581	25%*	28%*
	Hoel & Cooper, 2000	5288	12%	10%
	Quine, 2002	594	43%	32%
	Paice et al., 2004	2730	21%	16%

*jemals im Berufsleben

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind die Ergebnisse uneinheitlich.

Die meisten Studien berichten allerdings eine höhere Mobbinghäufigkeit für Frauen als für Männer. Dies deckt sich mit dem, was Zapf (1999a) in seinem Überblicksartikel schreibt. In den Studien, die von ihm zusammengetragen wurden, fand er, dass oftmals bis zu zwei Drittel Frauen unter den Mobbingopfern waren.

Verschiedene Argumente sprechen jedoch gegen einen voreiligen Schluss, dass Frauen tatsächlich häufiger von Mobbing betroffen sind als Männer.

Betrachtet man die Häufigkeiten der Opfer im Verhältnis zu den jeweiligen Gesamtstichproben, so stellt man oft fest, dass sich der Anteil von Männern und Frauen als Mobbingopfer in den Anteilen, die die Geschlechter in der Gesamtstichprobe einnehmen,

wiederfindet. Mit anderen Worten waren die Frauen schon in der untersuchten Stichprobe überrepräsentiert. Dies liegt daran, dass viele Mobbingstudien in Branchen mit einem hohen Frauenanteil durchgeführt wurden.

Weiter hat sich in der Stressforschung gezeigt, dass Frauen eher bereit sind, über gesundheitliche Probleme zu berichten und einzugestehen, dass sie in einer Situation hilflos sind (Zapf, 1999a). So zeigt sich denn auch, dass Frauen in reinen Mobbingstichproben (Studien, in denen nur Mobbingopfer untersucht wurden) stärker vertreten sind als in Stichproben, die ein stärkeres Maß an Repräsentativität aufweisen. Auch dies könnte ein Grund dafür sein, dass die Frauen in den Untersuchungen häufiger als Mobbingopfer in Erscheinung treten als Männer.

Vielfach wird über diese beiden Punkte hinaus angemerkt, dass Frauen tatsächlich in einem gewissen Grad stärker von Mobbing betroffen sein könnten, aber nicht primär aufgrund ihres Geschlechts bzw. typisch weiblicher Sozialisation. Vielmehr besetzen Frauen im Schnitt niedrigere Positionen in Organisationen als Männer. Z.B. sind sie viel seltener in Management- und Führungspositionen vertreten (Hoppenstedt, 2007; Schneider, 2007). Da Mobbing aber viel häufiger von oben nach unten stattfindet als umgekehrt (s. Abschnitt 1.3.5.2), könnte auch hierin ein Grund zu finden sein, warum Frauen häufiger zu Mobbingopfern werden.

Aber nicht alle Forschungsergebnisse stützen überhaupt die größere Häufigkeit von Frauen als Mobbingopfer. In einigen Studien in Tabelle 3 findet man ein recht ausgewogenes Bild. Männer und Frauen zeigen nur geringfügige Abweichungen in ihrer Mobbinghäufigkeit (s. Hansen et al., 2006; Rayner, 1997; Hoel & Cooper, 2000). Diese Ausgewogenheit in der Mobbingbetroffenheit beider Geschlechter wird durch weitere Forschungsergebnisse gestützt. Diverse weitere Studien (nicht in der Tabelle aufgeführt, da sie keine vergleichbaren Prozentangaben berichten) fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Betroffenheit von Mobbing (Leymann, 2002; Niedl, 1995; Vartia, 1996; Einarsen & Skogstad, 1996; Kivimäki et al., 2000; Hogh & Dofradottir, 2001; Graf et al., 2002).

Es sind sogar Studien zu finden, in denen berichtet wird, dass Männer stärker von Mobbing betroffen sind als Frauen. Willingstorfer et al. fanden z.B. in ihrer Untersuchung in einem Unternehmen des Dienstleistungsbereichs mit Schwerpunkt Verwaltungstätigkeit (Mobbing wurde mit der Work-Harassment-Scale erfasst) einen signifikant höheren WHS-Wert der Männer im Vergleich zu dem der Frauen (WHS-Wert Männer: 0,60; WHS-Wert Frauen: 0,36).

Bestimmte Anhaltspunkte sprechen auch dafür, dass nicht das Geschlecht entscheidend ist, sondern vielmehr eine Außenseiterrolle. Eriksen & Einarsen (2004) fanden in der von ihnen untersuchten Stichprobe eine deutlich höhere Mobbingquote bei den Männern (10,2%) als bei den Frauen (4,3%). Sie führten ihre Studie mit Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen durch. Der Männeranteil in der untersuchten Stichprobe betrug 3,8%. Auch Hoel & Cooper (2000) berichten, dass sie in ihrer Repräsentativuntersuchung für Großbritannien eine Überrepräsentiertheit von Frauen als Mobbingopfer (die nur selten vorkam) z.B. im „fire service“ gefunden haben. Es ist davon auszugehen, dass Frauen viel seltener den Beruf des Feuerwehrmanns ausüben.

Als Fazit über die Geschlechterverteilung der Mobbingopfer lässt sich Folgendes festhalten: Unter dem Strich finden sich keine überzeugenden Ergebnisse dafür, dass Frauen aufgrund ihres Geschlechts häufiger zu Mobbingopfern werden als Männer. Mobbing stellt kein frauenspezifisches Problem dar (vgl. Zapf & Groß, 2000).

1.3.4.2 Alter

Die Frage, ob das Risiko, zum Mobbingopfer zu werden, altersabhängig ist, wird häufig gestellt.

Verschiedene Studien finden keine signifikanten Altersunterschiede bei Mobbingopfern (Willingstorfer et al., 2002; Quine, 2002; Hansen et al., 2006). Andere Studien berichten von der größten Mobbingbetroffenheit in einem mittleren Alter von 30 bis 40 Jahren (z.B. Leymann, 1991). Niedl (1995) fand in seiner Studie bei Mitarbeitern eines Forschungsinstituts ebenfalls die höchste Mobbingrate bei den 31-40-Jährigen, allerdings gefolgt von der Gruppe der 21-30-Jährigen. In derselben Untersuchung fand er bei Beschäftigten eines Krankenhauses die höchste Betroffenheitsquote in der Gruppe der jüngsten Mitarbeiter, den 21-30-Jährigen. Dass junge Beschäftigte eine Risikogruppe für Mobbing darstellen, bestätigen weitere Studien. Rayner (1997) weist die unter 25-Jährigen als die Gruppe mit der höchsten Mobbinghäufigkeit aus. Paice et al. (2004) fanden ein ansteigendes Mobbingrisiko, je niedriger der Dienstgrad ist, d.h. je kürzer die Beschäftigungsdauer, was in den meisten Fällen mit einem jüngeren Lebensalter einhergeht. Wieder andere Studien weisen die älteren Mitarbeiter als Risikogruppe aus. Einarsen & Skogstad (1996) fanden ältere Beschäftigte signifikant häufiger von Mobbing betroffen als jüngere. Mitarbeiter, die jünger als 45 waren, zeigten eine Mobbinghäufigkeit von 8,2%, während die 51-60-Jährigen 10,3% und die 61-65-Jährigen 9,3% als Mobbingquote aufwiesen.

In der Repräsentativstudie für Deutschland von Meschkutat et al. (2002) zeigte sich folgendes Bild (Abb.3):

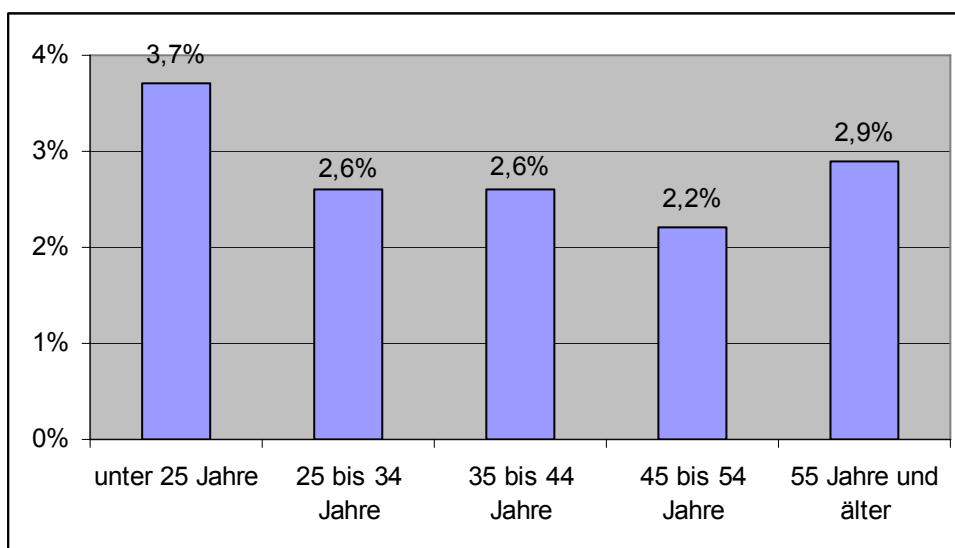


Abb.3: Mobbingquote differenziert nach Alter
(Quelle Meschkutat et al., 2002, S.28)

Es zeigten sich vor allem die unter 25-Jährigen als besonders mobbinggefährdet. Mit einem Alter von 55 Jahren aufwärts steigt die Gefahr, von Mobbing betroffen zu sein, wieder an. Die Ergebnisse bezüglich des Alters von Mobbingopfern zeigen ein sehr widersprüchliches Bild. Dies lässt sich erneut mit sehr unterschiedlichen Stichproben und Stichprobengrößen, die den verschiedenen Studien zugrunde liegen, erklären.

Tendenziell scheint aber wie schon beim Geschlecht eine Rolle zu spielen, ob man zu einer Randgruppe gehört. Jüngere Mitarbeiter, die gerade erst in den Beruf oder in ein Unternehmen eingetreten sind, sich einarbeiten und in bestehende soziale Gruppen integrieren müssen, gehören zu einer solchen Randgruppe. Diese These wird gestützt durch Studien, die für Auszubildende erhöhte Mobbingwerte finden (vgl. Meschkutat et al., 2002: Mobbingquote für Auszubildende 4,4%; Paice et al., 2004: Mobbingquote für Ärzte in der Ausbildung 18%).

Ebenso verhält es sich mit älteren Mitarbeitern. Sie sind nicht mehr so stark in das soziale Netz der vorwiegend jüngeren Beschäftigten eingebunden. Hinzu kommt, dass die Leistungsfähigkeit im Alter, zumindest was bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten wie Schnelligkeit angeht, abnimmt.

1.3.4.3 Branche/Berufsgruppen

Die Frage, ob bestimmte Berufsbranchen oder -gruppen ein erhöhtes Mobbingrisiko aufweisen, ist von großer Bedeutung und im Grunde genommen eine Frage nach möglichen Ursachen für die Entstehung von Mobbing. Die Antwort darauf, ob Mobbing in den einzelnen Branchen unterschiedlich häufig vorkommt, liefert wichtige Hinweise darauf, ob Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Mobbing haben. Zeigen sich Unterschiede in der Mobbinghäufigkeit, so ist dies ein Indiz dafür, dass bestimmte Arbeitsbedingungen Mobbing begünstigen. Nur wenn sich keine systematischen Unterschiede finden lassen, wäre der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf Mobbing mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Die Forschungsergebnisse zu diesem Thema zeigen signifikante Unterschiede in der Betroffenheit von Mobbing zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und -branchen auf. Es ergibt sich allerdings kein eindeutiges Bild, welche Berufsgruppen genau die höchsten Mobbingwerte aufweisen.

Zapf (1999a) berichtet als Ergebnis seiner Studien von einer deutlichen Überrepräsentation von Mobbingopfern im Gesundheitsbereich (im Verhältnis 7:1), im Erziehungsbereich (3:1) sowie in der öffentlichen Verwaltung (3,5:1). Für die Bereiche Verkehr und Handel, Gaststättengewerbe, Baugewerbe, Energie/Wasser und Landwirtschaft weist er unterdurchschnittlich viele Mobbingopfer aus.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich in der Repräsentativstudie für Deutschland von Meschkutat et al. (2002). Hier weisen die sozialen Berufe (2,8:1), Verkaufspersonal (2:1) und Banken-/Versicherungsfachleute (2:1) die höchsten Mobbingrisikofaktoren auf. Unterdurchschnittliche Mobbingrisiken zeigten sich bei Reinigungs- und Entsorgungsberufen (0,5:1), Berufen des Landverkehrs (0,3:1) und bei landwirtschaftlichen Berufen (0,1:1).

Tabelle 4 listet die Studien auf, die in ihrer Untersuchung Mobbinghäufigkeiten getrennt nach verschiedenen Berufsgruppen ausweisen.

Tabelle 4: Höchste Mobbinghäufigkeiten bezogen auf Branchen/Berufsgruppen

Land	Autor(en) & Jahr	N	Branche/ Berufsgruppe	Häufigkeit*
Deutschsprachiger Raum:				
Deutschland	Meschkutat et al., 2002	419	Soziale Berufe	7,6% (Risikofaktor** 2,8)
		419	Verkaufspersonal	5,4% (Risikofaktor 2,0)
		419	Bank-, Bauspar- kassen-, Ver- sicherungsfachleute	5,4% (Risikofaktor 2,0)
Österreich	Niedl, 1995	368	Krankenhaus- beschäftigte	7,8% (bezogen auf Grundgesamtheit; 26,6% bezogen auf d. Stichprobe)
		63	Beschäftigte eines Forschungsinstituts	4,4% (bezogen auf Grundgesamtheit; 17,5% bezogen auf d. Stichprobe)
Skandinavien:				
Norwegen	Einarsen & Skogstad, 1996	159	Industriearbeiter	17,4% (1,9% wöchentl.)
		172	Hotel/Restaurant	16,1% (2,9% wöchentl.)
		485	Grafiker	15,2% (1,3% wöchentl.)
Dänemark	Mikkelsen & Einarsen, 2001	236	Krankenhaus- beschäftigte	16%
		224	Mitarbeiter eines Produktionsbetriebs	8%
		215	Mitarbeiter eines Warenhauses	25%
Andere:				
Großbritannien	Hoel & Cooper, 2000	5288	Prison	15,9%
			Post / Tele-	15,8%
			Local Authority	15,5%

* Wenn > 3 Branchen untersucht wurden, werden nur die drei größten Mobbinghäufigkeiten angegeben.

** In der Studie von Meschkutat et al. werden Risikofaktoren für jede Berufsbranche angegeben. Dieser Risikofaktor repräsentiert den Faktor, um den die gefundene Mobbinghäufigkeit für die jeweilige Branche über dem Gesamtdurchschnitt für alle Branchen in der Bundesrepublik Deutschland lag.

Öffentlicher vs. privater Sektor

Die Ergebnisse zur Mobbinghäufigkeit im öffentlichen und privaten Sektor sind uneinheitlich. Einarsen & Skogstad (1996) fanden in ihrer Untersuchung eine höhere Mobbingbetroffenheit in der Privatwirtschaft (10,7%) im Gegensatz zu öffentlichen/staatlichen Organisationen (8,2%). Dem gegenüber stehen Studienergebnisse, die höhere Mobbinghäufigkeiten im öffentlichen Dienst im Vergleich zu Privatunternehmen gefunden haben (O'Moore, 2000; Salin, 2001).

Um diese gegensätzlichen Ergebnisse interpretieren zu können, muss eine differenziertere Betrachtung vorgenommen werden. Nicht die simple Unterscheidung von Unternehmen zum öffentlichen oder privaten Sektor ist der entscheidende Faktor, der unterschiedliche Mobbinghäufigkeiten erklären kann. Andere Faktoren werden von verschiedenen Forschern als Erklärungen für die gefundenen Ergebnisse genannt.

So ist die Argumentation nachvollziehbar, dass starker Konkurrenzdruck unter den Mitarbeitern, wie er in Privatunternehmen oft zu finden ist, einen Einfluss auf das Mobbingvorkommen hat. Wie Studien belegen, zeigen sich Organisationen unter solchen Bedingungen tatsächlich besonders anfällig für Mobbing (O'Moore, 2000; Salin, 2003; Vartia, 1996).

Andere Forscher weisen auf einen anderen möglichen Einflussfaktor hin. Die Größe, die Länge und die Formalität von Entscheidungsprozessen, mit anderen Worten der Bürokratisierungsgrad, der in einer Organisation vorherrscht, machen einzelne Personen in der Organisation weniger sichtbar. Das Risiko für einen Mobbingtäter, „erwischt“, bestraft und sozial verurteilt zu werden, wird dadurch erheblich reduziert.

Darüber hinaus ist es in hochbürokratischen Organisationen mit starren Regeln oft schwieriger, Mitarbeiter zu entlassen. Zapf & Warth (1997) diskutieren Mobbing in diesem Zusammenhang als „Personalarbeit mit anderen Mitteln“. Mobbing wird dazu genutzt, Mitarbeiter loszuwerden, die man nur schwer entlassen könnte.

Diese Argumentation in Bezug auf hochbürokratische Organisationen findet Bestätigung in Studien, die eine höhere Auftretenshäufigkeit von Mobbing in großen und bürokratischen Organisationen nachgewiesen haben (vgl. z.B. Einarsen & Skogstad, 1996).

Forschungsergebnisse belegen weiter, dass Mobbing besonders häufig in Organisationen/Institutionen vorkommt, in denen Dominanz und Machtunterschiede vorherrschen (vgl. Ashforth, 1994; Ireland, 2000). Dies lässt sich in Einklang bringen mit den Ergebnissen von Einarsen & Skogstad (1996), die in ihrer Untersuchung fanden, dass Mobbing in von Männern dominierten Organisationen signifikant häufiger vorkam (11,5%) als in Organisationen, die von Frauen dominiert waren (7,5%). Starke Machtunterschiede und Dominanz lassen sich sowohl im privaten Sektor (in stark hierarchisch organisierten Privatunternehmen) finden wie auch in Organisationen des öffentlichen/staatlichen Bereichs (z.B. beim Militär, in Gefängnissen, in Krankenhäusern).

Betriebsgröße

Meschkutat et al. (2002) fanden keine signifikanten Unterschiede in der Mobbingbetroffenheit zwischen verschiedenen Betriebsgrößenklassen. Ihnen zufolge zieht sich das Vorkommen von Mobbing durch alle Betriebsgrößen – von kleinen Unternehmen mit bis zu 20 Beschäftigten bis hin zu Großunternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten. Diesem Ergebnis widersprechend fanden Einarsen & Skogstad (1996) die höchsten Mobbingraten in Unternehmen mit vielen Mitarbeitern. In Betrieben mit unter 10 Beschäftigten fanden sie eine Mobbingquote von 5,1%, wohingegen die Mobbingquote in Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten 11% betrug.

Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse zeigt den weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich auf. Die aufgestellten Hypothesen, warum bestimmte Berufsgruppen mehr von Mobbing betroffen sind als andere, bedürfen weiterer Überprüfung.

1.3.5 Charakteristika der Mobbingtäter

Nicht nur die Charakteristika der Mobbingopfer wurden mit der Intention der Identifikation von Risikogruppen für Mobbing genauer untersucht. Auch die Frage, ob die Personen, die als

Mobbingtäter bezeichnet werden können, sich durch bestimmte Merkmale auszeichnen, wurde in verschiedenen Studien untersucht.

1.3.5.1 Hierarchische Position

Mobbing findet von unterschiedlichen hierarchischen Ebenen aus statt. Folgende „Richtungen“ können unterschieden werden:

Zum einen kann Mobbing von oben nach unten („top-down“) erfolgen. In diesem Fall gehen die Mobbinghandlungen von Vorgesetzten aus und richten sich gegen Personen, die hierarchisch niedrigeren Ebenen angehören. Umgekehrt kann Mobbing auch von unten nach oben („bottom-up“) auftreten, d.h., dass hierarchisch höher stehende Personen von ihren Untergebenen gemobbt werden. Schließlich kann Mobbing auf gleicher Hierarchieebene erfolgen. Der Mobbingtäter ist in diesem Fall der Kollege.

Alle hier beschriebenen Mobbingrichtungen sowie deren Kombinationen lassen sich finden. Wie die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen, unterscheiden sie sich allerdings in der Häufigkeit ihres Auftretens.

Vor allem frühere skandinavische Studien zeigen das Bild auf, dass Mobbing vorrangig auf gleicher Hierarchieebene von Kollegen ausgeübt wird.

Leymann (1991, zitiert nach Niedl, 1995) fand, dass 44% der Mobbingtäter Kollegen waren. 37% der Mobbingopfer geben an, von Vorgesetzten gemobbt worden zu sein, 10% sowohl von Kollegen als auch von Vorgesetzten und weitere 9% von ihren Untergebenen. Die größere Häufigkeit von Kollegen als Mobbingtätern wird von weiteren Studien aus Schweden und Skandinavien gestützt (Leymann & Tallgren, 1990; Leymann, 1992, zitiert nach Niedl, 1995; Skogstad, 1990; Vartia, 1991, alle zitiert nach Niedl, 1995). Es wurde abgeleitet, dass im Mobbinggeschehen in erster Linie Kolleginnen und Kollegen als Gegner wahrgenommen werden.

Dieses Bild musste durch nachfolgende Untersuchungen relativiert werden. Viele Studien finden gleich hohe Häufigkeiten für Kollegen und Vorgesetzte als Mobbingtäter, und verschiedene Ergebnisse sprechen sogar für eine bedeutendere Rolle der Vorgesetzten.

In der Untersuchung von Einarsen & Skogstad (1996) identifizieren 54% der Mobbingopfer einen oder mehrere Vorgesetzte als die Mobbingtäter. Ebenfalls insgesamt 54% der Opfer geben an, von Kollegen gemobbt worden zu sein (38% von Kollegen der eigenen Arbeitsgruppe bzw. Berufsgruppe; 23% von Kollegen aus anderen Arbeits- oder Berufsgruppen). 20% der Opfer erleben sowohl Vorgesetzte als auch Kollegen als Aggressoren im Mobbinggeschehen (in diesen Angaben sind Mehrfachnennungen enthalten).

Niedl (1995) berichtet Prozentzahlen von 38,2% (im Krankenhaus) und 54,5% (in einem Forschungsinstitut) für Vorgesetzte, die zu Mobbingtätern wurden. Ähnlich wie bei Einarsen & Skogstad kommt noch einmal ein nicht zu vernachlässigender Prozentsatz an Mobbingopfern hinzu, der berichtet, gleichzeitig sowohl von Vorgesetzten als auch von Kollegen Mobbinghandlungen erleben zu müssen (27,6% im Krankenhaus; 18,2% im Forschungsinstitut). In dieser Studie wurden geringere Häufigkeiten für die Kollegen als für

Vorgesetzte als Mobbingtäter gefunden und zwar sowohl für das untersuchte Krankenhaus (21,1%) als auch für das Forschungsinstitut (27,3%). Weiter berichtet Niedl einen Prozentsatz von 2,6% (im Krankenhaus; 0% im Forschungsinstitut) Personen, die sich ausschließlich durch Untergebene gemobbt gefühlt haben.

Hoel & Cooper (2000) finden in ihrer Repräsentativstudie für Großbritannien die deutlich höchste Prozentzahl (75%) für Vorgesetzte (manager) als Mobbingtäter. 37% der Mobbingopfer in dieser Studie geben an, von Kollegen gemobbt zu werden, und weitere 7%, von ihren Untergebenen.

In der Repräsentativstudie für die Schweiz (Graf et al., 2002) werden von 51,3%, dem bei weitem größten Anteil der Mobbingopfer, der Vorgesetzte als Hauptmobbingtäter ausgewiesen. Nur 16% identifizieren ihre Kollegen und weitere 13% ihre Untergebenen als Mobbingtäter. Auch in dieser Studie findet sich ein Prozentsatz an Personen (13%), der sich von mehreren Personen gleichzeitig aus verschiedenen Hierarchieebenen angegriffen fühlt.

In der repräsentativen Studie für die Bundesrepublik Deutschland (Meschkutat et al., 2002) zeigt sich ein Bild, das die anderen Forschungsergebnisse unterstützt (vgl. Abb.4). In 51% der Mobbingfälle ist der Vorgesetzte entweder ausschließlich (38,2%) oder zusammen mit Kollegen (12,8%) als Täter beteiligt. Nur geringfügig höher liegt die Quote für Kollegen als Mobbingtäter (55,2%), wenn die Fälle, in denen Kollegen allein oder zusammen mit anderen als Mobbingtäter auftraten, kumuliert werden.

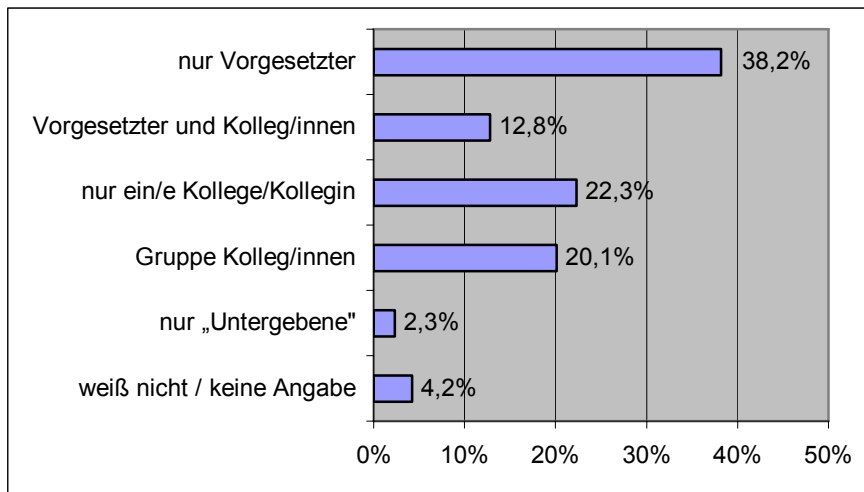


Abb.4: Hierarchische Position der Mobbingtäter (Meschkutat et al., 2002, S.65)

Zusammenfassend zeigt sich in den Forschungsergebnissen, dass das Risiko, von einem Vorgesetzten angegriffen zu werden, sehr hoch ist. Da Führungskräfte zahlenmäßig in Organisationen in einer viel geringeren Anzahl vertreten sind als Mitarbeiter ohne Führungsfunktion (also Kollegen), lässt sich außerdem schließen, dass Führungskräfte als Mobbingtäter überrepräsentiert sind.

Einheitlich zeigt sich, dass Mobbing von oben nach unten und auf gleicher Hierarchieebene bedeutend häufiger vorkommt als Mobbing von unten nach oben.

Ergänzend soll noch erwähnt werden, dass einige Studien Beziehungen zu Kunden im Sinne von Patienten/innen, Schülern/innen, Geschäftskunden/innen etc. ebenfalls in die Betrachtung zu Mobbingtätern mit einbeziehen. Dies legt eine breitere Mobbingdefinition zugrunde.

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass ein gewisser Prozentsatz der Mobbingopfer durchaus auch diese Personengruppen als Mobbingtäter wahrnimmt. Einarsen & Skogstad (1996) z.B. fanden 15% Mobbingtäter in dieser Gruppe. In ihrer Studie bezog sich diese Zahl vor allem auf die Schüler von Lehrern. Hoel & Cooper (2000) berichten von 8% der Mobbingfälle, in denen die Täter Kunden waren. Sie fanden die höchsten Zahlen für Mobbing durch Kunden im Gesundheitswesen, bei Lehrern, im Einzelhandel und im Hotelfach.

1.3.5.2 Anzahl

Forschungsergebnisse aus Skandinavien zeigen Mobbing als Gruppenphänomen. Am häufigsten nennen Mobbingopfer eine Anzahl von 2 bis 4 Personen, von denen sie gemobbt werden, gefolgt von Einzelpersonen und einer größeren Gruppe von mehr als vier Personen (vgl. z.B. Leymann & Tallgren, 1990; Leymann, Engström, Green & Rahm, 1992; alle zitiert nach Niedl, 1995; Leymann, 1993).

In der Repräsentativstudie für Schweden von Leymann (1991, zitiert nach Niedl, 1995) werden Angreifer aus kleinen Gruppen von 2 bis 4 Personen am häufigsten genannt (43%), danach Einzelpersonen (34,2%). 17,7% der Mobbingopfer geben an, von einer größeren Gruppe (> 4 Personen) attackiert zu werden, und 5,1% gar, von der ganzen Abteilung.

Einarsen & Skogstad (1996) zeigen auf, dass weniger als die Hälfte der Mobbingopfer (42%) sich von nur einer Person gemobbt fühlt. Sowohl männliche wie auch weibliche Opfer berichten in der Mehrzahl von mehr als einem Mobbingtäter. Kleinere Gruppen sind auch in ihrer Studie häufiger genannt als größere Gruppen.

In der Untersuchung von Niedl (1995) zeigt sich hingegen ein uneinheitliches Bild. In dem von ihm untersuchten Krankenhaus finden sich zunächst ähnliche Ergebnisse wie in den vorangehenden zitierten Studien. Die Mehrheit der Mobbingopfer im Krankenhaus fühlt sich von einer kleinen Gruppe von Personen (2-4) gemobbt (52,4%). 19,5% berichten einen einzelnen Mobbingtäter, 24,4% eine größere Gruppe von mehr als vier Personen, und eine geringe Anzahl an Mobbingopfern (3,7%) weist die gesamte Abteilung als Täter aus. Für das Forschungsinstitut, das ebenfalls von ihm untersucht wurde, zeigen sich dagegen andere Ergebnisse. Hier werden Einzelpersonen am häufigsten als die Mobbingtäter ausgewiesen (54,5%). Für kleinere und größere Gruppen zeigen sich geringere Prozentzahlen (2-4 Personen: 27,3%; > 4 Personen: 18,2%; ganze Abteilung: 0%). Es ist anzunehmen, dass das sehr unterschiedliche Arbeitsumfeld im Krankenhaus (geprägt durch hohe Kooperationserfordernisse innerhalb und zwischen den Berufsgruppen) und im Forschungsinstitut (eher geprägt durch Einzelarbeit) zu den verschiedenen Ergebnissen geführt haben können.

Die Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland zeigt entgegen den meisten anderen Forschungsergebnissen ein ähnliches Bild auf, wie Niedl es in seinem Forschungsinstitut gefunden hat. In 60,5% der Fälle wird nur eine Person als Mobbingtäter benannt. Dem gegenüber stehen 32,9%, in denen mehrere Personen als Angreifer identifiziert werden.

Die Forschungsergebnisse zur Anzahl der Mobbingtäter sind nicht ganz einheitlich. Die Mehrheit der Ergebnisse deutet jedoch darauf hin, dass Mobbing häufig ein Gruppenphänomen darstellt.

Zapf (1999a) weist darauf hin, dass ein signifikanter Zusammenhang ($p < .05$) zwischen Mobbingdauer und Anzahl der Mobbingtäter gefunden werden konnte (in zwei deutschen Untersuchungen: Konstanzer und DAG-Stichprobe, $N = 152$, zitiert nach Zapf, 1999, S.8). Die durchschnittliche Mobbingdauer der Personen, die von einer Einzelperson gemobbt wurden, betrug demnach 28 Monate, bei 2-4 Tätern 36 Monate und bei mehr als 4 Tätern 55 Monate. Je länger der Mobbingprozess also dauert, desto mehr Mobbingtäter kommen hinzu.

1.3.5.3 Geschlecht

Verschiedene Studien haben das Geschlecht der Mobbingtäter untersucht. Einarsen & Skogstad (1996) fanden, dass 49% der Täter männlich waren und 30% weiblich. In 21% der Fälle traten beide Geschlechter als Mobbingtäter auf.

Rayner (1997) berichtet von einem Männeranteil bei den Mobbingtätern von zwei Dritteln.

Zapf (1999a) weist in der Zusammenfassung von drei deutschen Studien 26% der Mobbingtäter als Männer aus und 11% als Frauen. In 63% der Fälle waren beide Geschlechter beteiligt.

Auch Meschkutat et al. (2002) berichten in der repräsentativen Untersuchung für die Bundesrepublik Deutschland, dass in 59,3% aller Fälle das Mobbingopfer hauptsächlich von einem Mann gemobbt wurde. In 40,7% der Fälle waren die Hauptmobbingtäter weiblichen Geschlechts.

Wie die Ergebnisse aufzeigen, scheint es, dass Männer in weit höherem Maße als Mobbingtäter in Erscheinung treten als Frauen. Zapf (1999a) weist darauf hin, dass bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden sollte, dass die Mobbingtäter zu einem hohen Prozentsatz Vorgesetzte sind, eine Personengruppe, in der Frauen immer noch stark unterrepräsentiert sind.

Über die generelle Geschlechterverteilung der Mobbingtäter hinaus ist festzustellen, dass eine Interaktion zwischen Tätern und Opfern in Bezug auf das Geschlecht existiert.

In der Repräsentativstudie von Leymann (1993, 2002) zeigte sich, dass Frauen eher von Frauen und Männer eher von Männern gemobbt wurden (Mann gemobbt von Mann/Männern: 76%; Mann gemobbt von Frau/Frauen: 3%; Mann gemobbt von beiden Geschlechtern: 21%; Frau gemobbt von Frau/Frauen: 40%; Frau gemobbt von Mann/Männern: 30%; Frau gemobbt von beiden Geschlechtern: 30%). Dies Ergebnis konnte in nachfolgenden Studien bestätigt werden.

Einarsen & Skogstad (1996) fanden, dass Männer zu 70% ausschließlich von Männern gemobbt wurden und nur zu 10% Frauen als ausschließliche Gegner wahrnahmen. Die weiblichen Mobbingopfer hingegen nannten zu 48% Frauen als ihre Widersacher, aber auch 31% Männer. Hinzu kam, dass die Frauen zu einem größeren Anteil angaben, von beiden Geschlechtern angegriffen zu werden.

Hoel & Cooper (2000) berichten analog zu Einarsen & Skogstad von einem Prozentsatz von 61% der männlichen Mobbingopfer, die ausschließlich von Männern, 9%, die ausschließlich von Frauen, und 25%, die von beiden Geschlechtern gemobbt wurden. Die weiblichen

Mobbingopfer weisen zu 36% ausschließlich Frauen als Täter aus, 28,5% ausschließlich Männer und 32,5% beide Geschlechter. Auch hier zeigt sich also, dass Männer hauptsächlich von Männern und Frauen hauptsächlich von Frauen gemobbt werden. Weiter ist deutlich abzulesen, dass Frauen aber zu einem größeren Anteil von beiden Geschlechtern und auch ausschließlich vom anderen Geschlecht angegriffen werden als umgekehrt die männlichen Mobbingopfer. Auch in der deutschen Repräsentativstudie (Meschkutat et al., 2002) findet sich ein ähnliches Bild (Tabelle 5).

Tabelle 5: Geschlechterverteilung der Täter und Opfern

Mobbingtäter	Mobbingbetroffene	
	Männer	Frauen
Männer	81,7%	42,9%
Frauen	18,3%	57,1%

(Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.69)

Die gefundenen Ergebnisse werden von den Autoren der Studien einheitlich mit der immer noch vorhandenen Segregation des Arbeitsmarktes erklärt. Es besteht die Tendenz, dass die verschiedenen Geschlechter eher mit Personen des eigenen Geschlechts zusammen arbeiten.

1.3.5.4 Alter

Es existieren kaum Studien zum Alter der Mobbingtäter. Meschkutat et al. (2002) berichten, dass Mobbing in deutlich geringeren Maße von den jüngeren bzw. den älteren Altersgruppen ausgeht. Die Gruppe der unter 25-Jährigen ist nur in sehr geringem Maße vertreten. In zwei Drittel aller Mobbingfälle ist der Täter zwischen 35 und 44 Jahren (33,9%) bzw. zwischen 45 und 54 Jahren (35,3%) alt (Abb.5).

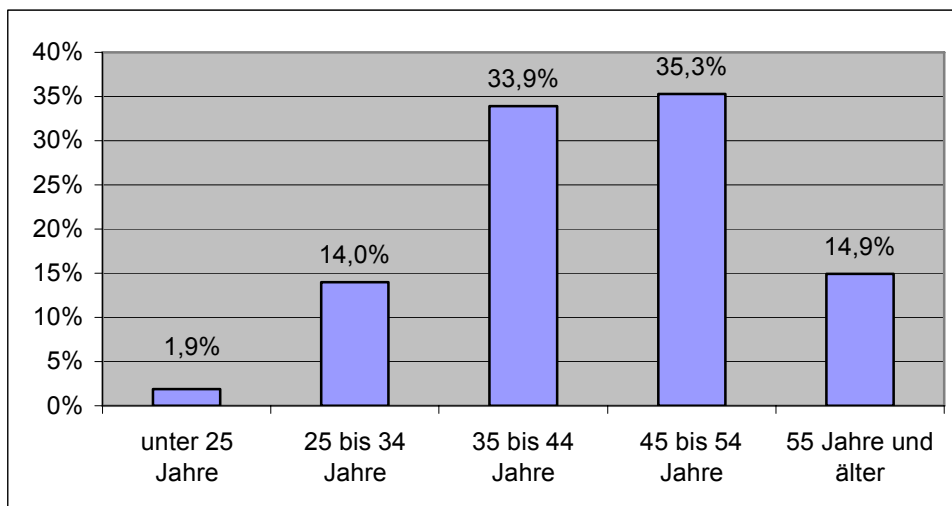


Abb.5: Alter der Mobbingtäter
(Meschkutat et al., 2002, S.71)

Weiter können Meschkutat et al. aufzeigen, dass jüngere Mobbingtäter eher dazu neigen, sich noch jüngere Opfer als sie selbst zu suchen, während die älteste Altersgruppe die

Jüngsten eher verschont. Für die mittleren Altersgruppen zeigen sich keine Präferenzen bezüglich des Alters ihrer Opfer.

1.3.6 Der Mobbingprozess

Eine Minderheit von Forschern hat sich bis jetzt empirisch den Prozessverläufen von Mobbing genähert. Es liegen deshalb bislang nur wenige Prozessmodelle vor.

Björkquist (1992, zitiert nach Niedl, 1995) stellt ein Modell aus drei Phasen vor, das seinen Fokus auf die Intensität der Mobbinghandlungen legt. Er entwickelte das Modell auf der Basis von explorativen Interviews mit Mobbingopfern. Die erste Phase ist durch indirekte Strategien und Methoden wie z.B. „Gerüchte verbreiten“, „ständiges Unterbrechen“, „Andeutungen, ohne etwas konkret auszusprechen“ etc. gekennzeichnet. Die Handlungen in dieser Anfangsphase von Mobbing, die Björkquist auch „versteckte Aggressionen“ nennt, zielen darauf ab, das Opfer systematisch zu entwerten. Der Übergang in die zweite Phase erfolgt, wenn die entsprechende Person nicht länger als „*eine Person mit gleichem Wert im Vergleich zu den übrigen Kollegen*“ (vgl. Niedl, 1995, S.58) angesehen wird. In der zweiten Phase kommt es nun zu direkten aggressiven Handlungen. Das Mobbingopfer wird isoliert, es wird sich offen auch in Anwesenheit der betreffenden Person über sie lustig gemacht oder schlecht über sie gesprochen usw. Da das Mobbingopfer nunmehr als „minderwertig“ und von herabgesetzten Status wahrgenommen wird, empfinden die Mobbingtäter bei der offenen Ausübung ihrer Handlungen keine Schuld mehr („Die entsprechende Person ist selbst verantwortlich für ihre Lage“) und rechtfertigen sie auf diese Weise. In der dritten Phase schließlich treten extreme Formen von direkten Aggressionen bis hin zu körperlicher Gewalt auf. Dem Opfer wird z.B. unterstellt, psychisch krank zu sein, es wird gedroht, intime Details aus dem Privatleben des Opfers preiszugeben, es erfolgen physische Angriffe.

Leymann (1993, 2002) beschreibt ein vierstufiges Modell, das er auf der Basis von Interviews mit Mobbingopfern, Betriebsräten, Personalleitern und medizinischen bzw. psychologischen Experten entwickelt hat. Abbildung 6 zeigt den Phasenverlauf.

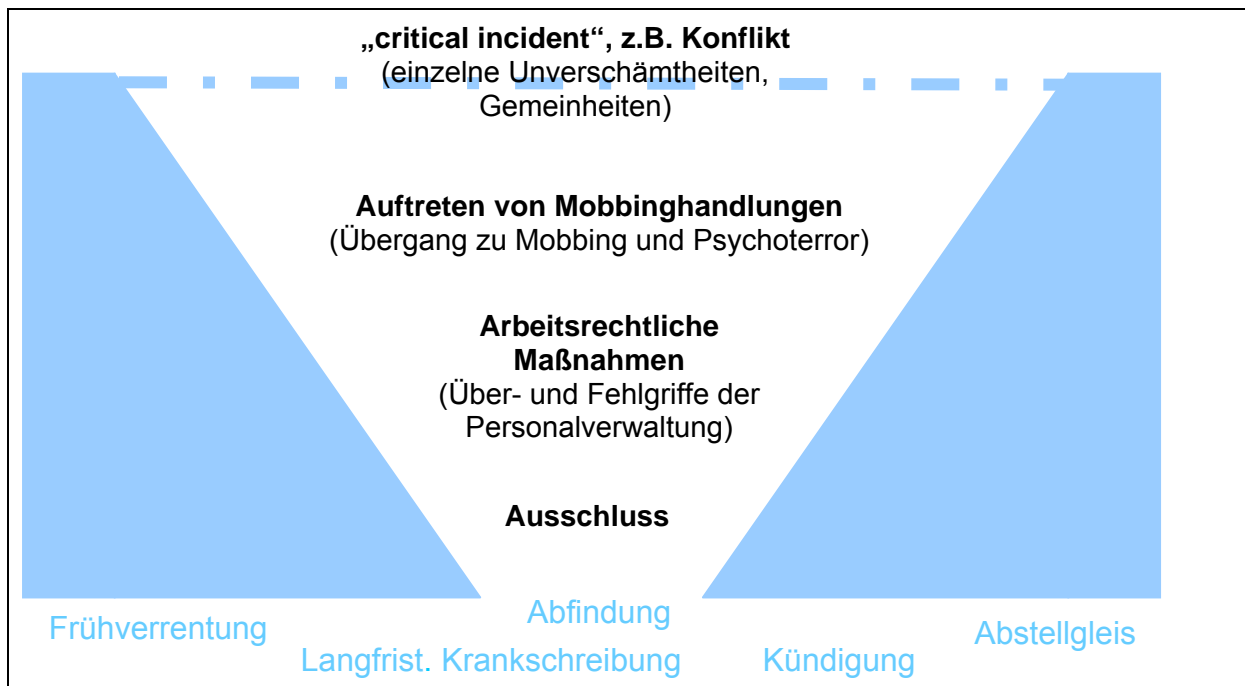


Abb.6: Verlauf des Mobbing in vier Phasen nach Leymann
(vgl. Leymann, 2002, S.59)

Im Folgenden sind die vier Phasen, die Leymann postuliert, beschrieben.

„Auslösephase“: Ein Konflikt entsteht

Am Anfang jedes Mobbingprozesses steht nach Leymann ein auslösendes Ereignis, das in den meisten Fällen ein Konflikt ist. Nicht in jedem Fall entwickelt sich aus einem Konflikt Mobbing. Es sind verschiedene Wege denkbar, wie ein Konflikt gelöst wird. Vielleicht finden die Beteiligten eine einvernehmliche Lösung, oder es entsteht ein Machtkampf, in dem eine Partei gewinnt. Wenn aber der Konflikt nicht gelöst wird und sich auch niemand um die Bearbeitung des Konflikts kümmert, dann schwellt der Konflikt weiter und es kann Mobbing entstehen. Im Laufe der Entwicklung hin zu Mobbing tritt der ursprüngliche Konflikt immer mehr in den Hintergrund. Aus dem sachlichen Konflikt wird eine persönliche Auseinandersetzung. Die Auslösephase wird von Leymann noch nicht zum eigentlichen Mobbinggeschehen hinzugerechnet. Sie wird als zeitlich sehr kurz beschrieben.

„Mobbingphase“: Der Psychoterror beginnt

Der Konflikt wurde nicht gelöst und tritt in den Hintergrund. In dieser Phase kommt es dazu, dass die entsprechende Person stigmatisiert wird und zu einem Mobbingopfer entsprechend der von Leymann gewählten Mobbingdefinition wird. Es erfolgen Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen, auf die sozialen Beziehungen, auf das soziale Ansehen, auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation und/oder sogar auf die Gesundheit.

In dieser zweiten Phase des Mobbingprozesses geschehen nach Leymann erschreckende Veränderungen. Innerhalb kurzer Zeit wird aus einem beliebten und geachteten Kollegen ein totaler Außenseiter, mit dem niemand etwas zu tun haben will. Auch die Betroffenen verändern sich stark: Sie werden mürrisch, unfreundlich, misstrauisch, vielleicht sogar pampig oder aggressiv. Andere leiden eher still und wirken den ganzen Tag bedrückt. Diese Reaktionen sind normale Reaktionen, wenn sie direkt nach einem Konflikt auftreten.

Aufgrund des systematischen und über längere Zeit andauernden Mobbing werden diese Verhaltensweisen zu typischen Reaktionen des Betroffenen. Hier tritt bereits die erste sehr

bedeutsame Störung zwischen dem Mobbingopfer und seinem sozialen Umfeld ein. Der von Mobbing Betroffene ist nicht mehr in der Lage, Kontakt zu anderen Menschen in seinem Arbeitsbereich aufzunehmen. Um wieder „normal“ zu werden, bräuchte er Sicherheit, soziale Unterstützung und einen Vertrauensvorschuss. Tatsächlich ziehen sich aber auch unbeteiligte Kollegen von ihm zurück. Am Ende der zweiten Mobbingphase sind die Chancen, allein aus dem Prozess wieder herauszukommen, schon sehr stark gesunken.

„Phase der Personalverwaltung“: Arbeitsrechtliche Maßnahmen beginnen

Auf die Demütigungen und Mobbinghandlungen am Arbeitsplatz folgen oft arbeitsrechtliche Maßnahmen des Arbeitgebers. Nach Leymann geschieht es häufig, dass nach der vorangehend erfolgten Stigmatisierung des Opfers die Situation zuungunsten der betreffenden Person als ihre eigene Schuld bewertet wird. Personalabteilungen und Management neigen oftmals dazu, die Position der Mobbingtäter und deren negative Sicht des Mobbingopfers einzunehmen. Hinzu kommt, dass der von Mobbing Betroffene tatsächlich zu einem „Problemmitarbeiter“ geworden ist: Er ist häufig unkonzentriert, es unterlaufen ihm Fehler und er hat aufgrund z.B. von psychosomatischen Beschwerden zu viele Fehltag. Ein Vorgesetzter, auch wenn er bislang neutral war, ist gezwungen zu reagieren. Er wird das auftretende Fehlverhalten rügen und im Wiederholungsfall auch abmahnen. Oftmals ist es aus Sicht des Managements in dieser Situation leichter zu versuchen, das Mobbingopfer loszuwerden. Dies geschieht vor allem, wenn mehr als ein Mobbingtäter involviert ist, was häufig der Fall ist (vgl. Abschnitt 1.3.5.2). Eine Gruppe von Mitarbeitern kann viel schwieriger entlassen oder versetzt werden als ein einzelnes Opfer. Für den Betroffenen stellen die arbeitsrechtlichen Maßnahmen eine neue Ungerechtigkeit dar. Nach Leymann beinhalten die Aktivitäten der Personalverwaltung in dieser Phase oft auch Rechtsverletzungen. Er liefert eine Liste von Beispielen, die aus diversen Fallbeispielen gesammelt wurden. Folgende Rechtsbrüche werden von ihm genannt: *Verstöße gegen das Recht, gehört zu werden; sich weigern, Mitteilungen entgegenzunehmen; Mobbing, um eine Eigenkündigung zu veranlassen; Fristen setzen, die das Opfer nicht einhalten kann; bewusste und absichtliche Verleumdung; keine Aufklärung über die Rechtslage; Versuche, vertrauliche Informationen zu erhalten; Absprachen hinter dem Rücken des Opfers; Voreingenommenheit* (vgl. Leymann, 2002, S.64).

„Ausstoßungsphase“: Das Arbeitsverhältnis wird zwangsweise beendet

Fortgeschrittene Mobbingfälle enden fast immer mit einem Ausschluss aus dem Arbeitsleben. Entweder kündigen die Betroffenen selbst, weil sie es nicht mehr aushalten, oder sie werden vom Arbeitgeber unter einem Vorwand gekündigt. Andere willigen unter Druck in einen Auflösungsvertrag ein.

Ein Teil der Mobbingbetroffenen leidet unter so starken psychosomatischen Krankheiten, dass sie auf Dauer krankgeschrieben werden und schließlich Erwerbsunfähigkeits-Rente erhalten.

Ein Wiedereinstieg in den Beruf ist für fast alle Betroffenen kaum möglich, weil sie durch den Mobbingprozess so stark körperlich und seelisch geschädigt worden sind, dass sie den Belastungen des Arbeitslebens nicht mehr standhalten – ganz abgesehen davon, dass sie mit diesem Ruf in ihrem bisherigen Beruf keine Anstellung mehr bekommen.

Viele Opfer suchen spätestens in dieser Phase medizinische oder psychologische Hilfe auf. Leymann weist darauf hin, dass es selbst hier zu einer Verschlechterung der Lage der Mobbingopfer kommen kann. Er beobachtete, dass es häufig zu Fehldiagnosen durch die

aufgesuchten Experten kam und den Aussagen der Mobbingopfer in Bezug auf die Erlebnisse an ihrem Arbeitsplatz kein Glauben geschenkt wurde. Einige Fehldiagnosen, die in diesem Zusammenhang gestellt wurden, sind Leymann zufolge z.B. Paranoia, manisch-depressive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. In späteren Veröffentlichungen nahm Leymann diese Fehldiagnosen als eine eigene Phase in sein Modell auf (Leymann, 1996).

1.3.7 Mobbingfolgen

Eine Vielzahl der vorliegenden Forschungsarbeiten zu Mobbing widmet sich der Frage der Konsequenzen des Phänomens. Die Folgen von Mobbing zeigen sich als sehr schwerwiegend und vielfältig. Die nachfolgende Darstellung der Mobbingfolgen richtet sich nach der Einteilung, die Leymann vornimmt (1993, 1996, 2002). Er unterscheidet Folgen von Mobbing auf drei Ebenen: Ebene der Betroffenen, Ebene der Organisation und Ebene der Gesellschaft.

1.3.7.1 Folgen für die Betroffenen

Alle Forschungsergebnisse zu den Folgen von Mobbing für die betroffenen Personen belegen übereinstimmend, dass sich für die Opfer sehr starke Beeinträchtigungen in Bezug auf das physische und psychische Wohlbefinden zeigen, die weit über das hinausgehen, was man in arbeitspsychologischen Stressuntersuchungen normalerweise findet (z.B. Einarsen & Raknes, 1997; Leymann, 1993, 1996; Hoel & Cooper, 2000; Kivimäki et al., 2000).

Sehr häufig werden psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden, Rückenschmerzen, Nervosität, Schwindelgefühle, Herzklopfen, schnelles Ermüden etc. berichtet (Björkquist et al., 1994; Leymann, 1993; Niedl, 1995; Knorz & Zapf, 1996; Zapf et al., 1996; Mikkelsen & Einarsen, 2001; 2002b; Willingstorfer, 2002; Hansen et al., 2006), die bei Mobbingopfern signifikant häufiger und in stärkerer Ausprägung zu finden sind als bei nicht von Mobbing betroffenen Mitarbeitern.

Weiter zeigen eine Vielzahl von Studien psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen bei den Mobbingopfern auf. Am häufigsten werden hier depressive Symptome und Angstsymptome genannt (Björkquist et al., 1994; Leymann, 1993; Niedl, 1995; Knorz & Zapf, 1996; Einarsen et al., 1998; Mikkelsen & Einarsen, 2001; 2002b; Hansen et al., 2006). Auch von Zuständen psychischer Erschöpfung wie Gereiztheit/Belastetheit und Burnout wird berichtet (Niedl, 1995; Knorz & Zapf, 1996; Einarsen et al., 1998).

Leymann & Gustafsson (1996) konnten aufzeigen, dass die psychischen Symptome, unter denen Mobbingopfer leiden, in vielen Fällen nach dem Diagnostisch-Statistischen Manual (DSM IV) als generalisierte Angststörung und als posttraumatisches Stress-Syndrom (PTSD) diagnostiziert werden können – beides schwerwiegende psychische Störungen. Eine posttraumatische Belastungsstörung tritt in der Regel nach einem stark traumatisierenden Erlebnis auf und wird z.B. von Vietnamveteranen oder Überlebenden aus Konzentrationslagern berichtet (vgl. Boyle et al., 1998, zitiert nach Niedl, 1995). Sie ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass das Opfer das traumatische Erlebnis im Kopf immer wieder durchlebt. Leymann & Gustafsson fanden in ihrer Studie, dass die PTDS-Symptomatik bei den Mobbingopfern sogar stärker ausgeprägt war als bei Zugführern, denen sich ein Selbstmörder vor den Zug geworfen hatte und die erleben mussten, wie diese Person überrollt wurde. Nachfolgende Studien fanden ebenfalls die Symptome eines

posttraumatischen Stress-Syndroms bei Mobbingopfern (Einarsen, 1999; Einarsen & Mikkelsen, 2002). Einarsen & Mikkelsen (2002) berichten von 76% der in ihrer Studien gefundenen Mobbingopfer, bei denen PTSD-Symptome diagnostiziert werden konnten. Für 29% waren sogar alle Kriterien des DSM IV erfüllt. Der Mittelwert des Schweregrads der Symptomatik unterschied sich nicht von dem anderer Trauma-Opfer, was noch einmal unterstreicht, dass Mobbing tatsächlich ein sehr schwerwiegendes traumatisches Erlebnis für das Mobbingopfer darstellt.

Einarsen & Mikkelsen (2002) konnten ebenfalls aufzeigen, dass die gefundenen Symptome und Befindensbeeinträchtigungen auch dann noch anhielten, wenn das konkrete Mobbinggeschehen schon längst vorbei war. So fanden sie noch bei 62% der Personen, deren Mobbingfall bereits 2-5 Jahre zurücklag, Symptomaten eines posttraumatischen Stress-Syndroms. Hoel & Cooper (2000) berichten ebenfalls von an Normwerten gemessenen schlechteren physischen und psychischen Wohlbefindenswerten bei Personen, die in der Vergangenheit gemobbt wurden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die negativen Folgen für das Mobbingopfer nicht mit dem Ende des Mobbingprozesses aufhören, sondern vielmehr lange Jahre bestehen bleiben.

Es zeigten sich weiter Zusammenhänge zwischen Intensität und Dauer der Mobbinghandlungen und der Schwere der Befindensbeeinträchtigungen (Hoel & Cooper, 2000; Einarsen & Mikkelsen, 2002).

Viele Mobbingopfer begeben sich aufgrund der physischen und psychischen Befindensbeeinträchtigungen, die sie erleben, in ärztliche Behandlung. Einarsen & Raknes (1991, zitiert nach Zapf, 1999a) berichten von 23 Krankheitstagen bei weiblichen Mobbingopfern im Vergleich zu 9 Tagen bei nicht von Mobbing betroffenen Frauen. Zapf (1999a) berichtet von den Ergebnissen zweier deutscher Studien. 27% der Opfer ließen sich in der ersten Studie langfristig krankschreiben. In der zweiten Studie zeigte sich, dass über 50% sich innerhalb eines Jahres mehr als dreimal krankschreiben ließen. 18% sogar mehr als sechsmal. Kivimäki et al. (2000) berichten von einer um 26% höheren krankheitsbedingten Abwesenheitsrate der Mobbingopfer im Vergleich zu nicht gemobbten Kollegen.

Die direkten Befindensbeeinträchtigungen für das Mobbingopfer bleiben ihrerseits nicht ohne Folgen. Das private und familiäre Umfeld wird ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. So können z.B. Aggressivität und Gereiztheit der betroffenen Personen vermehrt zu Streit und Konflikten mit Familienmitgliedern und Freunden führen (vgl. Meschkutat et al., 2002, S.90). Zapf (1999a, S.19) weist darauf hin, dass die Opfer oftmals *„ihre Geschichte wieder und wieder erzählen, so lange, bis es keiner mehr hören kann und sich Freunde und Bekannte und am Schluss manchmal sogar die Familie vom Mobbingopfer abwenden“* (vgl. auch Leymann, 1993; Leymann & Gustafsson, 1996). Das ist deshalb so fatal, weil sich die Mobbingopfer damit selbst der sozialen Unterstützung berauben, die sie so dringend benötigen.

Die privaten negativen Folgen eines Mobbingprozesses setzen sich über die soziale Ebene hinaus fort, denn am Ende eines Mobbingprozesses steht der Ausschluss des Mobbingopfers aus der Arbeitswelt mit oftmals nicht unerheblichen weiteren sozialen und finanziellen Konsequenzen für das Mobbingopfer. Es kommt zu langfristigen Krankschreibungen, Frühverrentungen, Kündigung etc. Leymann (1993) berichtet, dass Schätzungen zufolge 5-10% aller Opfer davon betroffen sind. Weiter zitiert Leymann (1996) offizielle Angaben der schwedischen Sozialversicherung, in denen sogar 20-40% aller

Frührentenierungen mit Mobbing in Verbindung gebracht werden. Zapf (1999) führt die zusammengefassten Zahlen verschiedener deutscher Untersuchungen an. Danach wurden 11% der Mobbingopfer versetzt oder ließen sich versetzen, 18% wurden gekündigt, 15% kündigten selbst und 4% gingen in Frührente.

In der Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland (Meschkutat et al., 2002) gaben 43,9% an, nach Ende des Mobbings krank zu sein, 20,1% waren sogar mehr als sechs Wochen krank. Knapp ein Drittel wechselte freiwillig den Arbeitsplatz innerhalb der Organisation, 22,5% kündigten selbst ihren Arbeitsplatz aufgrund der unerträglichen Belastung durch das erlebte Mobbinggeschehen. In 14,8% der Fälle wurde den Mobbingopfern von ihrem Arbeitgeber gekündigt. 11,4% der Mobbingopfer waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Auch Frühverrentung und Zwangsversetzungen kamen in der Untersuchung nicht selten vor (Tabelle 6).

Tabelle 6: Mobbingfolgen

Mobbingfolgen (nur abgeschlossene Fälle)	%
Krankheit wegen des Mobbings	43,9%
Krankheitsdauer mehr als sechs Wochen	20,1%
Freiwilliger Arbeitsplatzwechsel im Betrieb	30,8%
Eigene Kündigung	22,5%
Kündigung durch Arbeitgeber	14,8%
Arbeitslosigkeit	11,4%
Erwerbsunfähigkeit oder Frührente	6,9%
Zwangweise Versetzung	5,6%

(Mehrfachnennungen enthalten; Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.78)

Die Zahlen verdeutlichen, dass die Mobbingopfer im Verlauf eines Mobbingprozesses auf allen Ebenen belastet werden. Je länger der Prozess dabei andauert, desto schwerwiegender werden alle Lebensbereiche des Betroffenen beeinträchtigt. Das Opfer ist zuletzt nicht selten gesundheitlich, sozial und finanziell am Ende. Leymann (1993, 1996, 2002) weist darauf hin, dass es auch zu mobbingbedingten Selbstmorden kommt.

1.3.7.2 Folgen für die Organisation

Wie die vorangegangenen Ausführungen zu den Folgen für die Mobbingbetroffenen andeuten, kann das Mobbinggeschehen auch für die Organisation, in der es stattfindet, nicht ohne Konsequenzen bleiben.

Für die Unternehmen sind vor allem die Kosten, die durch Mobbing entstehen, relevant. Es existieren Versuche, die Kosten anhand von Hochrechnungen, z.B. anhand von „business cases“, zu schätzen (z.B. Resch, 1994).

Allgemein kann festgehalten werden, welche potenziellen Kostenfaktoren durch Mobbing für die Organisation entstehen (vgl. Zapf, 1999a):

1. Kosten durch Fehlzeiten

Wie bereits bei den persönlichen Mobbingfolgen für das Opfer beschrieben, belegen verschiedene Studien, dass Mobbingopfer eine erhöhte Fehlzeitenrate haben (Dick & Dulz, 1994, zitiert nach Zapf, 1999; Einarsen & Raknes, 1991 zitiert nach Niedl;

Einarsen et al., 1994; Lindroth & Leymann, 1993, zitiert nach Niedl, 1995; Thylefors, 1987, zitiert nach Niedl, 1995).

Fehlzeiten verursachen betriebswirtschaftliche Kosten auf unterschiedliche Weise. Es kann z.B. zu Störungen des Arbeitsablaufs kommen, die übrigen Mitarbeiter werden durch zusätzliche Aufgaben, die sie für die fehlenden Personen übernehmen müssen, belastet. Bei längeren Fehlzeiten entstehen Kosten durch die Suche und Einstellung von Ersatzkräften. Produktivitäts- und Qualitätseinbußen können als Folge des Einsatzes noch ungeübter Ersatzmitarbeiter entstehen etc.

2. Kosten durch Kündigungen und Versetzungen

Mobbingfälle lösen sich häufig dadurch auf, dass die betroffene Person schließlich den Arbeitsplatz oder das Unternehmen verlässt – entweder auf eigenen Wunsch durch freiwillige Versetzungen innerhalb der Organisation und durch Eigenkündigungen oder unfreiwillig durch Zwangsversetzung oder Kündigung durch den Arbeitgeber. Verschiedene Studien belegen die große Anzahl dieser Fälle und unterstreichen die stark erhöhte Fluktuationstendenz bei Mobbingopfern (vgl. auch Abschnitt 1.3.7.1).

Rayner (1997) z.B. zeigt auf, dass 27% der Mobbingopfer ihren Arbeitsplatz kündigten. In der Repräsentativstudie für Deutschland beläuft sich die Prozentzahl der entweder freiwillig oder unfreiwillig Gekündigten zusammen auf 37,3% und der freiwillig oder zwangsversetzten Mobbingbetroffenen zusammen auf 36,4%. In einer schwedischen Gewerkschaftsstudie zeigte sich, dass 60% der Befragten als Grund für die eigene Kündigung Unbehagen und Schikane am Arbeitsplatz angaben (vgl. Niedl, 1995, S.63). Nach Zapf et al. (1996) ergab sich in der Auswertung von Daten des Mobbingtelefons Stuttgart eine Prozentzahl von 74% der Betroffenen, die an ihrem Arbeitsplatz verbleiben, die restlichen 26% verlassen den Arbeitsplatz auf die eine oder andere Weise.

Betriebswirtschaftliche Kosten entstehen neben den Folgen, die bereits für die Fehlzeiten beschrieben wurden, dadurch, dass der Organisation Mitarbeiter mit spezifischem Fachwissen und Qualifikationen verloren gehen. Neue Mitarbeiter müssen gesucht, ausgewählt und eingearbeitet werden. Dies kann sehr kostenintensiv sein. Produktivitäts- und Qualitätseinbußen können während der Übergangsphase zusätzliche Kosten verursachen.

3. Kosten durch Reduktion des Commitments und der Arbeitsmotivation; Kosten durch unproduktive Anwesenheitszeiten

Verschiedene Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Personen, die gemobbt werden, ein verändertes Arbeits- und Leistungsverhalten vor allem in Bezug auf die Arbeitsmotivation aufweisen. Meschkutat et al. (2002) fanden in der Repräsentativstudie für Deutschland, dass 71,9% der Mobbingopfer angaben, demotiviert zu sein. Weitere 58,9% hatten sich bei der Arbeit innerlich zurückgezogen, und 57,3% hatten eigenen Angaben zufolge „innerlich gekündigt“ (Tabelle 7). Es liegt auf der Hand, dass ein Mitarbeiter mit einer solchen Einstellung zu seiner Arbeit nicht mehr so produktiv und gewissenhaft arbeitet und schon gar kein Arbeitsengagement über das geforderte Maß hinaus oder Kreativität zeigt.

Einarsen & Raknes (1991) fanden, dass 27% der von ihnen Befragten Mobbing als effektivitätsreduzierend erlebten und weitere 20% als demotivierend. Zapf (1999a, S.20) berichtet zusammenfassend von verschiedenen deutschen Studien, in denen z.B. 55% der Mobbingopfer im Vergleich zu 30% der Nichtopfer aussagten, dass in der Organisation, in der sie arbeiten, nicht effizient gearbeitet werde. 30% im Vergleich zu

6% gaben an, dass man sich nicht anstrengt und engagiert. Schätzungen gehen davon aus, dass der mobbingbedingte Produktionsausfall jährlich ca. 12,5 Milliarden Euro beträgt (vgl. BAuA, 2003).

Tabelle 7: Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten – Motivation

Auswirkung	%
Ich war demotiviert	71,9%
Ich habe mich zurückgezogen	58,9%
Ich habe innerlich gekündigt	57,3%

(Mehrfachnennungen enthalten; Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.77)

4. Kosten durch mobbingbedingte arbeitsorganisatorische Probleme und Fehler

Nicht nur die Arbeitsmotivation der Mobbingbetroffenen sinkt, auch andere Faktoren des Arbeits- und Leistungsverhaltens ändern sich im Verlauf des Mobbingprozesses. Meschkutat et al. (2002) berichten verschiedene weitere Auswirkungen (Tabelle 8). So geben die befragten Mobbingopfer an, dass sie bei der Arbeit nervös, verunsichert und unkonzentriert waren, Leistungs- und Denkblockaden bei sich beobachteten oder sie an ihren Fähigkeiten zweifelten. Immerhin 33,5% geben zu, dass ihnen vermehrt Fehler bei der Arbeit unterliefen.

Zum einen leidet also die Arbeitsleistung des einzelnen Mobbingopfers. Zum anderen ist aber zusätzlich davon auszugehen, dass auch die Leistung der Arbeitseinheit (Arbeitsgruppe, Abteilung, gesamte Organisation), in der Mobbing stattfindet, sich verschlechtert.

Die höchste Prozentzahl von Mobbingopfern (67,9%) gibt an, ein starkes Misstrauen bei der Arbeit entwickelt zu haben, 41,2% berichten, dass sie gereizt und aggressiv waren. Dies allein lässt bereits darauf schließen, dass die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander bei Mobbing nachhaltig gestört sein dürfte.

Tabelle 8: Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten – Leistung

Auswirkung	%
Ich entwickelte ein starkes Misstrauen	67,9%
Ich wurde nervös	60,9%
Ich war verunsichert	60,0%
Ich fühlte mich ohnmächtig	57,7%
Es kam zu Leistungs- und Denkblockaden	57,0%
Ich zweifelte an meinen Fähigkeiten	54,3%
Ich wurde ängstlich – hatte Angstzustände	53,2%
Ich war unkonzentriert bei der Arbeit	51,5%
Ich wurde gereizt / aggressiv	41,2%
Es traten vermehrt Fehler auf	33,5%
Ich fühlte mich schuldig / verantwortlich	25,0%
Es kam zu keinen Auswirkungen	1,3%

(Mehrfachnennungen enthalten; Quelle: Meschkutat et al., 2002, S.77)

Zapf (1999a) führt als mobbingbedingte arbeitsorganisatorische Probleme beispielhaft ungenügende Informationsweitergabe an. Da es sich bei den Mobbinghandlungen vorrangig um „negative kommunikative Handlungen“ (Leymann, 2002, S.21) handelt, erscheint dies sehr plausibel.

Hansen et al. (2006) fanden in ihrer Studie, dass Mobbingopfer weniger soziale Unterstützung von ihren Kollegen und Vorgesetzten erhalten. Für die fehlerfreie und effiziente Verrichtung der Arbeit ist nicht nur die emotionale und wertschätzende soziale Unterstützung von Bedeutung, sondern vor allem die instrumentelle und informative soziale Unterstützung. Ist diese nur in sehr geringem Ausmaß oder gar nicht vorhanden, ist davon auszugehen, dass die Arbeitsleistung sich verringert.

5. Kosten durch Rechtsstreitigkeiten

Zapf (1999a) führt auf, dass in der Stichprobe von ihm und Mitarbeitern 55% der Mobbingopfer und in der Stichprobe vom Mobbingtelefon Stuttgart 20% der Mobbingopfer von Rechtsstreitigkeiten berichteten. Im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten fallen für das Unternehmen Gerichtskosten, Anwaltskosten, Kosten in Form von Abfindungen etc. an.

6. Kosten durch Zeitverluste

In der Liste der potenziell kostenverursachenden Faktoren werden ebenfalls immer wieder Kosten durch Zeitverluste aufgeführt (Zapf, 1999a). Opfer, Täter und innerbetriebliche Instanzen und Gremien verwenden nicht wenig Zeit, um sich mit dem Fall auseinanderzusetzen.

Niedl (1995) und Zapf (1999a) weisen darauf hin, dass in einigen Fällen die Organisation, in der Mobbing stattfindet, auch einen Nutzen aus dem Mobbing zieht, z.B., wenn es gelingt, einen unliebsamen Mitarbeiter „loszuwerden“, den man nur schwer entlassen könnte. Mobbing wird dabei genutzt, um teure Abfindungen zu vermeiden, die bei einer betriebsseitigen Kündigung anfallen würden.

1.3.7.3 Folgen für die Gesellschaft

Leymann (2002, S.124) schreibt: *„Wenn die Gesellschaft schließlich die krankgemachten Mitbürger übernimmt, ob über die Krankenkasse oder die Sozialverwaltung, dann gehen die volkswirtschaftlichen Kosten in die Milliarden.“* Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten ausführlich dargelegt wurde, nehmen die Mobbingopfer in sehr großem Maße die Kranken- und Sozialversicherungen in Anspruch. Sie sind in erhöhtem Maße krank, arbeitslos, langzeitkrankgeschrieben, erwerbsunfähig oder frühverrentet. Dies alles verursacht enorme volkswirtschaftliche Kosten.

Verschiedene Autoren haben Hochrechnungen und Schätzungen zu diesen Kosten angestellt.

Leymann (2002, S.126) rechnet die Kosten für die durch Mobbing entstandene Berufsunfähigkeit am Beispiel der „Schweißerin Lena“ auf 1,4 Millionen Mark (700.000 EUR) hoch. Gottschalk (2003) zitiert eine Modellrechnung von Prosch (1995, S.100, zitiert nach Gottschalk, 2003). nach der sich die Kosten für ein Mobbingopfer, das neun Monate krankgeschrieben war und umfassende medizinische Betreuung in Anspruch genommen hat, auf 50.000 DM (25.000 EUR) belaufen. Neuberger (1999) resümiert aus den Angaben der Literatur, dass die volkswirtschaftlichen Mobbingkosten pro Jahr für Deutschland auf zwischen 30 und 100 Milliarden DM (15-50 Milliarden EUR) angesetzt werden müssen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund schätzt den mobbingbedingten volkswirtschaftlichen Schaden auf 15 bis 25 Milliarden Euro pro Jahr (vgl. BAuA, 2003).

1.4 Theoretische Einordnung von Mobbing

Um das Phänomen Mobbing näher untersuchen zu können, bedarf es einer theoretischen Einordnung. Nur auf dieser Basis bleibt eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen nicht oberflächlich und beliebig (vgl. Neuberger, 1999, S.161). Eine theoretische Einordnung von Mobbing weist den Weg für Ansatzpunkte bei der Findung von Maßnahmen, die gegen Mobbing eingesetzt werden können.

Vorrangig wird die konflikttheoretische Sicht auf Mobbing behandelt, da diese der Interventionsentwicklung zugrunde lag. Andere theoretische Erklärungsansätze werden aber ergänzend dargestellt.

1.4.1 Mobbing aus konflikttheoretischer Sicht

Verschiedene Autoren geben Hinweise darauf bzw. argumentieren dafür, Mobbing aus einer konflikttheoretischen Perspektive zu betrachten (vgl. Hoel et al., 1999; Einarsen, 1999; Zapf & Groß, 2001).

Wie Zapf & Groß (2001) schreiben, kann Mobbing als ein hoch eskalierter Konflikt beschrieben werden. Festzuhalten ist dabei allerdings, dass Mobbing eine ganz bestimmte Form von Konflikt darstellt. Es kann unter Konflikte allgemein subsumiert, muss aber gleichzeitig von anderen Arten von Konflikten ganz klar unterschieden werden.

Konflikte können unter den richtigen Bedingungen etwas Positives darstellen, in dem Sinne, dass aus ihnen, vorausgesetzt, sie werden gut bewältigt und genutzt, verbesserte Beziehungen, größere Kreativität, Innovationen und gesteigerte Produktivität hervorgehen können. Dies trifft auf Mobbing nicht zu. Denn es ist charakterisiert durch seine negativen Folgen für alle Beteiligten. Weiter können Konflikte allgemein zwischen gleichstarken Parteien auftreten, sich nur auf eine einzelne Konfliktepisode beziehen und zum Teil relativ schnell gelöst werden. Mobbing hingegen zeichnet sich speziell durch eine ungleiche Machtstruktur zwischen Opfer und Täter, eine große Langlebigkeit und durch die Tatsache aus, dass es aus einer Serie von vielen zusammenhängenden Konfliktepisoden besteht.

Leymann (2002) beschreibt Mobbing als einen eskalierenden Prozess, der in vier Phasen von Konflikten und ersten einzelnen Unverschämtheiten und Gemeinheiten, über Mobbing und Stigmatisierung, Rechtsbrüche durch Über- und Fehlgriffe der Personalverwaltung bis hin zum Ausschluss des Opfers aus dem Arbeitsleben führt (vgl. Abschnitt 1.3.6). Die Beschreibung des Mobbingverlaufs in einem solchen Phasenmodell weist Ähnlichkeiten mit Eskalationsmodellen aus der Konfliktforschung auf.

Das wohl bekannteste Modell der Konflikteskalation stammt von Glasl (1992). Dem Modell liegt wie auch dem Modell von Leymann zugrunde, dass im Verlauf immer schwerwiegendere und aggressivere Mittel verwendet werden, um der anderen Partei zu schaden.

Glasls Modell unterscheidet drei Phasen und neun Stufen der Konflikteskalation. Entsprechend diesem Phasenmodell steigert sich die Intensität eines Konflikts stufenweise, wobei jede Stufe durch einen „Wendepunkt“ markiert ist, den die Konfliktparteien als kritische Schwelle, als „point of no return“ erleben. Überschreitet eine Partei durch entsprechende

Handlungen einen dieser Wendepunkte, so bricht sie damit zu einem intensiveren Konfliktniveau durch, auf dem andere Normen und Regeln des Handelns gelten als auf den vorherigen Niveaus bzw. Stufen.

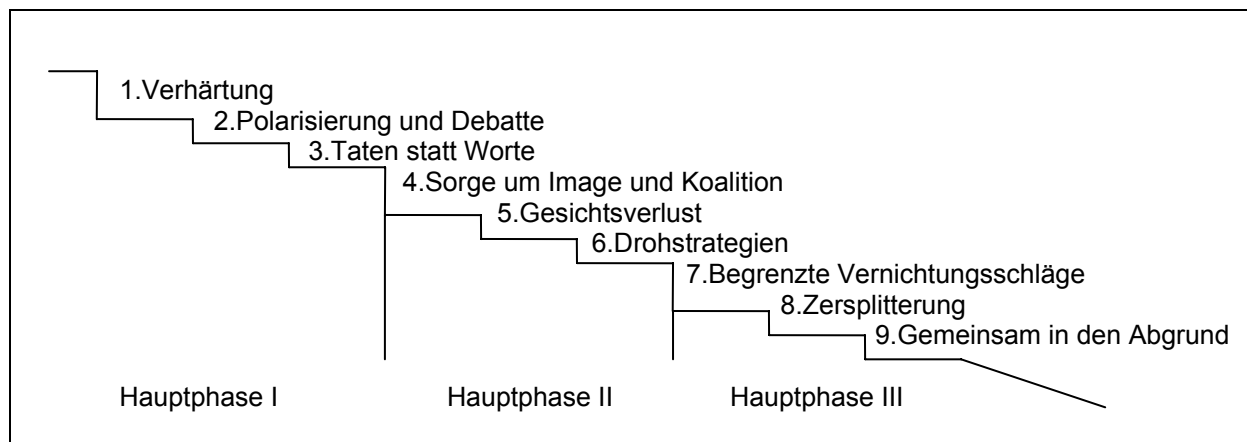


Abb.7: „Neun-Stufen-Modell der Konflikteskalation“
(Glasl, 1992)

Die erste Hauptphase der Konflikteskalation ist insgesamt durch Sachbezogenheit charakterisiert. In dieser Phase sind die Konfliktparteien daran interessiert, vernünftige Lösungen für ihr Problem zu finden. Es herrscht eine Win-win-Grundhaltung vor. Die Konfliktparteien nehmen Spannungen zwischen sich wahr, versuchen aber noch vernünftig und kontrolliert damit umzugehen.

Die zweite Hauptphase ist erreicht, wenn der eigentliche (Sach-)Konflikt in den Hintergrund zu treten beginnt und die Beziehung zwischen den Konfliktparteien sich zum Hauptproblem wandelt. Misstrauen, das Fehlen von Respekt und offene Feindseligkeiten entwickeln sich. In dieser Phase finden es die Konfliktparteien zunehmend schwierig, überhaupt noch miteinander umzugehen. Die alleinige Durchsetzung eigener Interessen wird nun das Ziel. Die Grundhaltung wandelt sich von „win-win“ zu „win-lose“.

In der dritten Hauptphase geht es überhaupt nicht mehr um eine Konfliktlösung, sondern ausschließlich darum, mit aller Gewalt die Gegenpartei zu vernichten. Die Konfliktparteien zeigen die typische Lose-lose-Grundhaltung: „Wenn ich schon Verlust ertragen muss, dann soll wenigstens auch die Gegenpartei Schaden erleiden, und zwar möglichst großen!“

Zapf & Groß (2001) ordnen schwere Mobbingfälle an der Schwelle von Hauptphase zwei zu Hauptphase drei vom Glasl-Modell ein.

Für eine Interpretation von Mobbing als einen hoch eskalierten Konflikt und eine Einordnung in ein phasenhaft eskalierendes Modell sprechen einige Forschungsergebnisse. So fanden Einarsen & Skogstad (1996), dass Mobbingopfer, die schon ziemlich lange in einem Mobbinggeschehen waren, öfter attackiert wurden als Opfer, die noch nicht so lange gemobbt wurden. Dies Ergebnis konnte von Zapf & Groß (2001) in einer qualitativen Befragung von Mobbingopfern bestätigt werden. Außerdem fanden sie, dass fast alle der Opfer davon berichten, dass Mobbing im Verlauf der Zeit immer mehr eskaliert.

Was für Implikationen bringt es mit sich, wenn man Mobbing aus einer konflikttheoretischen Perspektive betrachtet?

Der Vorteil dieser Perspektive ist, dass sie Annahmen darüber zulässt, wie Mobbing präventiv angegangen werden kann. Sieht man Mobbing als einen eskalierenden Prozess an, so schließt dies auch ein, dass in einer früheren Eskalationsstufe interveniert werden kann, so dass ein Konflikt gar nicht erst den Mobbinggrad erreicht oder, zumindest, dass seine Effekte reduziert werden.

Glasl gibt Empfehlungen, welche Art von Interventionen er in welcher Phase seines Konflikteskalationsmodells für sinnvoll erachtet. Auf den niedrigen Stufen der Eskalation sind psychologische Interventionen angezeigt, wie Moderation und Techniken zur Prozesssupervision. Je höher die Eskalationsstufe, desto weniger sinnvoll sind psychologische Interventionsmethoden. Diese werden ersetzt durch gesetz- und machtbasierende Strategien, wie z.B. Schiedsverfahren oder von oben angeordnete Trennung der Konfliktparteien.

Wenn Mobbing ungefähr bei den Eskalationsstufen 6-7 einzuordnen ist, dann impliziert dies, dass fast nur noch machtbasierende Strategien in einer solchen Situation etwas bewegen können.

Es ist ein Punkt des Konfliktes erreicht, an dem eine Art unkontrollierbare Situation vorliegt, und zwar für das Opfer wie auch für Dritte, die versuchen, die Situation auf eine konstruktive Art zu lösen. Dies spiegelt sich auch in Erfahrungsberichten von Mobbingberatern wider.

All dies macht eine möglichst frühzeitige Intervention bzw. eine Prävention von Mobbing nicht nur sinnvoll, sondern notwendig und begründet den Ansatz des später vorgestellten Projektes.

1.4.2 Weitere theoretische Sichtweisen auf Mobbing

In dieser Arbeit wird Mobbing vorrangig aus konflikttheoretischer Sicht betrachtet, wie es in dem vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde. Auf dieser theoretischen Sichtweise beruht auch der präventive Ansatz, der in der Intervention angewandt wurde. Dieser ist in Abschnitt 5.2 ausführlich dargestellt.

Um der Vollständigkeit jedoch Genüge zu tun, sollen auch andere theoretische Sichtweisen auf Mobbing nicht übergangen werden und sind deshalb im Folgenden kurz dargestellt.

Neuberger (1999, S.161) weist darauf hin, dass die vielen verschiedenen theoretischen Erklärungsansätze für Mobbing *„durch ihre jeweils sehr unterschiedlichen Akzentuierungen darauf aufmerksam machen, dass ein Name für eine Sache (Mobbing) noch lange nicht bedeutet, dass es eine Sache ist, um die es geht, und dass – was auch für Maßnahmen gegen Mobbing wichtig ist – je nach Hinsicht ganz verschiedene Dinge ins Blickfeld kommen“*.

Die nachfolgende Abbildung 9 stammt ebenfalls von Neuberger (1999) und soll veranschaulichen, dass die verschiedenen theoretischen Konzepte zur Interpretation von Aspekten des Phänomens Mobbing herangezogen werden können. Neuberger (1999, S.160) schreibt: *„Keiner dieser Zugänge erfasst alles, was Mobbing genannt wird, und jeder erfasst weit mehr als (nur) Mobbing.“*

Nicht alle der abgebildeten Theorien können an dieser Stelle umfassend dargestellt werden. Es werden die Ansätze, die im Hinblick auf diese Arbeit am wichtigsten erscheinen, herausgegriffen.

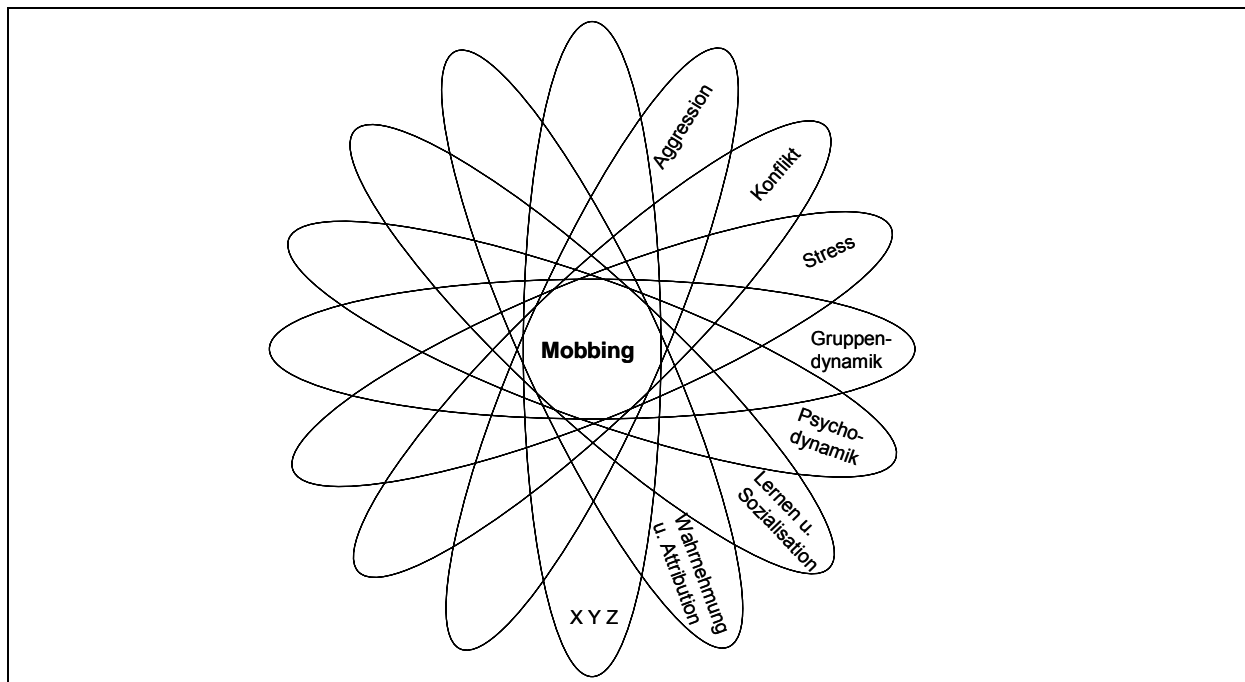


Abb.8: Theoretische Zugänge zum Verständnis von Mobbing (Neuberger, 1999, S.160)

1.4.2.1 Mobbing aus stresstheoretischer Sicht

Mobbing wird häufig in einen stresstheoretischen Kontext gestellt. Dies wird damit begründet, dass ein zentraler Gesichtspunkt von Mobbing in sehr stark belastenden Situationen bei der Arbeit (in Form von Konflikten mit Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen) und den schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für die Mobbingopfer liegt (Zapf, 1999a).

In der arbeitspsychologischen Stressforschung werden verschiedene Gruppen von Stressoren unterschieden (z.B. Greif, 1991). Dunckel & Zapf (1986, S.26ff.) wählen folgende Einteilung:

1. Arbeitsaufgabe oder der Arbeitsinhalt: Arbeitskomplexität, Handlungsspielraum, Variabilität, Konzentrationserfordernisse, Zeitdruck
2. Arbeitsorganisation: arbeitsorganisatorische Probleme, Kooperations- und Zeitwänge
3. Umgebungsbedingungen: Einflüsse physikalischer Art wie Lärm, Hitze, Nässe, Schmutz etc.
4. soziale Beziehungen am Arbeitsplatz: sozialer Stress, Kommunikation, Isolation, soziale Unterstützung
5. sonstige betriebliche Rahmenbedingungen: Arbeitsplatzunsicherheit, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitszeit etc.

Versucht man sich dem Phänomen Mobbing stresstheoretisch zu nähern, erscheinen vor allem die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz von Bedeutung.

Niedl (1995) weist auf die Besonderheiten der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz hin. Bestimmte Merkmale unterscheiden sie von den sozialen Beziehungen in anderen Lebensbereichen. Nach Krieger (1992) sind dies folgende:

- „erzwungener“ Kontakt: Im Arbeitskontext kann im Gegensatz zu anderen Lebensbereichen der Kontakt zu anderen Personen nicht frei gewählt werden. Es bestehen Zwänge, z.B. auch mit unsympathischen Personen zu kommunizieren.
- Hierarchie: Die hierarchische Stellung der einzelnen Personen in einem Unternehmen (Über- oder Unterordnung) hat Einfluss darauf, wie die Personen miteinander umgehen (z.B. Machtmissbrauch).
- Spannungsfeld fachliche – persönliche Ebene: Der Kontakt zwischen Personen im Arbeitskontext ist beeinflusst von dem Zusammenspiel fachlicher Faktoren (z.B. Arbeitsausführung, Fachwissen) und persönlicher Faktoren (z.B. Aussehen, Alter, Geschlecht, Sympathie). Konflikte und Störungen können aus der Vermischung beider Faktoren resultieren.
- Stellenwert der sozialen Bedürfnisse: Positive zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz werden als ein menschliches Grundbedürfnis angesehen, dessen Befriedigung einen hohen Stellenwert einnimmt.

Niedl (1995, S.154/155) ergänzt noch zwei weitere Merkmale:

- Technische Struktur: Die Struktur des Aufgabenvollzugs (z.B. räumliche Anordnung der Arbeitsplätze) sowie die physikalischen Rahmenbedingungen (z.B. Lärm) beeinflussen die Möglichkeit und die Art der Kommunikation.
- Führungsverständnis: Die sozialen Beziehungen im Arbeitskontext zeichnen sich durch Einflussnahme im Sinne der Erreichung betrieblicher Ziele aus. Das Führungsverständnis, gekennzeichnet durch das dahinter liegende Menschenbild und die Art des Führungsstils, kann zu einer Vorstrukturierung der Sozialkontakte werden (z.B. Konkurrenzorientierung).

Die Besonderheiten der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz sind für das Verständnis für die Entstehung von Mobbing von Bedeutung. Sie zeigen den Rahmen auf, in dem Mobbing stattfindet.

Pfaff (1981) führte eine Aufgliederung der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz in zwei Teilaspekte ein: in unterstützende und belastende Beziehungen.

Unter unterstützenden Beziehungen wird vor allem die soziale Unterstützung verstanden. Diese gilt als die wesentliche Moderatorvariable/Ressource im Stressgeschehen (z.B. Frese & Semmer, 1991; Oesterreich, 1999, Nitsche & Richter, 2003). House (1981) unterscheidet vier Bereiche der sozialen Unterstützung: (a) emotionale Unterstützung (z.B. Zuneigung, Verständnis, ein „offenes Ohr“), (b) instrumentelle Unterstützung (z.B. konkrete tatkräftige Hilfe, Dienstleistungen, finanzielle Unterstützung), (c) informative Unterstützung (z.B. nützliche Informationen, Ratschläge), (d) wertschätzende Unterstützung (z.B. Lob, Bestätigung, Anerkennung).

Der zweite Teilaspekt, belastende Beziehungen, beinhaltet, dass soziale Beziehungen unter ungünstigen Umständen selbst zu einem Stressor werden können. In der Stressforschung

wurde der Begriff „soziale Stressoren“ für Belastungen, die dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, geprägt. Diese können sich auf Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kollegen oder auf Antipathien gegenüber bestimmten Personen beziehen (Dunckel & Zapf, 1986). Zapf & Frese (1991) beschreiben soziale Stressoren als tägliche kleine zwischenmenschliche Ärgernisse oder Spannungen zwischen Arbeitenden, die als „daily hassles“ bezeichnet werden können, die kumulierend ihre belastende Wirkung über die Zeit entfalten.

Nach Knorz & Zapf (1996) lässt sich Mobbing als eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz beschreiben. In der stresstheoretischen Betrachtung von Mobbing stellt sich aber die Frage, wie Mobbing von allgemeinen Belastungen im zwischenmenschlichen Bereich, also sozialen Stressoren, sinnvoll abgegrenzt werden kann. Knorz & Zapf (1996) sowie Zapf (1999a) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass soziale Stressoren erst durch ihre Häufigkeit und Dauer, Systematik und Gerichtetheit auf eine einzelne Person zu Mobbing werden. So ist Mobbing als eine ganz bestimmte Teilmenge sozialer Stressoren am Arbeitsplatz (Zapf, 1999a, S.2) zu verstehen, aber nicht jede Form von sozialen Stressoren stellt Mobbing dar. Vereinzelte Angriffe und Beleidigungen fallen nicht unter den Mobbingbegriff. Mobbing stellt also durch seine Häufigkeit und Dauer soziale Stressoren mit hoher Intensität dar. Weiter sind soziale Stressoren im Allgemeinen ungerichtet. Wenn es in einer Abteilung soziale Stressoren gibt, so sind in der Regel alle dort arbeitenden Personen negativ betroffen. Für Mitarbeiter einer Arbeitsgruppe werden typischerweise ähnliche Werte sozialer Stressoren gefunden (Frese & Zapf, 1987). Auch zeigen alle Personen mehr oder weniger Stressreaktionen. Bei Mobbing ist zumeist nur das Opfer massiv von Stressreaktionen betroffen. Es kann sein, dass der oder die Täter keine Stressmerkmale aufweisen (Zapf, 1999a, S.2).

Sowohl Neuberger (1999) als auch Schlaugat (1999) nehmen einen Abgleich des transaktionalen Stressmodells von Lazarus (1966; Lazarus & Launier, 1981) mit dem Phänomen Mobbing vor.

Wie Neuberger (1999, S.165) treffend beschreibt, konzentriert sich das Modell „*weder allein auf die Person (Fähigkeiten, physiologischer Zustand, Biografie etc.) noch allein auf die Situation (Umweltanforderungen wie z.B. Zeitdruck, Lärm, räumliche Enge, pausenlose Überwachung, Monotonie), sondern auf die ‚Transaktion‘ zwischen Person und Umwelt. Es wird also weder rein reizbezogen (die Belastung ist ‚objektiv‘ in der Situation vorhanden) noch rein reaktionsbezogen (von Stress kann erst geredet werden, wenn die Person ein entsprechendes physiologisches, psychisches, soziales Antwortverhalten zeigt) argumentiert.*“ Person und Umwelt sind durch komplexe Wechselwirkungen sowie Rückkopplungen miteinander verbunden und verändern sich im Laufe der Beziehung. Das transaktionale Modell sieht Stress als Prozess: In einer primären Bewertung analysiert die betreffende Person zunächst den Charakter der Situation (irrelevant, positiv oder stressend in Form von Schädigung/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung). In der sekundären Bewertung erfolgt dann die Einschätzung hinsichtlich verfügbarer Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten. Während und nach der Auseinandersetzung der Person mit der Stresssituation findet eine Neueinschätzung (dritte Bewertungsphase) statt, in der die vorherigen Bewertungen revidiert oder bestätigt werden. Die Bewältigungsstrategien, die die Person einsetzt, können problemorientiert „instrumentell“ oder emotionsorientiert „palliativ“ sein, also entweder die problematische Transaktion behandeln oder die eigene emotionale

Reaktion darauf. Eine Person erlebt dem transaktionalen Modell zufolge immer dann Stress, wenn sie (a) eine Situation als negativ für das eigene Wohlbefinden bewertet und (b) ihre Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten als unzureichend einschätzt. Weiter beeinflusst auch der Bewältigungsprozess das Erleben der Person, wenn sie während und nach diesem die eingesetzten Strategien als nicht erfolgreich bewerten muss.

Schlaugat (1999, S.52/53) gleicht die transaktionale Stressdefinition mit der Phänomenbeschreibung von Mobbing ab. Bezüglich des inhaltlichen Rahmens stellt sie fest, dass sowohl Stress wie auch Mobbing im Prinzip als eine Störung des normalen oder gesunden Person-Umwelt-Verhältnisses beschrieben werden können. Lazarus & Launier (1981) beschreiben Stress als einen inneren Zustand, bei dem die Anpassungsfähigkeit der Person beansprucht oder gar überschritten wird. Dieser Zustand kann verschiedene Erscheinungsbilder haben. Auch Schlaugat leitet vergleichbar mit Knorz & Zapf (1996) ab, dass Mobbing eine sehr extreme Form von sozialen Stressoren darstellt. Den zeitlichen Rahmen betreffend weist Schlaugat darauf hin, dass es sich bei dem Phänomen Mobbing um einen lang andauernden, intensiven Prozess handelt. Das transaktionale Stressmodell bezieht sich vorrangig auf kurzfristige episodische Person-Umwelt-Auseinandersetzungen. Allerdings schließe das nicht aus, dass Stress als kurz- wie langfristiges Geschehen aufgefasst werden könne.

Schlaugat (1999, S.55) weist darauf hin, dass die transaktionale Sichtweise auf das Phänomen Mobbing Unterstützung dabei bietet, Mobbing als ein äußerst komplexes Wechselwirkungsgeschehen zu sehen, das von der Dynamik zwischen Person und Umwelt geprägt ist. Es erscheint deshalb sinnvoll, in der Analyse des Mobbingprozesses den Mobbinghandlungen als Stressoren, den Kognitionen, Emotionen, der Motivation sowie dem Bewältigungsverhalten und den Mobbingfolgen der betroffenen Person Aufmerksamkeit zu schenken. Wie Schlaugat schreibt, umfasst dies nicht nur, *„ihre Veränderungen je Phase des Mobbingprozesses zu erfragen, sie also als Strukturvariablen oder Determinanten aufzufassen, sondern auch ihr Zusammenwirken, ihre innewohnende Dynamik zu eruieren. Erst dadurch wird es möglich werden, verschiedene Aspekte des Eskalationsprozesses von Mobbing am Arbeitsplatz transparent zu machen, beispielsweise zu erklären, warum sich derart massive gesundheitliche Beeinträchtigungen einstellen.“*

Die theoretische Forschung zu Stress bietet wie dargestellt verschiedenste Betrachtungsweisen und Ansatzpunkte für die Analyse des Phänomens Mobbing, allerdings bedarf es weiterer theoretischer Arbeit, um das Phänomen aus stresstheoretischer Sicht einordnen zu können.

1.4.2.2 Sozialisations- und lerntheoretische Sicht

Die sozialisationstheoretische Sichtweise auf Mobbing sagt aus, dass die Verhaltensweisen der am Mobbingprozess beteiligten Personen durch bestimmte Sozialisationsprozesse verinnerlicht wurden. Dies beinhaltet, dass Mobbing nicht am „schlechten Charakter“ der Mobbingtäter liegt, sondern, dass so genannte „Systemimperative“ (Regeln, Normen, Strukturen) die Handlungen der Personen prägen (Neuberger, 1999, S.161).

Neuberger verweist in diesem Zusammenhang auf die Relevanz von „Destruktiv-Qualifikationen“ als Gegenstücke der Sozialkompetenz für das Fortkommen und Überleben in der modernen (kapitalistisch geprägten) Arbeitswelt.

Wie z.B. eine Umfrage unter Führungskräften (Kirsch, 1994, zitiert nach Prosch, 1995) zeigt, sind diese „Destruktiv-Qualifikationen“, von denen Neuberger spricht, durchaus als etablierte Werte zu sehen.

„Wie stark der Konkurrenzkampf ist, bestätigen die Ergebnisse der Repräsentativumfrage der GRP München im Auftrag der Zeitschrift Forbes im Jahr 1994. Danach bejahten (x %) von insgesamt 2372 befragten Angestellten und Beamten zwischen 25 und 49 Jahren aus dem mittleren und gehobenen Management die Frage:

Um im Beruf weiterzukommen...

1.	„habe ich schon mal einem direkten Konkurrenten bei Schwierigkeiten absichtlich nicht geholfen, um ihn bewusst Fehler machen zu lassen.“	86%
2.	„habe ich schon mal einen direkten Konkurrenten vor anderen Kollegen bzw. Vorgesetzten bewusst bloßgestellt oder lächerlich gemacht.“	68%
3.	„habe ich einen Konkurrenten schon mal bewusst benachteiligt.“	54%
4.	„habe ich schon mal einen Konkurrenten mit unfairen Mitteln ausgestochen.“	39%
5.	„darf man keine Schwäche zeigen und sich keine Blöße geben, weil das die Karriere-Mitbewerber sofort ausnutzen würden.“	91%
6.	„braucht man zuverlässige Verbündete oder einen einflussreichen Förderer.“	78%
7.	„darf man keine übertriebenen moralischen Skrupel haben.“	49%

Quelle: Kirsch, 1994, zitiert nach Prosch, 1995

Anderen Menschen gegenüber aggressiv auftreten zu können, „über Leichen gehen zu können“, egoistisch und berechnend zu sein etc. sind „Tugenden“, denen sich die Personen nicht schämen. Im Gegenteil, es gilt als gelungene Sozialisation, wenn die Person diese Fähigkeiten beherrscht.

Neuberger (1999, S.164) führt aus, dass es zu den Grundannahmen der Lerntheorie gehört, dass eine Handlung dann häufig auftritt, wenn sie belohnt wird (oder ein attraktives, erfolgreiches „Modell“ vorhanden ist, dessen Verhalten als Vorbild nachgeahmt wird). Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass, wenn Mobbing in einer Organisation vermehrt auftritt, gewisse „Verstärker“ für dieses Verhalten vorhanden sein müssen. Dies macht die Belohnungen (z.B. billigende oder anfeuernde Kommentare, Beförderungen, Kassieren von Vorrechten etc.) bzw. fehlende Bestrafung für Mobbing zu einem sehr wichtigen Untersuchungsgegenstand im Hinblick auf Prävention und Intervention bei Mobbing.

1.4.2.3 Sozialpsychologisch-systemische Sicht

In dieser Sichtweise steht im Vordergrund, welche Gruppenphänomene dazu führen, dass es zu Mobbing kommt bzw. kommen kann. Es existieren verschiedene Ansätze in diesem Theoriebereich, die mit Mobbing in Verbindung gebracht werden.

So ist es möglich, Mobbing in einem soziobiologischen Zusammenhang zu sehen. In der Evolutionsgeschichte wurde der Mensch darauf programmiert, die schwächsten Mitglieder einer Gruppe zu eliminieren, weil sie die Überlebenschancen der Gesamtgruppe herabsetzten, indem sie z.B. die Kampfeskraft oder den Zusammenhalt schwächten. Mobbing wird also mit dem sozialdarwinistischen Prinzip „survival of the fittest“ erklärt. Neuberger (1999, S.172) schreibt: *„An denen, die ausgesondert werden, erkennt man die in einem Verband geltenden Anforderungen, die durch die Umwelt im weitesten Sinne vorgegeben werden.“* Weiter weist Neuberger darauf hin, dass dies einen entlastenden Effekt auf die Täter hat. Sie werden von der Verantwortung für ihr Handeln freigesprochen. Empirische Ergebnisse der Mobbingforschung, die z.B. in stark hierarchisch organisierten Organisationen wie in Gefängnissen oder beim Militär, in denen Aggressivität und Härte als erstrebenswerte Normen angesehen werden, erhöhte Mobbinghäufigkeiten finden, unterstützen diese These (Ashforth, 1994; Ireland, 2000). Auch ein weiterer Sachverhalt passt in diese Sichtweise. In Arbeitsgruppen, in denen die Leistung des Einzelnen vom Gruppenergebnis abhängt, kann Mobbing zu einem Mittel werden, um leistungsschwache Mitarbeiter zu bestrafen, die so zu Mobbingopfern werden (Salin, 2003c).

In die sozialpsychologische Sichtweise zu Mobbing fällt auch die Sündenbocktheorie, in der das Mobbingopfer als Ersatzobjekt für den eigentlich gemeinten Vorgesetzten, Ungerechtigkeiten bei der Arbeit, ein schlechtes Entlohnungssystem, schlechte Arbeitsbedingungen etc. den Frust und die Aggressionen der Täter aushalten muss. Einarsen et al. (2003) schreiben: *„An employee may even be bullied by being an easy target of frustration and stress caused by other factors. In situations where stress and frustration are caused by a source that is difficult to define, inaccessible, or too powerful or respected to be attacked, the group may turn its hostility towards a suitable scapegoat“* (Einarsen et al., 2003, S.18). Dieses Verhalten einer Gruppe hat den Effekt, dass sie sich nicht mit den eigentlichen Problemen auseinandersetzen muss (vielleicht wäre sie, was diese eigentlichen Probleme betrifft, auch machtlos) und der innere „Frieden“ der Gruppe so gewahrt bleibt. Neuberger (1999, S.173) erinnert: *„Es ist eine alte politische Technik, durch Schaffung und Bekämpfung eines äußeren Feindes innere Befriedung zu erreichen.“* So wundert es nicht, dass oft Minderheiten und Personen, die nicht den Gruppennormen entsprechen, häufiger zu einem Sündenbock gemacht werden und häufiger Mobbing erleben, wie Forschungsergebnisse belegen: Frauen im allgemeinen (Hoel & Cooper, 2000; Zapf et al., 1996), Frauen speziell in „Männerberufen“ (Berdahl & Moore, 2006; Archer, 1999, zitiert nach Einarsen et al., 2001), Männer in „Frauenberufen“ (Eriksen & Einarsen, 2004), Ausländer (Jennifer & Moore, 2006; Hoel & Cooper, 2000; Graf et al., 2002), Behinderte (Leymann, 1992, zitiert nach Niedl, 1995).

1.5 Ursachen von Mobbing

Die Frage nach den Ursachen für Mobbing ist eine der am häufigsten gestellten in der Mobbingforschung. Aus Sicht vor allem der Opfer, aber auch der Täter stellt sich vor allem die Frage nach der Schuld, während die arbeits- und organisationspsychologische Forschung das Ziel der Präventions- und Interventionsentwicklung verfolgt.

In der Literatur werden verschiedene Faktoren genannt, die dazu beitragen, dass Mobbing entsteht, bzw. die einen Mobbingverlauf begünstigen. Dennoch sind verlässliche Studien zur Ursachenforschung von Mobbing immer noch relativ rar. Einigkeit herrscht darüber, dass

Mobbing nicht monokausal erklärt werden kann. Es handelt sich um ein sehr komplexes Problem, das im Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren zu betrachten ist (vgl. Zapf, 1999b).

1.5.1 Stand der Ursachenforschung

Die vorliegenden Studien, die Ursachen von Mobbing untersuchen, verwenden verschiedene Methoden, um sich diesen empirisch zu nähern. Ihnen ist allerdings gemein, dass sie methodisch strengen Kriterien der Ursachenanalyse wenig gerecht werden.

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über verschiedene dieser Studien und listet die jeweiligen Methoden der Ursachenerhebung sowie die berichteten Mobbingursachen auf.

Tabelle 9: Empirische Untersuchungen zu Mobbingursachen

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Methode*	berichtete Mobbingursachen ²
Deutschland	Zapf et al., 1996	Mobbingopfer N = 50 + N = 90; Kontrollgruppen	1 + 2	generell: schlechte Arbeitsbedingungen + schlechtes soziales Umfeld: - geringer Zeitspielraum - hohe Kooperationsanforderungen - hohe Ausprägung sozialer Stressoren - geringe soziale Unterstützung
	Zapf, 1999b	Mobbingopfer + Nichtopfer aus 2 Stichproben 1. N = 96/37; 2. N = 66/45	2 + 3	- spezifischer Täter - soziales System am Arbeitsplatz - schlechte Arbeitsbedingungen - das Opfer selbst
	Meschkatat et al., 2002	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 4396	3	- Schlechtes Arbeitsklima - Defizite im Führungsverhalten - Stress und Arbeitsdruck - Arbeitsorganisation (Unklarheiten bzw. unklare Zuständigkeiten) - Intransparenz von Entscheidungen - Starre Hierarchien - Angst vor Arbeitsplatzverlust - aktuelle Reorganisationsmaßnahmen
	Willingstorfer et al., 2002	Beschäftigte im Dienstleistungsbereich Schwerpunkt Verwaltungstätigkeit N = 111	2 + 1	- soziale Stressoren - Arbeitszufriedenheit in Bezug auf Kollegen, Arbeitsplatz u. Vorgesetzte - Betriebsklima in Bezug auf Kollegen

Tabelle 9 (Fortsetzung)
Empirische Untersuchungen zu Mobbingursachen

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Methode*	berichtete Mobbingursachen ²
Finnland	Vartia, 1996	Mitarbeiter aus der Kommunalverwaltung N = 949	2 + 1 + 4 3	<ul style="list-style-type: none"> - Art der Konflikt-/Problembewältigung - psychologische Aspekte der Arbeitsumgebung (z.B. Informationsfluss, Einflussmöglichkeiten, Zielklarheit) - Organisationsklima (Kommunikations- und soziales Klima) - Neid - Schwache Führungskraft - Wettkampf um Aufgaben; Vorteile; Gunst/ Unterstützung des Vorgesetzten - (Arbeitsplatz-)Unsicherheit - anders als die anderen sein
	Salin, 2003b	Mitglieder einer Finnischen Organisation (SEFE) für Berufstätige mit Universitätsabschluss; N = 377	1 + 2	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationspolitik - interner Wettbewerb - Arbeitsbelastung
Norwegen	Einarsen et al., 1994	Mitglieder aus 6 norwegischen Arbeiterverbänden N = 2215	1 + 2 + 4	<ul style="list-style-type: none"> - Führungsverhalten - Handlungsspielraum (work control) - soziales Klima - Rollenkonflikt
	Skogstad et al., 2007	Angestellte aus Norwegen N = 2547	1 + 6	<ul style="list-style-type: none"> - Führungsverhalten, speziell: Laissez-faire-Führungsstil - Rollenkonflikte - Rollenambiguitäten - Konflikte mit Kollegen
Dänemark	Agervold & Mikkelsen, 2004	Mitarbeiter einer Lebensmittel-Produktionsfirma N = 186	5	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsbelastung - Führungsstil
Großbritannien	Hoel & Cooper, 2000	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung N = 5288	2	<ul style="list-style-type: none"> - Führungsstil - Arbeitsbelastung - Organisationsklima - soziale Beziehungen bei der Arbeit - bedeutende organisationale Veränderungen (z.B. Wechsel im Management, Umstrukturierungen)

Tabelle 9 (Fortsetzung)
Empirische Untersuchungen zu Mobbingursachen

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	Methode*	berichtete Mobbingursachen ²
Europa	Jennifer et al., 2003	Beschäftigte aus Europa: Fabrik (Portugal), Lehrer (Spanien), Telekommunikation (UK) N = 677	2	- Konflikte in den Arbeitsbeziehungen - Rollenambiguität

* Erläuterung der Methode der Ursachenermittlung:

1 = Korrelationen (zw. Mobbinghäufigkeit und anderen Konstrukten)

2 = Mittelwertvergleiche zw. Mobbingbetroffenen und Nicht-Mobbingbetroffenen

3 = Befragung der Mobbingopfer nach den Ursachen aus ihrer Sicht

4 = Multiple Regressionsanalyse

5 = Vergleich von Abteilungen mit hohen vs. niedrigen Mobbingraten unter Eliminierung der Mobbingopfer aus der Analyse

6 = Strukturgleichungsmodelle/Pfadanalysen

² Es werden nur die Konstrukte berichtet, die sich in der Untersuchung als relevant herausgestellt haben.

Verschiedene Autoren zählen in Überblicksartikeln und Reviews zur Mobbingforschung ebenfalls Mobbingursachen auf, die sie aus empirischen Studien und theoretischen Überlegungen zusammengefasst haben:

Zapf (1999a) listet in seinem Überblicksartikel zum Stand der Mobbingforschung verschiedene Gruppen von Mobbingursachen auf. Er unterscheidet:

- Ursachen, die in der Organisation begründet sind
- Ursachen in der Gruppe bzw. im sozialen System
- Ursachen in der Person des Täters
- Ursachen in der Person des Opfers.

In einem Review über die Mobbingforschung in den skandinavischen Ländern von Einarsen (2000) werden die bereits genannten Faktoren bestätigt. Folgendes wird hier genannt:

- Persönlichkeitsfaktoren
- Charakteristika von zwischenmenschlichen Interaktionen in Organisationen
- Soziale Faktoren der Arbeitsumgebung und der Arbeitsbedingungen (z.B. soziales Klima, Führungsverhalten, Rollenkonflikte)
- Organisationale Faktoren der Arbeitsumgebung und der Arbeitsbedingungen (z.B. Handlungsspielraum, Arbeitsorganisation, Zielkonflikte)

Leymann (2002) nennt verschiedene Ursachen von Mobbing, die sich in fünf Hauptgruppen unterteilen lassen:

- Persönlichkeitstheoretische Ansätze
- Arbeitsorganisation und Gestaltung
- Die Leitung der Arbeit
- Ethik und Moral am Arbeitsplatz
- Soziale Prozesse (beeinflusst und hervorgerufen durch die anderen Faktoren)

In der Ursachenforschung zu Mobbing lassen sich zwei grobe Richtungen bzw. Ursachen-Faktorengruppen unterscheiden. Die erste Richtung sucht die Ursachen für die Entstehung von Mobbing in den Persönlichkeitseigenschaften und im Verhalten der Mobbingopfer und -täter (personenbezogener Ansatz). Die zweite Richtung beschäftigt sich mit Mobbingursachen, die in der Arbeitsumgebung angesiedelt sind (bedingungsbezogener Ansatz).

Beide Richtungen werden im Folgenden beschrieben und die dazugehörigen Forschungsergebnisse berichtet bzw. zusammengefasst.

1.5.1.1 Personenbezogene Faktoren

Ursachen im Mobbingopfer:

Die Frage nach personenbezogenen Faktoren im Opfer als Mobbingauslöser entspricht der Frage nach dem Eigenanteil der Mobbingopfer an ihrer Situation. Dies ist gleichbedeutend mit der Zuweisung von Schuld. Neuberger (1999, S.53) bringt die in diesem Zusammenhang kontrovers diskutierten Sichtweisen auf den Punkt:

„[Die Frage ist],

- *ob das Opfer als Opfer ausgesucht wurde (sich nahezu ‚angeboten‘ hat), weil es Fehler gemacht hat (‚schuldig‘ ist), weil es schwach ist (so dass keine heftige Gegenwehr zu befürchten ist) oder weil es in irgendeiner Form auffällig abweichend ist, oder*
- *ob eine vorher ganz normale Person zum Opfer gemacht wurde, nämlich so behandelt wurde, dass sie Fehler machte, schwierig wurde, abweichendes Verhalten zeigte, von anderen abgelehnt wurde, etc.“*

Leymann (1993, 1996, 2002) vertritt sehr vehement die Ansicht, dass kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Mobbingopfers und dem Mobbinggeschehen besteht. Er verteidigt nachdrücklich die „Unschulds-These“: „Zum Opfer kann jeder Mensch werden, wenn er von anderen feindselig behandelt wird, unterliegt und sich in diesem Kampf aufreibt“ (vgl. Neuberger, 1999, S.53).

Als Argumente für seine Sichtweise führt er an, dass sich viele der gefundenen Erkenntnisse über Mobbing nicht mit Persönlichkeitstheorien vereinbaren lassen. So stellt er z.B. fest, dass sich der immer wieder zu findende systematische und stereotype Verlauf von Mobbing mit Theorien der Persönlichkeit nicht erklären lassen. Auch Beobachtungen aus statistischen Erhebungen, dass z.B. die Gruppen der jüngsten und der ältesten Beschäftigten häufiger als andere Altersgruppen gemobbt werden, können durch Persönlichkeitstheorien nicht erklärt werden. Dies wäre nur möglich unter der Annahme, dass sich die Persönlichkeit in verschiedenen Altersabschnitten veränderte. In keiner psychologischen Theorie gibt es allerdings eine solche Annahme. Persönlichkeitsstrukturen werden im Gegenteil als über das ganze Leben äußerst stabil angesehen.

Weiter gibt Leymann zu bedenken, dass, um Aussagen über eine besondere Mobbinggefährdung von bestimmten Persönlichkeitstypen machen zu können, die Verteilung aller Persönlichkeitstypen in der Gesellschaft bekannt sein müsste. Nur unter dieser Bedingung ließen sich Aussagen über eine Über- bzw. Unterrepräsentation von bestimmten Persönlichkeitstypen unter Mobbingopfern machen. Eine Erhebung zur Ermittlung der Verteilung von Persönlichkeitstypen in der Bevölkerung liegt jedoch nirgends vor.

Leymanns strikte Haltung gegen einen persönlichkeits-theoretischen Erklärungsansatz für Mobbing verfolgt allerdings über das von ihm ausgeführte wissenschaftliche Defizit der Persönlichkeitstheorien hinaus noch ein übergeordnetes Ziel. Leymann zielt auf moralische und politische Werte ab, wenn er schreibt:

„Ich bin überzeugt davon, dass in allen diesen Fällen die Psychologie missbraucht wird. Von den Mächtigen ganz oben, weil ihnen persönliche Defizite bei einzelnen Angestellten lieber sind, als dass sie ihre gesamte Organisation und Menschenführung in Frage stellen müssen. Für andere, die darüber reden und sich wundern, dass es so was überhaupt gibt, ist der Hinweis auf den Persönlichkeitstyp zum einen deshalb interessant, weil wir uns dann keine Vorwürfe zu machen brauchen, wenn wir als Zuschauer nicht helfend eingegriffen haben. Aber es gibt noch einen anderen, weit tiefer sitzenden Grund: Wenn wir annehmen, dass ein Mobbingverlauf, der in den Ruin führt, nur gewissen Persönlichkeitstypen vorbehalten ist, dann stärkt das unser Selbstvertrauen. Denn wo würde es hinführen, wenn wir plötzlich einsehen müssten, dass jeder, auch du und ich, auf diese Weise zugrunde gehen könnte?“ (Leymann, 2002, S.142/143).

Leymann betont, dass Persönlichkeitstheorien in den verschiedensten Wissensgebieten von großem Nutzen sein können, unterstreicht aber auch ihre Schwächen bei der Deutung von empirischen Forschungsergebnissen. Darüber hinaus können Persönlichkeitstheorien als Erklärung für Mobbing im juristischen Bereich (durch die implizite Schuldzuweisung zum Mobbingopfer) dazu führen, dass Unrecht begangen wird.

Nicht zuletzt die Haltung Leymanns und das Engagement, mit der er sie vertrat, führten dazu, dass bis heute nur wenige Studien existieren, die gezielt die Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit von Mobbingopfern und Mobbing untersucht haben.

Zum jetzigen Kenntnisstand der Forschung besteht weit verbreitet die Auffassung, dass Persönlichkeitsmerkmale und bestimmte Verhaltensweisen zwar zum Entstehen von Mobbing beitragen können, aber weder ein „typisches Mobbingopfer“ existiert noch generelle Verhaltensmuster, die davor schützen, von Mobbing betroffen zu werden. Gleichzeitig vertreten aber immer mehr Forscher die Auffassung, dass bestimmte Verhaltensweisen oder auch -fähigkeiten einer Person die Wahrscheinlichkeit erhöhen oder verringern können, dass sich aus einer ersten Mobbingphase ein eskalierender Mobbingprozess entwickelt (vgl. Meschkutat et al., 2002, S.120) – die Persönlichkeitsdimensionen des Opfers also nicht völlig außer Acht gelassen werden sollten.

Verschiedene Autoren konnten zeigen, dass Personen, die nicht selbst von Mobbing betroffen sind, die Ursache des Mobbinggeschehens sehr häufig in der Persönlichkeit der Opfer sehen (vgl. z.B. Björkquist, Östermann & Hjelt-Bäck, 1994; Niedl, 1995; Zapf, 1999). Werden die Opfer selbst befragt, ergibt sich meist ein anderes Bild. Im Gegensatz zu Nichtgemobbten stimmen Mobbingopfer in einem viel geringeren Maße Items zu, die besagen, dass die Opfer – zumindest teilweise oder unbewusst – zur Entstehung von Mobbing beigetragen haben. Zapf (1999b) berichtet, dass in seiner Untersuchung zusammen genommen 32% der Opfer einem solchen Item zustimmten, während 63% keinerlei Eigenanteil im Auftreten des Mobbinggeschehens sahen. Meschkutat et al. (2002) fanden einen Anteil von 17,8% der befragten Mobbingopfer, die zustimmten, einen Eigenanteil am Mobbinggeschehen zu sehen, 52,5% stimmten dem nicht zu, und 29,7% gaben an, diesen Sachverhalt nicht einschätzen zu können.

Es ist verständlich, dass die meisten Mobbingopfer keine Schuld oder zumindest nicht die Hauptschuld bei sich sehen. Dennoch zieht ein nicht allzu kleiner Anteil (bei Meschkutat et al.: ca. jedes sechste Mobbingopfer; bei Zapf: ca. jedes dritte Mobbingopfer) in Betracht, zumindest teilweise zum Mobbinggeschehen beigetragen zu haben.

Mittlerweile liegen verschiedene Studien vor, die belegen, dass sich Mobbingopfer und Nichtopfer in Persönlichkeitsdimensionen und Verhaltensweisen/-dispositionen voneinander unterscheiden (Vartia, 1996; von Holzen-Beusch et al., 1998; Hogh & Dofradottir, 2001; Matthiesen & Einarsen, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2002a; Rammsayer & Schmiga, 2003; Schmiga & Rammsayer, 2004).

Die in den Studien gefundenen Unterschiede sollten aber und werden auch mit Bedacht interpretiert und fügen sich an sehr unterschiedlichen Stellen in das Mobbinggeschehen ein. Rammsayer & Schmiga (2003) prüften, ob sich Mobbingopfer und Nichtopfer in Bezug auf die „Big-Five“-Persönlichkeitsdimensionen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit) voneinander unterscheiden. Mobbingbetroffene wiesen in der Untersuchung einen signifikant höheren Wert in den Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung auf. Beide Persönlichkeitsmerkmale erklärten einen Anteil von ca. 5% der Varianz der Mobbingbetroffenheit, als gemeinsame Prädiktoren zusammen genommen sogar über 10% der Varianz.

Rammsayer & Schmiga argumentieren, dass die gefundenen Unterschiede als A-priori-Unterschiede interpretiert werden können, da sie sich in Persönlichkeitsdimensionen zeigten, die sich *„in zahlreichen Studien nicht nur als außerordentlich stabil über die Zeit erwiesen (McCrae & Costa, 1997), sondern auch in hohem Maße durch genetische Einflussfaktoren determiniert zu sein scheinen (Loehlin, 1992; Riemann, Angleitner & Strelau, 1997)“* (Rammsayer & Schmiga, 2003, S.8).

Höhere Neurotizismuswerte bei Mobbingopfern werden auch in den Studien von Vartia (1996) und von Holzen-Beusch (1999) berichtet. Vartia fand tendenziell höhere Neurotizismuswerte bei Mobbingbetroffenen und einen schwachen, jedoch signifikanten Zusammenhang zwischen Mobbingbetroffenheit und Neurotizismus. Von Holzen-Beusch berichtet von signifikant höheren Neurotizismuswerten bei Mobbingbetroffenen im Vergleich zu Nichtbetroffenen.

Neurotizismus wird häufig dem Persönlichkeitskonstrukt „negative affectivity“ zugeordnet. Personen mit hohen Neurotizismuswerten neigen u.a. dazu, nervös, ängstlich, traurig und unsicher zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen (vgl. Rammsayer & Schmiga, 2003, S.4). Verschiedene Mechanismen bei der Wirkung von Neurotizismus auf das Auftreten von Mobbing sind nach Zapf (1999a) denkbar. So ist es möglich, dass Personen mit hohen Neurotizismuswerten durch ihr Verhalten häufiger konfliktreiche Situationen schaffen. In der Forschung gibt es darüber hinaus Belege, dass Menschen typischerweise negativ auf depressives oder neurotisches Verhalten anderer reagieren (z.B. Sacco, Dumont & Dow, 1993, zitiert nach Zapf, 1999a).

Neben dieser möglichen Direktwirkung der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus zeigen einige Studien auch Mediator- bzw. Moderatorwirkungen auf. Mikkelsen & Einarsen (2002b)

berichten, dass die von ihnen erhobene „state negative affectivity“ teilweise als Mediator zwischen dem Erleben von Mobbinghandlungen und psychischen sowie psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden wirkte. Rammsayer & Schmiga (2003) konnten zeigen, dass Neurotizismus den Zusammenhang zwischen Mobbing und dem erlebten Leidensdruck moderiert.

Zusätzlich zur Persönlichkeitsdimension Neurotizismus wurde in der Studie von Rammsayer & Schmiga (2003), wie oben berichtet, noch die Dimension Offenheit für Erfahrung als mit Mobbing assoziiert gefunden. Personen, bei denen dieses Persönlichkeitsmerkmal stark ausgeprägt ist, neigen dazu, bestehende Normen und Arbeitsregeln zu hinterfragen, neue eigene Vorstellungen zu entwickeln und einzufordern sowie mit ihrem Arbeitsplatz zunehmend unzufrieden zu sein, wenn Routinetätigkeiten und monotone Arbeitsabläufe überwiegen (vgl. Rammsayer & Schmiga, 2003, S.9). Der Argumentation der Autoren zufolge kann dies Konflikte am Arbeitsplatz begünstigen und somit die Auftretenswahrscheinlichkeit für Mobbing erhöhen.

Andere Autoren nennen in Bezug auf die „Big-Five“-Persönlichkeitsdimensionen auch immer wieder Gewissenhaftigkeit als möglichen Einflussfaktor auf Mobbing. Von Holzen-Beusch (1999) fand in seiner Studie diese Persönlichkeitsdimension bei den untersuchten Mobbingopfern signifikant höher ausgeprägt. Zapf (1999a) beschreibt, dass sich Personen mit hoher Gewissenhaftigkeitsausprägung nicht selten für leistungsbereiter und -fähiger halten und eine moralische Überlegenheit zum Ausdruck bringen, mit der sie sich bei ihren Kollegen unbeliebt machen. Diverse Fallstudien von Mobbingopfern belegen, dass Merkmale wie Rechthabereien, Gewissenhaftigkeit, Wortgetreueheit, Naivität Eigenschaften sind, die bei vielen Mobbingopfern zu beobachten sind und mit denen sie bei ihren Kollegen ins Abseits geraten (vgl. z.B. Brodsky, 1976; Leymann, 1993). Gewissenhaftigkeit kann auch mit Rigidität, Unnachgiebigkeit und dem Beharren auf den eigenen Vorstellungen verbunden sein. Auch dies findet sich in der Beschreibung von Mobbingopfern wieder, die unter keinen Umständen klein begeben wollen und eine regelrechte Obsession entwickeln im (teilweise jahrelangen) Kampf gegen die Ungerechtigkeiten, die ihnen widerfahren sind (vgl. Leymann, 1993; Neuberger, 1995; von Holzen-Beusch, 1998).

Ein weiteres Merkmal, das bei Mobbingopfern immer wieder gefunden und mit der Entwicklung des Mobbingprozesses in Verbindung gebracht wird, ist die Tendenz zu Selbstunsicherheit, geringer Selbstwirksamkeitserwartung und damit einhergehender niedriger Sozialkompetenz. Nach Zapf (1999a) kann die Hypothese abgeleitet werden, dass ein geringes Selbstwertgefühl dazu führt, dass man in eine Opferrolle gerät. Er schreibt weiter: *„Je geringer das Selbstwertgefühl einer Person ist, um so verletzbarer durch Kritik, Kränkung oder Tadel wird sie sein und desto beeinträchtiger und ungerechter wird sie sich behandelt fühlen (Buss & Durkee, 1957) und wird mit aus der Sicht der Kollegen negativen sozialen Verhaltensweisen reagieren und die Angreifer in ihrem Verhalten bestärken“* (Zapf, 1999a, S.15). Verschiedene Studien liefern Belege für diese Hypothese.

So fand Vartia (1996) in ihrer Studie eine geringe Korrelation zwischen Mobbing und Selbstwertgefühl der Opfer.

Mikkelsen & Einarsen (2002b) konnten in ihrer Studie über den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Mobbinghandlungen und Gesundheitsbeschwerden nachweisen, dass geringe Selbstwirksamkeit den Zusammenhang in Bezug auf psychische Gesundheitsbeschwerden moderiert. Personen mit einer geringen Selbstwirksamkeits-

erwartung zeigten, wenn sie von Mobbing betroffen waren, ein höheres Maß an psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Zapf (1999a) berichtet von einer von ihm identifizierten Untergruppe von Mobbingopfern, die sich durch ein hohes Maß an Unsicherheit/Vermeidung auszeichnete. Diese Gruppe wies darüber hinaus auch die höchsten Werte bezüglich Angst- und Depressionssymptomatiken und „negative affectivity“ auf. Weiter zeigten Personen, die zu dieser Gruppe gehörten, Defizite im Sozialverhalten, wenn möglich mieden sie Konflikte oder wenn dies unmöglich war, gaben sie im Konfliktfall schnell nach. Außerdem zeigten sie die geringsten Kompromiss- und Zusammenarbeitsausprägungen in Bezug auf Konfliktverhalten. Zapf interpretiert, dass die Gruppe dieser Personen, aufgrund ihrer beschriebenen Eigenschaften, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einem Mobbingopfer wird.

Verschiedene weitere Studien belegen, dass Mobbingopfer sich von Nichtopfern nicht nur in Bezug auf ihren Umgang mit Konflikten unterscheiden, wie Zapf (1999a) berichtet, sondern auch in Bezug auf ihre Stressbewältigung.

Mobbingopfer weisen schlechtere Coping-Strategien in der Stressbewältigung auf. Hogh & Dofradottir (2001) fanden in ihrer Untersuchung, dass Mobbingopfer im Vergleich zu Nichtbetroffenen signifikant weniger Problemlösen, mehr Vermeidung und mehr Resignation als Coping-Strategien anwenden.

Auch Schmiga & Rammsayer (2004) berichten von signifikant mehr „Negativ-Strategien“ (Flucht, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmakaeinnahme) in der Stressbewältigung von Mobbingopfern. Sie unterstreichen, dass diese negativen Strategien eher stressvermehrend wirken.

Zapf & Groß (2001) teilten die von ihnen untersuchten Mobbingopfer in „erfolgreiche“ (diejenigen, für die sich die Situation substanziell verbesserte) und „unerfolgreiche“ (diejenigen, deren Situation sich immer weiter verschlechterte trotz aller Bewältigungsversuche der Person) ein. Die „erfolgreichen“ Opfer (die allerdings nur sehr selten vorkamen) zeichneten sich dadurch aus, dass sie Fehler und Verhaltensweisen, die gegen sie ausgelegt werden konnten, wie z.B. häufiges Fehlen bei der Arbeit, vermieden. Sie waren außerdem offensichtlich besser darin, Verhaltensweisen zu erkennen und zu vermeiden, die die Konfliktsituation eher weiter eskalierten, statt zur Deeskalation beizutragen.

Wie die dargestellten Ergebnisse zu Persönlichkeitsfaktoren in der Mobbingforschung zeigen, wirken diese Faktoren mit unterschiedlichen Mechanismen an verschiedenen Stellen im Mobbinggeschehen.

Zapf & Einarsen (2003) listen die verschiedenen Aspekte im Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf Mobbing auf:

1. Bestimmte soziale, demografische oder persönliche Eigenschaften des Opfers können dazu führen, dass die Person generell oder in spezifischen Situationen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gemobbt wird. (An dieser Stelle sei auch auf die bereits in vorangegangenen Kapiteln berichtete Erkenntnis zur erhöhten Mobbinggefährdung von Minderheiten hingewiesen, die in bestimmten spezifischen Situationen bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität, Behinderung etc. auftreten kann.)

2. Die Persönlichkeit und/oder das Verhalten der Person können in anderen aggressives Verhalten auslösen und die Wahrscheinlichkeit für Konflikte und somit für Mobbing erhöhen (siehe z.B. berichtete Ergebnisse zu Neurotizismus, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit, niedriges Selbstbewusstsein, schlechte Sozialkompetenz etc.).
3. Psychologische Faktoren, die die Fähigkeit des Opfers beeinflussen, sich in hoch eskalierten Konfliktsituationen mit Kollegen und/oder Vorgesetzten zu verteidigen, können den Mobbingprozess weiter vorantreiben. So können z.B. unzureichende Coping-Strategien, geringe Selbstwirksamkeit, niedriges Selbstvertrauen, Schüchternheit, schlechte Konfliktbewältigungsfähigkeiten stark zum Problem beitragen.
4. Individuelle Faktoren können außerdem als Moderatoren den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Mobbing und Gesundheitsbeeinträchtigungen beeinflussen (siehe z.B. berichtete Ergebnisse zu Moderatorwirkung von Neurotizismus und Selbstwirksamkeit).

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten. Diverse Forschungsergebnisse belegen, dass ein Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen des Mobbingopfers auf das Auftreten und den Verlauf von Mobbing bestehen. Gleichzeitig zeigen die vorliegenden Studien jedoch auch, dass die Persönlichkeit des Opfers nicht als generelle Erklärung für Mobbing herangezogen werden kann. Sowohl Zapf (1999a) als auch Matthiesen & Einarsen (2001) finden in ihren Untersuchungen unterschiedliche Subgruppen von Mobbingopfern, die sehr unterschiedliche Persönlichkeitsprofile aufweisen. Für einige dieser gefundenen Subgruppen erscheint es sehr plausibel, dass das Auftreten von Mobbing zumindest zu einem gewissen Teil durch die Persönlichkeit der Opfer erklärt werden kann (z.B. in Gruppen mit sehr hohen Unsicherheitsausprägungen oder anderen akzentuierten Persönlichkeitsprofilen). Allerdings identifizierten beide Studien auch Gruppen von Individuen, die normale Persönlichkeitsprofile, normale Kompetenzen und normale Gesundheitsprofile aufwiesen und trotzdem zu Opfern von schwerwiegendem Mobbing am Arbeitsplatz wurden. Dieser Sachverhalt zeigt auf, dass es Mobbingopfer gibt, die sich nicht von Kontrollgruppen unterscheiden und in deren Fällen die Hauptursache für das von ihnen erlebte Mobbing in anderen Faktoren als ihrer Persönlichkeit zu suchen ist.

Methodische Limitationen der Studien zu Persönlichkeitseigenschaften der Mobbingopfer

Als wichtige Einschränkung der Forschungsergebnisse zu Unterschieden in der Persönlichkeit von Mobbingopfern und Nichtopfern sei auf das Ursache-Wirkungs-Problem hingewiesen. Es kann nicht zweifelsfrei belegt werden, dass die gefundenen Unterschiede auch wirklich als A-priori-Unterschiede vor Beginn des Mobbinggeschehens schon bestanden haben. Dies könnten nur Längsschnittstudien belegen. Ein solches Forschungsdesign ist aber in Bezug auf die vorliegende Fragestellung nur sehr schwer vorstellbar und umsetzbar. Es müssten Personen (am besten zu Beginn ihres Berufseinstieges) auf ihre Persönlichkeit hin untersucht werden, um dann im Verlauf feststellen zu können, ob bestimmte Personen mit einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur im späteren Berufsleben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu Mobbingopfern werden. Wie bereits weiter oben beschrieben, argumentieren einige Forscher behelfsweise damit, dass (die in den Studien gemessenen) Persönlichkeitsmerkmale über die Zeit sehr stabil

seinen und deshalb angenommen werden kann, dass die Unterschiede in Bezug auf die Persönlichkeit zwischen Mobbingopfern und Nichtopfern schon vor dem Mobbinggeschehen bestanden haben müssen. Leymann & Gustafsson (1996) setzen dem entgegen, dass posttraumatische Stressbelastungen, denen viele Mobbingopfer ausgesetzt sind, durchaus dazu führen können, dass sich die Persönlichkeit des Opfers verändert. Es ist denkbar, dass die betreffende Person aufgrund der Mobbingerlebnisse neue Verhaltenstendenzen und Persönlichkeitsmerkmale ausbildet oder zumindest bestehende Persönlichkeitseigenschaften anders akzentuiert werden. Die Herausbildung von depressiven Tendenzen, exzessiver Vorsicht und Misstrauen, chronischer Nervosität und Gefühlen, in Gefahr zu schweben, Übersensibilität z.B. bei Kritik etc. erscheinen als Folge von Mobbing sehr plausibel.

Auch wenn zum jetzigen Stand der Forschung nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden kann, wie groß der Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen des Mobbingopfer auf das Mobbinggeschehen wirklich ist, in jedem Fall steht fest, dass Mobbing als multikausales Phänomen zu sehen ist. Die Verantwortlichkeit von Arbeitgebern und Managern für Präventions- und Interventionsmaßnahmen das Problem Mobbing betreffend bleibt unverändert bestehen.

Ursachen im Mobbingtäter:

Die Forschung zu Persönlichkeitsmerkmalen von Mobbingtätern und den darin zu findenden möglichen Ursachen für ihr Verhalten und für das Mobbinggeschehen ist äußerst schwierig, da es sich als fast unmöglich darstellt, Daten von den Tätern zu erhalten. Der Täter sieht sich zumeist gar nicht als solcher (z.T. eher sogar selbst als Opfer) und/oder er ist nicht bereit, Rechenschaft über sein Handeln abzulegen – sei es aus Gründen der sozialen Erwünschtheit oder sogar aus rechtlichen Gründen.

Aufgrund dieser bestehenden Schwierigkeiten liegen keine empirischen Studien vor, die explizit die Persönlichkeit von Mobbingtätern untersucht und auf mögliche Unterschiede zu Kontrollgruppen geprüft haben.

Verschiedene Forscher nähern sich der Fragestellung, indem sie die Mobbingopfer nach Gründen für das Mobbing befragen.

Zapf et al. (1995) berichten, dass als häufigste Mobbingursache „Es gibt eine feindselige Person ...“ von den Mobbingopfern genannt wurde. Die Person des Mobbingtäters wird also von den Opfern als Hauptursache für das Mobbing wahrgenommen.

Meschkat et al. (2002) zählen die genannten Gründe für das Mobbing aus Sicht des Mobbingopfers auf. Am häufigsten (19,2%) stimmten die Befragten der Aussage zu „Ich wurde hauptsächlich gemobbt, weil ich eine Konkurrenz für den/die Mobber darstellte“. Neid des Mobber (13,3%), Querdenken (8,8%) und unerwünschte Kritik, die das Mobbingopfer dem Mobber gegenüber vorbrachte (6,0%), waren ebenfalls häufig genannte Gründe. Weiter stimmen 3,4% der Aussage zu „Ich wurde hauptsächlich gemobbt, weil die Mobber ein Ventil suchten, krank waren (Sadisten)“. Immerhin noch 2,9% der Mobbingopfer stimmen der Aussage zu „Ich wurde hauptsächlich gemobbt, weil die Mobber Macht ausüben wollten“.

Es existieren verschiedene Theorien, welche Faktoren in einer Person dazu führen, dass sie zum Mobbingtäter wird.

Eine mögliche Erklärung ist, dass der Täter in irgendeiner Form vom Opfer gekränkt wurde oder sich bedroht fühlt. So kann es zum einen sein, dass Mobbing aus Rache geschieht. Zum anderen kann Mobbing dadurch erklärt werden, dass es für den Täter selbstwerterhaltend wirkt. Zapf & Bühler (1998) beschrieben Mobbing als eine Strategie der Selbstwertstabilisierung. Dem „Self Evaluation Model“ (SEM) von Tesser (1988, zitiert nach Zapf, 1999a) folgend, versuchen Menschen ihren Selbstwert zu erhalten oder zu steigern. Hierbei sind die Komponenten Leistung, Relevanz und Nähe von Bedeutung. Der Selbstwert einer Person ist z.B. dann bedroht, wenn sie wahrnimmt, dass eine andere Person mehr leistet in einem Bereich, der für sie relevant, also von Bedeutung ist, und diese andere Person ihr nahe steht. Wenn z.B. ein Vorgesetzter feststellt, dass einer seiner Untergebenen (Nähe) ihm leistungsmäßig überlegen ist (Leistung), ist das für ihn von großer Bedeutung, denn es könnte seine Autorität untergraben (Relevanz). Selbstwertbedrohung ist für eine Person äußerst unangenehm. Sie versucht diesen Zustand zu ändern. Die Relevanz lässt sich im Beispiel des Vorgesetzten nur schwer beeinflussen. Die Leistung des Untergebenen kann jedoch durch Mobbinghandlungen diskreditiert und geschmälert werden. Auch der Näheaspekt kann durch Mobbing verändert werden, wenn der Mobbingprozess darin mündet, dass das Mobbingopfer die Abteilung verlässt oder gar aus dem Unternehmen ausscheidet. Mobbing kann also der Selbstwerterhaltung einer Person dienen.

Verschiedene weitere Forschungsergebnisse untermauern diese Theorie. Die von Meschkutat et al. (2002) gefundenen meistgenannten Gründe für Mobbing aus Sicht der Mobbingopfer sind Konkurrenz und Neid. Björkquist et al. (1994) berichten, dass die Untersuchungsteilnehmer in ihrer Studie die Selbstunsicherheit des Mobbingtäters als zweithäufigste Ursache für Mobbing einschätzten. Zapf (1999a) führt weitere Befunde an. So beschreiben Kets de Vries & Miller (1984, zitiert nach Zapf, 1999), dass manche Menschen Unsicherheit mit Überkontrolle anderer kompensieren. Kipnis (1976) argumentiert, dass Vorgesetzte mit einem niedrigen Selbstvertrauen eher dazu neigen, ihre Untergebenen mit Aggressivität und Druck zu führen, denn sie erwarten nicht, dass sie durch Überzeugen Einfluss ausüben können.

Aber auch ein übersteigert hohes Selbstbewusstsein kann zu Mobbing führen. Personen mit einem sehr hohen Selbstwert können zu „tyrannischem“ Verhalten neigen. Sie weisen Perfektionismus, Arroganz und narzisstisches Verhalten auf (vgl. Zapf, 1999a). Baumeister et al. (1996, zitiert nach Zapf & Einarsen, 2003) beschreiben solche Personen folgendermaßen: *„People who regard themselves as superior beings might feel entitled to help themselves to the resources of others, seemingly lesser beings, and indeed they might even aggress against these beings without compunction, just as people kill insects or mice without remorse“* (Baumeister et al., 1996, S.8).

In vielen Fällen kann Mobbing auch mit geringen Sozialkompetenzen des Täters erklärt werden. Als einen Aspekt nennen Zapf & Einarsen (2003) ein Fehlen von emotionaler Kontrolle. So kann es z.B. sein, dass ein Vorgesetzter seinen Ärger an einem bestimmten Untergebenen auslässt, indem er ihn regelmäßig anschreit.

Ein weiterer für Mobbing relevanter Aspekt von sozialer Inkompetenz kann sein, dass die Täter nicht in der Lage sind, sich selbst und ihr Verhalten zu reflektieren sowie sich in die Perspektive ihres Opfers hinein zu versetzen. Einarsen et al. (1994, zitiert nach Zapf & Einarsen, 2003) berichten, dass in ihrer Untersuchung „Gedankenlosigkeit“ in 46% der Mobbingfälle als Ursache angesehen wurde. In der Auswertung von Fallstudien berichten

Täter immer wieder, dass sie sich der für das Opfer schwerwiegenden Konsequenzen ihres Handelns nicht bewusst waren (Leymann, 1993). Zapf (1999a) spricht in diesem Zusammenhang von „nicht bewusstem“ Mobbing.

Nicht zuletzt wird Mobbing vielfach auch mit mikropolitischen Gründen erklärt. Hierunter ist zu verstehen, dass der oder die Mobber aus (mehr oder weniger) nachvollziehbaren Gründen Mobbing gezielt einsetzen, um ihren Macht- und Einflussbereich zu stabilisieren und/oder auszudehnen. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn ein Vorgesetzter einen leistungsschwachen Mitarbeiter loswerden möchte, da die Gesamtleistung seines Teams (an dem er möglicherweise gemessen wird) beeinträchtigt ist, dies aber aus formalen und rechtlichen Gründen nicht geht (z.B. ist der betreffende Mitarbeiter aufgrund langjähriger Betriebszugehörigkeit praktisch unkündbar). Zapf (1999a) spricht in diesen Fällen von „inoffizieller Personalarbeit“. Zapf & Einarsen (2003) weisen darauf hin, dass mikropolitische Mobbing von außen betrachtet die nachvollziehbarste Mobbingform ist, da rationale, „vernünftige“ Motive (Streben nach Positionen, Einfluss, Ressourcen etc.) zu identifizieren sind. Teilweise deckt sich diese Art des Verhaltens sogar mit organisationalen Normen und Werten, wie z.B. Wettbewerbsdenken, Förderung von Konkurrenz, Zeigen von Dominanz, Karrieredenken etc. Dies wiederum bedeutet, dass ein solches Verhalten in der entsprechenden Organisation sogar belohnt wird.

Um die Frage nach den Ursachen von Mobbing, die im Mobbingtäter liegen, beantworten zu können, bedarf es weiterer Forschung. Ähnlich wie bei Ursachen, die im Mobbingopfer zu finden sein mögen, wird wahrscheinlich auch hier nicht das eine Persönlichkeitsprofil gefunden werden, das alle Täter gemein haben. Angesichts der verschiedenen Formen und Facetten von Mobbing und der vielfältigen Situationen, in denen Mobbing entstehen kann, wäre das sehr unwahrscheinlich und unglaubwürdig. Möglicherweise lassen sich auch bei den Mobbingtätern einige Subgruppen identifizieren, deren Persönlichkeitsmerkmale es besonders wahrscheinlich erscheinen lassen, dass sie zu Tätern werden. Aber wie Brodsky (1976) treffend feststellt, wird auch eine Gruppe von Personen, die eine Prädisposition haben, Mobbingtäter zu werden, dann erst ein solches Verhalten zeigen, wenn die organisationale Kultur, in der sie sich befinden, ein solches Verhalten belohnt oder zumindest zulässt.

1.5.1.2 Arbeitsbedingungen der Arbeitstätigkeit und -umgebung

Wie bereits in Abschnitt 1.5.1 dargestellt, existieren diverse empirische Studien, die den Einfluss der Arbeitsumgebung auf Mobbing untersucht haben (vgl. Tabelle 9). Die vorliegenden Forschungsergebnisse kommen vielfach zu dem Schluss, dass die Arbeitsumgebung einen entscheidenden und vielfältigen Einfluss auf Mobbing hat.

Vor allem Leymann (1993, 1996, 2002) nahm von Anfang an die Position ein, dass die Ursachen von Mobbing nicht in der Person der Opfer zu suchen seien, sondern in den Organisationen, in denen Mobbing stattfindet, insbesondere in einer schlechten Arbeitsorganisation und in Führungsproblemen. Leymann zufolge bestimmen unter solchen Bedingungen der Zufall und unglückliche Umstände, wer Opfer von Mobbing wird – jeden kann es treffen. Die Ursache für Mobbing liegt seiner Ansicht nach nicht in der Person des

Opfers, sondern in den äußeren Bedingungen, in denen Mobbing möglich ist und durch die Mobbing ausgelöst und vorangetrieben wird.

In Bezug auf die Entstehung von Mobbing wird mittlerweile von vielen Autoren in die gleiche Richtung argumentiert.

So wird zum einen angenommen, dass schlechte Arbeitsbedingungen für sich genommen zu Mobbing führen können. Andauernde Unsicherheiten und arbeitsorganisatorische Probleme, z.B. in Form von widersprüchlichen Anweisungen oder unklaren Abläufen, bieten ein hohes Konfliktpotenzial und somit die Ausgangsbedingungen für die Entstehung von Mobbing (vgl. Zapf, 1999a). Unter hohem Zeitdruck und bei hoher Arbeitsbelastung ist für „Nettigkeiten“ im Arbeitsleben keine Zeit mehr da und „zeitraubende“ Konfliktlösungen finden nur noch selten statt (vgl. Salin, 2003c). In Arbeitsgruppen, in denen die Kooperationserfordernisse sehr groß sind und/oder die Leistung des Einzelnen vom Gruppenergebnis abhängt, kann Mobbing zu einem Mittel werden, um leistungsschwache Mitarbeiter zu bestrafen, die so zu Mobbingopfern werden (vgl. Zapf et al., 1996). Diverse weitere Argumentationslinien sind denkbar.

Weiter wird angeführt, dass sich die schlechten Arbeitsbedingungen in unterschiedlichster Weise auf die Menschen, die unter diesen Bedingungen arbeiten, auswirken. Die stresstheoretische Literatur weist explizit darauf hin, dass psychosoziale Stressoren als Folge von bedingungsbezogenen Stressoren der Arbeitsumgebung auftreten können (Bamberg et al., 2003). Ein erhöhtes Stresslevel der Mitarbeiter kann z.B. zu einem Absinken der Arbeitszufriedenheit führen und Aggressionsschwellen für die beteiligten Individuen herabsetzen. Es wird weiter angenommen, dass eine schlechte psychosoziale Umgebung bei der Arbeit die Wahrscheinlichkeit für interpersonelle Konflikte erhöht, die sich, wenn sie ungelöst bleiben, zu Mobbingfällen entwickeln können (vgl. Zapf, 1999a; Einarsen et al., 1994). Schließlich kann im Sinne der Frustrations-Aggressions-Hypothese (Dollard et al., 1939, zitiert nach Berkowitz, 1989) argumentiert werden. Diese besagt, dass Frustration (wie sie z.B. bei Mitarbeitern unter schlechten Arbeitsbedingungen auftreten kann) immer zu einer Form von Aggression bzw. zu einer Bereitschaft zu Aggression führt. Stressreiche Situationen steigern also demnach das Aggressionspotenzial der Mitarbeiter und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Mobbing.

Viele Autoren weisen auf die Bedeutung der Führungskraft im Mobbinggeschehen hin (vgl. z.B. Leymann, 2002; Hoel & Salin, 2003). Zum einen ist auf den Aspekt zu verweisen, dass Führungskräfte zu einem hohen Anteil am Mobbinggeschehen mehr oder weniger aktiv beteiligt sind (vgl. Abschnitt 1.3.5.1). Aber die Führungskraft ist noch unter weiteren Aspekten wichtig für die Entwicklung eines Mobbingprozesses. Mangelnde Fähigkeiten der Führungskraft in Arbeitsorganisation, im Problemlösen, darin, die ihnen unterstellte Arbeitsgruppe zu einer funktionierenden sozialen Einheit zu formen, etc. sind nur einige Beispiele dafür, wie vielfältig das Führungsverhalten Einfluss auf die Entstehung von Mobbing nehmen kann. Weiter entwickelt sich Mobbing nicht zuletzt dadurch, dass es „geschehen lassen wird“ und der Vorgesetzte wie auch Kollegen nicht frühzeitig intervenieren, wobei die Führungskraft in der Regel größere Interventionsmöglichkeiten hat. Außerdem nimmt die Führungskraft die wichtige Rolle eines Vorbilds für die Mitarbeiter ein. Sie kann aktiv vorleben, wie Konflikte konstruktiv gelöst werden können und welche Umgangsformen in der Abteilung bzw. im Unternehmen angebracht sind und welche nicht. Neben der Führungskraft wird auch immer wieder auf das in einer Organisation vorherrschende Klima bzw. die Organisationskultur als eine entscheidende Einflußgröße auf

Mobbing verwiesen (vgl. z.B. Hoel & Salin, 2003; Salin, 2003b). Hier spielen die Werte, die in einer Organisation propagiert und gelebt werden, eine entscheidende Rolle. In einer Organisation, in der interner Wettbewerb und Konkurrenz vorherrschen und auch vom Management gewollt sind, erscheint Mobbing wahrscheinlicher. Weiter wird argumentiert, dass Organisationen, die sich im Wandel befinden, sei es durch Umstrukturierungen, technische Neuerungen, Managementwechsel oder Personalabbau, anfälliger für Mobbing sind (Salin, 2003c). Diese Bedingungen belasten die Mitarbeiter, Stress nimmt zu, Unsicherheiten und Ängste (z.B. vor Arbeitsplatzverlust) kommen auf, der Konkurrenzkampf unter den Mitarbeiter nimmt zu. Alle diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Mobbing.

Die vorliegenden empirischen Studien, die sich mit den Ursachen von Mobbing in der Arbeitsumgebung auseinandergesetzt haben, belegen die Zusammenhänge der oben beschriebenen Faktorengruppen mit Mobbing:

So zeigen viele Studien den Zusammenhang von Mobbing und Arbeitsbedingungen im Sinne von aufgaben- und organisationsbezogenen Variablen auf.

Einarsen et al. (1994) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass 10% der Varianz von Mobbing durch die Arbeitsbedingungen (z.B. „challenge“, „work-load“, „work control“) aufgeklärt wurden – mit einem Range von 7% bis 24% in den verschiedenen von ihnen untersuchten Unterstichproben. Dabei zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen Mobbing und Handlungsspielraum (work control).

Zapf et al. (1996) fanden geringen Zeitspielraum und hohe Kooperationserfordernisse mit Mobbing assoziiert. In der Studie von 1999 beschreibt Zapf ebenfalls, dass schlechte Arbeitsbedingungen Einfluss auf die Entstehung von Mobbing haben. Er fand mehr Stressoren (z.B. Unsicherheit, organisatorische Probleme) und weniger Handlungsspielraum (job control) in der Gruppe der Mobbingopfer.

In der Studie von Vartia (1996) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen von Mobbing betroffenen und nicht betroffenen Personen für verschiedenste Aspekte der Arbeitsumgebung, z.B. für Informationsfluss, Zeitdruck, Handlungsspielraum, Monotonie. Die Gruppe der Mobbingopfer beschrieb außerdem ein größeres Ausmaß an Zielunsicherheit, geringeren Einflussmöglichkeiten und eine eingeschränkte Kommunikation bei der Arbeit über Aufgaben und Ziele.

Hoel & Cooper (2000) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich Mobbingopfer und Nichtopfer in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsbelastung signifikant voneinander unterscheiden.

Agervold & Mikkelsen (2004) bestätigen die Bedeutung der Arbeitsbelastung. Sie verglichen in ihrer Untersuchung Abteilungen mit viel und wenig Mobbing. In den Abteilungen, in denen viel Mobbing vorkam, wurde von allen Mitarbeitern die Arbeitsbelastung signifikant höher eingeschätzt als von Mitarbeitern aus Abteilungen mit wenig Mobbing.

Auch Meschkutat et al. (2002) zeigen auf, dass Mobbingopfer, die nach den Ursachen für Mobbing gefragt werden, Stress und Arbeitsdruck sowie schlechte Arbeitsorganisation (z.B. Unklarheiten, unklare Zuständigkeiten) und Intransparenz von Entscheidungen anführen.

Die Bedeutung der sozialen Faktoren der Arbeitsumgebung in Bezug auf Mobbing wird ebenfalls in vielen Studien belegt.

Einarsen et al. (1994) fanden in ihrer Untersuchung ein höheres Maß an Rollenkonflikten unter den Gemobbten sowie eine geringere Zufriedenheit mit dem sozialen Klima am Arbeitsplatz.

Zapf et al. (1996) berichten von sehr hohen Korrelationen zwischen Mobbing und Variablen des sozialen Umfelds, wie ein hohes Ausmaß an sozialen Stressoren und fehlende soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte.

Hoel & Cooper (2000) zeigen signifikante Unterschiede zwischen Mobbingopfern und Nichtopfern in Bezug auf die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz auf. Nicht von Mobbing Betroffene berichten signifikant weniger unbefriedigende Beziehungen.

Willingstorfer et al. (2002) fanden soziale Stressoren mit Mobbing korreliert. Außerdem schätzten die Mobbingopfer in ihrer Untersuchung im Vergleich zu Nichtopfern das Betriebsklima in Bezug auf Kollegen signifikant schlechter ein und zeigten eine geringere Arbeitszufriedenheit in Bezug auf ihre Kollegen und Vorgesetzte.

Jennifer et al. (2003) berichten von signifikanten Unterschieden zwischen Mobbingopfern und Nichtopfern in der Einschätzung des Ausmaßes an Rollenambiguitäten und fanden ein signifikant schlechteres soziales Klima („work relationships conflict dimension“) bei den Mobbingopfern im Vergleich zu Nichtopfern.

Auch Meschkutat et al. (2002), die in ihrer Studie die Mobbingopfer selbst nach den Ursachen für Mobbing befragt haben, berichten davon, dass ein schlechtes Arbeitsklima aus der Sicht der Opfer von großer Bedeutung für die Entstehung von Mobbing ist.

Die These, dass die Art und Qualität des Führungsverhaltens einen großen Einfluss darauf haben, ob Mobbing entsteht oder nicht, findet ebenfalls in vielen Studien Bestätigung.

Einarsen et al. (1994) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Zufriedenheit mit dem Führungsverhalten eine der am stärksten mit Mobbing korrelierten Variablen ist.

In der Untersuchung von Vartia (1996) geben 42% der Mobbingopfer an, dass sie die Ursache für das erlebte Mobbing in einer schwachen Führungskraft sehen. Es ist damit die am zweithäufigsten genannte Mobbingursache.

Hoel & Cooper (2000) fanden in ihrer Untersuchung signifikante Unterschiede in der Einschätzung des Führungsverhaltens zwischen Mobbingopfern und Nichtopfern. Negative Führungsstile (z.B. Laissez-faire, autokratisch) waren in der Gruppe der Mobbingopfer signifikant am häufigsten, während positive Führungsstile am wenigsten genannt wurden.

Auch Agervold & Mikkelsen (2004) können die Bedeutung des Führungsverhaltens für Mobbing bestätigen. Sie fanden in Abteilungen, in denen viel Mobbing vorkam, signifikant schlechtere Einschätzungen des vorherrschenden Führungsverhaltens als in Abteilungen, in denen Mobbing seltener vorkam.

Eine sehr aktuelle Studie von Skogstad et al. (2007) untersucht speziell den Laissez-faire-Führungsstil. Die Autoren fanden, dass dieser Führungsstil nicht wie oft angenommen mit nicht vorhandener Führung gleichzusetzen ist, sondern vielmehr einem sehr negativen Führungsverhalten entspricht. So konnten Skogstad et al. aufzeigen, dass der Laissez-faire-Führungsstil hoch mit Mobbing korreliert ist, wie auch mit Rollenkonflikten, Rollenambiguitäten und einem höheren Ausmaß an Konflikten mit Kollegen. Darüber hinaus konnten sie anhand von Pfadanalysen belegen, dass ein solcher Führungsstil nicht nur direkten Einfluss auf Mobbing hat, sondern dass der Zusammenhang zwischen dem Laissez-faire-Führungsstil und Mobbing durch die sozialen Stressoren – Rollenkonflikte, Rollenambiguitäten und Konflikte mit Kollegen – mediiert wird.

Meschkutat et al. (2002) berichten wiederum, dass in den Aussagen der von ihnen befragten Mobbingopfer das Führungsverhalten als eine wichtige Ursache für Mobbing genannt wurde.

Nicht zuletzt finden sich verschiedene Studien, die den Zusammenhang von Organisationsklima und Mobbing belegen.

Vartia (1996) fand in ihrer Untersuchung, dass Mobbingopfer und Nichtopfer sich signifikant bezüglich der Einschätzung des Organisationsklimas voneinander unterschieden. Die Mobbingopfer bewerteten sowohl das Kommunikations- wie auch das soziale Klima in ihrer Organisation signifikant schlechter.

Hoel & Cooper (2000) bestätigen dieses Ergebnis. Auch sie fanden einen signifikanten Unterschied in der Bewertung des Organisationsklimas zwischen von Mobbing betroffenen und nicht betroffenen Personen. Wieder schätzten die Mobbingopfer das Organisationsklima signifikant schlechter ein als die Nichtopfer.

Salin (2003b) untersuchte in ihrer Studie, ob die in einer Organisation vorherrschende Organisationspolitik einen Einfluss auf das Ausmaß an Mobbing in der betreffenden Organisation hat. Sie fand, dass ein Klima, das auf Wettkampf und Konkurrenz ausgerichtet ist, mit Mobbing assoziiert ist.

Abschließend sollen noch Organisationale Veränderungen als Einflussfaktoren in der Arbeitsumgebung auf Mobbing Erwähnung finden. Verschiedene Studien zeigen auf, dass Mobbing unter solchen Bedingungen tatsächlich häufiger vorkommt.

Hoel & Cooper (2000) befragten in ihrer Studie Mobbingopfer und Nichtopfer, ob bestimmte Ereignisse in ihrer Organisation in den letzten sechs Monaten stattgefunden hatten. Die angegebenen Ereignisse waren „bedeutsame organisationale Veränderungen“, „Personaleinsparungen“, „Budgetkürzungen“, „bedeutsame technische Veränderungen“, „bedeutsame interne Restrukturierungen“ und „Managementwechsel“. Mit der Ausnahme von „Personaleinsparungen“ unterschieden sich Mobbingopfer und Nichtopfer bezüglich aller genannten Ereignisse signifikant voneinander. Die Mobbingopfer berichteten signifikant häufiger, dass solche Ereignisse in den letzten sechs Monaten in ihrer Organisation stattgefunden hatten. Den stärksten Zusammenhang zwischen Mobbing und den genannten organisationalen Ereignissen fanden Hoel & Cooper in Bezug auf „Managementwechsel“.

Sowohl Vartia (1996) als auch Meschkutat et al. (2002) berichten, dass Arbeitsplatzunsicherheit / Angst vor Arbeitsplatzverlust von den Mobbingopfern als Ursache für Mobbing genannt wurde. Arbeitsplatzunsicherheit kann aus organisationalen Veränderungen erwachsen. Meschkutat et al. nennen außerdem noch explizit „aktuelle Reorganisationsmaßnahmen“ als von den Mobbingopfern genannte Mobbingursache.

Methodische Limitationen der Studien zu Arbeitsbedingungen als Mobbingursache

Vielfach werden die bisherigen Studien, die sich mit der Arbeitsumgebung als Mobbingursache beschäftigen, kritisiert, da deren Aussagekraft durch bestimmte methodische Limitationen eingeschränkt ist.

Ein Kritikpunkt an den bisherigen Forschungsergebnissen ist, dass sich ein Großteil der Ursachenforschung zur Arbeitsumgebung auf Korrelations- und Querschnittstudien stützt. Diese lassen keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zu. Diesen Kritikpunkt haben die Studien, die die Ursachen für Mobbing in den Arbeitsbedingungen suchen, mit den

Studien, die die Ursache für Mobbing in der Persönlichkeit der Mobbingopfer vermuten, gemein.

So bleibt letztendlich unklar, ob Mobbing durch eine schlechte Arbeitsumgebung hervorgerufen wird oder umgekehrt. Es ist sogar sehr wahrscheinlich, dass schlechte Arbeitsbedingungen in gewissem Maße auch eine Folge von Mobbingvorfällen sein können.

So könnte man argumentieren, dass in einer Abteilung, in der eine Person von ihren Kollegen gemobbt wird, das Ausmaß an sozialen Stressoren und an sozialer Unterstützung als Folge des Mobbings schlechter ausfallen. Eine Person wird z.B. von ihren Kollegen gemobbt, weil sie deren Meinung nach nur Ärger bereitet. Die Kollegen und auch der Vorgesetzte entziehen dieser Person daraufhin die soziale Unterstützung (vgl. Zapf, 1999a). Zapf (2000) nennt als weiteres Beispiel, dass es zu allerlei Arbeitsproblemen führen kann, wenn als Mobbinghandlung eine Person systematisch nicht mehr informiert wird.

Das Beschneiden von Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten ist oft ein wesentlicher Bestandteil von Mobbinghandlungen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Mobbingopfer von weniger Handlungsspielraum und Partizipationsmöglichkeiten berichten.

Ein weiterer Kritikpunkt der Studien zu den Arbeitsbedingungen als Ursache von Mobbing besteht darin, dass die bisherigen Forschungsergebnisse fast ausschließlich auf der subjektiven Wahrnehmung der Mobbingopfer von ihrer Arbeitsumgebung beruhen. Das Ausmaß, in dem diese Wahrnehmung ein objektives Bild der tatsächlichen Arbeitsumgebung liefert oder lediglich die subjektive Erfahrung des Mobbingopfers widerspiegelt, bleibt ungeklärt. Z.B. ist anzunehmen, dass Mobbingopfer, die natürlich durch ihre Mobbing Erfahrungen negativ beeinflusst sind, auch andere Arbeitsumgebungsfaktoren infolgedessen negativer beurteilen (vgl. Agervold & Mikkelsen, 2004). Es liegt nahe, dass Personen, die eine so negative und belastende Erfahrung bei der Arbeit machen, wie es Mobbingopfer tun, auch andere Bereiche ihrer Arbeit infolgedessen negativer bewerten und sie entsprechend subjektiv gefärbt wahrnehmen. Es ist also sehr stark anzunehmen, dass gefundene Korrelationen zwischen Mobbing und schlechten Arbeitsbedingungen, die sich ausschließlich auf Selbstaussagen der Befragten stützen, ggf. nur Scheinkorrelationen darstellen, zumindest aber in der Stärke des Zusammenhangs überschätzt werden.

Trotz der genannten Einschränkungen der Aussagekraft vieler Studien zur Ursachenerforschung bei Mobbing gibt es auch verschiedene Anhaltspunkte, die darauf hinweisen, dass die bisherige Interpretation der Ergebnisse richtig war und der Arbeitsumgebung die angenommene Bedeutung in Bezug auf Mobbing zukommt.

So lassen sich z.B. Untersuchungen anführen, die immer wieder systematische Unterschiede in der Mobbinghäufigkeit in verschiedenen Berufsbranchen und -gruppen finden (z.B. Zapf, 1999a; Meschkutat et al., 2002; vgl. auch Kapitel 1.3.4.3). Diese Ergebnisse deuten auf die Auslegung hin, dass zumindest zu einem gewissen Anteil Mobbing als Folge der schlechten Bedingungen gewertet werden kann. Würde Mobbing von Arbeitsumgebungsfaktoren gar nicht bedingt werden, so müssten die Prävalenzzahlen in den verschiedenen Branchen annähernd gleich sein.

Weiter konnte in einigen Studien nachgewiesen werden, dass in Organisationen, in denen viel Mobbing vorkommt, generell schlechtere Mittelwerte der Arbeitsumgebung im Vergleich zu Normwerten aus Vergleichsstichproben gefunden werden (vgl. z.B. Hoel & Cooper; 2000; Willingstorfer, 2002).

Weiter liegen Untersuchungen vor, die es durch ein bestimmtes Studiendesign schaffen, aussagekräftigere Daten zu gewinnen.

So wurden mittlerweile in vielen Studien nicht nur Mobbingopfer und Nichtopfer befragt, sondern es wurde noch eine dritte Gruppe von Personen identifiziert und in die Untersuchung mit einbezogen: Beobachter von Mobbing (Einarsen et al., 1994; Vartia, 1996; Hoel & Cooper, 2000; Willingstorfer et al., 2002; Salin, 2003b; Jennifer, 2003). Hierbei handelt es sich um Personen, die selbst nicht Opfer von Mobbing sind oder waren, dennoch aber an ihrem Arbeitsplatz beobachten, dass andere Personen gemobbt werden. Die Ergebnisse bezüglich dieser Personengruppe der Mobbingbeobachter zeigen ein einheitliches Bild. Die Beobachter von Mobbing liegen im Ergebnis fast immer genau zwischen den Opfern und den Nichtopfern. In einigen Fällen lässt sich sogar zeigen, dass ihre Einschätzung der Arbeitsumgebung signifikant von der der Nichtopfer abweicht und eher das Bild, das die Mobbingopfer zeichnen, bestätigt (vgl. z.B. Einarsen et al., 1994; Vartia, 1996; Hoel & Cooper, 2000). Zapf (1999b) weist darauf hin, dass die Ergebnisse, die bei den Beobachtern gefunden werden, in gewisser Weise als Validierung der Mobbingopferdaten betrachtet werden können. Nicht von Mobbing betroffene Personen neigen in der Regel eher dazu, die Ursachen von Mobbing im Opfer zu sehen und weniger in der Arbeitsumgebung oder in der Kollegenschaft, zu der sie ja auch gehören. Umso mehr Gewicht ist den Aussagen der Mobbingbeobachter beizumessen, denn es besteht vor diesem Hintergrund wenig Anlass anzunehmen, dass sie ihre Arbeitsumgebung übertrieben ins Negative ziehen und somit statistische Effekte erzeugen, die in Wirklichkeit gar nicht existieren (vgl. Zapf, 1999b, S.14). Im Gegenteil lassen sich die Gefundenen Ergebnisse der Beobachter eher dahin gehend interpretieren, dass in Organisationen, in denen Mobbing vorkommt, tatsächlich die Arbeitsumgebung schlechter ist.

Die Studie von Agervold & Mikkelsen (2004) untersucht die Arbeitsumgebung und ihren Einfluss auf Mobbing mit einem speziellen Studiendesign, welches es erlaubt, die Bewertung der Arbeitsumgebung von Mobbingbetroffene und Nichtbetroffenen in möglichst ähnlichen Arbeitssettings zu vergleichen. Um die subjektive Verzerrung in der Bewertung der Arbeitsumgebung durch die Mobbingopfer einzudämmen, wurden Abteilungen der untersuchten Organisationen mit hohem Mobbingvorkommen und niedrigem Mobbingvorkommen hinsichtlich der Arbeitsumgebungsbewertungen der Mitarbeiter verglichen, und zwar nach Ausschluss der Mobbingopfer aus der statistischen Analyse. Agervold & Mikkelsen fanden, dass zuvor bestehende signifikante Unterschiede in der Bewertung einiger Merkmale der Arbeitsumgebung zwischen Abteilungen mit hohem und niedrigem Mobbingvorkommen verschwanden, wenn die Bewertungen der als Mobbingopfer eingestuften Personen in der Analyse eliminiert wurden. Dies zeigt auf, dass die Einschätzungen der Mobbingopfer zum Teil tatsächlich subjektiv negativ verzerrt sein können. So mancher gefundener Unterschied zwischen Opfern und Nichtopfern muss wohl darauf zurückgeführt werden. Dennoch fanden Agervold & Mikkelsen signifikante Unterschiede in den Bewertungen der Arbeitsbelastung und des Führungsverhaltens zwischen Abteilungen mit hohem und niedrigem Mobbingvorkommen, die auch nach Ausschluss der Mobbingopfer bestehen blieben. D.h., alle Mitarbeiter – ob nun Beobachter von Mobbing oder gar nicht von Mobbing betroffen – bewerteten in den Abteilungen, in denen viele Mobbingfälle auftraten, im Schnitt die Arbeitsbelastung signifikant höher und das Führungsverhalten der Führungskräfte in der entsprechenden Abteilung signifikant schlechter als Mitarbeiter aus Vergleichsabteilungen mit weniger Mobbingfällen. Durch das

gewählte methodische Vorgehen konnten Agervold & Mikkelsen zu einer objektiveren Einschätzung der Arbeitsumgebung gelangen als andere Studien. Die gefundenen Ergebnisse zeigen die Bedeutung der Faktoren Arbeitsbelastung und Führungsverhalten auf.

Intelligente Studiendesigns können also auch in Querschnittuntersuchungen glaubwürdige Hinweise darauf liefern, dass Mobbing durch eine schlechte Arbeitsumgebung bedingt wird. Dennoch ist das Problem der eindeutigen Kausalitätsüberprüfung natürlich nicht abschließend gelöst. Studien mit entsprechenden Forschungsdesigns (Längsschnittuntersuchungen, Kausalanalysen) müssen sich diesem Problem weiter vertiefend widmen.

Weiter sollten nachfolgende Studien auch die organisationalen Dynamiken, die hinter dem Mobbing stehen, z.B. wie und warum organisationale Bedingungen und Prozesse zu Mobbing beitragen, genauer untersuchen.

1.5.2 Ein integratives Modell zu Mobbingursachen

Wie es scheint, existiert eine Fülle von Ursachen für Mobbing (Persönlichkeitsmerkmale der Opfer und Täter, Arbeitsbedingungen, soziale Merkmale der Arbeitsumgebung, Organisationsklima, organisationale Veränderungen etc.). Viele Autoren beschreiben, dass nicht eine einzelne Ursache zu Mobbing führt, sondern dass das komplexe Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren Mobbing als multikausales Phänomen entstehen lässt (vgl. z.B. Zapf, 1996, 1999b; Hoel & Cooper, 2001).

Salin (2003c) weist darauf hin, dass Mobbing wie auch andere Formen von Aggression oft aus einer Interaktion von individuellen und situativen Faktoren resultieren. Das Individuum und die Organisation können einen gegenseitigen Einfluss aufeinander ausüben. So mag das Individuum Aggressivität entwickeln aufgrund einer bestimmten Organisationsumgebung, genauso wie die Arbeitsumgebung und Arbeitskultur durch ein aggressives Individuum beeinflusst werden kann. Außerdem kann Mobbing Salin zufolge als ein sich selbst verstärkender teufelskreisartiger Prozess beschrieben werden.

Um der Fülle von Ursachen und der Undurchschaubarkeit des Zusammenspiels der verschiedenen Faktoren zu begegnen, hat Salin (2003c) ein Modell entwickelt, das auf einer von Boddewyn (1985) vorgeschlagenen Struktur basiert: „*something [...] usually does not happen unless it is possible, beneficial and triggered” (Boddewyn, 1985, S.63).*

Dementsprechend unterscheidet Salin in ihrem Modell zwischen drei Klassen von Faktoren, die einen Einfluss auf das Mobbinggeschehen haben:

- a) ermöglichende Strukturen und Prozesse (enabling structures and processes)
- b) motivierende Strukturen und Prozesse (motivating structures and processes)
- c) beschleunigende/auslösende Prozesse (precipitating processes)

Wie Abbildung 9 zeigt, kann Mobbing als Resultat der Interaktion zwischen drei, mindestens aber zwei der Faktorengruppen verstanden werden.

Salin beschreibt, dass die Bedingungen für sich genommen möglicherweise nicht zu Mobbing führen. Sie können aber als ermöglichende Faktoren wirken, wenn zusätzlich ein

motivierendes und/oder auslösendes/beschleunigendes Moment vorhanden ist. Gleichzeitig führen motivierende und beschleunigende Prozesse nicht zu Mobbing, wenn die Bedingungen es nicht zulassen.

Salin unterstreicht die doppelte Bedeutung der ermöglichenden Faktoren/Prozesse, die zur gleichen Zeit eine Basis und einen Filter für Mobbing darstellen. So liefern die ermöglichenden Strukturen und Prozesse den fruchtbaren Boden für Mobbing, indem sie eine Umwelt schaffen, die Mobbing fördert. Zusätzlich kann das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein dieser ermöglichenden Faktoren aber bei Anwesenheit von motivierenden und/oder beschleunigenden Faktoren darüber entscheiden, ob Mobbing überhaupt entsteht oder eben nicht möglich ist.

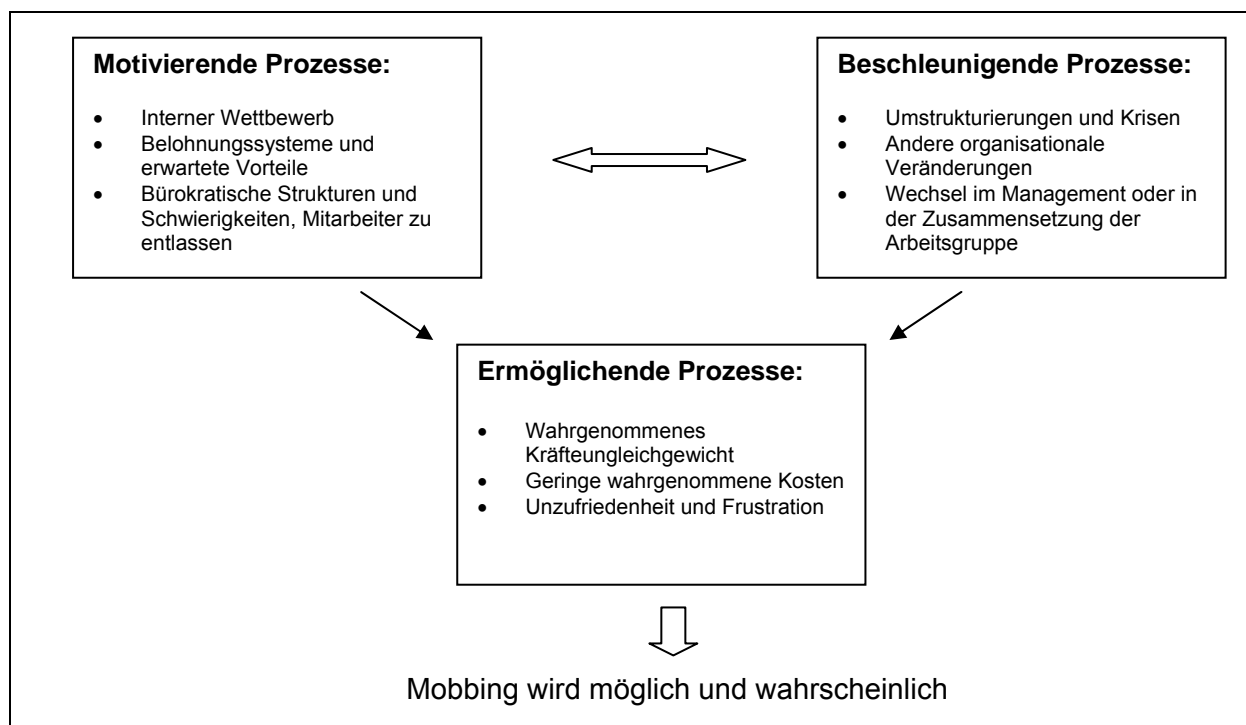


Abb.9: Modell zu Mobbingursachen
(nach Salin, 2003c, S.1218)

Zu den ermöglichenden Strukturen und Prozessen zählt Salin ein „wahrgenommenes Kräfteungleichgewicht“, „geringe wahrgenommene Kosten für Mobbing“ und „Unzufriedenheit und Frustration“:

- *Wahrgenommenes Kräfteungleichgewicht*
Ein wahrgenommenes Kräfte- oder Machtungleichgewicht ist eine Bedingung für das Auftreten von Mobbing, denn ohne dies könnte das Mobbingopfer den direkten und indirekten Angriffen standhalten und wäre in der Lage, sich zu wehren. Wäre dies allerdings möglich, würde es sich nicht um Mobbing handeln.
Die Wichtigkeit des Machtungleichgewichts unterstreicht Salin durch verschiedene Forschungsergebnisse. Z.B. zeigen Untersuchungen, dass Mobbing in Organisationen, in denen Dominanz und Machtunterschiede besonders vorherrschen (z.B. beim Militär, in Gefängnissen), besonders häufig vorkommt (vgl. Ashforth, 1994; Ireland, 2000). Auch die Befunde zur Überrepräsentation von Vorgesetzten als Mobbingtätern führt Salin in diesem Zusammenhang an.

Machtungleichgewichte müssen nicht zwangsläufig auf formale Machtunterschiede zurückzuführen sein. Z.B. können Machtunterschiede auch mit Minderheiten zusammenhängen. Es kann angenommen werden, dass Minderheiten weniger Macht und einen niedrigeren Status haben. Mitarbeiter in exponierten Situationen, wie z.B. Minoritäten, weisen daher ein erhöhtes Mobbingrisiko auf. Dies wird durch Forschungsergebnisse unterstützt, die belegen, dass nicht-weiße ethnische Gruppen (Hoel & Cooper, 2000) und Behinderte, deren Bezahlung vom Staat subventioniert wird (Leymann, 1992, zitiert nach Niedl, 1995), höhere Opferzahlen aufweisen.

- *Geringe wahrgenommene Kosten (für den Täter)*

Neben Machtungleichheiten stellt die Bewertung des Mobbingtäters, dass es für ihn nur sehr geringe Ressentiments, Ablehnung und Kosten für sein Handeln geben wird, eine weitere wichtige Bedingung für das Auftreten von Mobbing dar.

Mobbing ist in diesem Sinne als ein individuelles (rent-seeking) Verhalten zu sehen, das auf einer Kosten-Nutzen Analyse beruht. Unter Kosten wird hier v.a. das Risiko, eine Rüge/Ärger zu bekommen, entlassen zu werden, sozial isoliert dazustehen oder von Kollegen und/oder Vorgesetzten bestraft zu werden, verstanden.

Salin betont dabei die Bedeutung der Organisationskultur. In einigen Organisationen scheinen Mobbing und andere Formen von Schikane am Arbeitsplatz mehr oder weniger „erlaubt“ zu sein, um Ziele zu erreichen. Dort wo keinerlei Anstrengungen und Maßnahmen existieren, dem Problem Mobbing zu begegnen, in Form von Unternehmenspolitik gegen Mobbing, Installation von Überwachungsmaßnahmen, Bestrafung oder zumindest Intervention in Mobbingfällen, kann es so interpretiert werden, dass die Organisation Mobbing duldet und akzeptiert. Ein möglicher Mobbingtäter wird die Kosten und Gefahren seines Handelns (infolgedessen) als gering einstufen. In einigen Organisationen wird Mobbing vielleicht sogar als ein effektives Mittel angesehen, um Aufgaben zu bewältigen. Wieder andere Organisationskulturen intervenieren nicht, da sie das Vorhandensein von „Härte“ und Durchsetzungskraft als eine Tugend feiern und Mobbing nicht als das in höchstem Grade zu verurteilende Verhalten erkennen, das es tatsächlich ist.

Salin führt folgende Forschungsergebnisse zur Untermauerung der Bedeutsamkeit der wahrgenommenen Kosten für Mobbing an. Zum einen verweist sie darauf, dass Mobbing häufiger in großen und bürokratischen Organisationen nachgewiesen wurde (Einarsen & Skogstad, 1996; Leymann, 1992, zitiert nach Niedl, 1995). Einarsen & Skogstad weisen darauf hin, dass die Größe, die Länge und die Formalität von Entscheidungsprozessen in solchen Organisationen die einzelne Person weniger sichtbar machen und somit die Risiken für einen Mobbingtäter, „erwischt“, bestraft und sozial verurteilt zu werden, erheblich reduziert. Weiter verweist sie auf Studien, die den Zusammenhang von Mobbing mit dem Managementstil aufzeigen. Ein Laissez-faire-Stil oder auch eine schwache oder unzulängliche Führung in den höheren Führungsebenen scheint Mobbing unter Kollegen zu fördern (Einarsen et al., 1994; Leymann, 1996; Hoel & Cooper, 2000). Mobbing floriert also, wenn Führungskräfte und Management die Verantwortlichkeit ablegen und im Falle von Mobbing nicht intervenieren – dies kann im Sinne von geringen Kosten interpretiert werden: Eine verantwortliche, starke Führungskraft kann die Kosten für Mobbing im Sinne von negativen Konsequenzen erhöhen, indem sie ein solches Verhalten offen verurteilt, frühzeitig interveniert und als Vorbild Konflikte konstruktiv löst. Eine

schwache Führungskraft, die sich in Mobbing Situationen passiv verhält, reduziert so das Risiko für den Mobbingtäter, dabei erwischt und verurteilt zu werden.

- *Unzufriedenheit und Frustration*

Frustration und Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und dem organisationalen Klima werden von vielen Forschern als Bedingungen beschrieben, die einen guten Ausgangspunkt für Mobbing und andere Formen von anti-sozialem Verhalten am Arbeitsplatz bieten. Dies beinhaltet organisationale Zwänge und Beschränkungen, das Fehlen von Kontrolle über den eigenen Job, hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck und Stress, das Fehlen von klaren Zielen sowie Rollenkonflikte und -ambiguitäten.

Salin führt zur Untermauerung dieser These die Forschungsliteratur an, die Zusammenhänge zwischen der (Bewertung der) Arbeitsumgebung und Mobbing aufzeigen. Diese soll an dieser Stelle nicht noch einmal aufgeführt werden, da sie im vorangegangenen Abschnitt (1.5.1.2) ausführlich dargestellt ist.

Als motivierende Prozesse führt Salin „internen Wettbewerb“, „Belohnungssysteme und erwartete Vorteile“ sowie „bürokratische Strukturen und Schwierigkeiten, Mitarbeiter zu entlassen“ auf.

Mobbing stellt kein irrationales Verhalten unter frustrierten Mitarbeitern dar, sondern kann (zum Teil) vielmehr als ein für den Täter gewinnbringendes Verhalten gesehen werden. Es gibt verschiedene situationale Bedingungen, in denen es aus individueller Sicht „rational“ bzw. gewinnbringend ist, einen Kollegen oder Untergebenen zu mobben. Salin erläutert die verschiedenen möglichen motivierenden Prozesse:

- *Interner Wettbewerb*

Eine situationale Bedingung, unter der sich Mobbing lohnen kann, stellt ein starker interner Wettkampf / interne Konkurrenz und ein hoch politisiertes Klima dar. Salin führt an, dass sich Organisationen mit solchen Bedingungen besonders anfällig für Mobbing zeigen (Vartia, 1996; Salin, 2003c; O'Moore, 2000).

- *Belohnungssysteme und erwartete Vorteile*

Salin (2003c) stellt dar, wie ein entsprechendes Entlohnungs- und Belohnungssystem Mobbing fördern kann.

Wenn eine Organisation z.B. einen Mitarbeiter befördert, der Erfolge dadurch erzielt hat, dass er andere schikaniert oder auf andere nicht legitime Weise „ausgeschaltet“ hat, bietet dies einen Anreiz für andere, das Gleiche zu tun.

Weiter ist die Gestaltung des Entlohnungssystems in einer Organisation von entscheidender Bedeutung. Verschiedene Entlohnungssysteme erhöhen das Risiko für Mobbing, indem sie indirekt ein solches Verhalten belohnen. So kann das Entlohnungssystem einen Mitarbeiter dazu bringen, einen Kollegen zu mobben, wenn die Entlohnung auf einem relativen Ranking der Mitarbeiter beruht. Durch das Sabotieren der Arbeit des Kollegen kann der Mobbingtäter sein eigenes Ranking verbessern. Ein weiteres Beispiel ist, wenn die Entlohnung sich nach der Leistung einer Arbeitsgruppe / eines Teams richtet und nicht nach der individuellen Leistung des Einzelnen. Es kann sein, dass Mitarbeiter deshalb Gruppenmitglieder mit schlechter Leistungsfähigkeit bestrafen oder auszuschließen versuchen.

Ein Entlohnungssystem, das primär auf Leistungsbeurteilung beruht, hat generell einen negativen Effekt auf den Gruppenzusammenhalt, da dadurch die Wahrnehmung interner Konkurrenz gesteigert wird.

Darüber hinaus kann es sein, dass ein leistungsorientiertes Entlohnungssystem nicht nur horizontales, sondern auch vertikales Mobbing fördert, d.h. Mobbing durch Vorgesetzte. Ein solches Entlohnungssystem kann Vorgesetzte darin bestärken, zu versuchen, Untergebene mit sehr hoher oder sehr niedriger Leistungsfähigkeit loszuwerden. Sehr talentierte und leistungsstarke Untergebene könnten als Konkurrenten gesehen werden, die eine Bedrohung der eigenen Karriere bedeuten. Auf der anderen Seite stellen sehr leistungsschwache Untergebene eine Bedrohung dar, die es loszuwerden gilt, wenn die Beurteilung des Vorgesetzten von der Leistung seines Teams und seiner Untergebenen abhängt.

- *Bürokratische Strukturen und Schwierigkeiten, Mitarbeiter zu entlassen*

Salin (2003c) argumentiert, dass in Organisationen, in denen Mitarbeiter schwer entlassen werden können, Mobbing instrumentalisiert wird (vgl. auch Zapf & Warth, 1997). Darüber hinaus wird Mobbing dazu eingesetzt, den Mitarbeiter nicht nur loszuwerden, sondern auch, darum herumzukommen, ihm eine Abfindung zahlen zu müssen.

Da es oftmals im öffentlichen Dienst schwieriger ist, Mitarbeiter zu entlassen, aufgrund von umfassenden bürokratischen Regeln, scheint es logisch, dass verschiedene Studien höhere Mobbinghäufigkeiten im öffentlichen Dienst gefunden haben im Vergleich zu Privatunternehmen (Salin, 2001; O'Moore, 2000).

Zu den beschleunigenden Prozessen zählt Salin schließlich „Umstrukturierungen und Krisen“ im Unternehmen sowie „andere organisatorische Veränderungen“ und „Wechsel im Management oder in der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe“.

Neben den Faktoren, die Mobbing möglich machen, und denen, die Mobbing belohnen und somit die Motivation für Mobbing erhöhen, gibt es noch zusätzliche Faktoren und Prozesse, die oft als der eigentliche Auslöser von Mobbing anzusehen sind.

- *Umstrukturierungen und Krisen*

Salin führt an, dass die bisherige Forschung gezeigt hat, dass organisationale Veränderungsprozesse und bedeutsame organisationale Ereignisse wie z.B. Umstrukturierungen, Unternehmensverkleinerungen (downsizing) und Krisen bedeutsame Veränderungen darstellen und oft mit Mobbing einhergehen. Studien zeigen, dass Kosteneinsparungen, Restrukturierungen und innerbetrieblicher Strukturwandel signifikant mit dem Auftreten von Feindseligkeit und Quertreiberei in Verbindung stehen (Baron & Neumann, 1996; Hoel & Cooper, 2000; McCarthy, 1996; Sheehan, 1996). Organisationale Veränderungen beinhalten oft Personalabbau, die Erhöhung von Arbeitsbelastungen und interner Konkurrenz sowie geringere Arbeitsplatzsicherheit. Dies fördert den internen Wettkampf unter den Mitarbeitern um knappe Ressourcen oder einfach nur darum, nicht zu den Personen zu gehören, die entlassen werden. Gleichzeitig steigt unter solchen Bedingungen der Arbeits- und Leistungsdruck, Stress entsteht und die Schwellen für Aggressionen werden herabgesetzt.

Salin argumentiert weiter, dass Umstrukturierungen und Entlassungen zu generellen Gefühlen wie Unsicherheit und Machtlosigkeit bei den Mitarbeitern führen können. Wie sowohl Ashforth (1989) als auch Bennett (1998) schreiben (zitiert nach Salin, 2003), zeigen Mitarbeiter, die sich machtlos fühlen, viel eher destruktives und deviantes interpersonelles Verhalten. Dieses Verhalten besitzt meist für die handelnde Person eine vergeltende, korrektive Funktion, d.h. sie versucht durch das Verhalten aus ihrer Sicht Gerechtigkeit wiederherzustellen und ein Gefühl von Kontrolle zurückzuerlangen. Die Person versucht den eigenen Status dadurch zu erhöhen, dass sie das Ansehen anderer Mitarbeiter herabsetzt durch Gerüchte oder andere negative Handlungen (vgl. Bennett, 1998, zitiert nach Salin, 2003).

- *Andere organisationale Veränderungen*

Nicht nur krisenhafte Veränderungen, sondern auch andere organisationale Veränderungen können Salin zufolge das Risiko von Mobbing erhöhen.

So kann z.B. eine Veränderung der Unternehmensstruktur mit dem Abbau von Hierarchieebenen einhergehen. Dies beinhaltet, dass die Anzahl von Management- bzw. Führungspositionen verringert wird, was zu einer Erhöhung der Konkurrenz unter den Mitarbeitern führen kann und den Anreiz der Behinderung oder Eliminierung eines Konkurrenten steigert (Kräkel, 1997, zitiert nach Salin, 2003).

Ebenso kann die Einführung von teilautonomer Gruppenarbeit Nebenwirkungen haben. So wird durch diese Organisationsform Kontrolle auf die teilautonomen Arbeitsgruppen delegiert. Dies kann die Mitarbeiterbeziehungen negativ beeinflussen (vgl. Hodson, 1997; Kräkel, 1997, zitiert nach Salin, 2003). Die Abgabe von Kontrolle beinhaltet nämlich ebenso die Abgabe von Sanktionsmechanismen an die Gruppenmitglieder, aber ohne dass diese Macht institutionalisiert geregelt ist. Dies, in Verbindung mit gesteigerten Kooperationserfordernissen und einer gruppenbasierten Vergütung, mag weiter die Mitarbeiter dazu motivieren, leistungsschwache und andere „unerwünschte“ Kollegen zu bestrafen oder aus der Gruppe auszuschließen.

- *Veränderungen des Managements und/oder der Arbeitsgruppe*

Salin führt abschließend aus, dass Veränderungen des Managements oder Veränderungen in der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe dazu führen können, dass das Risiko für Mobbing steigt (Rayner, 1997; Hoel & Cooper, 2000; O'Moore et al., 1998, zitiert nach Salin, 2003).

Zur Untermauerung dieser These führt Salin die Studie von O'Moore et al. (1998, zitiert nach Salin, 2003) an. Diese zeigt auf, dass fast zwei Drittel der Mobbingopfer berichten, dass das Mobbing gleich nach der Beförderung des Mobbingtäters oder nach der Ankunft einer neuen Führungskraft begann.

Auch andere Veränderungen in der Arbeitsgruppe können Mobbing herbeiführen. Z.B. steht eine hohe Diversität der Arbeitsgruppe im Sinne von Alter, Geschlecht und Volkszugehörigkeit in Zusammenhang mit größerer Häufigkeit von Aggressionen am Arbeitsplatz (Baron & Neumann, 1996). Die Unterschiede scheinen Schwierigkeiten in der interpersonalen Kommunikation hervorzurufen und führen zu gegenseitiger Stereotypisierung, die dann wiederum mehr aggressives Verhalten auslösen kann.

Das hier vorgestellte Modell von Salin hat vor allem im Hinblick auf die Entwicklung von Mobbing-Präventionsmaßnahmen eine große Bedeutung.

Von besonderem Interesse ist, dass Salin die ermöglichenden Strukturen (enabling structures) als eine Art „Filter“ bezeichnet, der darüber entscheidet, ob die motivierenden und beschleunigenden Prozesse in einem Einzelfall zu Mobbing führen können oder nicht.

Der Ansatzpunkt einer Primärprävention müsste sich also auf die ermöglichenden Prozesse konzentrieren, um der Entstehung von Mobbing den fruchtbaren Boden zu entziehen. Aus dieser Sicht sind persönliche und gruppensdynamische Auslöser für Mobbing zu vernachlässigen. Für die primäre Mobbingprävention selbst spielen sie keine Rolle, denn hierbei handelt es sich um motivierende und beschleunigende Prozesse.

Das Modell von Salin ist sehr plausibel, bedarf aber in seiner Ganzheit noch einer empirischen Überprüfung. Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen ermöglichenden Faktoren und dem Auftreten von Mobbing konnten aber bereits gefunden werden (vgl. Resch & Roscher, 2005).

2. Zielgruppe Krankenhaus

Im Folgenden soll die Zielgruppe, die in dieser Arbeit betrachtet wird, näher beschrieben werden.

Wie verschiedene Forschungsergebnisse zeigen, zählt die Gruppe der sozialen Berufe (u.a. Mitarbeiter in Krankenhäusern) zu einer der besonders mobbinggefährdeten Berufsgruppen. Im nachfolgenden Abschnitt wird daher zunächst auf die besondere Mobbinghäufung in Berufen des Gesundheitswesens eingegangen und es werden die einzelnen Forschungsergebnisse vorgestellt.

Danach soll erörtert werden, wie erklärt werden kann, dass das Gesundheitswesen und speziell Krankenhäuser ein besonders hohes Risiko für Mobbing aufweisen. Merkmale des Arbeitsumfeldes in Krankenhäusern, die hierfür eine Rolle spielen, werden diskutiert.

2.1 Besondere Mobbinghäufung im Gesundheitswesen

Die Ergebnisse aus Studien, die die Mobbinghäufigkeiten über verschiedene Berufsbranchen vergleichen, berichten einheitlich, dass Berufe des Gesundheitswesens ein erhöhtes Mobbingrisiko aufweisen.

Schon Niedl (1995) fand in einer Studie in einem Krankenhaus in Österreich eine Mobbingrate von 7,8%, in dem gleichzeitig untersuchten Forschungsinstitut betrug die Mobbingrate „nur“ 4,4%.

Zapf (1999a) berichtet Zahlen, die ebenfalls belegen, dass im Gesundheits- und Sozialwesen besonders viele Mobbingopfer zu finden sind. Um eine Aussage über die Verhältnisse in Deutschland treffen zu können aggregierte er Daten aus vier verschiedenen deutschen Studien bezüglich der Mobbinghäufigkeiten in verschiedenen Berufsbranchen. Es zeigte sich eine deutliche Überrepräsentation von Mobbingopfern im Gesundheitsbereich im Verhältnis 7:1.

Meschkat et al. (2002) stellen in der Repräsentativstudie für Deutschland fest, dass die Prävalenz von Mobbing in Berufen des Gesundheitswesens bei 4,3% lag im Vergleich zu 2,7% des Gesamtdurchschnitts aller Branchen. Beschäftigte im Gesundheitswesen sind

demnach einem um den Faktor 1,6 erhöhten Risiko ausgesetzt, an ihrem Arbeitsplatz Opfer von Mobbing zu werden.

In der Repräsentativstudie für die Schweiz von Graf et al. (2002) zeigte sich der Gesundheitsbereich ebenfalls mit einem überdurchschnittlich hohen Mobbinganteil von 10,4% im Vergleich zu 7,6% im Gesamtdurchschnitt.

Diverse weitere Studien untersuchen die Prävalenz von Mobbing in der Zielgruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Auch die Ergebnisse aus diesen Studien untermauern, dass Mobbing im Gesundheitswesen weit verbreitet ist.

So berichtet z.B. der „National survey of NHS (national health services) staff“ für Großbritannien im Jahr 2006, dass 18% der Beschäftigten angeben, dass sie Mobbing am Arbeitsplatz durch andere Beschäftigte erfahren haben. Dieser Wert ist in den letzten Jahren immer weiter angestiegen (von 16% 2003, 13% 2004 und 17% 2005).

Auch die Prävalenzzahlen aus anderen Studien sind mit Zahlen bis zu 32% (Quine, 2002) sehr hoch.

Tabelle 10 listet im Überblick die Studien auf, die die Prävalenz von Mobbing in Stichproben des Gesundheitssektors berichten.

Tabelle 10: Mobbinghäufigkeiten im Krankenhaus / in der Gesundheitsbranche (seit 1995)

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	N	Häufigkeit*
Deutschsprachiger Raum:				
Deutschland	Meschkatat et al., 2002	repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung	4396	4,3% (im Vergleich zu 2,7% als Gesamtdurchschnitt)
Österreich	Niedl, 1995	Krankenhausbeschäftigte	368	7,8% (im Vergleich zu einer Mobbingrate von 4,4% in einem Forschungsinstitut)
Schweiz	Graf et al., 2002			10,4% (im Vergleich zu 7,6% im Gesamtdurchschnitt)
Skandinavien:				
Finnland	Kivimäki et al., 2000	Krankenhausbeschäftigte	5655	5%
Dänemark	Mikkelsen & Einarsen, 2001	Krankenhausbeschäftigte	236	16% (nach Leymann-Kriterium) 3% (Selbsteinstufung nach einer vorgegebenen Definition) 15,6% (beobachtetes Mobbing)

Tabelle 10 (Fortsetzung)

Mobbinghäufigkeiten im Krankenhaus / in der Gesundheitsbranche (seit 1995)

Land	Autor(en) & Jahr	Stichprobe	N	Häufigkeit*
Norwegen	Einarsen & Skogstad, 1996	Mitarbeiter im Gesundheitssektor	2145	7,6% (1,1% wöchentl.)
		Manager im Gesundheitssektor	344	12,3% (0,3% wöchentl.)
	Einarsen et al., 1998	Krankenpfleger/innen	745	3% (8,4% frühere Erfahrungen)
	Eriksen & Einarsen, 2004	Krankenpfleger/innen	6485	4,5%
Andere:				
Großbritannien	Hoel & Cooper, 2000	National Health Service	1069	10,5% (1,4% wöchentl.)
		Ärzte	594	37% (in den letzten 12 Monaten)
	Paice et al., 2004	Ärzte (in der Ausbildung)	2730	18% (1 Item)

* Zur Angabe der Methode der Häufigkeitsermittlung s. Tabelle 1.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Relevanz und Notwendigkeit, ein Mobbing-Präventionsprogramm, speziell auf die Zielgruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen / im Krankenhaus zugeschnitten, zu entwickeln und durchzuführen.

2.2 Merkmale der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, die Mobbing begünstigen

Die Arbeitsbedingungen an Krankenhäusern in Deutschland werden zurzeit in den Medien stark diskutiert. Nicht zuletzt durch streikende Klinikärzte wurden sie in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt.

Wie lassen sich nun die dargestellten Ergebnisse zur Ursachenforschung mit der Tatsache zusammenbringen, dass die Gruppe der sozialen Berufe besonders mobbinggefährdet ist? Da sich das Pilotprojekt auf die Zielgruppe der Krankenhausmitarbeiter bezieht, sollen diese und ihre spezielle Arbeitssituation im Folgenden näher betrachtet werden. Hierbei wird auf die mobbingbedingenden Faktoren, die Salin (2003c) eingeführt hat (vgl. Abschnitt 1.5.2), genauer eingegangen.

Ermöglichende Faktoren:

Wahrgenommenes Kräfteungleichgewicht:

Der Krankenhausalltag ist wesentlich durch eine hierarchische Struktur geprägt. Nicht nur innerhalb der einzelnen Berufsgruppen herrscht ein starkes Machtgefälle, sondern auch zwischen Ärzten und Pflegekräften (den zwei Hauptberufsgruppen im Krankenhaus).

Eine Studie von Sexton et al. (2000) zeigt auf, dass Teamarbeit im Krankenhaus weit weniger akzeptiert ist als in vergleichbaren Berufsfeldern. In einem Vergleich zwischen der Teamorientierung von Piloten und Ärzten fanden sie, dass von 167 befragten chirurgischen Chefärzten nur etwas mehr als die Hälfte (55%) der Aussage „Junior team members should not question the decisions made by senior team members“ widersprechen. Dagegen wird diese autoritätshörige Äußerung von 97% der befragten Piloten abgelehnt.

Gerade aus dem Krankenhausbereich sind viele mobbingähnliche Geschehnisse wie Ausgrenzungen und Drangsalierungen durch Vorgesetzte berichtet worden (vgl. z.B. Flintrop, 2001). Junge Assistenzärzte sind ihren Vorgesetzten oft nahezu bedingungslos ausgesetzt. So schreibt Flintrop (2001, S.743): Die „Notwendigkeit bestimmter Operationen für die Anmeldung zur Facharztprüfung macht die Ärzte in Weiterbildung in vieler Hinsicht erpressbar. Weit verbreitet ist auch die Gepflogenheit, die jungen Ärzte mit Routineaufgaben zu überhäufen oder mit Diensten zu überfordern, so dass für andere Tätigkeiten keine Zeit mehr bleibt.“

Es wird deutlich, dass die Strukturen, wie sie in Krankenhäusern zu finden sind, Mobbing in der Art begünstigen, dass Mitarbeiter in niedrigeren hierarchischen Positionen kaum oder gar keine Möglichkeiten haben, sich gegen Personen, die hierarchisch höher gestellt sind als sie selbst, zu wehren. Zum einen bestehen diese Möglichkeiten formal nicht, zum anderen werden diese stark hierarchischen Strukturen durch die Verhaltens- und Kommunikationskultur, die in Krankenhäusern herrscht, unterstützt und aufrechterhalten.

Wahrgenommene Kosten für Mobbing:

Die Situation im Krankenhaus ist durch ein raues Klima gekennzeichnet. Die hohe Verantwortung, die mit der Arbeit im Krankenhaus verbunden ist, bringt die Mitarbeiter dazu, Fehler als inakzeptabel zu betrachten und sich selbst das Höchste abzuverlangen. Es geht schließlich um die Gesundheit der Patienten, oft sogar um Menschenleben. Diese Härte und diesen Zwang zur Unfehlbarkeit richten die Mitarbeiter nicht nur an sich selbst, sondern auch an ihre Kollegen und (v.a.) Untergebenen. Es kommt dazu, dass Leistungsschwächere ausgegrenzt und bestraft werden, während Mitarbeiter, die dem Anspruchsniveau standhalten, dahin gehend sozialisiert werden, sich ihren Kollegen und später auch Untergebenen gegenüber wieder entsprechend zu verhalten. Härte, Leistungsdruck und Bestrafung von Fehlern und Minderleistung gelten als wichtige und zu fördernde Werte. In Bezug auf Mobbing bedeutet dies allerdings, dass ein Mitarbeiter, der z.B. eine andere vermeidlich schwache und nicht leistungsstarke Person ausgrenzt und/oder drangsaliert, kaum Konsequenzen zu erwarten hat. Er verhält sich ja so, wie er es gelernt hat, in gewissem Sinne den vorherrschenden Werten entsprechend. Salin (2003c, S.1221) formuliert diesen Sachverhalt so: „Modelling and imitation may influence the prevalence of bullying [...] Bullying seems to flourish where new managers are socialized into a culture that treats bullying as a ‚normal‘ and acceptable way of getting things done.“ Schon Leymann (1993, S.61) stellte fest, dass ein Konflikt zu Mobbing werden kann, „weil er sich eben dazu entwickeln darf“. Die Schlüsselrolle der Führungskräfte als Vorbild und als die Person, die

die Möglichkeit hätte, frühzeitig bei Konflikten und Fehlverhalten, wie Mobbinghandlungen, zu intervenieren, sei hier noch einmal unterstrichen. Umso schwerer wiegt es, wenn die Führungskraft ein anderes Verhalten vorlebt oder gar bestimmte Verhaltensweisen (wie z.B. Bestrafungen Leistungschwächerer) billigt und fördert.

Ein weiterer Faktor, warum Mobbingtäter in Krankenhäusern geringere Kosten für ihr Handeln wahrnehmen, ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass Krankenhäuser häufig große (bürokratische) Organisationen mit vielen verschiedenen Fachabteilungen und Stationen darstellen. Der Zuwachs an Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten wird immer wieder als eine Hauptbelastung der Mitarbeiter im Krankenhaus genannt. Mit der Einführung von Fallpauschalen in den letzten Jahren hat sich dies noch weiter verschärft. Dieser Sachverhalt hat in Bezug auf Mobbing weitreichende Implikationen. Wie bereits in Abschnitt 1.5.2 dargestellt wurde, konnte Mobbing als häufiger in großen und bürokratischen Organisationen nachgewiesen werden (Einarsen & Skogstad, 1996; Leymann, 1992, zitiert nach Niedl, 1995). Der einzelne Mitarbeiter ist weniger „sichtbar“, je größer eine Organisation ist. Lange Kommunikationswege und komplizierte und bürokratische Verfahren z.B. bei Beschwerden und Abmahnungen tun ihr Übriges. Das Risiko für einen Mobbingtäter, erwischt und sozial geächtet und bestraft zu werden, reduziert sich dadurch beträchtlich.

Schwierige Arbeitsbedingungen, Unzufriedenheit und Frustration:

Die Arbeit im Krankenhaus ist geprägt durch eine hohe Arbeitsbelastung, großen Zeitdruck und Stress. Das Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich zurzeit in einem Wandel, in dem die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser immer mehr an Bedeutung gewinnt. Dies geht mit diversen Problemen und steigenden Belastungen einher wie z.B. einem immer enger werdenden Personalschlüssel, dem Zwang zur Verkürzung von Liegezeiten usw. Gleichzeitig bleibt aber die hohe Verantwortung den Patienten gegenüber. Die Arbeit darf in ihrer Qualität nicht einbüßen. Die Mitarbeiter sehen sich dem Problem gegenüber, dass immer weniger Personal immer mehr Arbeit bewältigen muss, ohne an Leistung einzubüßen. Gleichzeitig wächst die Angst vor Arbeitsplatzverlust unter den Mitarbeitern und der Konkurrenzkampf untereinander steigt.

Die Mitarbeiter leiden unter dem erhöhten Arbeitsdruck. Stress entsteht und Stressreaktionen der Mitarbeiter treten auf. Dies hat den Effekt, dass die Arbeitszufriedenheit sinkt und Aggressionsschwellen für die beteiligten Individuen herabgesetzt werden. Arbeitsorganisatorische Probleme nehmen zu und liefern zusätzliches Konfliktpotenzial.

Der Personalabbau, Kostendruck und die ständig steigende Arbeitsbelastung gehen mit Frustration und Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und dem organisationalen Klima einher. Das soziale Klima am Arbeitsplatz und die interne Kommunikation leiden ebenfalls darunter.

All diese Faktoren, die im Krankenhaus in hoher Ausprägung zu finden sind und in der Zukunft eher noch tendenziell ansteigen, konnten in diversen Studien als mit Mobbing assoziiert nachgewiesen werden (vgl. Abschnitt 1.5.1.2).

Motivierende Faktoren:

Interner Wettbewerb:

Wie schon im vorangegangenen Abschnitt ausgeführt, kommt es durch den Wandel im Gesundheitswesen und dem damit einhergehenden Kostendruck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt sind, zu einer Steigerung von Konkurrenz unter den Mitarbeitern. Mitarbeiter kämpfen um knapper werdende Ressourcen und Aufstiegsmöglichkeiten. Die Behinderung oder Eliminierung eines Konkurrenten durch den Einsatz von Mobbing kann sich in einer solchen Situation für den Mobbingtäter also lohnen.

Schwierigkeiten, Mitarbeiter zu entlassen:

In der Situation von Kostendruck ist Personalabbau kaum zu vermeiden und ein weit verbreitetes gängiges Mittel. Allerdings ist es nicht immer leicht, langjährige Mitarbeiter so einfach zu entlassen. Dies trifft auch für die Krankenhäuser zu. Leistungsschwache, aber langjährig beschäftigte Mitarbeiter können nur sehr schwer gekündigt werden. Mobbing zu instrumentalisieren und die Personalstruktur auf diesem Weg in gewünschter Weise anzupassen, zahlt sich für das Krankenhaus also aus.

Beschleunigende Faktoren

Umstrukturierungen und Krisen:

Der beschriebene aktuelle strukturelle Wandel und Kostendruck in den Krankenhäusern und die damit verbundenen Umstrukturierungen und der Personalabbau können als beschleunigende/auslösende Faktoren für die Entstehung von Mobbing angesehen werden. Diese Entwicklung ist Auslöser für steigende Arbeitsbelastung und erhöhte interne Konkurrenz wie auch für die Zunahme von Gefühlen der Arbeitsplatzunsicherheit unter den Mitarbeitern. In den vorangegangenen Absätzen wurden die daraus erwachsenden Folgen bereits beschrieben. Frustration und Unzufriedenheit als mobbingermöglichende Faktoren nehmen massiv zu, steigende Arbeitsbelastung, vermehrter Stress und Belastungsreaktionen der Mitarbeiter sowie arbeitsorganisatorische Probleme erhöhen das Risiko für interpersonelle Konflikte. Vorteile bei der „Eliminierung“ von Konkurrenten um Ressourcen und Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit, durch gezieltes Mobbing Mitarbeiter einfacher und ohne Abfindungen „loszuwerden“, nehmen als motivierende Faktoren für Mobbing ebenfalls zu.

Schon Leymann erkannte im Verlaufe seiner Forschung zu Mobbing und in der Auseinandersetzung mit vielen Fallbeispielen, dass das Krankenhausumfeld mobbingbegünstigend ist (vgl. z.B. Leymann, 1996).

3. Prävention und Intervention bei Mobbing

Betrachtet man den Forschungsstand zum Thema Mobbing, so fällt auf, dass die bisherigen Studien und Forschungsarbeiten zum Thema in einer großen Zahl deskriptiver Natur sind. Die Beschreibung und Definition des Phänomens, die Auftretenshäufigkeit sowie die Beschreibung der Folgen standen bis jetzt im Zentrum der Mobbingforschung. Jüngere Studien beschäftigen sich zunehmend mit der Erforschung der Ursachen von Mobbing.

Forschungsarbeiten zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen Mobbing liegen vergleichsweise wenig vor. Verschwindend gering sind empirische Studien zum Thema bzw. Studien, die den Erfolg solcher Maßnahmen evaluieren.

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Maßnahmen zur Prävention und Intervention bei Mobbing in der Literatur berichtet bzw. empfohlen werden und welche Maßnahmen bereits Einsatz finden bzw. durchgeführt und evaluiert wurden.

Die Maßnahmen gegen Mobbing werden im Folgenden in drei Arten entsprechend verschiedener Stadien des Mobbingprozesses untergliedert (vgl. Resch, 2003):

- Primärpräventive Maßnahmen:
Hierunter werden Maßnahmen verstanden, die der *Schadensverhütung* dienen.
- Sekundärmaßnahmen:
Hierunter werden Maßnahmen verstanden, die der *Schadensbegrenzung* dienen.
- Tertiärmaßnahmen:
Hierunter werden Maßnahmen verstanden, die der *Schadensrevision* dienen.

Schon Leymann (1993) unterscheidet, der hier verwendeten Einteilung entsprechend, verschiedene Maßnahmen gegen Mobbing. Er schreibt: „*Zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt, haben sie [die Gegenmaßnahmen] verschiedene Ziele und unterscheiden sich dadurch*“ (Leymann, 1993, S.280). Leymann nennt die verschiedenen Formen der Gegenmaßnahmen „*Vorbeugen*“, „*frühes Eingreifen*“ und „*späte Rehabilitation*“. Bei Neuberger (1999) findet sich ebenfalls eine ähnliche Unterscheidung zwischen Prävention, Intervention und Kur.

3.1 Primärpräventive Maßnahmen

Als primärpräventive Maßnahmen gegen Mobbing werden nur solche Maßnahmen bezeichnet, die eingesetzt werden, noch bevor es irgendein Anzeichen für Mobbing gibt. Sie haben das Ziel, Mobbing von vornherein in seiner Entstehung zu verhindern.

Die Entwicklung und der Einsatz primärpräventiver Maßnahmen setzt somit die Kenntnis über Ursachen von Mobbing voraus. Hierin besteht auch die Schwierigkeit dieser Maßnahmen. Der bisherige Forschungsstand zu Mobbingursachen liefert zwar wichtige Hinweise auf Ansatzpunkte, kann aber zum jetzigen Zeitpunkt keine abschließend gesicherten Aussagen machen, aus denen sich eindeutige, klar umrissene und vor allem zielgenaue Maßnahmen ableiten ließen.

Die oben eingeführte konflikttheoretische Perspektive auf Mobbing (vgl. Abschnitt 1.4.1) macht deutlich, wie wichtig jedoch Primärprävention bei Mobbing ist. Versteht man Mobbing als einen hoch eskalierten Konflikt, so schließt dies auch ein, dass in einer möglichst früheren Eskalationsstufe interveniert werden muss, damit ein Konflikt gar nicht erst zu Mobbing wird.

3.1.1 Präventionsmaßnahmen in der Literatur

In der Literatur werden verschiedene Empfehlungen für die Primärprävention von Mobbing ausgesprochen. Die genannten Präventionsmaßnahmen entsprechen sich weitestgehend, wobei einige Punkte von fast allen Autoren erwähnt werden und jeweils andere Punkte ergänzend hinzukommen.

Die verschiedenen Autoren beziehen sich bei der Ableitung der präventiven Maßnahmen auf den jeweiligen Erkenntnisstand der Ursachenforschung. Vorgestellt wird hier eine Auswahl von Veröffentlichungen, um eine exemplarische Übersicht über die Maßnahmen zu geben und die Argumentationen der Autoren vorzustellen.

Leymann (1993) schreibt als wichtige vorbeugende Maßnahme gegen die Entstehung von Mobbing vor allem dem fairen Umgang mit Konflikten eine große Bedeutung zu. Er empfiehlt die Einführung einer Vereinbarung (policy) zum Umgang mit Konflikten bei der Arbeit und entsprechende vorgegebene Verhaltensweisen für die Führungskräfte. Der Führungskraft misst er eine besondere Bedeutung bei. Eine „professionelle Personalführung“ sieht er als ersten Schritt einer Mobbingprävention an. Leymann schreibt: *„Bewusstsein und vereinbarte Arbeitsmodelle haben hier Schlüsselfunktionen: Man zeigt die Existenz eines Problemkomplexes auf, gibt klar zu erkennen, dass der Arbeitgeber hier Verhaltensgrenzen setzt, die auf Gerechtigkeit bauen, und bereitet Modelle der Konfliktbegrenzung vor, die dann zum Bestandteil der Führungsausbildung werden können“* (Leymann, 1993, S.280). Leymann legt weiter darauf Wert, dass ein entsprechendes moralisches Niveau in einer Organisation entscheidend dazu beitragen kann, ob Mobbing entstehen kann oder nicht.

Hoel & Cooper (2000) sprechen im Rahmen ihrer Veröffentlichung der Ergebnisse der Repräsentativstudie für Großbritannien Empfehlungen für die Primärprävention von Mobbing aus. Folgende Punkte werden von ihnen aufgezählt:

- Aufbau einer mobbingfreien Kultur:
Mobbing kann nur dort gedeihen, wo es vom Management / der Führungskraft zugelassen und nicht geahndet wird. Da weiter zu beobachten ist, dass Mobbing in einer Vielzahl der Fälle von Personen mit Führungsverantwortung verübt wird, sollten die Führungskräfte ihre Verhaltensweisen kritisch überprüfen. Um eine Veränderung der (Führungs-)Kultur zu erreichen, sollten die Führungskräfte Trainings durchlaufen bezüglich allgemeiner Führungskompetenz, Stressmanagement und emotionaler Kontrolle und Aufmerksamkeit.
- Einführung von effektiven und fairen Verfahrensweisen bei Mobbing:
Da keine Organisation immun gegen das Auftreten von Mobbingfällen sein kann (obwohl der Ausprägungsgrad und die Intensität sehr stark zwischen verschiedenen Organisationen variieren), ist es wichtig, über fest installierte Verfahrensweisen zu verfügen, wenn ein solches Problem auftritt. Diese festgelegten Vereinbarungen sollen auch eine abschreckende Funktion erfüllen.
Anti-Mobbing-Vereinbarungen sollten folgendes beinhalten: Das Opfer kann auf einem „sicheren“ Weg, der es vor Vergeltung und Strafen schützt, seinen Fall vortragen. Weiter muss eine faire und neutrale Anhörung gewährleistet sein.

Verstöße gegen diese Verfahrensweisen sind zu ahnden. Um die Effektivität der Verfahrensweisen sicherzustellen, sollte ein Kontrollsystem eingeführt werden.

- Veränderung des Führungsstils:
Mobbing ist in hohem Maße mit Fehlverhalten der Führungskräfte verbunden. Autoritäre, wenig am Mitarbeiter orientierte „Macho-Führungsstile“ sind zu verurteilen. Stattdessen sollten kooperative Führungsstile, die Mitarbeiterorientierung, Integrität und die Berücksichtigung des Individuums und der Gruppe beinhalten, von der Organisation gefördert werden.
- Reduzierung von Mobbing durch Reduzierung der Stressbelastung:
Mobbing ist mit einem negativen Arbeitsklima, hoher Arbeitsbelastung und unbefriedigenden sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz assoziiert. Ein Weg der Mobbingprävention ist deshalb die Reduzierung der Stressbelastung bei der Arbeit.
- Veränderung der Situation, nicht der Personen (das Kontrollierbare kontrollieren):
Hoel & Cooper stellen fest, dass Mobbing ein hochkomplexes Problem ist, bei dem die Persönlichkeiten der Mobbingopfer und -täter oft eine Rolle spielen. Dennoch hat die Organisation auf diese Faktoren keinen oder nur sehr begrenzten Einfluss. Deshalb sollten sich Mobbing-Präventionsmaßnahmen auf die Faktoren und Vorbedingungen von Mobbing konzentrieren, die sie kontrollieren und verändern können.

In einem Arbeitsdokument („Mobbing am Arbeitsplatz“, Lohro & Hilp, 2001), das vom Europäischen Parlament herausgegeben wurde, werden ebenfalls auf Basis des Forschungsstandes verschiedene Empfehlungen für primärpräventive Maßnahmen bei Mobbing dargestellt. Folgendes wird genannt:

- Allgemeine Aufklärungskampagne:
Die Methode der Aufklärungskampagne wird als eine der bewährtesten Präventionsmethoden benannt. Es werden verschiedene Beispiele angeführt, wie eine solche Aufklärungsarbeit geleistet werden kann:
 - Verteilen von Broschüren und Postern zum Thema Mobbing, die über Rechte und Pflichten der Mitarbeiter und über Gefahren von Mobbing informieren. Auch auf aus Mobbing erwachsende finanzielle Nachteile für das Unternehmen soll hingewiesen werden.
 - Veröffentlichung von Artikeln in unternehmensinternen Zeitungen bzw. anderen geeigneten Organen, wie z.B. dem Intranet
 - Präsentation von Videos über Mobbing
 - Vorträge und Diskussionen über Mobbing
 - Ansprechen des Themas auf Unternehmensversammlungen
- Systematische Datenerfassung über Mobbing im Betrieb:
Eine solche Datenerhebung wird als notwendig beschrieben, um Mobbing wirkungsvoll zu bekämpfen. Es spiegelt außerdem wider, dass die Organisation sich mit dem Thema befasst. Folgende Datenerhebungen werden vorgeschlagen:

- Allgemeine Befragungen innerhalb des Unternehmens z.B. über die Arbeitsatmosphäre
 - Verteilung spezieller Fragebögen und persönliche Gespräche über Mobbing
 - Regelmäßiger Dialog mit den Beschäftigten
 - Analyse von Beschwerden und von Gründen für Fehlzeiten
 - Befragung von Beschäftigten mit häufigen (krankheitsbedingten) Fehlzeiten
- Schulung und Information der Führungskräfte:
Diese Maßnahme soll dazu führen, dass Führungskräfte dazu in der Lage sind, Mobbing frühzeitig zu erkennen und im Ansatz zu verhindern.
 - Aufbau einer Anti-Mobbing-Infrastruktur in den Unternehmen:
Das Unternehmen soll seine Entschlossenheit, Mobbing aktiv entgegenzuwirken, Ausdruck verleihen. Folgendes wird dafür empfohlen:
 - Ernennung eines „Mobbing-Beauftragten“
 - Vereinfachung der Verfahren zur Anzeige von Vorfällen
 - Verfahren zur Untersuchung von Mobbingvorfällen sowie disziplinarische und rehabilitierende Maßnahmen für Mobbingtäter und -opfer
 - Betriebliche Vereinbarungen in Bezug auf Mobbing
 - Obligatorische Diskussionen des gesamten Arbeitsteams über Mobbing
 - Neugestaltung von Arbeitsmethoden und Verantwortlichkeiten:
Eine geeignete Organisation der Arbeit verhindert, dass arbeitsorganisatorische Probleme, wie z.B. Überschneidungen von Verantwortlichkeiten, auftreten, die zu Streitigkeiten und Konkurrenzverhalten führen und somit Mobbing begünstigen können.

Resch & Schubinski (1996) legen zunächst noch einmal die vier Ursachenfaktoren für Mobbing, die sie bei ihren Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen zugrunde legen, dar. Sie nennen in Anlehnung an Leymann (1993) 1) Defizite in der Arbeitsgestaltung, 2) Defizite im Führungsverhalten, 3) eine sozial exponierte Stellung des Opfers und 4) ein niedriger moralischer Standard in der Organisation.

An allen vier Punkten sollten ihnen zufolge primärpräventive Maßnahmen gegen Mobbing ansetzen:

1. Veränderungen in der Arbeitsgestaltung:
Eine gute Arbeitsgestaltung verringert das Risiko für interpersonelle Konflikte und die Wahrscheinlichkeit, dass die Mitarbeiter Stress und Frustration an einem Sündenbock auslassen. Ein zentral wichtiger Faktor in der Arbeitsgestaltung ist Resch & Schubinski zufolge der Handlungsspielraum, den die Mitarbeiter bei ihrer Arbeit haben. Hinzu kommen Entscheidungs- und Zeitspielräume.

2. Veränderungen des Führungsverhaltens:

Die Führungskraft sollte darin geschult werden, Konflikte wahrzunehmen und sie konstruktiv bearbeiten zu können. Darüber hinaus sollte sie in die Lage versetzt werden, Warnzeichen eines beginnenden Mobbingprozesses zu erkennen.

Resch & Schubinski weisen darauf hin, dass es nicht ausreicht, das mittlere Management zu schulen, um eine wirkliche Veränderung der Führungskultur in einer Organisation zu erreichen. Folgendes ist zu berücksichtigen, um eine Veränderung herbeizuführen:

- Der neue Führungsstil sollte zuerst vom Top-Management vorgelebt werden. Durch diesen Top-down-Ansatz fungieren die obersten Führungskräfte als Vorbilder und die neue Führungskultur setzt sich so schneller und nachhaltiger durch. Durch Mentoring oder Coaching kann der Führungsstil an die unteren Führungsebenen weitergegeben werden.
- Der neue Führungsstil sollte nach Möglichkeit „on the job“ in realen Arbeitssituationen gelernt werden und nicht in Workshops fernab des Unternehmens. Die Transferdistanz sollte so klein wie möglich gehalten werden, damit die Führungskräfte die gelernten Verhaltensweisen auch wirklich in ihrem Alltag einsetzen. Konzepte wie Supervision und Coaching sind Mittel, die zu diesem Zweck eingesetzt werden können.
- Die Ergebnisse des Führungskräfte Trainings sollten evaluiert werden, z.B. durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, in denen die Mitarbeiter die Führungskraft bewerten. Durch ein solches Feedback kann die Qualität des Trainings überprüft werden. Auf dieser Basis kann das Training entsprechend verbessert werden.

3. Verbesserung der sozialen Position jedes Individuums:

Zur Verbesserung der Position jedes Individuums im Unternehmen müssen feste Regeln für den Umgang mit Beschwerden/Konflikten etabliert werden. Diese müssen den Einzelnen in der Art schützen, dass er fair behandelt wird und ihm keinerlei Nachteile aus seiner Beschwerde / seinem Anliegen entstehen, auch dann nicht, wenn er damit in Konflikt zu den Interessen anderer gerät, insbesondere hierarchisch höher stehender Personen.

4. Erhöhung der moralischen Standards im Unternehmen:

In der Annahme, dass Mobbing bereits dadurch im Entstehen verhindert werden kann, dass Führungskräfte oder auch Kollegen frühzeitig eingreifen, und dieses Eingreifen und Sich-verpflichtet-Fühlen davon abhängt, wie das moralisch-ethische Empfinden der Mitarbeiter in einer Organisation ist, ist die Erhöhung des moralischen Standards in Unternehmen ein wesentlicher Ansatzpunkt für Mobbingprävention. Es sollte ein gegenseitiges Einverständnis unter allen Mitarbeitern eines Unternehmens darüber herrschen, welches Verhalten bei der Arbeit noch als akzeptabel gilt und welches Verhalten unfair und verurteilenswert ist.

Diese gemeinsame Sichtweise über akzeptables Verhalten kann dadurch hergestellt werden, dass die Mitarbeiter Informationen und Trainingsprogramme bezüglich Mobbing erhalten. Resch & Schubinski verweisen auf von Leymann (1995b) entwickeltes Trainingsmaterial, das zu diesem Zweck erfolgreich von ihm in Unternehmen eingesetzt wurde. Anhand von Videos und Informationsmaterial wird in

Gruppensettings eine Diskussion unter den Mitarbeiter über Ursachen und Konsequenzen von Mobbing angeregt.

Hervorzuheben an der Publikation von Resch & Schubinski (1996) ist, dass sie, über die Empfehlungen für primärpräventive Maßnahmen gegen Mobbing hinaus, darauf eingehen, von welchen Faktoren es überhaupt abhängt, ob ein Unternehmen sich mit dem Thema Mobbing auseinandersetzt und Maßnahmen dagegen einleitet.

Sie stellen Einflussfaktoren auf den Einsatz und die erfolgreiche Durchführung von Anti-Mobbing-Programmen vor:

- Wahrgenommener Problemdruck und Handlungsbedarf im Unternehmen:
Ob ein Unternehmen sich überhaupt einem sozialen Problem wie Mobbing widmet, hängt vom wahrgenommenen Problemdruck und Handlungsbedarf ab. Bezüglich des Mobbingthemas wird dadurch Druck auf das Unternehmen ausgeübt, dass Forscher, Opfer, die Medien und Psychologen das Thema in die Öffentlichkeit tragen und Maßnahmen fordern. Dies geschieht allerdings mit zum Teil mäßigem Erfolg. Resch & Schubinski zufolge existieren nur zwei Punkte, die wirklich dazu führen, dass Mobbing und Mobbingprävention für das Unternehmen wichtig werden:
 1. Die öffentliche Meinung über das Unternehmen leidet, wenn Mobbingfälle in der Öffentlichkeit publik wurden. Durch Maßnahmen gegen Mobbing versucht das Unternehmen dann sein Image wieder zu verbessern.
 2. Betriebliche Interessensvertretungen üben Druck auf das Unternehmen aus.
- Konkurrenz mit anderen betrieblichen Maßnahmen:
In Unternehmen werden mittlerweile viele verschiedene Programme und Trainings für die Mitarbeiter angeboten, wie z.B. Management-Programme, Konfliktmanagement-Training, Alkohol- und Suchtpräventionsprogramme, Teamentwicklung etc. Viele Unternehmen fragen sich, welchen Nutzen ein spezielles Anti-Mobbing-Programm hat, da diese Programme zumeist ihrer Ausrichtung nach das Ziel haben, generell das organisationale Klima zu verbessern. Die Unspezifität der Mobbing-Präventionsmaßnahmen macht es den Unternehmen einfach zu argumentieren, dass sie bereits (durch andere Programme, die im Unternehmen durchgeführt werden) ausreichend viel zur Prävention von Mobbing tun.
- Das negative Image von Mobbing:
Der Begriff Mobbing hat eine sehr negative Konnotation. Man verbindet damit das Vorhandensein eines herzlosen, grausamen Täters, der sein Opfer „fertigmacht“. Unternehmen wollen aus diesem Grund möglichst nicht mit dem Begriff Mobbing in Verbindung gebracht werden. Im Vergleich zu andern Programmen, z.B. zur Gesundheitsförderung, sind Anti-Mobbing-Programme nicht so einfach zur Verbesserung des Unternehmensimages einsetzbar. Ähnlich wie bei Alkoholsucht am Arbeitsplatz bevorzugen Unternehmen die Strategie, die Existenz des Problems so lange wie möglich zu verleugnen.

- Langsame Aufnahme von sozialen Themen in das Unternehmen:
Soziale Phänomene und Probleme haben durchaus einen Einfluss auf Unternehmen, aber mit einer großen Zeitverzögerung. Resch & Schubinski führen als Beispiel einer solchen langsamen Einflussnahme die Einführung von Alkohol-Programmen in Unternehmen an. Die Etablierung und weite Verbreitung solcher Programme war erst ca. 15 Jahre nach dem ersten Auftreten öffentlichen Drucks erreicht. Legt man eine ähnliche Zeitspanne für die Mobbingproblematik an, so ergibt sich, dass noch abgewartet werden muss, wie sich die Verbreitung von Mobbing-Präventionsmaßnahmen in den Unternehmen weiter entwickelt.

3.1.2 Empirische Ergebnisse zu Präventionsmaßnahmen

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Empfehlungen zu Maßnahmen der Mobbingprävention vorgestellt. Weiter wurde darauf eingegangen, dass die Unternehmen keineswegs immer der Problematik offen gegenüberstehen und viele Argumente und Hindernisse bestehen, Mobbing-Präventionsmaßnahmen durchzuführen.

Die Frage bleibt also offen, welche dieser Maßnahmen überhaupt in Unternehmen zum Einsatz kommen und ob die Maßnahmen effektiv sind und tatsächlich das Auftreten von Mobbing verhindern können.

Leider liegen nur ganz vereinzelte empirische Ergebnisse vor, die diese Fragen beantworten können.

Resch & Schubinski (1996) berichten in ihrer Publikation von relativ wenigen, ihnen bekannten Unternehmen in Deutschland, die sich mit dem Thema Mobbing aktiv auseinandersetzen. Sie räumen allerdings ein, dass es durchaus noch eine größere Anzahl von Organisationen geben mag, deren Aktivitäten bezüglich Mobbing nicht in die Öffentlichkeit gelangt sind. Eine systematische Datenerhebung liegt nicht vor.

Resch & Schubinski stellen fest, dass viele Unternehmen das Thema zumindest dadurch abdecken, dass sie in Trainings und Programmen zur Führungskräfteentwicklung das Thema Mobbing als ein Unterthema mit aufnehmen. Dies wird allerdings nicht mit Zahlen belegt.

15 deutsche Unternehmen, die Trainingsprogramme zum Thema Mobbing durchgeführt haben, wurden von ihnen bezüglich weiterer Mobbingprävention-Aktivitäten befragt. Von diesen 15 Unternehmen haben sieben das Thema Mobbing öffentlich innerhalb des Unternehmens diskutiert. Dies geschah durch Artikel in internen Mitarbeiterzeitungen oder durch Stellungnahmen des Managements. Diese sieben Unternehmen haben darüber hinaus jeweils eine Mobbing-Kontaktperson ernannt. Diese Personen kamen in den unterschiedlichen Unternehmen aus unterschiedlichen Bereichen, zumeist jedoch aus dem Bereich der Sozialdienste. In einigen Unternehmen waren auch Personen wie die Frauenbeauftragte, der Betriebsarzt, Mitarbeiter der Personalabteilung sowie des Betriebsrates als Kontaktpersonen involviert. Die Initiative für die Einrichtung solcher „Mobbing-Beauftragten“ ging von Sozialdiensten (drei der sieben Fälle), dem Betriebsarzt (zwei der sieben Fälle), der Personalabteilung (einer der sieben Fälle) oder von der Mitarbeitervertretung (einer der sieben Fälle) aus.

Zwei weitere der 15 Unternehmen haben zwar keine interne Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Mobbing initiiert, führten aber zusätzliche Trainings mit Entscheidungsträgern durch.

Die verbleibenden der 15 Unternehmen sahen keine Notwendigkeit, weitere Aktivitäten gegen Mobbing durchzuführen.

Die Ergebnisse weisen auf ein eher geringes Engagement der Unternehmen in Bezug auf Mobbingprävention hin. Viele der oben genannten empfohlenen Präventionsmaßnahmen, wie z.B. eine verbesserte Arbeitsgestaltung, um arbeitsorganisatorische Probleme und Stress abzubauen und somit das Risiko für interpersonelle Konflikte bei der Arbeit zu verhindern, sowie gezielte Führungskräftebildungen werden gar nicht durchgeführt bzw. nicht berichtet.

Eine jüngere Forschungsarbeit liegt von Salin (2007) vor. Sie befragte in ihrer Untersuchung alle staatlichen Verwaltungen in Finnland (N = 431) in einem Nationalen Survey mit dem Ziel, die Einsatzhäufigkeit von Mobbing-Präventionsmaßnahmen zu erfahren und Einflussfaktoren auf den Einsatz solcher Maßnahmen zu identifizieren. Knapp die Hälfte (47,3%) der Verwaltungen beantwortete den von Salin vorgelegten Fragebogen. Tabelle 11 zeigt die Einsatzhäufigkeit der verschiedenen Anti-Mobbing-Maßnahmen (die Antwortkategorien wurden vorgegeben).

Tabelle 11: Einsatzhäufigkeit von Anti-Mobbing-Maßnahmen

	Ja	Nein	Weiß nicht / keine Angabe
Betriebsvereinbarung (written policy)	55,6%	34,1%	10,3%
Information	65,9%	28,2%	5,9%
Training	27,3%	66,8%	5,9%
Befragungen zu Mobbing	33,7%	60,0%	6,3%
Dokumentation der Anzahl der Mobbingfälle	24,9%	68,8%	6,3%

(Salin, 2007)

Es fällt auf, dass die Maßnahmen, die eher leicht / mit weniger Aufwand durchzuführen sind, wie Betriebsvereinbarungen und Informationen zu Mobbing, am häufigsten durchgeführt werden. Maßnahmen, die mehr Aufwand bedeuten, wie die Durchführung von Trainings oder auch Befragungen, werden viel seltener praktiziert. Auch die Dokumentation von Mobbingfällen wird vergleichsweise selten durchgeführt. Dies ist insofern problematisch, als dass eine Evaluation der Effektivität der Mobbing-Präventionsmaßnahmen auf eine solche Dokumentation angewiesen ist. Nur wenn die Anzahl der Mobbingfälle bekannt ist, kann festgestellt werden, ob sich diese nach der Einführung von Mobbing-Präventionsmaßnahmen verringert hat.

Im Durchschnitt wurden 2,15 Maßnahmen gegen Mobbing in den Verwaltungen durchgeführt (Varianz in den unterschiedlichen Verwaltungseinrichtungen: 0-5 Maßnahmen), was als eine recht hohe Anzahl zu bewerten ist. Allerdings sollte dieser Wert insofern vorsichtig interpretiert werden, als dass ein Selektionseffekt nicht auszuschließen ist. Es scheint plausibel, dass in der Befragung vor allem die Verwaltungen geantwortet haben, die bereits Maßnahmen gegen Mobbing praktizieren.

Als Einflussfaktoren auf die Anzahl der durchgeführten Präventionsmaßnahmen gegen Mobbing zeigt Salin in einer regressionsanalytischen Untersuchung zwei Faktoren als bedeutsam auf. Zum einen scheint die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen von negativer Publicity bzw. dem Wunsch, dieser entgegenzuwirken, abzuhängen. Noch bedeutsamer zeigte sich allerdings das Vorhandensein eines bereits fortschrittlichen und hoch

entwickelten Personalwesens / „Human resource managements“ (es wird nicht näher spezifiziert, was dies genau ausmacht). Ein solches scheint Mobbing-Präventionsmaßnahmen einzuschließen. Auch fand Salin, dass jüngere Personalmanager eine höhere Anzahl von Anti-Mobbing-Maßnahmen berichteten als ältere. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen und hoffen, dass in der Zukunft das Thema Mobbing größere Berücksichtigung erfahren wird und eine Entwicklung dahin gehend stattfindet.

Im Vergleich zu den Ergebnissen, die Resch & Schubinski (1996) berichten, stimmen die Ergebnisse von Salin etwas optimistischer. Vergleichsweise viele Maßnahmen gegen Mobbing werden durchgeführt. Erklären lassen sich die Unterschiede auf zweierlei Art. Zum einen könnte ein Anstieg der Anti-Mobbing-Aktivitäten im Verlauf der letzten 11 Jahre (von 1996 bis 2007) stattgefunden haben. Zum anderen ist ein nationaler Unterschied zwischen Deutschland und Finnland in der Bereitschaft, sich mit Mobbing aktiv auseinanderzusetzen, denkbar.

Leider berichtet auch Salin nicht von der Durchführung von Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung. Obwohl dies in fast allen Publikationen zum Thema Mobbingprävention als Empfehlung zu finden ist und große Einigkeit darüber besteht, dass gute Arbeitsbedingungen Mobbing vorbeugen können, scheint dies eine Maßnahme zu sein, die nicht durchgeführt wird.

Weitere Forschungsarbeiten zur Verbreitung von Mobbing-Präventionsmaßnahmen sind notwendig, um gesicherte Aussagen treffen zu können und Aufschluss darüber zu gewinnen, von welchen Faktoren es abhängt, ob eine Organisation / ein Unternehmen bereit ist, sich mit dem Thema Mobbing aktiv auseinanderzusetzen.

Abschließend muss festgestellt werden, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Evaluationsstudien zu primärpräventiven Maßnahmen gegen Mobbing vorliegen. Eine Effektivitätsbewertung der Maßnahmen zur Mobbingprävention kann also nicht vorgenommen werden. Hier besteht ein entscheidender Forschungsbedarf.

3.2 Sekundärmaßnahmen: Intervention

Unter Sekundärmaßnahmen werden solche Maßnahmen und Aktivitäten verstanden, die zu einem Zeitpunkt ansetzen, zu dem ein Mobbingprozess bereits begonnen hat. Sie haben das Ziel, diesen Prozess zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu unterbrechen, eine weitere Eskalation des bestehenden Konfliktes zu verhindern und somit den Schaden des Mobbings weitestgehend zu begrenzen, z.B. beim Opfer schwerwiegende (gesundheitliche) Folgen des Mobbings gar nicht erst entstehen zu lassen.

3.2.1 Sekundärmaßnahmen in der Literatur

Die Empfehlungen in der Literatur zu Sekundärmaßnahmen beinhalten alle sich ähnelnde Punkte und beziehen sich auf ähnliche Maßnahmen. Diese werden im Folgenden anhand von ausgewählten Publikationen exemplarisch vorgestellt.

Leymann (1993) betont die Wichtigkeit eines frühen Eingreifens bei Mobbing. Er stellt explizit heraus, dass die von ihm eingeführte arbeitsmedizinische Definition (Mobbinghandlungen müssen mindestens einmal pro Woche über mindestens ein halbes Jahr aufgetreten sein, damit von Mobbing gesprochen werden kann) nicht dazu verleiten soll, erst nach einem halben Jahr einzugreifen. Weiter sieht Leymann (1996) vor allem Führungskräfte in der Pflicht, bei einem beginnenden Mobbingprozess zu intervenieren. Aber auch andere Personen aus dem Unternehmen, die Ansprechpartner bei Mobbing sind und als solche ausgebildet und eingesetzt wurden, hält er für sinnvoll.

In dem vom Europäischen Parlament herausgegebenen Arbeitsdokument („Mobbing am Arbeitsplatz“, Lohro & Hilp, 2001), werden folgende Interventionsmaßnahmen bei Mobbing genannt:

- Unterbindung der Mobbing-Aktivitäten:
Hier wird vor allem auf rechtliche Möglichkeiten im Rahmen der bestehenden Gesetze hingewiesen. Es wird angemerkt, dass darüber hinaus auch Vorschläge für gesetzgebende Maßnahmen gemacht werden sollten.
- Mediationsgespräche:
Es werden Mediationsgespräche empfohlen, um die Mobbing-Aktivitäten zu beenden.

Resch & Schubinski (1996) gehen in ihrer Ausführung über mögliche Interventionen bei Mobbing stärker ins Detail als die beiden bereits dargestellten Beiträge und beschreiben die Intervention konkret. Sie sprechen zwei Empfehlungen zu Interventionsmöglichkeiten bei Mobbing aus:

- Betriebliche Ansprechpartner bei Arbeitsplatzkonflikten und Mobbing:
Das System der Ansprechpartner oder „Mobbing-Beauftragten“ funktioniert nach demselben Prinzip wie andere Minderheitsvertretungen im Unternehmen, wie z.B. Beauftragte für Behinderte, ethnische Minderheiten oder Frauen. Resch & Schubinski nennen drei Bedingungen, die gegeben sein müssen, wenn diese Maßnahme erfolgreich sein soll:
 1. Die Mitarbeiter, die als Ansprechpartner fungieren, müssen aus verschiedenen Abteilungen kommen, damit jedes Mobbingopfer eine neutrale Kontaktperson finden kann. Positive Erfahrungen wurden mit Ansprechpartnern gemacht, die aus dem Sozialdienst oder der Personalabteilung kamen, sowie mit Personen, die als Repräsentanten der Mitarbeiter ausgewählt wurden. Zu Interessenskonflikten kann es jedoch kommen, wenn die Person, die Ansprechpartner ist, gleichzeitig im Betriebsrat tätig ist.
 2. Die Ansprechpartner müssen gut für ihre Tätigkeit ausgebildet werden. Dies stellt häufig ein Problem dar. Das Thema Mobbing ist in den Medien und populärwissenschaftlichen Büchern weit verbreitet worden, so dass sich viele Personen bereits für Experten halten. Eine gute Ausbildung der Ansprechpartner bei Mobbing beinhaltet, dass eine Abgrenzung zu dem populärwissenschaftlichen Mobbingbild gemacht wird und umfassendes Wissen vermittelt wird.
 3. Die Ansprechpartner müssen die Möglichkeit haben, über Probleme sprechen zu dürfen und Lösungsvorschläge zu machen. Dabei sollten keine hierarchischen Barrieren im Weg stehen (z.B. der Vorgesetzte, der

seinen Mitarbeiter schlecht behandelt, weigert sich mit dem Ansprechpartner zu reden, weil dieser selbst „nur“ ein einfacher Mitarbeiter ist). Die Aufgabe der Ansprechpartner besteht nicht nur darin, den Beschwerden und Nöten der Mitarbeiter zuzuhören, sie sollten auch in die Eskalation eines Mobbingprozesses eingreifen können.

- Unparteiische Schlichtungsstelle:

Wenn die Konfliktlösestrategien eines Unternehmens (z.B. über Ansprechpartner) nicht erfolgreich waren, das Problem zu lösen, weil der Konflikt vielleicht schon zu weit eskaliert und die Fronten zu stark verhärtet sind, ist der Einsatz einer neutralen Schlichtungsstelle (oft auch Clearingstelle genannt) sinnvoll. Folgende Bedingungen sollten erfüllt sein:

1. Die Personen, die in der Schlichtungsstelle arbeiten, sollten über psychologische Kenntnisse (z.B. Konfliktmoderation, Gesprächsführung etc.) sowie rechtliches Wissen verfügen.
2. Die Aufgaben und Kompetenzen der Schlichtungsstelle müssen spezifisch beschrieben werden. Hierfür sind Betriebsvereinbarungen geeignet.
3. Die strikte Neutralität der Schlichtungsstelle gegenüber allen Unternehmensfunktionen muss speziell in der Betriebsvereinbarung festgehalten werden.

Als Alternative zu Schlichtungsstellen weisen Resch & Schubinski auf die Möglichkeit eines externen Beraters hin, der dieselbe Funktion erfüllen kann. Der Vorteil dabei ist die Neutralität des externen Beraters, der als völlig Unbeteiligter ins Unternehmen kommt. Diese Neutralität wird von den Konfliktparteien oft auch leichter anerkannt. Nachteile bestehen zum einen darin, dass einem externen Berater Insider-Wissen fehlt. Zum anderen kann von Nachteil sein, dass es einer speziellen Initiative bedarf, einen externen Berater ins Unternehmen zu holen. Es ist fraglich, ob ein einfacher Mitarbeiter den Mut aufbringt, nach einem externen Berater zu fragen, um seinen Konflikt zu lösen.

3.2.2 Empirische Ergebnisse zu Sekundärmaßnahmen

Auch im Bereich der Sekundärmaßnahmen sind empirische Studien sehr rar. Nur wenige Forscher beschäftigen sich speziell mit diesem Thema.

Ergebnisse liefert die Studie von Salin (2007), die bereits im Abschnitt 3.1.2 vorgestellt wurde. In der Befragung aller finnischen staatlichen Verwaltungen erfasste Salin nicht nur primärpräventive Maßnahmen gegen Mobbing, sondern beschäftigte sich auch mit organisationalen Maßnahmen als Reaktion auf Mobbingfälle. Die von den Verwaltungen genannten Interventionsmaßnahmen, die bei Mobbingvorfällen durchgeführt wurden, klassifizierte Salin anhand von zwei Dimensionen:

- Fokus auf den Schutz des Mobbingopfers
- Fokus auf die Veränderung des Täterverhaltens

Es ergeben sich vier Kategorien von organisationalen Maßnahmen als Reaktion auf Mobbing.

1. **Vermeidung** (geringe Ausprägung beider Dimensionen):
Es werden keinerlei Maßnahmen eingeleitet. Die Organisation sitzt den Konflikt aus und hofft, dass er sich von selbst „erledigt“.
2. **Versetzungsmaßnahmen** (hohe Ausprägung auf der Dimension Opferschutz, geringe Ausprägung bei der Dimension Veränderung des Täterverhaltens):
In diese Kategorie fallen Aktivitäten der Organisation, die die Versetzung des Opfers und/oder des Täters in eine andere Abteilung zum Ziel haben.
3. **Bestrafungsmaßnahmen** (niedrige Ausprägung auf der Dimension Opferschutz, hohe Ausprägung bei der Dimension Veränderung des Täterverhaltens):
Hierunter fallen alle Aktivitäten des Unternehmens, bei denen der Täter für sein Verhalten bestraft wird, wie z.B. Beförderungsstopp, Nichtverlängerung eines befristeten Arbeitsvertrages oder Entlassung des Täters.
4. **Integrative Maßnahmen** (beide Dimensionen hoch ausgeprägt):
In diese Kategorie fallen alle Maßnahmen, die sowohl das Täterverhalten verändern wollen als auch dem Schutz des Opfers in hohem Maße Rechnung tragen. Beispiele sind Gespräche mit beiden Konfliktparteien oder Beratungs- und Hilfsangebote des Unternehmens. Die unter Abschnitt 3.2.1 dargestellten Interventionsempfehlungen, wie die Einführung von Mobbing-Beauftragten oder einer Schlichtungsstelle, fallen in diese Kategorie.

Abbildung 10 stellt die Klassifikation der organisationalen Maßnahmen grafisch dar.

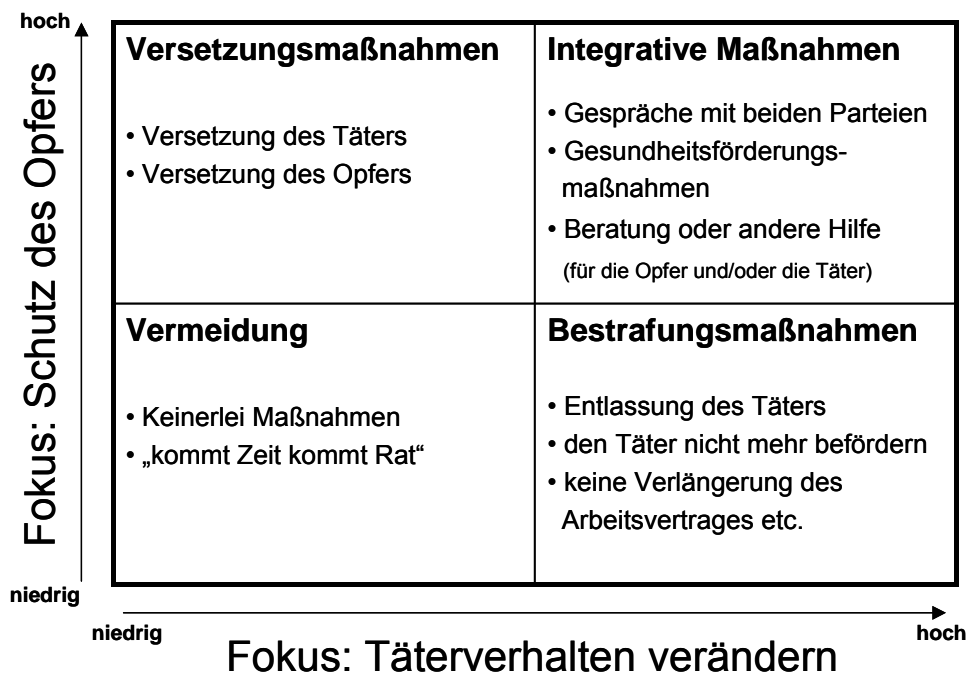


Abb.10: Klassifikation von organisationalen Maßnahmen bei Mobbing (Salin, 2007)

Salin erfragte zunächst die Einsatzhäufigkeit der verschiedenen organisationalen Maßnahmen, um eine Aussage darüber treffen zu können, welche Kategorie von Maßnahmen bisher bei auftretenden Mobbingfällen am häufigsten zum Einsatz kommt. Es zeigte sich, dass integrative Maßnahmen am häufigsten von den befragten Verwaltungen genannt wurden. Als Interventionsmaßnahme bei Mobbingfällen nennen 77,9% der Verwaltungen „Gespräche mit den involvierten Parteien“. Befragt nach der Wahrscheinlichkeit des erneuten Einsatzes dieser Maßnahmen in der Zukunft, erhalten die integrativen Maßnahmen im Vergleich zu den anderen Kategorien die höchsten Werte. Am zweithäufigsten werden Versetzungsmaßnahmen praktiziert. Hierbei fällt auf, dass der Täter nur ganz geringfügig häufiger als das Opfer versetzt wird. Die Wahrscheinlichkeit des erneuten Einsatzes von Versetzungen als Mittel der Intervention bei zukünftigen Mobbingfällen wird als eher gering angegeben. Maßnahmen, die in die Kategorie der Bestrafungsmaßnahmen für den Täter fallen, z.B. in Form von Beförderungsstopp oder Entlassung, werden mit Abstand am seltensten genannt. Nur wenige Verwaltungen setzen diese Maßnahmen ein, um Mobbing zu stoppen. Allerdings geben die Verwaltungen an, in der Zukunft diese Maßnahmen mit der annähernd gleichen Wahrscheinlichkeit einzusetzen wie Hilfestellungen und Trainings für Opfer und Täter. Immerhin 12,3% der befragten Verwaltungen geben an, keinerlei Maßnahmen ergriffen zu haben, wenn Mobbing auftrat.

Tabelle 12 listet die Häufigkeiten der eingesetzten Interventionsmaßnahmen im Einzelnen sowie die jeweilige Einsatzwahrscheinlichkeit in der Zukunft auf.

Tabelle 12: Durchführungshäufigkeit org. Interventionsmaßnahmen bei Mobbing

Durchgeführte Maßnahmen		Wahrscheinlichkeit der Durchführung in der Zukunft (Skala: 1 = unwahrscheinlich; 5 = sehr wahrscheinlich)
Gespräche mit den involvierten Parteien	77,9%	4,69
Gesundheitsförderungsmaßnahmen	72,1%	4,29
Training / Hilfestellung für das Opfer	41,7%	3,56
Training / Hilfestellung für den Täter	30,9%	3,39
Versetzung des Täters	23,5%	2,93
Versetzung des Opfers	21,6%	2,71
Nichtverlängerung des Arbeitsvertrages des Täters	4,4%	3,20
Beförderungsstopp für den Täter	2,0%	3,14
Entlassung des Täters	2,9%	2,50
Keinerlei Maßnahmen	12,3%	1,98
Opfer kündigt selbst	6,9%	
Täter kündigt selbst	5,9%	

(Salin, 2007)

In einem zweiten Schritt untersuchte Salin die Faktoren, die beeinflussen, welche Maßnahmen zum Einsatz kommen.

In einer regressionsanalytischen Auswertung zeigten sich verschiedene Faktoren als bedeutsam:

- Das Vorhandensein eines hoch entwickelten HR-Managements ist positiv mit integrativen und Versetzungsmaßnahmen verbunden.
- Größere Verwaltungen mit einer höheren Mitarbeiteranzahl weisen eine größere Wahrscheinlichkeit für den Einsatz von Bestrafungsmaßnahmen, Versetzungsmaßnahmen und die Vermeidung von Maßnahmen auf, nicht aber für den Einsatz von integrativen Maßnahmen.
- Weibliche Personalmanager führen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit integrative Maßnahmen durch als männliche. Ebenfalls führen sie weniger häufig gar keine Interventionsmaßnahmen durch.
- Die Verwaltungen, die auch über den Einsatz von präventiven Maßnahmen berichten, führen mit höherer Wahrscheinlichkeit integrative Interventionsmaßnahmen bei Mobbingvorfällen durch. Bestrafungsmaßnahmen oder Vermeidung von Maßnahmen treten in solchen Verwaltungen weniger häufig auf.
- In den Verwaltungen, in denen eine hohe Prävalenz von Mobbing wahrgenommen wird, ist die Wahrscheinlichkeit, dass gar keine Interventionsmaßnahmen ergriffen werden, höher als in Verwaltungen, in denen ein geringeres wahrgenommenes Mobbingvorkommen herrscht.

Salin selbst weist darauf hin, dass ihre Forschungsarbeit nur ein erster Schritt dahin gehend sein kann, die Faktoren zu erforschen, von denen es abhängt, warum welche Interventionsmaßnahmen gegen Mobbing wann und mit welcher Häufigkeit zum Einsatz kommen. In Anbetracht dessen, dass außer der Arbeit von Salin keine weiteren Arbeiten zum Thema vorliegen, wird der weitere Forschungsbedarf deutlich.

Ebenfalls liegen, wie schon bei den Präventionsmaßnahmen, keinerlei Forschungsarbeiten zur Effektivitätsbewertung von Interventionsmaßnahmen bei Mobbing vor.

3.3 Tertiärmaßnahmen: Rehabilitation, Therapie

Tertiärmaßnahmen bei Mobbing finden immer dann Einsatz, wenn es sich bereits um einen ausgeprägten Mobbingfall handelt, bei dem die mobbingtypischen Gesundheitsfolgen bereits eingetreten sind. In diesem Stadium geht es darum, den hocheskalierten und eingefahrenen Mobbingprozess zugunsten des Mobbingopfers zu stoppen und adäquate Rehabilitations- und/oder Therapiemaßnahmen einzuleiten. Ziel ist es, die Gesundheit des Opfers wieder herzustellen und einen Weg zurück ins (Arbeits-)Leben zu finden und zu unterstützen.

3.3.1 Tertiärmaßnahmen in der Literatur

Im Folgenden werden wieder Beispiele für Empfehlungen zur Tertiärprävention bei Mobbing aus der Literatur aufgeführt:

Leymann (1993, 1996) beschreibt, dass es in diesem Stadium des Mobbingprozesses darum geht, dem Mobbingopfer aktiv Hilfe zu leisten. Diese sollte eine Kombination aus psychologischer Rehabilitation und juristischen Vorgängen zusammensetzen. Ziel ist es, die psychologischen Gesundheitsfolgen des Mobblings zu behandeln, aber auch eine Lösung für die festgefahrene Berufssituation des Opfers zu finden. Leymann schreibt: „*Letting an*

unhappy person go through a mobbing process and thereafter just dumping him or her should be classified as a major management failure“ (Leymann, 1996, S.180).

Auch Resch (1997) verweist darauf, dass in einer späten Phase des Mobbingprozesses zwei Vorgehensweisen kombiniert eingesetzt werden sollten. Er schreibt: *„Kurzfristig können nur noch ein guter Rechtsanwalt und ein Therapeut helfen. Den Rechtsanwalt braucht der Betroffene, um alle seine rechtlichen Möglichkeiten auszuschöpfen und um unter Umständen eine hohe Abfindung zu erlangen. Den Therapeuten braucht er, um diese schwierige Zeit durchzustehen und um die Kränkungen und Verletzungen des Mobbingprozesses heilen zu können“ (Resch, 1997, S.27).*

Resch weist weiter darauf hin, dass, wenn die akute Phase des Mobblings überstanden ist und z.B. das Arbeitsverhältnis gelöst wurde, der Betroffene eine Neuorientierung in seinem Leben braucht. Er muss das erlebte Trauma verarbeiten und damit abschließen, um das Leben wieder als lebenswert wahrzunehmen. Resch hebt die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für Mobbingbetroffene hervor.

In dem Arbeitsdokument des Europäischen Parlaments („Mobbing am Arbeitsplatz“, Lohro & Hilp, 2001) wird ebenfalls die Unterstützung des Opfers als wichtige Maßnahme in dieser Phase hervorgehoben. Hierunter wird die „psychosoziale Rehabilitation“ des Opfers verstanden, die durch professionelle Rehabilitation, Psychotherapien, Selbsthilfegruppen und medizinische Therapien herbeigeführt wird. Weiter wird betont, dass der Arbeitgeber die Verpflichtung hat, die Arbeitsgruppe oder Abteilung, in der sich Mobbing zugetragen hat, regelmäßig zu überprüfen, besonders in dem Fall, wenn Opfer und Täter wieder zusammen arbeiten (müssen).

Ergänzend zu diesen eher allgemein gehaltenen Empfehlungen zur Tertiärintervention bei Mobbing sei an dieser Stelle auf Therapieformen, die bei Mobbingopfern zum Einsatz kommen, verwiesen.

Da Mobbingopfer verschiedenste psychische und physische Beschwerden als Folgen des Mobblings entwickeln, durchlaufen sie in der Regel die unterschiedlichsten Arten von Therapien. Die meisten Therapien sind dabei nicht speziell auf Mobbingopfer zugeschnitten, sondern es werden die entsprechenden Symptomaten behandelt, z.B. Depression, Angstzustände etc. In der Literatur findet sich hierzu sehr wenig Information bzw. Berichte über die genauen Maßnahmen sowie deren Effektivität.

Weniger verbreitet sind speziell auf Mobbingopfer abgestimmte Therapien. Einer dieser Behandlungsansätze, der sich speziell an Personen richtet, die Mobbing erlebt und entsprechende gesundheitliche Probleme entwickelt haben, wird von Schwickerath (2001; vgl. auch Schwickerath & Kneip, 2002) ausführlich beschrieben.

3.3.2 Empirische Ergebnisse zu Tertiärmaßnahmen

Empirische Ergebnisse, Tertiärmaßnahmen bei Mobbing betreffend, sind im Bereich der Therapieforschung zu suchen. Wie bereits beschrieben durchlaufen viele Mobbingopfer Therapien, die nicht speziell auf das erlebte Mobbinggeschehen eingehen, sondern sich auf die von den Mobbingopfern entwickelten Symptomaten wie Depressionen oder Angstzustände beziehen.

Es liegen zurzeit noch keine Studien vor, die genaue Daten darüber liefern, in welchem Umfang in der therapeutischen Praxis speziell auf eine Mobbingproblematik eingegangen wird. Franke (2004) berichtet allerdings von einer zunehmenden Berücksichtigung von Mobbing in der psychosomatischen Rehabilitation.

Aussagen über die Effektivität der Behandlung von Mobbingopfern in allgemeinen Therapien sind sehr schwer zu treffen. Es liegen keine empirischen Ergebnisse zur Effektivitätsbewertung dieser allgemeinen Therapien speziell in Bezug auf Mobbingopfer vor. Vielfach wird jedoch darauf hingewiesen, dass eine Nichtberücksichtigung einer vorliegenden Mobbingproblematik in der Therapie sogar zu Problemen führen kann.

Bereits Leymann (1996) wies darauf hin, dass Fehldiagnosen in der Behandlung von Mobbingopfern sowie der Fakt, dass den Mobbingopfern in Bezug auf die Erlebnisse an ihrem Arbeitsplatz kein Glauben geschenkt wird, zu einer Verschlimmerung des Zustandes der Mobbingopfer führen können. Becker (2004) beschreibt in Fallbeispielen eindrücklich, wie die Behandlungen, die das Mobbingopfer unter Nichtberücksichtigung der Mobbingproblematik durchlief, seine Lage immer weiter verschlimmert, und bestätigt gestellte Fehldiagnosen, wie sie auch von Leymann immer wieder beschrieben wurden (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Wahnvorstellungen).

Empirische Studien über die Effektivität von Therapiemaßnahmen, die speziell auf eine Mobbingproblematik ausgelegt sind, liegen noch nicht sehr zahlreich vor. Erste Ergebnisse zeigen aber Erfolge auf.

So berichten Schwickerath & Kneip (2002) in Bezug auf die von ihnen beschriebene Therapie (vgl. vorangegangener Abschnitt 3.3.1), dass sich eine deutliche Reduktion von klinischen Symptomen bei den Patienten nach der Behandlung zeigte. Zum einen konnte eine hoch signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik, ausgedrückt durch einen zwischen Aufnahme und Entlassung der Patienten deutlich gesenkten BDI-Wert, erreicht werden. Weiter zeigte sich in der Analyse der eingesetzten Symptom-Checkliste (SCL-90-R) eine signifikante Reduktion der Werte in den Normalbereich aller erfassten Skalen. Hervorzuheben ist dabei, dass neben der Reduktion der grundsätzlichen psychischen Belastung besonders die Bereiche Zwanghaftigkeit, Depressivität und paranoides Denken verbessert werden konnten. Dies sind Bereiche, die im Rahmen einer Mobbingproblematik besonders relevant sind.

Auch die Einschätzung aus Sicht der Patienten bezüglich der Mobbingtherapie fiel sehr positiv aus. 91% waren mit der Behandlungsmethode sehr zufrieden bzw. zufrieden. 89% der Patienten gaben darüber hinaus an, dass sich ihre Sichtweise der Problematik durch die Behandlung verändert habe, und 74% der Patienten stimmten der Aussage zu: „Ich fühle mich auf die Bewältigung der beruflichen Konfliktsituation besser vorbereitet.“

III. Theoretisch-methodischer Teil

Im Folgenden soll die theoretisch-methodische Grundlage dieser Arbeit dargestellt werden. Hierbei wird zunächst kurz grundsätzlich darauf eingegangen, was unter Evaluationsforschung zu verstehen ist, welche Schritte eine empirische Forschungsarbeit, die das Ziel der Evaluation einer Interventionsmaßnahme verfolgt, durchläuft und welche methodischen Standards dabei zu berücksichtigen sind.

Des Weiteren wird auf spezielle Probleme eingegangen, die bei Untersuchungen im Feld, insbesondere bei der Evaluation von komplexen Interventionsprogrammen in Form von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die Organisationsentwicklung beinhalten, auftreten.

4. Evaluationsforschung

Die Evaluationsforschung befasst sich als Teilbereich der empirischen Forschung mit der Bewertung von Maßnahmen oder Interventionen. Ziel einer Evaluation ist es, eine Aussage über den Erfolg von gezielt eingesetzten Maßnahmen oder im weiteren Sinne Aussagen bezüglich der Auswirkungen von Wandel in Natur, Kultur, Technik und Gesellschaft zu treffen (vgl. Stockmann, 2000; Hager et al., 2000; Koch & Wittmann, 1990, zitiert nach Bortz & Döring, 2003, S.102).

Die Evaluationsforschung ist von der Interventionsforschung abzugrenzen.

Die Interventionsforschung bezeichnet alle Aktivitäten, die auf die Entwicklung von Maßnahmen und Interventionen ausgerichtet sind. Im Gegensatz dazu beinhaltet die Evaluationsforschung lediglich die Bewertung der Maßnahmen und Interventionen. Es ist wichtig, dies zu trennen. In der Praxis verläuft die Grenze zwischen Interventions- und Evaluationsforschung oft sehr ungenau. Nicht selten liegen die Entwicklung und Durchführung einer Intervention sowie deren Evaluation in einer Hand. Dies birgt verschiedene Risiken. Durch einen mangelnden Spezialisierungsgrad kann z.B. entweder die Interventionsentwicklung oder die Qualität der Evaluation leiden. Außerdem ist die Objektivität der Ergebnisse einer Evaluation, die von derselben Person durchgeführt wird, die auch die Intervention entwickelt hat, in Frage zu stellen. Zumindest besteht die Gefahr einer – möglicherweise auch unbewussten – Verfälschung der Interpretation der Ergebnisse in die gewünschte Richtung. Obwohl vor diesem Hintergrund eine deutliche Trennung der beiden Aufgabengebiete angezeigt ist, sollte dennoch eine Abstimmung zwischen Interventionsentwicklung und Evaluationsentwicklung erfolgen. Idealerweise sollte die Maßnahme und deren Evaluation parallel entwickelt werden. Auf diese Weise lässt sich bereits im Vorfeld erkennen, welche konkreten Besonderheiten der Maßnahme untauglich bzw. nur schwer zu evaluieren sind (vgl. Bortz & Döring, 2003, S.107).

Die Evaluationsforschung sollte sich an den methodischen Standards der empirischen Grundlagenforschung orientieren, d.h. dass Evaluationen denselben wissenschaftlichen Kriterien genügen müssen, die auch sonst für empirische Forschungsarbeiten gelten.

Diese Forderung ist mit einem grundsätzlichen Dilemma der Evaluationsforschung verbunden: Das Aufeinanderprallen von wissenschaftlichen Ansprüchen einerseits und den praktischen Gegebenheiten, Ansprüchen, Rahmenbedingungen und Grenzen, die mit jedem spezifischen Evaluationsvorhaben einhergehen, andererseits. Cronbach (1982, zitiert nach Bortz & Döring, 2003, S.102) spricht in diesem Zusammenhang davon, „dass *Evaluation eher eine ‚Kunst des Möglichen‘ sei, die sich pragmatischen Kriterien unterzuordnen habe*“ (Cronbach, 1882, S.321–339; zitiert nach Bortz & Döring, 2003, S.102). So erschweren finanzielle, personelle und zeitliche Einschränkungen, aber auch Besonderheiten der Maßnahmen sowie ethische Grundsätze es oftmals, einen „optimalen“ Untersuchungsplan praktisch zu realisieren. Darüber hinaus ist ein wesentliches Ziel einer Evaluation, neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn auch immer eine praktische Anwendbarkeit der Ergebnisse zu realisieren und Auftraggebern bzw. Projektträgern verständliche und nützliche Entscheidungsgrundlagen zu liefern. Anspruch einer gelungenen Evaluation muss es deshalb auch sein, die Ergebnisse der Evaluation so aufzuarbeiten und zu kommunizieren, dass sie einerseits verständlich und aussagekräftig sind, gleichzeitig aber nicht an wissenschaftlicher Seriosität einbüßen. Bortz & Döring (2003) weisen darauf hin, dass dies vor allem darin besteht, Evaluationsergebnisse auch einem weniger fachkundigen Publikum nachvollziehbar darzulegen. Sie gehen dabei so weit Folgendes zu empfehlen: „*Hierzu gehört, dass aus wissenschaftlicher Perspektive gebotene Zweifel an der Eindeutigkeit der Ergebnisse nicht überbetont werden müssen; solange eine Evaluationsstudie keine offensichtlichen Mängel aufweist, sollte sie eine klare Entscheidung nahe legen (z.B. die Maßnahme war erfolgreich, sollte weitergeführt oder beendet werden), denn letztlich gibt es Situationen mit Handlungszwängen, in denen – mit oder ohne wissenschaftliches Votum – Entscheidungen getroffen werden müssen*“ (Bortz & Döring, 2003, S.103).

Bei der Durchführung einer Evaluationsstudie werden verschiedene Schritte durchlaufen. Um dabei zu gesicherten und aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen, die methodischen Standards genügen, gilt es in jeder Phase der Evaluation bestimmte kritische Kernthemen zu berücksichtigen. Nachfolgend sind diese Schritte genannt, sollen aber an dieser Stelle nicht ausführlich beschrieben werden:

1. Festlegung der Ziele und Planung der Evaluation:
 - Genaue Festlegung der Ziele der Intervention bzw. genaue Definition, wie die Wirkung der Intervention aussehen soll
 - Genaue Planung und Festlegung der Durchführung der Evaluation
2. Auswahl der geeigneten Untersuchungsart:
 - Auswahl des für die Ziele und das Untersuchungsobjekt optimalen Forschungsdesigns (vgl. Abschnitt 4.1)
3. Operationalisierung der Maßnahmewirkung:
 - Auswahl der Erfolgskriterien der Evaluation / der geeigneten abhängigen Variablen (möglichst genaue Passung zwischen dem, was durch die abhängigen Variablen erfasst wird, und dem, was durch die Intervention beeinflusst werden soll)
 - Festlegung, wie die abhängigen Variablen gemessen werden sollen (Operationalisierung der abhängigen Variablen)

4. Auswahl der Stichprobe:

- Auseinandersetzung damit, wie die zu untersuchende Stichprobe aussieht (Wie wurden die Zielobjekte für die Maßnahme gewonnen? Nehmen die Zielpersonen freiwillig an der Untersuchung teil? Sind Interventionsstichprobe und Evaluationsstichprobe identisch?)
- In dem Fall, dass Interventionsstichprobe und Evaluationsstichprobe nicht identisch sein können (z.B. wenn die Zielpopulation zu groß ist), muss eine repräsentative Stichprobe zur Evaluation aus der Interventionsstichprobe gezogen werden. Neben der Repräsentativität ist die optimale Stichprobengröße zu berücksichtigen.

5. Durchführung der Untersuchung:

a. *Datenerhebung und Aufbereitung der Daten*

- Auswahl geeigneter Messverfahren zur Datenerhebung (nach Gütekriterien, ökonomischer Durchführbarkeit, Untersuchungsgegenstand)
- Aufbereitung der erhobenen „Rohdaten“ in Form einer numerischen Quantifizierung, um sie einer statistischen Datenanalyse unterziehen zu können

b. *Statistische Auswertung*

- Auswahl und korrekte Anwendung eines statistischen Auswertungsverfahrens zur Prüfung der im Rahmen der Evaluation aufgestellten Hypothesen

c. *Interpretation der Ergebnisse*

- Eindeutige Festlegung, welche Ergebnisse der statistischen Analyse eindeutig für und welche gegen die aufgestellten Hypothesen sprechen
- Interpretation der Ergebnisse anhand dieser Festlegung

Genauere und ausführlichere Beschreibungen des Vorgehens bei Evaluationen sowie die Darstellung der zu berücksichtigenden methodischen Standards in jedem Schritt finden sich z.B. bei Stockmann (2007, 2004), Rossi et al. (2004), Bortz & Döring (2003), Wittmann (1985), Cook (1979). In einer Arbeit von Lipsey (1996) werden die Kernprobleme von Evaluationen, denen eine gute Evaluationsstudie Rechnung tragen sollte, zusammengefasst.

4.1 Das Forschungsdesign

Generell werden zwei Arten der Evaluation unterschieden: *summative und formative Evaluation* (vgl. z.B. Bortz & Döring, 2003; Ovretveit, 2002). Diese Unterscheidung kann darauf heruntergebrochen werden, in welcher Phase der Intervention eine Evaluation ansetzt.

Die Hypothesenprüfung in einer Evaluation wird in der Regel vorgenommen, nachdem die Intervention abgeschlossen ist. Hierbei handelt es sich um eine *summative Evaluation*. Durch sie wird zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention beurteilt. Der Fokus liegt in der *summativen Evaluation* auf der Datendokumentation und -analyse, vorzugsweise im Sinne der quantitativen Forschungsmethodik. Die verschiedenen Forschungsdesigns der *summativen Evaluation* sowie Kriterien der Auswahl werden in Abschnitt 4.1.1 näher beschrieben.

Im Gegensatz zur summativen Evaluation wird eine begleitende Evaluation formative Evaluation genannt. Formative Evaluationen werden vor allem bei der Entwicklung und Implementierung von neuen Maßnahmen eingesetzt und sind im Unterschied zur summativen Evaluation meist erkundend ausgerichtet. In der Begleitung einer Maßnahme werden dabei regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt, um so die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern. Die Forschungsmethoden, die in der formativen Evaluation zur Anwendung kommen, sind vor allem qualitativ. Eine formative Evaluation liegt vor, wenn bereits in der Planungs- und Vorbereitungsphase der Intervention Effekte und Nutzen abgeschätzt werden sollen. Die Rolle des Evaluators ist hierbei vor allem interaktiv, d.h. er wird versuchen, in Zusammenarbeit mit Entscheidungs- und Programmträgern, Planungsexperten und Betroffenen bereits im Vorfeld zu prüfen, welchen Nutzen die Intervention erzielen kann. Über diesen Ansatz in der frühen Phase einer Intervention hinaus, wird auch die begleitende kontinuierliche Überwachung laufender Interventionen zu formativen Evaluationen gezählt. Dieser Fall wird auch oft als Prozessevaluation beschrieben. Auf die Bedeutung und den Inhalt von Prozessevaluationen wird in Abschnitt 4.1.2 ausführlich eingegangen.

4.1.1 Summative Evaluationsdesigns

Die Formulierung der zu prüfenden Hypothesen steht bei der Wahl des für die Evaluation geeigneten Untersuchungsdesigns am Anfang. Dies gilt auch für die summative Evaluation. Generell sind verschiedene Hypothesenarten zu unterscheiden: Zusammenhangshypothesen, Unterschiedshypothesen, Veränderungshypothesen und Einzelfallhypothesen. Weiter lassen sich die Hypothesen in unspezifische und spezifische unterteilen. Während eine unspezifische Hypothese nur behauptet, dass ein irgendwie gearteter Effekt vorliegt, und allenfalls noch die Richtung des Effektes angibt, konkretisiert eine spezifische Hypothese auch die Effektgröße (vgl. Bortz & Döring, 2003). Die Auswahl des optimalen Forschungsdesigns richtet sich nach der Art der vorliegenden Hypothese und danach, ob eine Effektgröße im Vorhinein bestimmt werden kann. So lässt sich der optimale Stichprobenumfang für eine hypothesenprüfende Untersuchung nur kalkulieren, wenn eine spezifische Hypothese mit einer Effektgröße formuliert wurde.

Als weiteres Kriterium für die Auswahl des Forschungsdesigns sollte die Gültigkeit (Validität) der erwarteten Untersuchungsergebnisse herangezogen werden. Hierbei sind vor allem die interne und externe Validität zu berücksichtigen. *„Interne Validität liegt vor, wenn Veränderungen in der abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt. Externe Validität liegt vor, wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann“* (Bortz & Döring, 2003, S.57). Obwohl beide Kriterien teilweise einander zuwiderlaufen, sollten die Bemühungen um ein optimales Forschungsdesign interne und externe Validität gleichermaßen berücksichtigen.

Vor allem im Hinblick auf die interne Validität einer Untersuchung lassen sich zwei Arten von Untersuchungsdesigns unterscheiden: *experimentelle und quasiexperimentelle Untersuchungen.*

Ein experimentelles Forschungsdesign unterscheidet sich von einem quasiexperimentellen Forschungsdesign durch die Zusammenstellung der zu untersuchenden Gruppen. In experimentellen Untersuchungen werden die Untersuchungsobjekte per Zufall in Gruppen eingeteilt (z.B. in Experimental- und Kontrollgruppe), während quasiexperimentelle Untersuchungen mit natürlichen Gruppen arbeiten (z.B. die eine Schulklasse wird nach einer neuen Lehrmethode unterrichtet, die andere nicht).

Durch die zufällige Aufteilung (Randomisierung) in experimentellen Forschungsdesigns werden die Unterschiede zwischen den Gruppen, die in quasiexperimentellen Anordnungen mit natürlichen Gruppen hinsichtlich der unabhängigen Variablen sowie vieler anderer zusätzlicher Variablen bestehen, minimiert. Eine Äquivalenz der beiden Gruppen wird in der Randomisierung auf statistische Weise erzielt, indem angenommen wird, dass bei einer zufälligen Gruppeneinteilung alle für die Untersuchung potenziell relevanten Variablen in den Gruppen annähernd gleich ausgeprägt sind. Durch die Randomisierungstechnik sollen also personenbezogene Störvariablen neutralisiert werden. Dies hat zur Folge, dass mögliche Gruppenunterschiede in Bezug auf die abhängige Variable mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die unabhängige Variable zurückgeführt werden können. Eine experimentelle Untersuchung verfügt somit über eine hohe interne Validität.

Nicht immer ist es jedoch möglich, in einer Evaluationsstudie die an der Intervention teilnehmenden Personen zufällig in Gruppen aufzuteilen. In bestimmten Fällen liegen unabhängige Variablen vor, die durch den Evaluator nicht künstlich variiert werden können, da sie bereits natürlich variiert angetroffen werden (z.B. Geschlecht, Nationalität etc.). Aber auch in Fällen, in denen prinzipiell eine künstliche Variation der unabhängigen Variablen vorgenommen werden könnten, ist dies durch bestimmte Rahmenbedingungen der Untersuchung nicht immer möglich oder organisatorisch durchzusetzen. Dies bezieht sich vor allem auf Fälle, in denen die unabhängige Variable, die künstlich variiert werden könnte, gleichzeitig auch natürlich variiert angetroffen wird, d.h. wenn sich im Forschungsfeld schon natürliche Gruppen zur Untersuchung anbieten (z.B. Abteilungen, Schulklassen etc.). Durch das Fehlen der randomisierten Gruppeneinteilung in quasiexperimentellen Untersuchungsdesigns sind Gruppenunterschiede in Bezug auf die abhängige Variable nicht eindeutig auf die unabhängige Variable zurückzuführen. Es muss berücksichtigt werden, dass eine solche Untersuchung im Vergleich zu einer experimentellen Untersuchung unter Umständen über eine geringere interne Validität verfügen kann.

Die externe Validität eines Forschungsdesigns ist von der Unterscheidung in experimentelle und quasiexperimentelle Untersuchungen praktisch kaum betroffen. Allerdings setzt externe Validität ein Mindestmaß an interner Validität voraus.

In Bezug auf die externe Validität ist eine weitere Unterscheidung von Untersuchungsarten bedeutsam: *Felduntersuchungen vs. Laboruntersuchungen*.

Felduntersuchungen finden „im Feld“ statt, d.h. in einer vom Untersucher möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung (z.B. in einem Unternehmen, in einer Schule, in einem Krankenhaus). Dies hat den großen Vorteil, dass die Ergebnisse in ihrer Bedeutung unmittelbar für den Kontext, aus dem sie stammen, einleuchten. Die Untersuchung verfügt also über eine sehr hohe externe Validität. Dies geht allerdings zu Lasten der internen Validität, denn die Natürlichkeit des Untersuchungsfeldes und die damit einhergehende nur bedingt mögliche Kontrolle von Störvariablen lassen oftmals mehrere gleichwertige Erklärungsansätze der Untersuchungsergebnisse zu.

Laboruntersuchungen hingegen werden im Unterschied zu Felduntersuchungen in Umgebungen durchgeführt, in denen möglichst jede Veränderung des Umfelds kontrolliert werden kann (z.B. „laborähnliche“, spartanisch ausgestattete, schallisolierte Räume). Dies soll die weitestgehende Eliminierung oder Kontrolle von Störgrößen, die potenziell auch die abhängige Variable beeinflussen können, ermöglichen. Analog zur Randomisierung in experimentellen Untersuchungen, durch die personenbezogene Störvariablen ausgeschaltet oder zumindest kontrolliert wurden, besteht der Vorteil von Laboruntersuchungen in der Ausschaltung bzw. Kontrolle untersuchungsbedingter Störvariablen. Laboruntersuchungen verfügen deshalb über eine hohe interne Validität, die allerdings zulasten der externen Validität geht. Die Unnatürlichkeit der Laborsituation macht es fraglich, ob und inwieweit die Untersuchungsergebnisse auf andere, „natürlichere“ Situationen generalisierbar sind.

Eine Entscheidung zwischen den Untersuchungsvarianten experimentell vs. quasi-experimentell und Felduntersuchung vs. Laboruntersuchung muss anhand der Ansprüche an die interne und externe Validität der Untersuchung bzw. der Evaluation erfolgen. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten und die jeweilige Bewertung der internen und externen Validität.

Tabelle 13: Kombinationen verschiedener Untersuchungsvarianten

	Experimentell	Quasiexperimentell
Feld	Interne Validität +	Interne Validität –
	Externe Validität +	Externe Validität +
Labor	Interne Validität +	Interne Validität –
	Externe Validität –	Externe Validität –

(Quelle: Bortz & Döring, 2003, S.61)

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Bewertung einer Untersuchung hinsichtlich der internen und externen Validität nicht ausschließlich von den in Tabelle 13 aufgeführten beiden Unterscheidungen abhängt. Vielmehr spielen hier zusätzliche untersuchungsspezifische Merkmale, die ebenfalls zur Eindeutigkeit der Ergebnisinterpretation bzw. zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse beitragen können, eine Rolle.

Die Auswahl und konkrete Ausarbeitung des Forschungsdesigns für eine durchzuführende Evaluation richtet sich wie bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben auch nach dem Ziel der Evaluation sowie den Möglichkeiten und Grenzen der praktischen Umsetzbarkeit des entsprechenden Designs.

Im Hinblick darauf, dass in der vorliegenden Forschungsarbeit ein quasiexperimentelles Vorgehen im Feld erforderlich ist, wird im folgenden Abschnitt noch einmal gesondert auf die Besonderheiten und die Gefährdungsquellen der Validität von Untersuchungen mit diesen beiden Charakteristika (Felduntersuchung; quasiexperimentell) eingegangen sowie auf die Kontrollmöglichkeiten und Maßnahmen zur Validitätssteigerung.

4.1.1.1 Besonderheiten quasiexperimenteller Felduntersuchungen

In diesem Abschnitt soll speziell auf quasiexperimentelle Felduntersuchungen eingegangen werden. Es werden die verschiedenen Möglichkeiten zur Erhöhung der internen Validität von quasiexperimentellen Felduntersuchungen dargestellt. Zunächst wird dabei auf generelle Designempfehlungen eingegangen und anschließend auf den speziellen Fall der Prüfung von Veränderungshypothesen.

Generelle Maßnahmen zur Erhöhung der internen Validität bei quasiexperimentellen Untersuchungen:

Bei quasiexperimentellen Untersuchungen werden oder können die Untersuchungsteilnehmer den Untersuchungsbedingungen (oder Stufen der Untersuchungsbedingungen) nicht zufällig zugewiesen werden. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass sich die zu untersuchenden Gruppen nicht nur hinsichtlich der unabhängigen Variablen, sondern zusätzlich hinsichtlich weiterer Merkmale systematisch unterscheiden. Dies schwächt die interne Validität der Untersuchungsergebnisse.

Der Vorteil von experimentellen Untersuchungen besteht darin, dass durch die Randomisierung personenbezogene Störvariablen kontrolliert werden können. Um die interne Validität in quasiexperimentellen Untersuchungsdesigns zu erhöhen, muss also ein Weg gefunden werden, auch ohne mögliche Randomisierung personenbezogene Störvariablen weitestgehend zu kontrollieren. Hierzu stehen verschiedene Techniken zur Verfügung (vgl. Bortz & Döring, 2003), die, zumindest wenn die Rahmenbedingungen der Evaluation es zulassen (was nicht immer der Fall ist), eingesetzt werden sollten:

- *Konstanthalten:*
Werden personenbezogene Störvariablen konstant gehalten (z.B. es werden nur Lehrer im ersten Berufsjahr untersucht), beeinflussen sie die Unterschiedlichkeit von Vergleichsgruppen nicht. Durch diese Maßnahme wird allerdings die externe Validität verringert.
- *Parallelisierung:*
Durch eine Parallelisierung der Vergleichsgruppen in Bezug auf potenzielle personenbezogene Störvariablen wird deren Einfluss irrelevant. Parallelisierung bedeutet, dass die Vergleichsgruppen annähernd gleiche Mittelwerte und Streuungen hinsichtlich der Störvariablen aufweisen. Die Parallelisierung geht ebenfalls häufig zulasten der externen Validität.
- *Matched Samples:*
Vor allem bei kleineren Stichproben wird oft statt der Methode der Parallelisierung auf das Verfahren der „matched samples“ zurückgegriffen. Hierbei werden die Untersuchungsteilnehmer der verschiedenen Gruppen einander paarweise in Bezug auf die zu kontrollierenden Störvariablen zugeordnet.

Generelle Maßnahmen zur Erhöhung der internen Validität bei Felduntersuchungen:

Felduntersuchungen haben das Problem, dass untersuchungsbedingte Störvariablen nur sehr schwer kontrolliert werden können, da sie in einem natürlichen Setting ablaufen.

Generell gibt es verschiedene Kontrolltechniken, die sicherstellen, dass sich die äußeren Rahmenbedingungen der Untersuchungsdurchführung für alle Untersuchungsteilnehmer nicht unterscheiden:

- *Ausschalten:*
Wenn möglich, sollte versucht werden, dass die Untersuchung aller Vergleichsgruppen störungsfrei und unter den (annähernd) gleichen Bedingungen abläuft. Dies kann in einer strikten Laboruntersuchung (weitestgehend) erreicht werden, lässt sich allerdings im Feld nicht realisieren.
- *Konstanthalten:*
Ist der Einfluss von untersuchungsbedingten Störvariablen nicht zu beseitigen, so sollte zumindest versucht werden, die Störvariablen für alle Vergleichsgruppen konstant zu halten. Auch dies ist eine Forderung, die in Felduntersuchungen sehr oft nicht zu realisieren ist.
- *Registrieren:*
Können Störeinflüsse in der Untersuchungsdurchführung weder ausgeschaltet noch konstant gehalten werden, so sollten die Art und die Intensität von Störungen möglichst genau registriert und dokumentiert werden. Auf diese Weise wird zumindest die Möglichkeit offen gehalten, nachträglich die Ergebnisse bezüglich des Einflusses dieser Störvariablen statistisch zu korrigieren oder die aufgetretenen Störvariablen in die Interpretation der Ergebnisse einfließen zu lassen.

Die (möglichst systematische und genaue) Registrierung von Störvariablen ist in Felduntersuchungen in der Regel die einzige Möglichkeit, die zur Verfügung steht, um die interne Validität erhöhen zu können.

Prüfung von Veränderungshypothesen in quasiexperimentellen Untersuchungen:

Bei der Überprüfung einer Veränderungshypothese in einem quasiexperimentellen Evaluationsdesign müssen bestimmte Besonderheiten berücksichtigt werden.

Typische Beispiele für die Überprüfung von Veränderungshypothesen in quasiexperimentellen Untersuchungen sind Vergleiche zwischen „natürlich gewachsenen“ Gruppen oder allgemein Vergleiche zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, deren Äquivalenz auch durch Randomisierung nicht hergestellt werden konnte.

Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Pläne:

Das einfachste Untersuchungsdesign für Veränderungshypothesen stellt der Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan dar. Bei diesem Design wird eine repräsentative Stichprobe der interessierenden Zielpopulation einmal vor und einmal nach dem Treatment untersucht. Tabelle 14 bildet das Design ab.

Tabelle 14: Design eines Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plans

	1. Messzeitpunkt		2. Messzeitpunkt
Experimentalgruppe	x	Intervention	x

In einem Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan stellt die durchschnittliche Differenz der abhängigen Variablen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt den Indikator für die Wirkung der Intervention dar. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass Störeinflüsse (s. Abschnitt 4.6.1 Gefährdungsquellen der internen Validität) die Veränderung

bzw. Nicht-Veränderung bewirkt haben. Die interne Validität der Untersuchung ist also als gering einzustufen.

Nicht immer kann allerdings auf ein solches Evaluationsdesign verzichtet werden. Es gibt Fragestellungen, bei denen alle Personen der Zielpopulation von der Intervention betroffen sind und somit der Einsatz einer Kontrollgruppe (oder Vergleichsgruppe) unmöglich wird. Das Problem ist also, dass Pretest-Posttest-Unterschiede im Prinzip auf alle möglichen zeitabhängigen Ursachen zurückgeführt werden können. Ein eindeutiger Nachweis für die Wirkung der Intervention ist in diesem Design erheblich erschwert.

Die interne Validität dieses Forschungsdesigns lässt sich dadurch erhöhen, dass vorsorglich zeitabhängige Variablen erhoben werden, denen ein möglicher Einfluss zugeschrieben wird. Der Einfluss dieser Variablen kann dann nachträglich kontrolliert werden. Weiter kann die interne Validität des Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plans gesteigert werden, indem mehrere Pretest- und Posttest-Messungen durchgeführt werden. Wenn sich hierbei zeigt, dass sich das Niveau der Posttest-Messungen deutlich vom Niveau der Pretest-Messungen unterscheidet, ist dies ein guter Beleg für die Wirkung der Intervention.

Eine weitere Modifikation des Pretest-Posttest-Plans wird von Johnson (1986, zitiert nach Bortz & Döring) vorgeschlagen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Pläne:

Eine Verbesserung der internen Validität lässt sich in quasiexperimentellen Untersuchungen zur Überprüfung einer Veränderungshypothese dadurch erzielen, dass über die Experimentalgruppe hinaus eine Kontrollgruppe untersucht wird.

In diesen Untersuchungen wird überprüft, ob sich eine abhängige Variable bei den jeweils verglichenen Gruppen durch eine Intervention unterschiedlich ändert.

In experimentellen Untersuchungen, in denen durch Randomisierung eine Äquivalenz der zu vergleichenden Gruppen angenommen werden kann, können zur Überprüfung einer solchen Veränderungshypothese auf Pretest-Messungen verzichtet und hypothesenkonforme Posttest-Unterschiede (nach der Intervention) als Bestätigung der Veränderungshypothese interpretiert werden. Dies ist in quasiexperimentellen Untersuchungen nicht zulässig. Da auf eine Randomisierung verzichtet werden musste, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Ausgangswerte der zu vergleichenden Gruppen gleich sind. Mögliche Posttest-Unterschiede können also schon vor Einführung der Intervention bestanden haben. Pretests sind in quasiexperimentellen Untersuchungen also unabdingbar. Pretests in quasiexperimentellen Untersuchungen haben die Funktion, Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Untersuchung festzustellen. Die gruppenspezifischen Startbedingungen sind die Referenzdaten, auf die sich durch die Intervention bedingte Veränderungen beziehen.

Tabelle 15 bildet das Design ab.

Tabelle 15: Design eines Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plans

	1. Messzeitpunkt		2. Messzeitpunkt
Experimentalgruppe	x	Intervention	x
Kontrollgruppe	x	-	x

Solange sich die durchschnittlichen Pretestwerte (sowie deren Streuung) der Experimental- und Kontrollgruppe nicht allzu stark unterscheiden, ist die interne Validität dieses Forschungsdesigns als akzeptabel zu bewerten. Bei großen Diskrepanzen besteht die Gefahr von Regressionseffekten, die sich darin äußern würden, dass sich eine hohe Pretestdifferenz im Posttest verkleinert und somit zu einer Fehlinterpretation der Ergebnisse führen kann.

Das Problem, dass externe zeitliche Einflüsse für eine gefundene Veränderung im Posttest verantwortlich sein könnten, wird in diesem Forschungsdesign durch die Berücksichtigung der Kontrollgruppe kontrolliert. Sind derartige Störvariablen wirksam, so würden sie beide Gruppen in gleicher Weise beeinflussen. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass jedoch eine der Gruppen „anfälliger“ für die Störeinflüsse ist als die andere Gruppe. Dies zeigt sich in einer Interaktion zwischen Störeinflüssen und Gruppierungsfaktoren. Bortz & Döring (2003) empfehlen deshalb, auf die Vergleichbarkeit von Experimental- und Kontrollgruppe auch außerhalb des eigentlichen Forschungsfeldes zu achten.

In Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plänen kann es zum Problem der experimentellen Mortalität kommen. Die Gefahr dafür steigt, je größer der zeitliche Abstand zwischen Pre- und Posttest ist, denn dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Untersuchungsteilnehmer, die noch am Pretest teilgenommen haben, für den Posttest nicht mehr zur Verfügung stehen. Die interne Validität der Untersuchung ist erheblich gefährdet, wenn es zu systematischen Selektionsfehlern kommt, weil die Ausfälle in der Experimental- und Kontrollgruppe nicht zufällig sind. Eine systematische Analyse der Dropouts kann diesem Problem entgegenwirken.

Zusammenfassend lassen sich folgende generelle Designempfehlungen zur Erhöhung der internen Validität speziell zur Prüfung von Veränderungshypothesen in quasiexperimentellen Untersuchungen auflisten (Bortz & Döring, 2003, S.562f.; vgl. hierzu auch Cook & Shadish, 1994):

- *Einsatz mehrerer abhängiger Variablen oder Wirkkriterien:*
Zu den eingesetzten abhängigen Variablen sollten auch nicht redundante Variablen zählen. Neben der theoretisch mit der Intervention verbundenen abhängigen Variablen sind also auch solche Variablen vorzusehen, die mögliche alternative Erklärungen der Maßnahmewirkung ausgrenzen helfen.
- *Wiederholte Treatmentphasen:*
Falls es die Untersuchungsumstände zulassen, empfiehlt es sich, das Treatment bei derselben Stichprobe nach einem angemessenen Zeitabstand erneut oder sogar mehrfach einzusetzen. Zeigen sich identische Treatmentwirkungen wiederholt, so ist dies ein guter Beleg dafür, dass die Untersuchung intern valide ist.

- *Wiederholte Pretest-Messungen:*
Werden Experimental- und Kontrollgruppe zwei oder mehreren Pretest-Messungen unterzogen, erfährt man, ob bzw. wie sich die verglichenen Stichproben auch ohne Treatmentwirkung verändern. Differentielle Veränderungen in der Pretestphase haben dann die Funktion einer „Baseline“, die die Interpretation gruppenspezifischer Veränderungen während oder nach der Treatmentphase, die ursprünglich auf Treatmentwirkungen in der Experimentalgruppe zurückgeführt werden sollen, präzisieren hilft.
- *Mehr als zwei Vergleichsgruppen:*
Mehrere Experimentalgruppen neben der Kontrollgruppe sind von großem Vorteil, wenn sich theoretisch begründen lässt, dass bestimmte Gruppen stärker und andere weniger stark auf das Treatment reagieren. Werden derartige Erwartungen empirisch bestätigt, ist dies ein guter Beleg für die interne Validität der Studie.
- *Abgestufte Treatmentintensität:*
Bei manchen Untersuchungen ist es möglich, dass verschiedene – eventuell auch ex post gebildete – Teilgruppen das Treatment mit unterschiedlicher Intensität oder „Dosis“ erhalten. Hier wäre – ähnlich wie bei Teilgruppen, die auf ein konstantes Treatment unterschiedlich sensibel reagieren – ebenfalls mit abgestuften Treatmentwirkungen zu rechnen.
- *Parallelisierung:*
Soweit möglich, sollten die zu vergleichenden Gruppen parallelisiert sein. Das Matching sollte auf stabilen Merkmalen beruhen, die zudem – zumindest theoretisch – mit der abhängigen Variablen zusammenhängen. Man achte hierbei jedoch auf mögliche Regressionseffekte.
- *Analyse der Gruppenselektion:*
Es ist von großem Vorteil, wenn der Selektionsprozess, der zur Bildung von Experimental- und Kontrollgruppe führte, genau reanalysiert werden kann. Wenn schon in quasiexperimentellen Untersuchungen mit nicht-äquivalenten Vergleichsgruppen gearbeitet werden muss, sollte zumindest – so gut wie möglich – in Erfahrung gebracht werden, bezüglich welcher Merkmale Gruppenunterschiede bestehen, um diese ggf. im Nachhinein statistisch zu kontrollieren.
- *Konfundierte Merkmale:*
Zu betonen ist die Notwendigkeit, nach allen Merkmalen zu suchen, die neben dem Treatment ebenfalls auf die abhängige Variable Einfluss nehmen können. Diese Merkmale sind unschädlich, wenn sie – wie in randomisierten Experimenten – in Experimental- und Kontrollgruppe vergleichbar ausgeprägt sind. Sie können eine quasiexperimentelle Untersuchung jedoch völlig invalidieren, wenn ihr Beitrag zur Nicht-Äquivalenz erheblich bzw. ihre Beeinträchtigung der abhängigen Variablen nicht kontrollierbar ist.

4.1.2 Bedeutung und Inhalt von Prozessevaluation

Wie bereits in Abschnitt 4.2 beschrieben, wird die begleitende kontinuierliche Überwachung während des Verlaufs bzw. während des Prozesses einer Intervention als Prozessevaluation bezeichnet. Ziel einer Prozessevaluation ist es, durch die Überwachung der Umsetzung der Intervention auf mögliche Fehlerquellen frühzeitig aufmerksam zu werden und Anhaltspunkte für Korrekturen auszuweisen zu können.

Diesem speziellen Evaluationstyp kommt vor allem in quasiexperimentellen Felduntersuchungen eine besondere Bedeutung zu.

Wurde mit einer Maßnahme oder einer Intervention nicht das gewünschte Ziel erreicht, so kann das sehr unterschiedliche Gründe haben. In quasiexperimentellen Untersuchungen im Feld liegen zahlreiche Probleme in Form von Störeinflüssen vor, die es erschweren, nur aufgrund des Forschungsdesigns eindeutige Schlüsse darüber zu ziehen, ob gemessene Veränderungen auch tatsächlich auf die durchgeführte Intervention zurückzuführen sind. Dieses Problem kann durch eine systematische Prozessevaluation ausgeglichen werden.

Nur wenn Daten zum Prozess der Intervention vorliegen, kann im Nachhinein eine Aussage darüber getroffen werden, worauf genau sich ein Erfolg oder auch Nichterfolg der Intervention begründet.

Im Allgemeinen können die Gründe für das Nichterreichen von Interventionszielen sehr vielfältig sein und liegen ohne genauere Untersuchung nicht auf der Hand. Z.B. kann es sein, dass die angestrebte Zielgruppe nicht erreicht wurde, die Umsetzung der Intervention nicht den geplanten Vorgaben entsprach oder die theoretischen Vorstellungen, von denen ausgegangen wurde, sich in der Praxis als nicht zutreffend zeigten.

Bei der Prozessevaluation wird ein besonderes Augenmerk auf zwei Bereiche gelegt:

- *Zielgruppenanalyse:*
Hierbei wird die Frage untersucht, in welchem Ausmaß die Zielgruppe in der Intervention erreicht wurde. Der Fachbegriff, der für diesen Sachverhalt Verwendung findet, ist „program coverage“.
- *Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung:*
Hierbei wird der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß die geleisteten Dienste mit den Programmvorgaben übereinstimmen. Der Fachbegriff hierfür lautet „program delivery“.

In Bezug auf die Zielgruppenerreichung können drei Hauptprobleme in einer Untersuchung auftreten, die es zu prüfen gilt:

1. *„Undercoverage“:*
Es nehmen zu wenige Personen der Zielgruppe an der Intervention teil. Mögliche Gründe hierfür können mangelnde Information oder zu geringe Motivation der Betroffenen etc. sein.
2. *„Overcoverage“:*
Zu viele Personen nehmen an der Intervention teil, beispielsweise infolge von Missbrauch oder einer zu weit gefassten Zugangsberechtigung.
3. *„Bias“:*
Bestimmte Gruppen sind über-, andere unterrepräsentiert. Mögliche Gründe sind Selektionsmechanismen in Form von Selbst- und Fremdselektion.

In Bezug auf die Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung sind folgende Hauptfehlerquellen zu nennen, die in einer Prozessevaluation auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten:

1. *unzureichendes Treatment:*
Dies bezeichnet den Fall, wenn die Intervention oder Maßnahme nicht oder nur unvollkommen erfolgte.
2. *falsches Treatment:*
Dies bezeichnet den Fall, wenn die Intervention oder Maßnahme falsch oder in atypischer Weise umgesetzt wurde.
3. *unstandardisiertes Treatment:*
Dies bezeichnet den Fall, wenn die Intervention oder Maßnahme nicht einheitlich oder verbindlich definiert wurden und deren Umsetzung je nach Interventor oder ausführender Institution freigestellt war.

In Abbildung 11 ist das Schema der Prozessevaluation grafisch dargestellt.

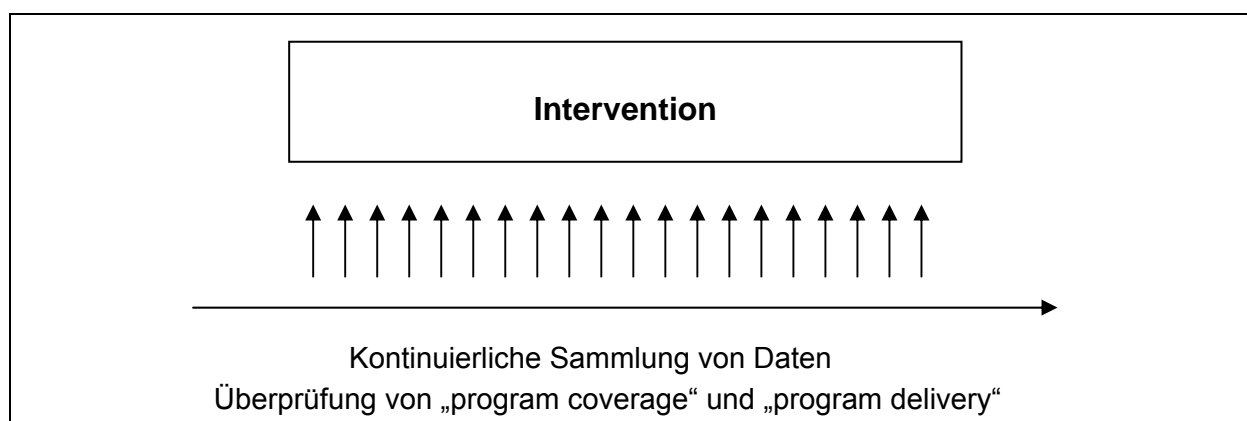


Abb.11: Schema der Prozessevaluation

4.2 Gütekriterien

Im Folgenden sind die drei Gütekriterien, die es in empirischen Untersuchungen zu berücksichtigen gilt, dargestellt.

4.2.1 Objektivität

Die Objektivität einer Untersuchung gibt an, in welchem Ausmaß die Untersuchungsergebnisse von der Person, die die Untersuchung durchführt, abhängen. Sie wird deshalb auch Anwenderunabhängigkeit genannt.

Die Objektivität einer Untersuchung lässt sich in drei Bereiche einteilen:

1. *Durchführungsobjektivität:*
Das Ergebnis einer Untersuchung sollte von der Person, die die Untersuchung durchführt, unbeeinflusst sein. Speziell bei der Durchführung von Tests ist die Forderung nach Durchführungsobjektivität von großer Bedeutung. Die Durchführungsobjektivität wäre z.B. dann verletzt, wenn dieselbe Person die Aufgabenstellung bei dem einen Untersuchungsleiter nicht versteht, während sie bei einem anderen Untersuchungsleiter problemlos arbeiten kann. Gewährleistet werden kann eine hohe Durchführungsobjektivität durch standardisierte Instruktionen, die dem Testanwender während der Durchführung des Tests keinen individuellen Spielraum lassen. Dabei sind die Testinstruktionen, die vom Testdurchführer an die

Teilnehmer weitergegeben werden, sowie die Beantwortung von Rückfragen in der Regel wörtlich vorgegeben.

In Evaluationen kommen ebenfalls Messinstrumente zum Einsatz. Für diese sollte die Durchführungsobjektivität gewährleistet sein.

Auf die Durchführung einer Evaluation insgesamt kann die Durchführungsobjektivität übertragen werden. Diese ist gewährleistet, wenn der Evaluator sein Vorgehen vorher genau plant und festhält und sich dann auch an das geplante Vorgehen hält, so dass eine andere Person die Evaluation auf annähernd gleiche Weise durchführen könnte. Je strukturierter und geplanter eine Evaluator bei der Durchführung der Evaluation vorgeht, desto höher ist die Durchführungsobjektivität.

2. *Auswertungsobjektivität:*

In Bezug auf Tests bedeutet die Auswertungsobjektivität, dass die Vergabe von Testpunkten für bestimmte Testantworten von der Person des Testauswerters unbeeinflusst bleibt. Verschiedene Auswerter sollten unabhängig voneinander zu exakt demselben Ergebnis kommen. Die Auswertungsobjektivität hängt dabei von der Art der Itemformulierung ab. Sie wird erhöht, wenn der Test die Art der Itembeantwortung sowie die Antwortbewertung eindeutig vorschreibt.

In Evaluationen kommen ebenfalls Messinstrumente zum Einsatz. Für diese sollte Auswertungsobjektivität gewährleistet sein.

In Evaluationen allgemein liegt dann Auswertungsobjektivität vor, wenn genau festgelegt wurde, welche Ergebnisse der Evaluation zur Bewertung der Intervention indikativ sind.

3. *Interpretationsobjektivität:*

Bei der Interpretation von Ergebnissen dürfen individuelle Deutungen keine Rolle spielen. Bei der Interpretation von Testergebnissen orientiert man sich zur Gewährleistung von Interpretationsobjektivität deshalb an vorgegebenen Vergleichswerten bzw. Normwerten.

In Bezug auf Evaluationen ist Interpretationsobjektivität dann gewährleistet, wenn vorab festgelegt wurde, welche aller denkbaren Ergebnisse der statistischen Analyse der Evaluationsdaten eindeutig für und welche gegen die aufgestellten Hypothesen der Evaluation sprechen.

4.2.2 Reliabilität

Die Reliabilität kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit der ein bestimmtes Merkmal gemessen wird.

Die Reliabilität spielt in Evaluationen vor allem in Bezug auf die zur Evaluation eingesetzten Messinstrumente und Datenerhebungsverfahren eine Rolle. Als eine zufrieden stellende Reliabilität, gemessen an der internen Konsistenz eines Tests bzw. einer Skala, wird von den meisten Autoren $\alpha > .70$ angegeben (vgl. Nunnally, 1978; Cortina, 1993).

In Evaluationen, die Veränderungshypothesen prüfen, ist vor allem die Reliabilität der Differenzwerte, die als Indikator für Effekte herangezogen werden, zu beachten. Generell wird dabei argumentiert, dass in den Messfehler von Differenzwerten zweier Variablen X und

Y sowohl der Messfehler von X als auch der Messfehler von Y eingehen. Differenzwerte weisen demzufolge herabgesetzte Reliabilitäten auf. Bortz & Döring (2003) weisen darauf hin, dass die Reliabilität von Differenzmaßen nicht nur von der Genauigkeit der einzelnen Messungen abhängt, sondern darüber hinaus von drei weiteren Einflussgrößen (Bortz & Döring, 2003, S.552f.):

- Unterschiedlichkeit der wahren individuellen Veränderungen
- Verteilung der Messzeitpunkte
- Anzahl der Messzeitpunkte

4.2.3 Validität

Bei der Durchführung von Evaluationsstudien ist vor allem zu berücksichtigen, dass die Untersuchungsergebnisse Aussagekraft besitzen, also Gültigkeit haben. Deshalb ist es notwendig, die verschiedenen Gefährdungen der Gültigkeit (Validität) im Auge zu behalten. Im Folgenden sind die verschiedenen Validitäten (interne, externe, statistische und Konstruktvalidität) und die jeweils dazugehörigen Gefahrenquellen, die generell in Evaluationen zu berücksichtigen sind, überblickshaft zusammengestellt.

Gefährdungsquellen der interne Validität:

Eine Untersuchung ist intern valide, wenn die Untersuchungsergebnisse eindeutig für oder gegen die Hypothese sprechen und Alternativerklärungen unplausibel erscheinen.

Gefährdungsquellen der internen Validität nach Campbell & Stanley (1963):

- Externe zeitliche Einflüsse: Bei der Überprüfung von Veränderungshypothesen kann man leicht übersehen, dass andere als die untersuchten Einflussgrößen (die ihrerseits einem zeitlichen Wandel unterliegen können) die Veränderung bewirkt haben können.
- Reifungsprozesse: Die Untersuchungsteilnehmer können sich unabhängig vom Untersuchungsgeschehen verändern bzw. „reifen“.
- Testübung: Das Untersuchungsinstrument (Fragebogen, Beobachtung, physiologische Apparate etc.) beeinflusst das zu Messende.
- Mangelnde instrumentelle Reliabilität: Das Untersuchungsinstrument erfasst das zu Messende nur ungenau oder fehlerhaft.
- Statistische Regressionseffekte: Wenn man Veränderungshypothesen mit nicht zufällig ausgewählten Stichproben überprüft, kann es zu Veränderungen kommen, die artifiziell bzw. statistisch bedingt sind.
- Selektionseffekte: Vor allem bei quasiexperimentellen Untersuchungen, also beim Vergleich von Gruppen, die nicht durch Randomisierung gebildet wurden, können durch Selbstselektion

Gruppenunterschiede resultieren, die mit der geprüften Intervention oder Maßnahme nichts zu tun haben.

- Experimentelle Mortalität: Wenn die Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen und sie auch zu Ende zu führen, nicht unter allen Untersuchungsbedingungen gleich ist, kann es zu erheblichen Ergebnisverfälschungen kommen.

Von den Gefährdungsquellen der internen Validität für eine Evaluation, in der nicht Lernerfolg bzw. eine Leistungssteigerung als Hypothesen überprüft werden, spielen Reifungsprozesse und Testübung eine eher untergeordnete Rolle. Alle weiteren Gefährdungsquellen sind allerdings genau zu berücksichtigen:

Um den Einfluss von externen zeitlichen Einflüssen in der Evaluation kontrollieren zu können, sollte eine Kontrollgruppe eingesetzt werden. Ist dies nicht möglich, sollten externe zeitliche Einflüsse, die für das Ergebnis der Evaluation relevant sein könnten, zumindest dokumentiert werden.

Die Reliabilität der in der Evaluation eingesetzten Instrumente sollte in der Untersuchung geprüft werden und sich an den im vorangegangenen Abschnitt (4.2.2) dargestellten Standards orientieren. Messverfahren, die eine Reliabilität deutlich unter einem α von .70 aufweisen, sollten nicht verwendet werden.

Das mögliche Auftreten von statistischen Regressionseffekten, Selektionseffekten und experimenteller Mortalität sind in der Evaluation zu berücksichtigen und ggf. mit geeigneten zusätzlichen Analysen zu prüfen.

Gefährdungsquellen der externe Validität:

Eine Untersuchung ist extern valide, wenn die Untersuchungsergebnisse auf andere, vergleichbare Personen, Orte oder Situationen generalisierbar sind.

Zu den Gefährdungen der externen Validität zählen nach Campbell & Stanley (1963) folgende Einflussgrößen:

- Mangelnde instrumentelle Validität: Das Untersuchungsinstrument erfasst nicht das, was es eigentlich erfassen sollte.
- Stichprobenfehler: Untersuchungsergebnisse einer Stichprobe dürfen nicht auf Grundgesamtheiten verallgemeinert werden, für die die Stichprobe nicht repräsentativ ist.
- Experimentelle Reaktivität: Vor allem bei Laboruntersuchungen ist zu beachten, dass die Ergebnisse zunächst nur unter den Bedingungen valide sind, unter denen sie ermittelt wurden. Über die Laborbedingungen hinausgehende Generalisierungen sind in der Regel problematisch.

- **Pretest-Effekte:** Auch Pretests können die Generalisierbarkeit der Untersuchungsbefunde einschränken, wenn sie die Sensitivität oder das Problembewusstsein der Untersuchungsteilnehmer verändern.

Da Evaluationsstudien vorrangig im Feld stattfinden, ist das Problem der experimentellen Reaktivität in der Regel wenig gegeben. Die verbleibenden Gefährdungsquellen der externen Validität sind allerdings zu berücksichtigen:

Die Messinstrumente, die in der Evaluation zum Einsatz kommen, sollten valide sein. Dies ist am ehesten sicherzustellen, wenn bereits validierte und erprobte Messinstrumente zum Einsatz kommen.

Die Evaluationsergebnisse, die in einer bestimmten Stichprobe ermittelt wurden, dürfen nur auf Grundgesamtheiten verallgemeinert werden, für die die Stichprobe auch repräsentativ ist. Pretest-Effekte müssen zumindest angenommen werden, wenn Messungen vor und nach der Intervention vorgenommen werden. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Gefährdungsquellen der statistische Validität:

Cook & Campbell (1979) ergänzen die interne Validität um einen speziellen Aspekt, den sie statistische Validität nennen.

Gefährdungen der statistischen Validität:

- zu kleine Stichproben
- ungenaue Messinstrumente
- Fehler bei der Anwendung statistischer Verfahren
- etc.

Alle Gefährdungsquellen der statistischen Validität sind in Evaluationen zu berücksichtigen.

Gefährdungsquellen der Konstruktvalidität:

Ein wichtiger Bestandteil der externen Validität ist nach Cook & Campbell (1979) zudem die „Konstruktvalidität“.

Gefährdungen der Konstruktvalidität:

- unzureichende Explikation der verwendeten Konstrukte
- ungenaue Operationalisierungen der aus den Konstrukten abgeleiteten Variablen

Die Gefährdungsquellen der Konstruktvalidität spielen in Evaluationen bei der Operationalisierung der Maßnahmewirkung eine entscheidende Rolle und sind hierbei zu berücksichtigen.

5. Evaluation verhältnisbezogener Interventionen

Die Evaluation von verhältnisbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt eine besondere Herausforderung dar. Bei diesen speziellen Maßnahmen müssen über die im

vorangegangenen Kapitel dargestellten Standards hinaus für Evaluationen noch weitere Aspekte Berücksichtigung finden, damit die Evaluation qualitativ hochwertige und vor allem aussagekräftige Ergebnisse liefert. Diese Aspekte sollen im Folgenden dargestellt werden.

Interventionen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die auf organisationaler Ebene ansetzen, können in drei Kategorien unterteilt werden: 1. Veränderung der Arbeitsaufgabe, 2. Veränderung der Arbeitsbedingungen und 3. Veränderung der sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz. Die Maßnahmen können entweder nur einen der Teilaspekte berücksichtigen oder aus verschiedenen Kombinationen bestehen.

Während oft diskutiert wird, ob entweder personen- oder verhältnisbezogene Interventionen das Mittel der Wahl in der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz darstellen, wird immer häufiger auf die Vorteile einer Kombination beider Ansätze (z.B. Reorganisation der Arbeitsaufgabe in Verbindung mit individuellen Trainings) hingewiesen (vgl. z.B. Semmer, 2006).

Anders als bei Interventionen, die ausschließlich personenbezogen sind, wie z.B. Stressmanagement-Trainings oder andere Interventionen, die das individuelle Gesundheitsverhalten von Personen verbessern wollen, zeigen sich für organisationale Gesundheitsförderungsmaßnahmen uneinheitliche Ergebnisse. Während die Evaluationsergebnisse von personenbezogenen Interventionen klare Hinweise auf deren Effektivität liefern, gilt dies nicht für verhältnisbezogene Maßnahmen. Eine gute Zusammenfassung der Ergebnisse zu dieser Form von Gesundheitsförderungsmaßnahmen liefert Semmer (2006). Er hält folgende Punkte fest (vgl. Semmer, 2006, S.518):

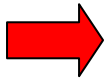
- In Bezug auf das methodische Vorgehen in der Evaluation von verhältnisbezogenen Maßnahmen findet man eine große Bandbreite in der Qualität der angewendeten Forschungsdesigns – mit einer Dominanz schwacher Designs.
- Studien mit eher schwachen Designs (z.B. quasiexperimentelle Studien ohne Kontrollgruppe) nutzen nicht das volle Potenzial ihres Designs aus.
- Die Ergebnisse zur Effektivität verhältnisbezogener Maßnahmen sind sehr uneinheitlich (viel uneinheitlicher und weniger positiv als die Ergebnisse zur Effektivität personenbezogener Maßnahmen).
- Typischerweise zeigen sich mehr Kurz- als Langzeiteffekte.
- Es zeigen sich eher Effekte für diejenigen abhängigen Variablen, die direkt durch die Intervention verändert werden (z.B. in einer Maßnahme zur Veränderung der Arbeitsbedingungen wird die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter reduziert. In einer Fragebogenuntersuchung vor und nach der Intervention zeigte sich die subjektive Arbeitsbelastung der Mitarbeiter reduziert.). Hingegen zeigen sich sehr viel seltener Effekte für Variablen, die in der Folge der Veränderung der direkten Zielvariablen verbessert werden sollten, wie z.B. Gesundheits- und Wohlbefindensmaße.
- Positiv festzuhalten ist, dass sich insgesamt zahlreiche positive Effekte, zahlreiche Nulleffekte, aber nur wenige Negativeffekte verhältnisbezogener Maßnahmen zeigen.

Diese Ergebnisse der zusammenfassenden Betrachtung von Evaluationsstudien zu verhältnisbezogenen Maßnahmen liefern wichtige Hinweise darauf, was es in der Evaluation solcher Interventionen zu beachten gilt:

Die Wahl des Forschungsdesigns ist auch für die Evaluation von verhältnisbezogenen Maßnahmen von großer Bedeutung. Nicht verwunderlich ist, dass die verwendeten Forschungsdesigns eher schwach sind. Die Evaluation von organisationalen Maßnahmen

findet im Feld statt. Dies lässt sehr oft nur quasiexperimentelle Designs zu. Auch der Einsatz einer Kontrollgruppe ist aufgrund äußerer Zwänge im Feld oft nicht umsetzbar. Schwache Designs führen dazu, dass die Ergebnisse, die sie liefern, nicht sehr verlässlich sind, mit anderen Worten, sie haben keine hohe Validität. Vor diesem Hintergrund müssen die gefundenen uneinheitlichen Ergebnisse zur Effektivität verhältnisbezogener Maßnahmen sowie die gefundene Null- und Negativeffekte eingeordnet werden.

Welche Konsequenzen sollten aus dieser Erkenntnis bezüglich des geeigneten Forschungsdesigns zur Evaluation von verhältnisbezogenen Maßnahmen getroffen werden?



1. Natürlich sollte es zunächst einmal das Ziel sein, das stärkste Forschungsdesign, das unter den gegebenen Umständen möglich ist, auch einzusetzen (vgl. Abschnitt 4; vgl. auch Parkes & Sparkes, 1998, S.44).
2. Experimentelle und quasiexperimentelle Forschungsdesigns wurden dafür entwickelt, dass Alternativerklärungen für die gefundenen Evaluationsergebnisse als unwahrscheinlich ausgeschlossen werden können. Da in der Feldforschung oft nur schwache Designs umgesetzt werden können, sollte nach kreativen Wegen gesucht werden, um diese alternativen Erklärungen über die konventionellen Methoden hinaus ausschließen zu können. Semmer (2006) stellt explizit fest, dass viele Forschungsarbeiten die Möglichkeiten innerhalb des eingesetzten Forschungsdesigns nicht voll ausgenutzt haben. Nur wenige Studien (z.B. Randall et al., 2005; Heaney et al., 1995; Wall & Clegg, 1981) haben bislang kreative neue Methoden entwickelt und umgesetzt, um die in der Evaluation gefundenen Effekte plausibel erklären zu können, obwohl ihr Forschungsdesign eher schwach war. In einer dieser Studien konnte z.B. gezeigt werden, dass die gefundenen Effekte spezifisch auf die beabsichtigten Veränderungen passten, wodurch glaubhaft die Attribuierung der Effekte auf die eingesetzten Maßnahmen bestätigt wurde und das Fehlen einer Kontrollgruppe kompensiert werden konnte. In anderen Studien wurden z.B. Dropout-Analysen durchgeführt, die genauer Aufschluss darüber gaben, für welche speziellen Untergruppen der Untersuchungsteilnehmer die Maßnahmen wirkungsvoll waren. Oder es konnte gezeigt werden, dass ein Programm vielleicht insgesamt als nicht erfolgreich zu bewerten war, aber sehr wohl erfolgreiche Effekte bei den Personen zeigte, die direkt an den Maßnahmen teilnahmen.

Die bisherigen Ergebnisse zu den Effekten verhältnisbezogener Maßnahmen stimmen nicht so positiv wie die Ergebnisse von personenbezogenen Maßnahmen. Eine Erklärung wäre, dass diese Art von Maßnahmen tatsächlich weniger effektiv ist. Bevor dieser Schluss jedoch gezogen werden kann, sollte etwas genauer hingeschaut werden, warum die Evaluationen organisationsbezogener Interventionen teilweise keine positiven Ergebnisse liefern. Folgende plausible Erklärungen können genannt werden (vgl. Semmer, 2006):

1. Eine Intervention, die das Ziel hat, eine Organisation zu verändern (sei es durch Veränderung der Arbeitsaufgabe oder der sozialen oder Arbeitsbedingungen), trifft auf die Individuen dieser Organisation. Jeder Einzelne muss irgendwie mit den Veränderungen, die er erfährt, umgehen. So ist damit zu rechnen, dass nicht jeder positiv auf die dargebotenen Veränderungen reagiert. Es kann in diesem Zusammenhang zu defensiven Verhaltensweisen bis hin zu offener Auflehnung

kommen. Gründe für solche Verhaltensweisen sind zumeist Ängste, z.B. davor, Privilegien zu verlieren, oder Ängste vor Veränderungen per se. Generelle Ängste vor Veränderungen können auf eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung der entsprechenden Personen hindeuten. Semmer (2006) weist in diesem Zusammenhang explizit darauf hin, dass ein Aufbau struktureller Ressourcen in einer Organisation gleichzeitig den Aufbau personeller Ressourcen berücksichtigen muss, damit die Individuen in der Organisation überhaupt in der Lage sind, die strukturellen Ressourcen nutzen zu können und somit überhaupt davon zu profitieren.

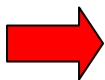
2. Eine Organisationsentwicklungsmaßnahme stellt einen Eingriff in ein komplexes System dar. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine bestimmte Veränderung nicht nur die beabsichtigten positiven Folgen nach sich zieht, sondern auch „Nebenwirkungen“ haben kann. Solche „Nebenwirkungen“ können z.B. kompensatorische Effekte sein, dass neue Ressourcen gleichzeitig auch mit neuen Anforderungen einhergehen. Sind die neu geschaffenen Anforderungen zu hoch, kann es sogar zu Negativeffekten kommen (Wall et al., 1986, berichten z.B. von einem Anstieg der Kündigungsrate nach Einführung von teilautonomen Gruppen. Die Anforderung, Konflikte in der Gruppe selbständig klären zu müssen, war vielen Mitarbeitern zu hoch.). „Nebenwirkungen“ können aber auch in der Form auftreten, dass unterschiedliche Gruppen von Mitarbeitern innerhalb der Organisation in unterschiedlicher Weise von der Intervention profitieren bzw. einige Gruppen explizit negative Folgen der Maßnahme erleben. In einer Studie von Smith & Zehel (1991) wurde z.B. Jobrotation eingeführt, um Belastungen der Mitarbeiter auszugleichen. Die meisten Mitarbeiter profitierten von der Maßnahme. Allerdings zeigte sich, dass die Mitarbeitergruppe, die ursprünglich eine Arbeitsaufgabe hatte, die die höchste Qualifikation erforderte und somit auch mit dem meisten Prestige verbunden war, nach der Intervention geringere Werte in Kontrolle und Arbeitszufriedenheit aufwies. Obwohl sich auch für sie objektiv gesehen die Arbeitsbelastungen reduziert hatten, erlebte sie vor allem den Prestigeverlust.
3. Ein weiterer Grund für das Nichtauftreten von positiven Effekten kann in Prozessaspekten gefunden werden. Wird eine Intervention nicht so durchgeführt wie vorgesehen oder treten Probleme während der Implementierung auf, kann dies der Grund dafür sein, dass keine positiven Effekte der gesamten Interventionsmaßnahmen gefunden werden. Semmer (2006) nennt als wichtige Faktoren die Unterstützung des Managements sowie die Fähigkeiten des „change agents“, der die Intervention in der Organisation durchführt.

Verschiedene weitere Autoren haben sich damit beschäftigt, welche Faktoren im Prozess der Durchführung einer Maßnahme, die organisationale Veränderungen zum Ziel haben, für einen Erfolg bzw. Nichterfolg ausschlaggebend sind. Nytro et al. (2000) unterstreichen die Bedeutung von sozialen und kognitiven Prozessen in der Implementierung von organisationalen Interventionen. Sie weisen vier Punkte als besonders wichtig aus, wenn Veränderungen in Organisationen umgesetzt werden sollen: 1. Das soziale Klima sollte sich dadurch auszeichnen, dass aus Fehlern gelernt wird. 2. Es sollten Möglichkeiten für die Mitarbeiter (auf allen Organisationsebenen) geboten werden zur Partizipation bei und Verhandlung über die Interventionen. 3. Es sollte auf stillschweigende ablehnende Verhaltensweisen der Mitarbeiter geachtet werden, die die Ziele der Intervention untergraben könnten.

4. Rollenverteilungen und Verantwortlichkeiten vor und während der Intervention sollten klar definiert sein.

Randall et al. (2007) führen eine Klassifikation von für den Erfolg der Maßnahme bedeutsamen Prozessfaktoren ein. Sie unterscheiden: 1. Makroprozesse (Implementations- und Erhaltungsprozesse), 2. Mikroprozesse (die kognitiven Bewertungsprozesse, die auftreten, wenn Teilnehmer die Intervention und deren Wirkung beurteilen) und 3. Kontextfaktoren (Umgebungsfaktoren, in denen die Intervention stattfindet).

Welche Empfehlungen für die Durchführung einer Evaluation von organisationalen Maßnahmen können aus den dargelegten Erkenntnissen über die Gründe für das (bisherige) Nichtfinden von Effekten abgeleitet werden?



1. Die Erwartungshaltung, dass bei Interventionen auf organisationaler Ebene die gleichen Erfolge gefunden werden können wie bei personenbezogenen Maßnahmen, ist nicht realistisch. Es muss damit gerechnet werden, dass einzelne Personen und Personengruppen ablehnend auf die Veränderungen reagieren und dass unerwünschte Nebenwirkungen der Maßnahmen auftreten. Nur eine differenzierte Betrachtung der Effekte kann deshalb eine realistische Einschätzung darüber geben, ob eine Maßnahme unterm Strich als erfolgreich zu bewerten ist (z.B., weil eine größere Anzahl von Positiveffekten zu verzeichnen ist gegenüber einigen Nebenwirkungen).

2. Es muss eine systematische und ausführliche Prozessevaluation durchgeführt werden. Dies ist für die Evaluation von verhältnisbezogenen Maßnahmen unerlässlich. Nur so kann eine nachvollziehbare und klare Einschätzung darüber vorgenommen werden, ob eine Intervention an sich tatsächlich nicht erfolgreich war. Ohne eine Prozessevaluation wird eine Maßnahme möglicherweise als ohne Effekt eingestuft, obwohl dafür eigentlich Implementationsprobleme, mangelnde Sorgfalt in der Umsetzung, Widerstände der Mitarbeiter, fehlende Unterstützung des Managements etc. verantwortlich waren.

Entscheidend ist, dass die Prozessevaluation sich nicht auf das einfache schriftliche Festhalten vom Ablauf der Intervention beschränkt. Sie sollte eine sorgfältige und vor allem in höchstmöglichem Ausmaß systematische Dokumentation aller verfügbaren Informationen die Intervention betreffend beinhalten. Nur so kann sichergestellt werden, dass saubere Schlüsse gezogen werden können, die nicht auf der subjektiven Interpretation des Evaluators beruhen – mit anderen Worten Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gewährleistet ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Evaluation von organisationalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit vielen Problemen behaftet ist. Um diesen Problemen zu begegnen, muss in einem gewissen Grad das Vorgehen, wie es bei ausschließlich personenbezogenen Maßnahmen praktiziert wird, verändert und erweitert werden. Das Potenzial schwacher Forschungsdesigns sollte voll ausgeschöpft werden und durch kreative neue Wege zum Ziehen zweifelsfreier Schlüsse (z.B. zusätzliche Analysen, wer an der Intervention teilnahm, wer nicht, wer währenddessen ausgestiegen ist; Vergleiche von Subgruppen etc.) ergänzt werden.

Um der Komplexität von verhältnisbezogenen Interventionen gerecht zu werden, ist darüber hinaus eine systematische Betrachtung von Prozessfaktoren unerlässlich. Leider wird dies immer noch zu wenig umgesetzt. Studien, die eine Prozessevaluation erfolgreich eingesetzt haben (Haraschi et al., 1999; Saksvik et al., 2002; Randall et al., 2005; Kompier et al., 2000) sollten nachfolgenden Forschungsarbeiten als Vorbild dienen.

IV. Empirischer Teil

6. Das Projekt „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“

Die besondere Häufung von Mobbingfällen in Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. Abschnitt 1.3.4.3 und Abschnitt 2.1) führt zu der Fragestellung, welche Maßnahmen zur Eindämmung und vor allem auch zur primären Prävention von Mobbing in diesem Arbeitsfeld vorgenommen werden können.

Nicht nur die vorliegenden Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema weisen auf Handlungsbedarf hin, auch in der Praxis stellten Beteiligte die größer werdende Problematik fest. So konstatierte z.B. die Ärztekammer Nordrhein eine stark anwachsende Anzahl von Mobbingberatungen für Ärzte, die bei ihnen angefragt wurden. Auch die Nachfrage nach Mediationen bei stark eskalierten Arbeitsplatzkonflikten im Krankenhaus nahm stark zu.

Vor diesem Hintergrund wurde das Pilotprojekt „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“ von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo) im Herbst 2003 ins Leben gerufen. Beide Institutionen waren bestrebt, der für sie immer relevanter werdenden Problematik in Form von Präventionsmaßnahmen zu begegnen und ihren Mitgliedern und Versicherten Hilfestellungen anzubieten.

Über einen Aufruf der Ärztekammer Nordrhein wurden Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen über das Projekt informiert und es wurde um Teilnahme geworben. In allen interessierten Krankenhäusern, die sich auf den Aufruf gemeldet hatten, wurden sog. Initialworkshops abgehalten, in denen detaillierte Informationen über das geplante Projekt gegeben wurden, aber auch die Unterstützung aller Entscheidungsträger im Krankenhaus abgefragt wurde. Nur wenn sowohl die Verwaltungsdirektion bzw. der kaufmännische Direktor, der ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und betriebliche Interessenvertretungen sich für das Projekt aussprachen, konnte das Krankenhaus an dem Projekt teilnehmen. Nach diesem Auswahlprozess konnten schließlich drei Krankenhäuser für das Projekt gewonnen werden.

Die Ausarbeitung und Durchführung der Interventionen in dem Projekt wurden nicht von einer Person der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege oder von einem Mitarbeiter / einer Mitarbeiterin der Ärztekammer Nordrhein geleistet. Mit dieser Aufgabe wurde eine externe Person betraut, die in Bezug auf Mobbing und Konfliktmanagement über weitreichende Erfahrung verfügte.

Zur Überprüfung der Effektivität der Interventionen des Projekts wurde die Universität Hamburg mit der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts beauftragt.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Ärztekammer Nordrhein sind bestrebt, die Ergebnisse der Evaluation im Anschluss an das Projekt dafür zu nutzen, Handlungsempfehlungen für andere Krankenhäuser und Einrichtungen in Bezug auf Mobbingprävention und die Durchführung geeigneter Maßnahmen geben zu können.

In Abbildung 12 sind alle Projektbeteiligten und ihre jeweiligen Aufgaben in einer Übersicht dargestellt.

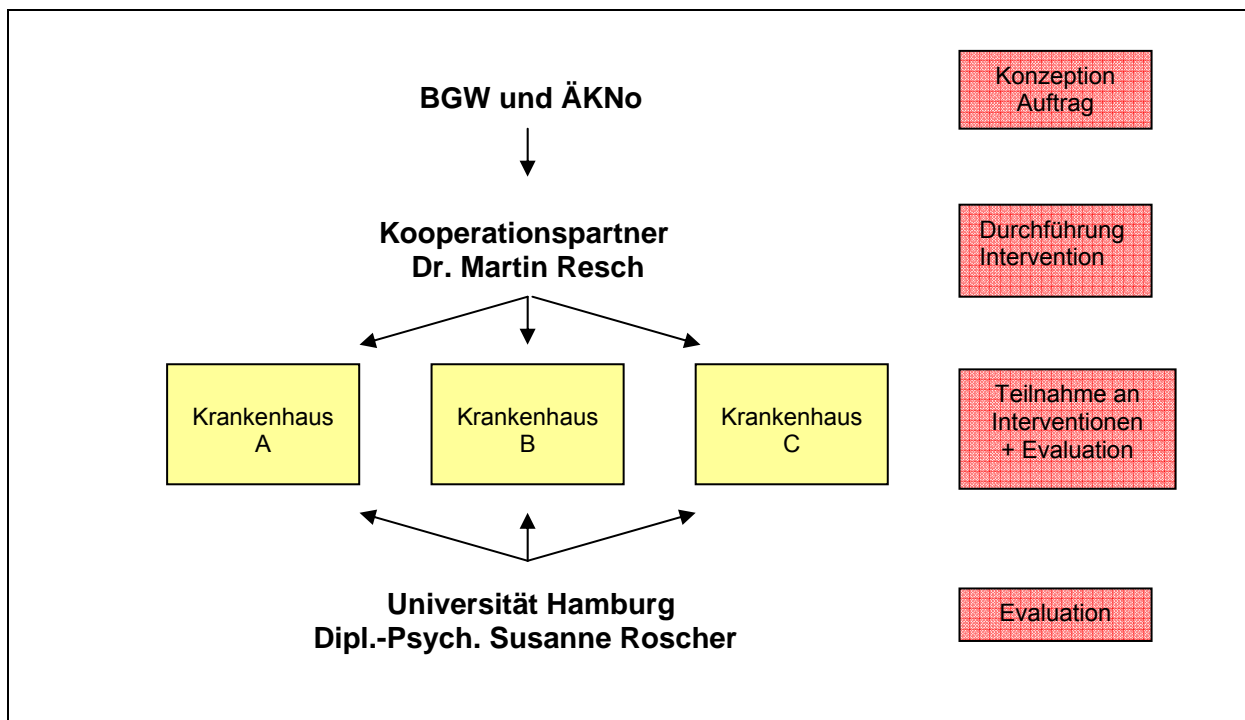


Abb.12: Projektbeteiligte

6.1 Ziele des Projektes

Das Projekt wurde mit dem allgemeinen Ziel aufgelegt, das Ausmaß an Mobbing in den am Projekt beteiligten Krankenhäusern zu verringern.

Ist ein Arbeitsplatzkonflikt so weit eskaliert, dass man von einem tatsächlichen Mobbingfall (vgl. Definition Mobbing Abschnitt 1.2) spricht, kann in der Regel nur noch eine Schadenbegrenzung vorgenommen werden und zwar für alle Beteiligten. Resch (2003) beschreibt diese Form der Intervention als Tertiärprävention, in der die Schadensrevision im Vordergrund steht. Verfahren wie Schlichtung, Schiedsverfahren bis hin zu Machteingriffen zugunsten der Betroffenen zur Beendigung des Mobbingprozesses kommen zum Einsatz. Sind bereits die für Mobbing typischen gesundheitlichen Folgen bei den Betroffenen eingetreten, müssen Rehabilitationsmaßnahmen ergriffen werden, um den Gesundheitszustand wieder herzustellen. In Abschnitt 3.3 wurden Tertiärmaßnahmen bei Mobbing ausführlich beschrieben.

In der Theorie, in der Mobbing als hoch eskalierter Arbeitsplatzkonflikt verstanden wird (vgl. Abschnitt 1.4.1), stellen die ausgeprägten Mobbingfälle nur die Spitze des Eisbergs dar. Mobbing entsteht nicht aus dem Nichts heraus und ist plötzlich da, sondern es gehen vielschichtige Ursachen und Bedingungen voraus, aus denen sich Mobbing letztendlich entwickelt. Betrachtet man die weitreichenden Folgen von Mobbing sowohl auf der Seite der Mobbingopfer als auch auf Seiten der Betriebe und Organisationen, in denen Mobbingfälle auftreten, wie auch die gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Schäden, die durch Mobbing verursacht werden (vgl. Abschnitt 1.3.7), so wird deutlich, wie wichtig es ist, es gar nicht erst so weit kommen zu lassen.

Aus dieser Betrachtung heraus begründet sich die Notwendigkeit von sekundär- und vor allem auch primärpräventiven Maßnahmen gegen Mobbing. Nach der Einteilung von Resch (2003) beziehen sich sekundärpräventive Maßnahmen auf die Schadensbegrenzung, während primärpräventive Maßnahmen das Ziel der Schadensverhütung haben.

Der Ansatz des Projektes war deshalb in erster Linie präventiv ausgerichtet. Daraus leitet sich ab, dass es nicht ausschließlich das Ziel des Projekts ist, konkrete Mobbingfälle in den beteiligten Krankenhäusern zu reduzieren, sondern vor allem Faktoren zu verändern, die Mobbing begünstigen und möglich machen. Damit kann das Ziel erreicht werden, Mobbing bereits in seiner Entstehung zu verhindern und beginnende Mobbingprozesse frühzeitig zu stoppen.

Angestrebt wurde aufgrund der formulierten Ziele der Einsatz sowohl von primärpräventiven Maßnahmen gegen Mobbing als auch von sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen.

6.2 Maßnahmen

Die Entwicklung der Maßnahmen des Projekts beruht auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen zu Ursachen von Mobbing und auf den Erfahrungen des externen Trainers des Projekts. Den Krankenhäusern wurden jeweils die möglichen Maßnahmen vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Die Krankenhäuser haben sich daraufhin zu den Maßnahmen, die in ihren Häusern durchgeführt werden sollten, entschlossen.

Der präventive Ansatz, der diesen Maßnahmen zugrunde liegt, stützt sich im Grundsatz auf das in Abschnitt 1.5.2 beschriebene Modell von Salin (2003c). Die aufgeführten Maßnahmen setzen an zwei der drei von Salin als mobbingermöglichende Strukturen beschriebenen Punkte an:

1. Verbesserung der Konfliktkultur, um das wahrgenommene Kräfteungleichheit zu verringern (Maßnahmen 4, 5 und 6)
2. Problembewusstsein schaffen, um die wahrgenommenen Kosten eines Mobbingverhaltens zu erhöhen (Maßnahmen 1, 2, 3 und 4)

Die Faktoren, die zu Frustration und Unzufriedenheit der Mitarbeiter führen, konnten nicht in die Intervention einbezogen werden. Die Einflussmöglichkeiten auf Umstände wie Personalabbau und Kostenreduktionen sind im Rahmen eines wie hier vorliegenden Projekts nicht gegeben.

Im Folgenden sind die Maßnahmen dargestellt und vermerkt, in welchem der Häuser welche Interventionen stattgefunden haben:

6.2.1 Primär-Intervention

Die primärpräventiven Maßnahmen haben das Ziel, Mobbing vorzubeugen.

Maßnahme 1:

Unterstützung einer Projektgruppe über die gesamte Projektlaufzeit

In jedem Krankenhaus wurde eine Projektgruppe gebildet. Die Zusammensetzung der Projektgruppen war in den drei Häusern ähnlich. Es wurde Wert darauf gelegt, möglichst alle Entscheidungsträger des Krankenhauses zu integrieren. Folgende Personen nahmen in der Regel teil: Der Verwaltungsdirektor bzw. kaufmännische Direktor und/oder Personen aus der Personalabteilung, der ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung, der soziale Dienst, Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Schwerbehindertenbeauftragter.

Der externe Berater und Trainer des Projekts beriet und unterstützte die Projektgruppe in ihrer Arbeit. Die externe Moderation der Projektgruppe diente dazu, betriebliche Entscheidungsprozesse zu erleichtern und die Möglichkeit zu schaffen, aus Erfahrungen der anderen am Projekt beteiligten Häuser zu lernen.

Beratung und Unterstützung erfolgte u.a. zu folgenden Themen:

- Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Mobbing
- Beratung und Unterstützung zum Abschluss einer Betriebsvereinbarung zum Thema Mobbing
- Planung und Koordination der Maßnahmen im Rahmen des Projekts
- Information der Mitarbeiter über das Projekt
- Planung, Koordination und Rückmeldung über die Evaluation des Projekts

Maßnahme 2:

Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Mobbing und Konfliktmanagement

In allen drei Häusern wurde in den Mitarbeiterzeitungen über das Projekt berichtet. Es wurden gleichzeitig Hintergrundinformationen über das Thema Mobbing gegeben. Die Erstbefragung im Rahmen der Evaluation wurde genutzt, um noch einmal alle Mitarbeiter/-innen der drei Krankenhäuser über das Projekt zu informieren und um Fragen zu beantworten. In jedem Haus übernahm eine betriebliche Instanz die Koordination der Öffentlichkeitsarbeit und diente als Ansprechpartner. Das war in einem Fall der betriebsärztliche Dienst, in den beiden anderen Häusern war es die betriebliche Interessenvertretung.

Maßnahme 3:

Unterstützung bei dem Abschluss einer Betriebsvereinbarung „Partnerschaftlicher Umgang im Betrieb“

Von der Ärztekammer Nordrhein gab es bereits einen Entwurf einer Betriebsvereinbarung mit dem Titel „Vereinbarung für partnerschaftlichen Umgang am Arbeitsplatz und zur Einrichtung einer Beratungsstelle zur Lösung von Konflikten am Arbeitsplatz“ (siehe Anhang). Eine ähnliche Vereinbarung war zu Projektbeginn in Krankenhaus A bereits abgeschlossen, das Krankenhaus B hat diese Vereinbarung während der Projektlaufzeit übernommen, in der dritten Klinik laufen zurzeit noch die Verhandlungen zu einer vergleichbaren Vereinbarung.

Maßnahme 4:

Schulungen der Führungskräfte in Konfliktmanagement und Mobbingprävention

Die Führungskräfte trainings wurden mit dem Ziel konzipiert, eine Kultur des „Miteinander-Redens“ zu schaffen und einen teamorientierten Führungsstil zu fördern.

In allen drei Häusern wurden die Führungskräfte schulungen (mit einem geplanten Umfang von 1,5 Tagen) durchgeführt.

Inhalte der Führungskräfte schulung waren:

- Gesundheitsförderlicher Führungsstil
- Analyse des eigenen Führungsstils (auf Basis der Transaktionsanalyse)
- Erforschung der eigenen Wertelandschaft
- Ich-Botschaften und Kritikgespräche
- Konflikte im Team wahrnehmen
- Aktives Zuhören
- Informationen zu Mobbing (Definition, Verbreitung, Verlauf etc.)

Im Abstand von ca. einem halben Jahr fand ein so genannter Nachbereitungstermin statt, an dem die geschulten Führungskräfte die gelernten Inhalte noch einmal rekapitulierten und diskutierten, inwieweit sie die Inhalte im Alltag umsetzen konnten. Unterstützende und hemmende Faktoren wurden besprochen. Der Nachbereitungstermin diente der Transfersicherung der Schulung.

Die Führungskräfte schulungen waren berufsgruppenübergreifend konzipiert, d.h. die verschiedenen Berufsgruppen wurden gemeinsam geschult, so dass sich ein Austausch über die Probleme der verschiedenen Berufsgruppen entwickeln und Verständnis füreinander gefördert werden konnte.

6.2.2 Sekundär-Intervention

Die sekundärpräventiven Maßnahmen haben das Ziel der Schadensbegrenzung und sollen beginnende Mobbingprozesse frühzeitig aufhalten.

Wenn sich eine Mobbing situation herausbildet, so kann ein effektives Konfliktmanagement, in dem Beratung der Konfliktparteien und eine Moderation von Konflikten vorgesehen sind, deutlich zu einer Schadensbegrenzung beitragen. Folgende Maßnahmen wurden deshalb zur Sekundärprävention durchgeführt.

Maßnahme 5:

Aufbau einer Konfliktberatungsstelle und Fortbildung der Mitglieder

In zwei der beteiligten Krankenhäuser (A und B) wurden Konfliktberatungsstellen aufgebaut, mit jeweils sechs ständigen Mitgliedern aus unterschiedlichen Berufen.

Die Konfliktberatungsstellenmitglieder wurden fortgebildet und beim Aufbau der Konfliktberatungsstelle unterstützt und begleitet. Die vorgesehene Ausbildungsdauer betrug insgesamt acht Tage – einmal vier Tage und zweimal zwei Tage.

Die Fortbildung umfasste folgende Themen:

- Konflikt diagnose
- Moderation und Gesprächsführung im Konflikt
- Schritte der Konfliktmoderation

- Konflikteskalation und Umgang mit schweren Konfliktfällen
- Handlungsmöglichkeiten bei Mobbing
- Vorgehensweise bei personenbezogenen Problemen eines Mitarbeiters
- Rollenklärung gegenüber Krankenhausleitung, Führungskräften, Mitarbeitervertretung und Beschäftigten

Maßnahme 6:

Schulung von Ansprechpartnern bei Arbeitsplatzkonflikten

In dem dritten Krankenhaus (C) wurde von Seiten der Klinikleitung zunächst keine Konfliktberatungsstelle gewünscht. Daher entschied sich die Projektgruppe für ein niedrigschwelliges Angebot. Es wurden Ansprechpartner bei Arbeitsplatzkonflikten (sog. Konfliktlotsen) ausgebildet. Diese haben die Aufgabe, ihren Kollegen als eine Art Vertrauensperson frühzeitig mit Rat und ggf. auch Tat zur Seite zu stehen, wenn sie Probleme mit Kollegen oder Vorgesetzten haben, bei Konflikten nicht weiter wissen oder einfach einmal ein offenes Ohr brauchen.

In der Situation von bereits sehr hoch eskalierten Konflikten sollen die Ansprechpartner in der Lage sein, zu den entsprechenden Instanzen weiterzuleiten, die z.B. Mediations- oder Schlichtungsverfahren durchführen können.

Die Ausbildungsinhalte für die Ansprechpartner entsprachen denen der Konfliktberater. Die geplante Ausbildungsdauer für die Konfliktlotsen betrug 7 Tage, verteilt auf fünf Zeitpunkte (2 zweitägige Seminare, 3 Nachbereitungs- bzw. Supervisionstage).

6.2.3 Tertiär-Intervention

Die Maßnahmen der Tertiärprävention dienen der Schadensrevision und kommen nur bei konkreten Mobbingfällen und sehr hoch eskalierten Konflikten zur Anwendung. Folgendes wurde durchgeführt:

Maßnahme 7:

Mediation bei hoch eskalierten Arbeitskonflikten

Als Maßnahme der Tertiärprävention wurde den beteiligten Häusern eine Mediation für bereits fortgeschrittene Mobbingprozesse angeboten. Dieses Angebot wurde auch in zwei Fällen angenommen.

6.3 Zeitlicher Ablauf

Der zeitliche Ablauf des Projekts sah verschiedene Schritte vor. Nach Durchführung der Initialworkshops und Auswahl der am Projekt teilnehmenden Krankenhäuser startete das Projekt im Herbst 2003 mit der Bildung von Projektgruppen in den drei Krankenhäusern. In den Projektgruppen waren die Verwaltungsdirektion / kaufmännische Leitung des Krankenhauses, der ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und alle Interessenvertretungen (in der Regel Personal- oder Betriebsrat, ggf. Schwerbehindertenbeauftragte, Seelsorge etc.) des Hauses präsent. Die möglichen Maßnahmen des Projekts wurden in diesen Projektgruppen vorgestellt, diskutiert und für jedes Haus beschlossen. Die geplante Evaluation wurde ebenfalls dort vorgestellt und genehmigt.

Im März 2004 begann die erste Datenerhebung für die Evaluation des Projekts, die im Juni 2004 in dem letzten der drei Krankenhäuser abgeschlossen werden konnte.

In jedem der drei Krankenhäuser wurden im Anschluss daran die Ergebnisse dieser ersten Datenerhebung in den Projektgruppen rückgemeldet.

Mit der Durchführung der beschlossenen Maßnahmen wurde direkt im Anschluss an die erste Datenerhebung begonnen. In Krankenhaus A war das im April 2004, in den Krankenhäusern B und C im Juni 2004.

Nach Beendigung der Maßnahmen war eine so genannte „Umsetzungsphase“ vorgesehen, in der die Maßnahmen ihre Wirkung entfalten sollten. Hierfür wurde ca. ½ Jahr veranschlagt. Dies setzte voraus, dass die Maßnahmen des Projekts Ende 2004 abgeschlossen sein sollten.

Von Mai bis Juli 2005 wurde dann die zweite Datenerhebung der Evaluation in den drei Krankenhäusern durchgeführt. Der zeitliche Abstand zwischen der ersten und der zweiten Datenerhebung betrug also im Durchschnitt der drei Krankenhäuser ca. 1 Jahr (in Krankenhaus A etwas länger, in Krankenhaus C etwas kürzer).

Nach der zweiten Datenerhebung wurden die Ergebnisse ausgewertet und in allen drei Krankenhäusern rückgemeldet. Dies wurde im Januar 2006 mit der Darstellung der Ergebnisse in der Projektgruppe des Krankenhauses C abgeschlossen.

Die Handlungsempfehlungen, die die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Ärztekammer Nordrhein aus den Ergebnissen der Evaluation ableiten wollte, um sie Ärzten und Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen, wurden im Frühjahr 2006 fertiggestellt.

Abbildung 13 zeigt den zeitlichen Ablauf des Projekts in der Übersicht.

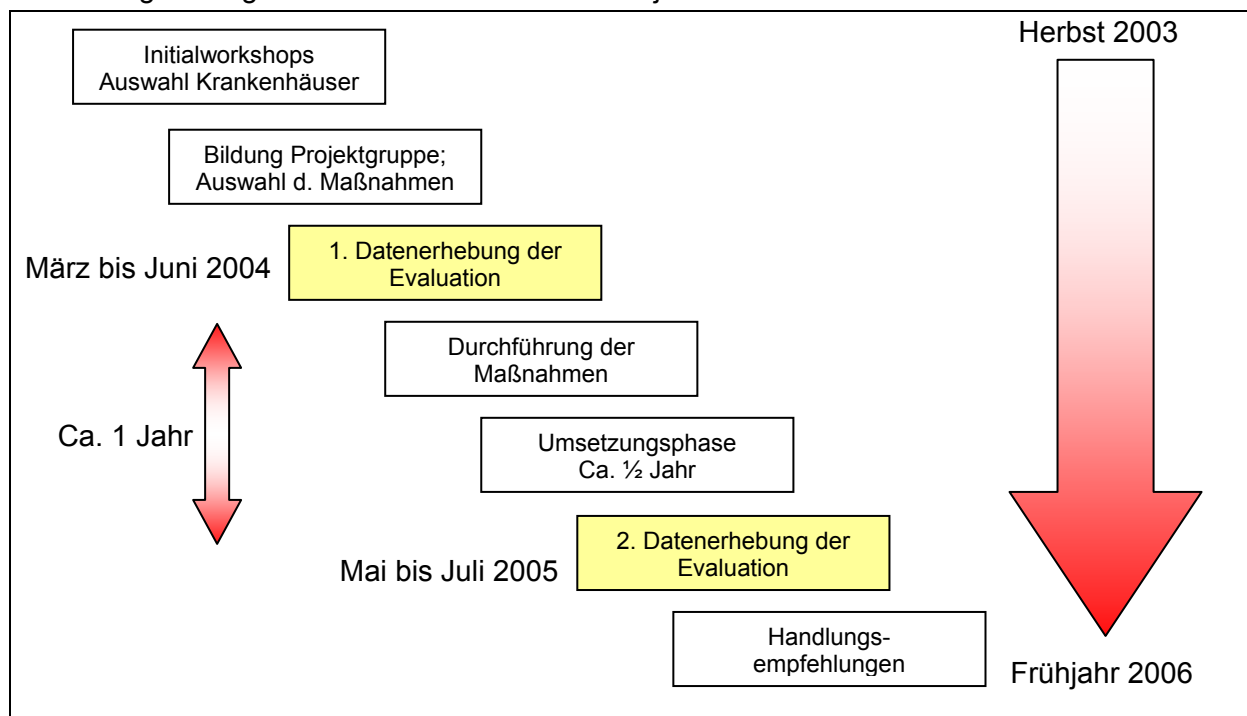


Abb.13: Zeitlicher Ablauf des Projekts

6.4 Beschreibung der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser

Die drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser unterschieden sich in vielerlei Hinsicht und werden im Folgenden näher beschrieben:

Krankenhaus A

Bei dem Krankenhaus A handelt es sich um ein kleines Haus mit ca. 300 Mitarbeitern. Es kann klassifiziert werden als ein Krankenhaus mit Regelversorgung; vier Fachrichtungen sind vertreten. Die Bettenzahl des Hauses liegt bei etwa 180. Träger des Krankenhauses ist eine kirchliche (katholische) Ordensgemeinschaft. Dies beinhaltet als Leitbild des Krankenhauses, dem christlichen Menschenbild entsprechend, dass der Mensch im Mittelpunkt der Tätigkeit stehen soll.

Krankenhaus B:

Krankenhaus B beschäftigt ca. 1000 Personen und kann mit seinen acht Fachbereichen als Krankenhaus mit Regelversorgung klassifiziert werden. Die Bettenzahl des Hauses liegt bei etwa 460. Träger des Hauses ist eine Stiftung, die durch einen Krankenhaus-Förder-Verein (hervorgegangen aus einer Bürgerinitiative) und dem Rat der Stadt, in der das Krankenhaus steht, gegründet wurde. Das Krankenhaus besteht seit 1967.

Krankenhaus C

Bei dem Krankenhaus C handelt es sich um ein Universitätsklinikum, also um ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Es beschäftigt rund 4000 Mitarbeiter und hat eine Planbettenzahl von rund 1200.

An den Interventionen des Projekts konnte nicht das gesamte Krankenhaus beteiligt werden; das hätte die Kapazitäten des Projekts überstiegen. Aus diesem Grund wurden drei Fachabteilungen ausgewählt, die als Pilotbereiche an dem Projekt teilgenommen haben. Hierbei handelte es sich um die Allgemeinchirurgie, die Unfallchirurgie und die Kardiologie. Die Gynäkologie konnte darüber hinaus dafür gewonnen werden, als Kontrollgruppe an der Evaluation teilzunehmen. Insgesamt umfasst die Anzahl der Mitarbeiter, die an dem Projekt teilgenommen haben, inklusive Kontrollgruppe, ca. 600 Personen.

7. Konzeption der Evaluation

Die Evaluation des Pilotprojekts umfasst eine Prozessevaluation (Abschnitt 7.1) und eine summative Evaluation (Abschnitt 7.2), die im Folgenden dargestellt sind.

7.1 Prozessevaluation

Ziel der Evaluation ist es, den Erfolg der Interventionen im Rahmen des Pilotprojekts festzustellen. Die reine Aussage über einen Effekt oder das Fehlen eines Effekts kann aber u.U. schwer zu interpretieren sein — vor allem in quasiexperimentellen Settings im Feld (vgl. Abschnitt 4.1.1.1).

Nur wenn Daten zum Prozess der Intervention vorliegen, kann im Nachhinein eine Aussage darüber gemacht werden, worauf genau sich ein Programmterfolg oder auch Nichterfolg begründet (vgl. Abschnitt 4.1.2).

Die Gründe für das Erreichen oder Nichterreichen von Programmzielen können sehr vielfältig sein und liegen ohne genauere Untersuchung nicht auf der Hand. Deshalb wird in dieser Untersuchung eine ausführliche Prozessevaluation durchgeführt.

7.1.1 Design und Analysemethoden

In der Prozessevaluation sollen möglich systematisch Daten gesammelt werden, die Aufschluss darüber geben können, worauf sich ein Erfolg bzw. ein Nichterfolgreichsein der Maßnahmen gründet.

Die folgende Tabelle 16 stellt dar, welche Daten im Rahmen der Prozessevaluation in dieser Untersuchung erhoben werden und welche Informationen damit gewonnen werden.

Tabelle 16: Datenerhebung in der Prozessevaluation

Datenerhebung	Informationsgehalt
<p>P1 <u>Zielgruppenanalyse („program coverage“):</u> In welchem Ausmaß wurde die Zielgruppe in der Intervention erreicht?</p>	<p>Ist die Zielgruppe in der Intervention nicht ausreichend erreicht worden, ist ein möglicher Effekt in geringerem Ausmaß auf die Intervention zurückzuführen.</p>
<p>P2 <u>Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung („program delivery“):</u> Wurden die Maßnahmen so durchgeführt, wie es geplant war?</p>	<p>Zeigen sich Abweichungen zwischen Planung und Durchführung der Interventionen, dann ist ein möglicher Effekt in geringerem Ausmaß auf die Intervention zurückzuführen.</p>
<p>P3 <u>Evaluation der Führungskräfte-schulungen</u></p>	<p>Die Evaluationsergebnisse der Führungskräfte-schulungen geben Aufschluss über die Qualität der Intervention und darüber, ob die Intervention die Teilnehmer erreicht hat. Fällt diese Bewertung negativ aus, ist ein geringerer Effekt in der summativen Evaluation zu erwarten.</p>
<p>P4 <u>Dokumentation der Auswahl der Konfliktlotsen/Konfliktberater und der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit</u></p>	<p>Die Rahmenbedingungen der Arbeit und die Umsetzung der Auswahl der Konfliktlotsen und Konfliktberater geben Aufschluss darüber, welchen Stör- und Einflussgrößen diese unterlagen. Dies sind mögliche Faktoren, die Effekte bzw. das Fehlen von Effekten in der summativen Evaluation erklären können.</p>

Tabelle 16 (Fortsetzung)
Datenerhebung in der Prozessevaluation

Datenerhebung	Informationsgehalt
<p>P5 <u>Evaluation des Seminar-Transfers der Führungskräfte-schulungen:</u></p> <p>Inwieweit konnten die Führungskräfte das zuvor Gelernte umsetzen; worin bestanden die Probleme?</p>	<p>Die Messung des Transfers der Führungskräfte-schulungen gibt an, in welchem Ausmaß und ob überhaupt die Inhalte der Intervention in den Alltag getragen wurden. Das Ausmaß des stattgefundenen Transfers liefert Erklärungen für Effekte bzw. keine Effekte in der summativen Evaluation.</p>
<p>P6 <u>Dokumentation der Arbeit der Konfliktlotsen/Konfliktberater:</u></p> <p>Falldokumentation durch Protokollbögen</p>	<p>Die Dokumentation der Arbeit der Konfliktlotsen und Konfliktberater gibt Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß diese während der Projektlaufzeit schon aktiv ihre Arbeit aufgenommen haben und mit welchem Erfolg und welchen Problemen dies einherging. Dies liefert Informationen darüber, wie Effekte bzw. keine Effekte in der summativen Evaluation erklärt werden können.</p>
<p>P7 <u>Erfassung der Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen</u></p>	<p>Es wird erfasst, inwieweit alle Mitarbeiter, auch die, die nicht direkt an den Maßnahmen teilgenommen haben, durch das Projekt überhaupt erreicht wurden, wie gut sie informiert waren, wie sie die Wichtigkeit eines solchen Projekts bewerten und ob sie eine Veränderung wahrgenommen haben. Dies sind Fakten, die Effekte bzw. das Fehlen von Effekten in der summativen Evaluation erklären können.</p>
<p>P8 <u>Erfassung von externen zeitlichen Einflüssen während der Projektlaufzeit</u></p>	<p>Die Erfassung der externen zeitlichen Einflüsse stellt den Versuch dar, mögliche Einflussgrößen neben denen der Intervention zu identifizieren, auf die gemessene Effekte zurückzuführen sind.</p>

Die Prüfung von Program coverage (P1) und Program delivery (P2) stellt das Minimum einer Prozessevaluation dar. Nur wenn beides in ausreichendem Maße erfüllt ist, kann überhaupt davon ausgegangen werden, dass durch eine Evaluation ein Effekt geprüft wird, der sich auf die Intervention zurückführen lässt.

Die nachfolgende Abbildung 14 stellt noch einmal das in der Tabelle Beschriebene in einem Prozessdiagramm dar. Die einzelnen Aktivitäten im Rahmen der Prozessevaluation weisen verschiedene Ansatzpunkte auf und finden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf des Projektes statt.

Prozessdiagramm:

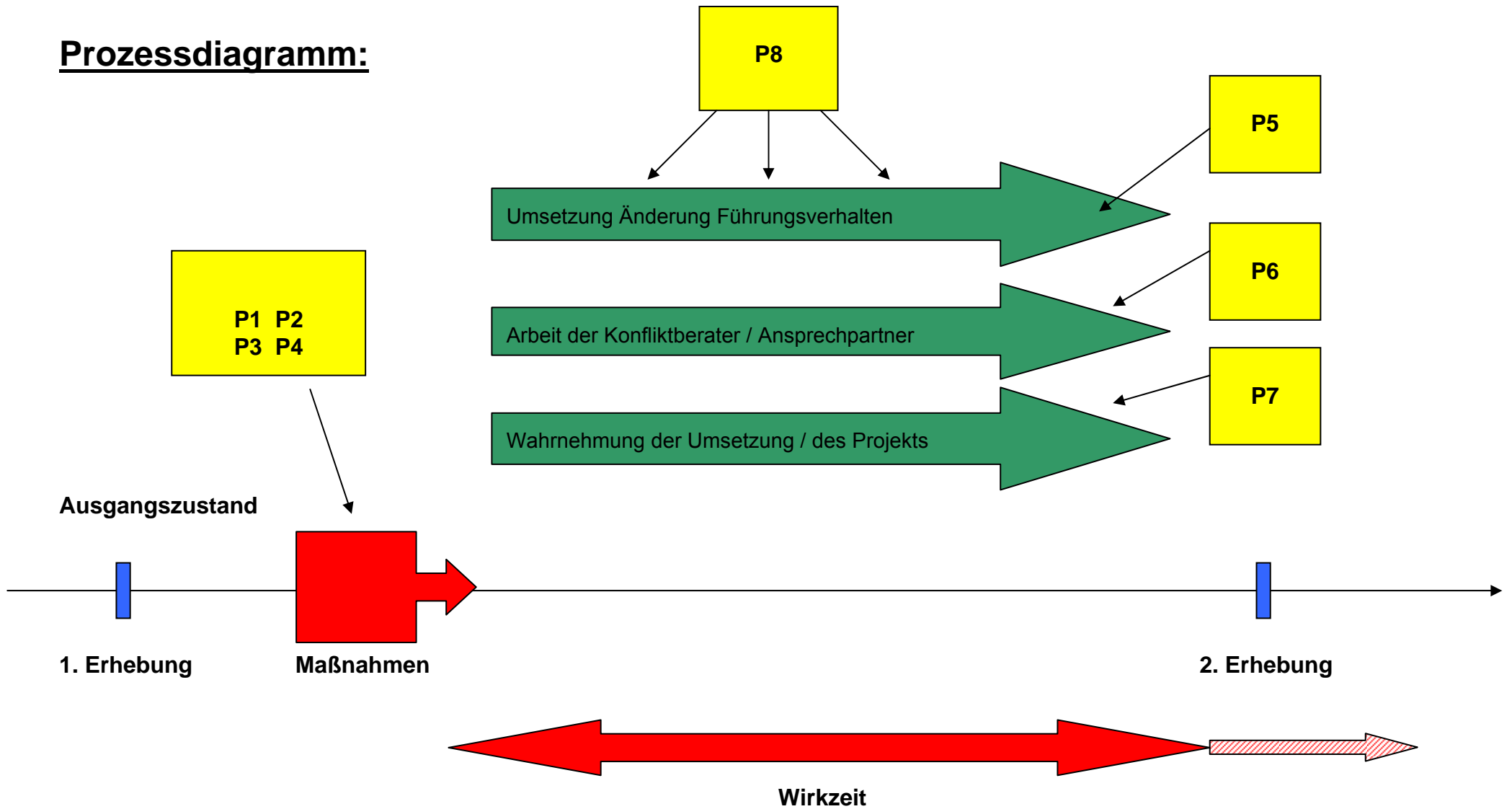


Abb.14: Darstellung Prozessevaluation

7.1.2 Instrumente bzw. Erhebungsmethoden in der Prozessevaluation

P1

Das Ausmaß der Erreichung der Zielgruppe erfolgte durch einen SOLL-IST Abgleich aus Angaben der Krankenhäuser und des Trainers.

P2

Die Abweichung zwischen Planung und Durchführung der Interventionen wurde durch die Angaben des Trainers ermittelt und zusätzlich durch die Teilnahme des Evaluators an ausgewählten Maßnahmen ergänzt.

P3

Die Evaluation der Führungskräftebildungen erfolgte mittels eines Fragebogens (s. Anhang). Folgende Bereiche wurden abgefragt:

- a) Grund der Teilnahme
- b) Erwerb nützlicher Informationen
- c) Veränderung des Führungsverhaltens
- d) Anregung zum Umgang mit Konflikten
- e) Verständlichkeit des Seminars
- f) Medieneinsatz
- g) Qualität der Seminarunterlagen
- h) Ausreichende Diskussionsmöglichkeiten
- i) Atmosphäre
- j) Anregungen zum Nachdenken
- k) Anwendbarkeit der Inhalte in der Praxis
- l) Qualität der Seminarleitung

Mittels offener Fragen wurde darüber hinaus abgefragt, welches aus der Sicht der Teilnehmer die wichtigsten Themen waren, welche Themen zu kurz gekommen sind und welche Verbesserungsvorschläge sie in Bezug auf das Training hätten.

P4

Rahmenbedingungen der Arbeit und Auswahl der Konfliktlotsen bzw. Konfliktberater wurden durch Befragung des Trainers, durch die Auswertung von Dokumenten zum Thema (z.B. Betriebsvereinbarung, Beauftragung der Konfliktberater/Konfliktlotsen etc.) und durch Protokolldaten der Projektgruppensitzungen erfasst.

P5

Der Transfer der Führungskräftebildungen wurde mittels eines Fragebogens (s. Anhang) und durch die Auswertung der Nachbereitungssitzungen der Führungskräftebildungen erhoben. Die Erfassung des Transfers stützt sich auf folgendes Transfermodell (Abb.15):

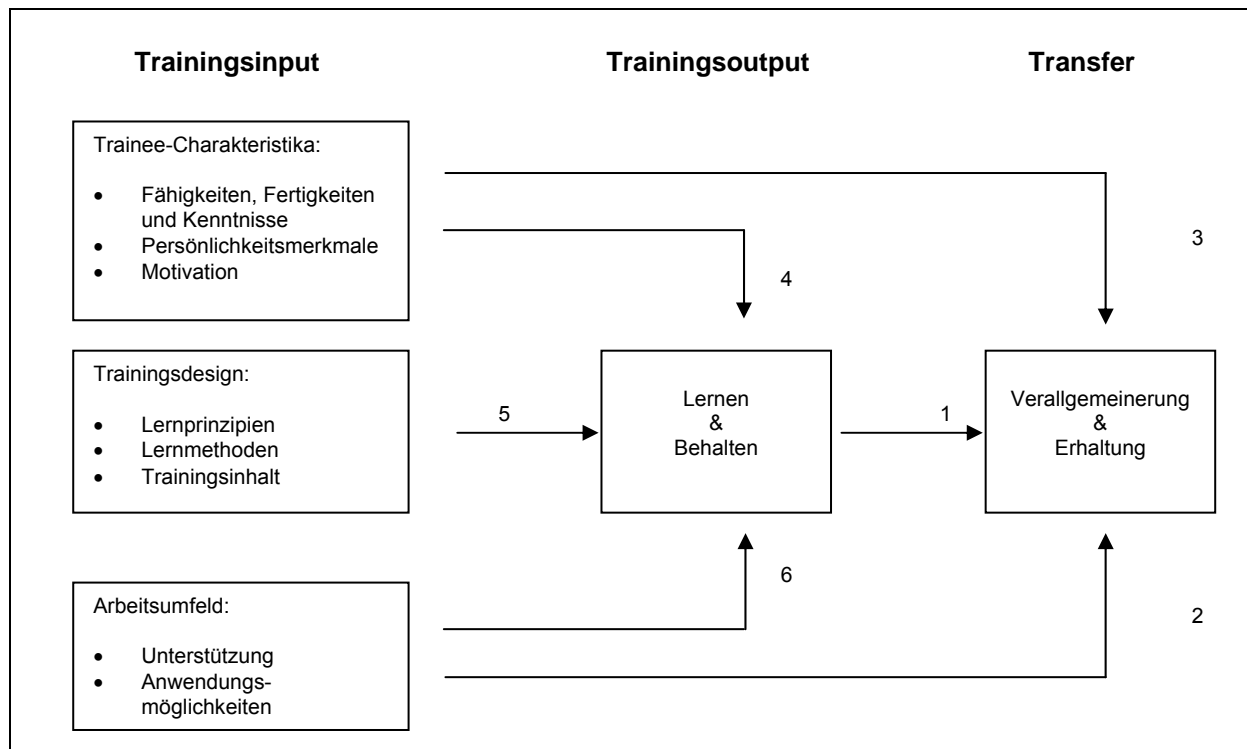


Abb.15: Modell zur Beschreibung des Transferprozesses
(nach Baldwin & Ford, 1988)

In dem eingesetzten Fragebogen wurde angestrebt, die in dem Modell dargestellten Einflussgrößen auf Transfer abzubilden. Der Fragebogen hatte folgende Inhalte:

- Abfrage der Erfüllung der Selbstverpflichtung
→ Pfeil 1 (Fand Transfer statt?)
- Welche der im Seminar gelernten Inhalte wurden im Alltag umgesetzt / welche nicht?
→ Pfeil 1 (In Bezug auf welche Inhalte fand Transfer statt?)
- Reaktion der Mitarbeiter auf verändertes Verhalten?
→ Pfeil 2 (Wie hat das Arbeitsumfeld reagiert?)
- Gründe, die im Seminar gelernten Inhalte im Alltag umzusetzen / nicht umzusetzen?
→ Pfeile 2, 3, 4 und 6 (Welche persönlichen Gründe / Motivationen und Fähigkeiten etc. haben dazu geführt, dass Inhalte erlernt und in den Alltag getragen wurden? Welche Gründe aus dem Arbeitsumfeld im Sinne von Unterstützung und Anwendungsmöglichkeiten haben dazu geführt, dass Inhalte erlernt und in den Alltag getragen wurden?)
- Rückblickende Seminarbewertung in Bezug auf folgende Punkte:
Gesamtbewertung, Lerneffekt, Verwertbarkeit, nützliche Informationen, Anregungen zur Veränderung des Führungsverhaltens, fehlende Inhalte.
→ Pfeile 1 und 5 (Welche Merkmale des Trainingsdesigns haben das Erlernen der Inhalte und den Transfer unterstützt?)

Die Auswertung der Nachbereitungssitzung bezog sich vor allem auf die Identifikation von den Transfer unterstützenden sowie hemmenden Faktoren – sowohl im eigenen Verhalten wie auch in der Arbeitsumgebung → Pfeile 2, 3, 4, und 6.

P6

Die Dokumentation der Arbeit der Konfliktlotsen bzw. Konfliktberater wurde jeweils durch Protokollbögen vorgenommen, die die Konfliktlotsen bzw. Konfliktberater selbst ausgefüllt haben. Folgende inhaltliche Bereiche wurden abgebildet:

- a) Angaben zum Ratsuchenden (z.B. Alter, Geschlecht, Führungsposition)
- b) Angaben zum Fall (z.B. Konfliktschilderung, Anzahl der beteiligten Personen, Dauer des Konflikts)
- c) Angaben zur Konfliktbearbeitung (z.B. Anzahl der Kontakte in der Konfliktbearbeitung, weitere Aktivitäten)
- d) Angaben zum Ausgang des Falls (Bearbeitungsdauer des Falls, Ergebnis der Konfliktbearbeitung)

Die Protokollbögen befinden sich im Anhang.

P7

Die Wahrnehmung des Projektes durch die Mitarbeiter wurde zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit Hilfe des Evaluationsfragebogens erfasst. Zu diesem Zweck wurden dem ursprünglichen Fragebogen vier Fragen hinzugefügt:

- a) „Wie gut waren Sie über das Projekt informiert?“
- b) „Wie sind Sie informiert worden?“
- c) „Wie bewerten Sie die Wichtigkeit der Durchführung eines solchen Projektes in Ihrem Krankenhaus?“
- d) „Hat sich Ihrer Meinung nach durch das Projekt etwas in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Mobbing in Ihrem Krankenhaus verändert?“

Für jede Frage wurden jeweils Antwortmöglichkeiten in abgestufter Form vorgegeben (s. Evaluationsfragebogen im Anhang).

P8

Die Erfassung von externen zeitlichen Einflüssen erfolgte durch Interviews mit entsprechenden Personen aus den jeweiligen Krankenhäusern. Interviews wurden geführt mit zwei Verwaltungsdirektoren, zwei Konfliktberatern und einem Konfliktlotsen.

7.1.3 Hypothesen der Prozessevaluation in Bezug auf die summative Evaluation

Folgende Hypothesen sind in der summativen Evaluation in Bezug auf die Prozessdaten zu prüfen:

- 1) Untergruppen, in denen Program coverage und Program delivery besser ausfallen, zeigen größere Effekte.
- 2) Untergruppen, in denen die übrigen in der Prozessevaluation geprüften Daten bezüglich der Durchführung und Rahmenbedingungen besser ausfallen, weisen größere Effekte auf.

Die zusammengetragenen Daten und Ergebnisse der Prozessevaluation sind in Abschnitt 8 dargestellt. Die genannten Hypothesen der Prozessdaten in Bezug auf die summative Evaluation werden im Rahmen der summativen Evaluation geprüft. Die Ergebnisse hierzu sind im Abschnitt 9 dargestellt.

7.2 Summative Evaluation

Die summative Evaluation misst, welche Effekte sich durch die Maßnahmen im Rahmen des Projekts gezeigt haben. Sie ist folgendermaßen konzipiert:

7.2.1 Forschungsdesign der summativen Evaluation

Zur Evaluation des Projektes findet in jedem der drei Krankenhäuser vor und nach der Durchführung der Maßnahmen eine Datenerhebung statt. Das Grunddesign der Untersuchung ist also ein „Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan“ (vgl. Abschnitt 4.1.1.1). In einem solchen Design stellt die durchschnittliche Differenz der abhängigen Variablen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt den Indikator für die Wirkung der Intervention dar.

Auf diese Weise soll der Gesamterfolg der Intervention erhoben und somit die Frage beantwortet werden, ob die Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurden, insgesamt erfolgreich waren.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die interne Validität dieses Designs vielen Gefährdungen (Störeinflüsse, die in der Zeit der Intervention eine Veränderung bzw. Nicht-Veränderung bewirkt haben können) ausgesetzt ist. Tabelle 17 zeigt das Grunddesign der Untersuchung.

Tabelle 17: Untersuchungsdesign

1. Messzeitpunkt T1	Intervention	Umsetzungsphase / Wirkzeit	2. Messzeitpunkt T2
X	Ca. 1 Jahr		X

Zur Kontrolle möglicher Störeinflüsse und somit zur Steigerung der internen Validität wurde es angestrebt, eine Kontrollgruppe in die Untersuchung mit einzubeziehen, also einen „Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan“ umzusetzen (vgl. Abschnitt 4.1.1.1).

Dies war nur in Krankenhaus C möglich. In diesem Krankenhaus nehmen ausgewählte Pilotbereiche an den Maßnahmen teil und nicht das gesamte Krankenhaus. Aus diesem Grund gab es die Möglichkeit, einen zusätzlichen Bereich (die Gynäkologie) dafür zu gewinnen, sich als Kontrollgruppe zur Verfügung zu stellen, d.h. an den Befragungen teilzunehmen, ohne an den Maßnahmen im Rahmen der Intervention beteiligt zu werden.

In den beiden anderen Krankenhäusern war die Einbeziehung einer Kontrollgruppe nicht möglich, da in beiden Fällen das gesamte Krankenhaus an den Interventionen beteiligt wurde.

Bei dem Einsatz einer Kontrollgruppe muss beachtet werden, dass im vorliegenden Fall eine zufällige Zuteilung zu Interventions- und Kontrollgruppe nicht vorgenommen werden konnte. Eine Randomisierung liegt nicht vor. Es handelt sich also bei diesem Design um eine quasi-experimentelle Untersuchung.

Ein solches Design erfordert, dass die Ausgangswerte der Experimental- und der Kontrollgruppe auf Prätestäquivalenz geprüft werden, damit ausgeschlossen werden kann, dass mögliche Posttest-Unterschiede nicht schon vor Einführung des Treatments bestanden haben. Die stichprobenspezifischen „Startbedingungen“ sind die Referenzdaten, auf die sich treatmentbedingte Veränderungen beziehen. Weiter sollte in „Zwei-Gruppen-Pretest-

Posttest-Plänen“ das mögliche Auftreten experimenteller Mortalität berücksichtigt werden. Um ggf. dadurch auftretende systematische Selektionsfehler festzustellen und einer Gefährdung der internen Validität entgegenzuwirken, wird in dieser Untersuchung eine systematische Dropout-Analyse durchgeführt werden.

Zur weiteren Verbesserung der internen Validität – über eine Kontrollgruppe hinaus – sollen möglichst viele Daten zu Rahmenbedingungen des Projektes gesammelt werden, um Stör- bzw. Einflussgrößen zu identifizieren. Dies wird durch die in Abschnitt 7.1 beschriebene Prozessevaluation gewährleistet.

Da mehrere Einrichtungen an dem Projekt und somit auch an der Untersuchung teilnehmen, kann zusätzlich noch ein Vergleich zwischen den verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt werden. Sind mehr als zwei Vergleichsgruppen in einer Untersuchung vorhanden, erhöht dies die interne Validität der Untersuchung.

Den unterschiedlichen Größen der drei Krankenhäuser sowie den Unterschieden in der Zusammensetzung der Stichproben ist bei der Interpretation der Ergebnisse eines Vergleichs Rechnung zu tragen.

Der Vergleich der drei Krankenhäuser wird ebenfalls Aufschluss über die Generalisierbarkeit, also die externe Validität, der Ergebnisse geben.

7.2.2 Operationalisierung der Wirkung der Intervention

Die Operationalisierung der Maßnahmewirkung, also das Festlegen der Erfolgsvariablen (abhängigen Variablen) der Evaluation, wurde anhand zweier Kriterien durchgeführt. Zum einen sollten es Variablen sein, die explizit von den Interventionsmaßnahmen beeinflusst werden sollen. Zum andern wurden forschungstheoretische Gründe bei der Auswahl zugrunde gelegt.

Die Maßnahmen des Projektes haben zum Ziel, das Ausmaß an Mobbing zu verringern sowie mobbingbegünstigende Faktoren zu beeinflussen. Es mussten also Variablen, die aufgrund des Forschungsstandes als wichtige Einflussfaktoren für das Auftreten und das Ausmaß von Mobbing anzusehen sind, als Erfolgsvariablen herangezogen werden (vgl. hierzu Abschnitt 1.5).

7.2.2.1 Erfolgsvariablen der Evaluation

Aus diesen Überlegungen heraus ergaben sich folgende Faktorengruppen, die untersucht worden sind:

Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation

1. Aus der Literatur zum Forschungsstand über Mobbingursachen geht hervor, dass die Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation eine wichtigste Einflussgröße darstellt (vgl. Kapitel 1.5.1.2). Auch wenn die Arbeitsbedingungen nicht explizit durch die Maßnahmen des Projekts beeinflusst werden, erschien es wichtig und sinnvoll, sie mit zu erheben – zum einen, um den Einfluss auf die Entstehung von Mobbing untersuchen zu können, zum anderen, um zu überprüfen, ob die Arbeitsbedingungen über die Zeit konstant geblieben sind oder sich wohlmöglich verschlechtert haben.

Folgende Faktoren wurden in der Evaluation erhoben:

- Handlungsspielraum
- Partizipation
- Arbeitsorganisatorische Probleme
- Unsicherheit
- Zeitdruck
- Arbeitskomplexität

Zu den ausgewählten Variablen in Bezug auf Arbeitsbedingungen zählen zum einen Ressourcen in den Arbeitsbedingungen. Hier wurden Handlungsspielraum und Partizipation ausgewählt. Handlungsspielraum zeigte sich in mehreren Studien als mit Mobbing assoziiert (z.B. Einarsen et al., 1994; Zapf, 1999; Vartia, 1996). Die Variable Partizipation wurde ausgewählt, weil verschiedene Studien aufzeigen, dass z.B. Intransparenz von Entscheidungen, geringe Einflussmöglichkeiten und schlechter Informationsfluss Mobbing begünstigen. Partizipation, im Sinne von Einflussmöglichkeiten und Einbeziehung bei Entscheidungen, erscheint deshalb als eine wichtige Variable.

Weiter werden neben den Ressourcen Stressoren in den Arbeitsbedingungen erhoben. Hierzu zählen die Variablen arbeitsorganisatorische Probleme, Unsicherheit und Zeitdruck. Alle drei Variablen wurden in verschiedenen Studien als mit Mobbing assoziiert gefunden (z.B. Zapf, 1999; Vartia, 1996; Meschkutat et al, 2002).

Abschließend wurde auch die Gruppe der Anforderungen in den Arbeitsbedingungen durch die Variable Arbeitskomplexität berücksichtigt. Dahinter steht die Hypothese, dass bei steigenden Anforderungen in der Arbeit Mobbing wahrscheinlicher wird. Zapf et al. (1996) fanden in ihrer Studie Arbeitsanforderungen mit Mobbing assoziiert (in ihrer Studie waren die gemessenen Anforderungen Kooperationserfordernisse in der Arbeit).

Soziales Umfeld und Mobbing

2. Ob Mobbing entsteht, hängt zu einem großen Teil vom sozialen Umfeld ab, das in der entsprechenden Organisation/Unternehmung herrscht (vgl. Abschnitt 1.5.1.2).

Zu diesem Themenbereich wurden folgende Faktoren in der Evaluation erhoben:

- soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften
- soziale Unterstützung (durch Kollegen und Vorgesetzte)
- soziale Stressoren

Das soziale Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften wurde für die Evaluation ausgewählt, weil es sich hierbei um eine der wichtigsten Schnittstellen im Krankenhaus handelt, bei der die beiden größten im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen aufeinander treffen. Hier besteht ein hohes Konfliktpotenzial. Die Variable scheint gut dafür geeignet zu sein, einen wichtigen Teil des sozialen Klimas und den Umgang der Mitarbeiter untereinander abzubilden. Die Zufriedenheit mit dem sozialen Klima wurde in verschiedenen Studien als mit Mobbing assoziiert gefunden (z.B. Einarsen et al., 1994; Hoel & Cooper, 2000; Meschkutat et al., 2002).

Die soziale Unterstützung, durch Vorgesetzte und Kollegen, gilt als eine der wichtigsten sozialen Ressourcen. Im Hinblick auf Mobbing kommt ihr eine entscheidende Rolle zu. Wie bereits in Abschnitt 1.5.1.2 ausgeführt, kann Mobbing

nur dann entstehen, wenn es „geschehen lassen“ wird und sowohl die Führungskraft als auch Kollegen nicht intervenieren. Mit anderen Worten, das Mobbingopfer erfährt keinerlei soziale Unterstützung.

Studien belegen den Zusammenhang zwischen Mobbing und sozialer Unterstützung sowohl durch Kollegen wie auch durch Vorgesetzte (z.B. Zapf et al., 1996).

Das Ausmaß an sozialen Stressoren am Arbeitsplatz ist ein guter Indikator für das soziale Klima, das bei der Arbeit herrscht. Soziale Stressoren im Speziellen wie auch soziales Klima im Allgemeinen wurden in verschiedenen Studien als mit Mobbing assoziiert gefunden (z.B. Zapf et al., 1996; Willingstorfer et al., 2002; Jennifer et al., 2003; Einarsen et al., 1994).

3. Zu dieser thematischen Gruppe des sozialen Umfelds wird auch die Erfassung des Ausmaßes von Mobbing bzw. mobbingähnlichen Prozessen als die Hauptzielgröße der Intervention gerechnet.

Konfliktverhalten

- Mobbing entsteht, weil es geschehen lassen wird, weil Konflikte nicht adäquat gelöst werden können oder gar nicht angegangen werden. Die Ursachenforschung zu Mobbing weist auf diesen Sachverhalt hin (vgl. Abschnitt 1.5; vgl. auch Abschnitt 1.4.1 zu Mobbing aus konflikttheoretischer Sicht).

Zur Ermittlung des Konfliktverhaltens der Mitarbeiter wurden verschiedene Konfliktstile erhoben:

- Zusammenarbeit
- Kompromissbereitschaft
- Vermeidung
- Anpassung
- Machteinsatz

Beanspruchung bei der Arbeit

- Mobbing entsteht vor allem, wenn Personen am Arbeitsplatz unter hohem Druck stehen, wenn sie Stress haben, hoch beansprucht und vielleicht sogar frustriert sind. Ist eine solche Beanspruchungslage der Mitarbeiter erreicht, wird Mobbing immer wahrscheinlicher. Aggressionsschwellen werden herabgesetzt, für zeitraubende Nettigkeiten oder gar konstruktive Konfliktlösungen bleibt kaum noch Zeit (vgl. Salin, 2003a). Diese Hypothese wird zusätzlich dadurch untermauert, dass in vielen Studien Mobbing mit hoher Arbeitsbelastung assoziiert gefunden wurde (z.B. Einarsen et al., 1994; Hoel & Cooper, 2000; Agervold & Mikkelsen, 2004).

Um die Beanspruchung der Mitarbeiter bei der Arbeit zu ermitteln, wurden verschiedene Burnout-Variablen erhoben:

- Emotionale Erschöpfung
- Distanziertheit
- Hilflosigkeit
- Arbeitsüberdruß
- Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung

7.2.2.2 Verwendete Messinstrumente

Arbeitsbedingungen (ISTA, Semmer, Zapf & Dunckel, 1998)

Zur Erhebung der Arbeitsbedingungen wurden verschiedene Skalen des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA) in der Version 6.0 von Semmer, Zapf & Dunckel (1998) eingesetzt. Der ISTA ist ein bedingungsbezogenes Stressanalyseinstrument. Theoretisch basiert es auf der Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1998; Volpert, 1987) wie auch auf dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Die Auswahl der Skalen erfolgte aufgrund von theoretischen Überlegungen (s. Abschnitt 7.2.2.1). Es sollten sowohl Stressoren wie auch Ressourcen und Anforderungen in den Arbeitsbedingungen erfasst werden. Dabei wurde einbezogen, dass bestimmten Skalen des ISTA in Untersuchungen der Mobbing-Ursachenforschung ein Zusammenhang zu Mobbing nachgewiesen werden konnte (vgl. Zapf et al., 1996).

Die Stressoren Unsicherheit, Zeitdruck und arbeitsorganisatorische Probleme wurden erfasst. Da die Skala des ISTA für arbeitsorganisatorische Probleme in der Formulierung der Items nicht auf den Krankenhauskontext passte, wurde nur ein Item eingesetzt, um diesen Stressor zu erfassen: „Manchmal kann man nicht weiterarbeiten, weil Material, Informationen etc. fehlen. Wie oft tritt das bei Ihnen ein?“

Weiter wurden Arbeitskomplexität als Anforderung sowie Handlungsspielraum und Partizipation als Ressourcen erfasst.

Alle verwendeten Skalen des ISTA bestehen aus fünf Items und weisen ein fünfstufiges Antwortformat auf. Die Ausnahme bildet die Skala zu Partizipation. Sie besteht aus sieben Items.

Die Reliabilität der ISTA-Skalen lag in der Untersuchung bei einem Cronbachs α zwischen .71 und .87.

Soziales Umfeld

Zur Erhebung des sozialen Umfelds wurden verschiedene Instrumente eingesetzt.

Soziales Klima zwischen Pflegekräften und Ärzten/Ärztinnen (Büssing & Glaser, 1993)

Das soziale Klima zwischen Pflegekräften und Ärzten/Ärztinnen wurde mit Hilfe einer Skala aus dem Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH) von Büssing & Glaser (1993) gemessen. Die Skala besteht aus fünf Items mit einem vierstufigen Antwortformat (1 = „Stimme überhaupt nicht zu“; 2 = „Stimme eher nicht zu“; 3 = „Stimme eher zu“; 4 = „Stimme voll und ganz zu“). Ein Beispielitem lautet: „Bei der Arbeit auf dieser Station besteht zwischen den Pflegekräften und den Ärzten ein vertrauensvolles Verhältnis.“ Die Reliabilität dieser Skala lag in der Untersuchung bei Cronbachs α = .90 (zu beiden Messzeitpunkten).

Soziale Unterstützung (Caplan et al., 1975; angepasst nach Frese, 1987)

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen wurde durch die deutsche Version der „social support scales“ (Caplan et al., 1975; angepasst nach Frese, 1987) erfasst. Die Skala besteht aus acht Items und bezieht sich auf soziale Unterstützung zum einen durch Kollegen, zum anderen durch den direkten Vorgesetzten. Das Antwortformat ist vierstufig (1 = „gar nicht“; 2 = „wenig“; 3 = „ziemlich“; 4 = „völlig“). Ein Beispielitem lautet: „Wie sehr können Sie sich auf die folgenden Personen verlassen, wenn es in der Arbeit schwierig wird?“

Ihren direkten Vorgesetzten?; Die anderen Kollegen und Kolleginnen?“. Die Reliabilität dieser Skala lag in der Untersuchung bei einem Cronbachs α von .88 bzw. .91.

Soziale Stressoren (Frese & Zapf, 1987)

Weiter wurden soziale Stressoren mit einer Skala von Frese & Zapf (1987) erhoben. Die Qualität sozialer Beziehungen zu Kollegen und zum Vorgesetzten wird erfragt. Die Skala beinhaltet acht Items, die auf einer vierstufigen Antwortskala eingeschätzt werden (1 = „Trifft nicht zu“; 2 = „Trifft wenig zu“; 3 = „Trifft ziemlich zu“; 4 = „Trifft vollkommen zu“). Ein Beispielitem für die Qualität sozialer Beziehungen zu Kollegen lautet: „Mit einigen Kollegen/innen hat man oft Streit.“ Ein Beispielitem für die Qualität sozialer Beziehungen zum Vorgesetzten lautet: „Wenn ein Fehler passiert, findet der Vorgesetzte ihn immer bei uns, nie bei sich.“ Die Reliabilität dieser Skala lag in der Untersuchung bei einem Cronbachs α von .85 bzw. .86.

Mobbing (Pfaff, 2002)

Die Erhebung von Mobbing erfolgte mittels einer Skala von Pfaff (2002), bestehend aus fünf Items (z.B. „Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit“; „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror“) mit einer vierstufigen Antwortskala (1 = „Stimme überhaupt nicht zu“; 2 = „Stimme eher nicht zu“; 3 = „Stimme eher zu“; 4 = „Stimme voll und ganz zu“). Die Reliabilität dieser Skala zeigte in der Untersuchung ein Cronbachs α von .88 (zu beiden Messzeitpunkten).

Wie in Abschnitt 1.3.1.1 ausgeführt, hängt die gemessene Mobbinghäufigkeit von der jeweiligen eingesetzten Messmethode ab. Je weiter und ungenauer die vorgegebene Definition von Mobbing ist, desto höhere Mobbinghäufigkeiten werden in der Regel gefunden. Die in dieser Studie verwendete Methode gibt zwar Mobbinghandlungen vor und grenzt damit den Begriff ein, bezieht sich aber nicht auf die enge Mobbingdefinition nach Leymann (1993, 2002), bei der Mobbinghandlungen mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten auftreten müssen.

Mobbing wird in dieser Untersuchung gezielt nicht im engeren Sinne erhoben, sondern es wird eine Tendenz zu mobbingähnlichen Prozessen gemessen. Weit fortgeschrittene Mobbingfälle können durch primärpräventive Maßnahmen nicht mehr beeinflusst werden.

Konfliktverhalten (Groß & De Dreu, 2001)

Das Konfliktverhalten der Mitarbeiter wurde durch die deutsche Version des „Dutch test of conflict handling“ (Groß & De Dreu, 2001) erhoben. Der „Dutch test of conflict handling“ (DUTCH) stützt sich in seinem Konzept auf theoretische Arbeiten bezüglich der Bewältigungsstile in interpersonalen Konflikten von Follett (1940, zitiert nach DeDreu et al., 2001), Blake & Mouton (1964 zitiert nach DeDreu et al., 2001), Thomas (1976 zitiert nach DeDreu et al., 2001), Rahim (1983 zitiert nach DeDreu et al., 2001), Rahim & Magner (1995 zitiert nach DeDreu et al., 2001). Er erfasst fünf Konfliktbewältigungsstile, die entlang zweier Dimensionen differenziert werden:

- Berücksichtigung/Durchsetzung der eigenen Interessen und Bedürfnisse
- Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Gegenpartei

Je nach Ausprägung der beiden Dimensionen lassen sich fünf Konfliktstile unterscheiden:

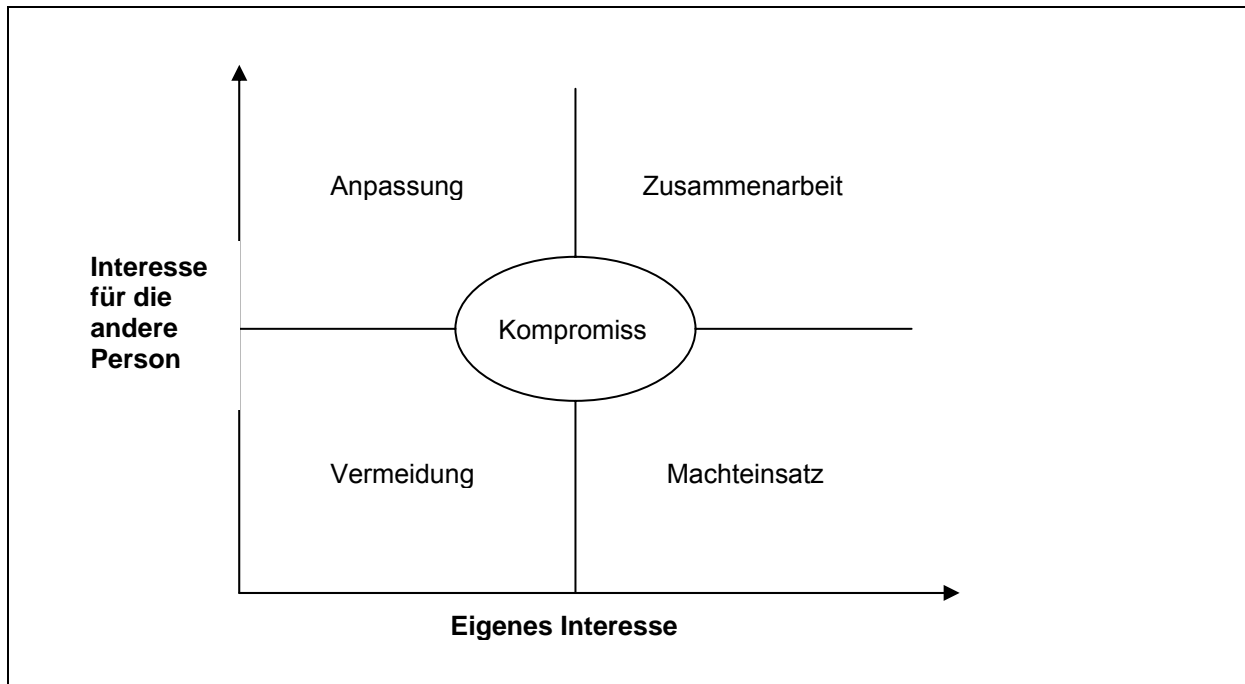


Abb.16: Zweidimensionales Modell der Bewältigungsstile in interpersonalen Konflikten

Vermeidung

Bei diesem Konfliktstil wird sowohl den eigenen wie auch den Interessen der Gegenpartei wenig Beachtung geschenkt. Man versucht dem Konflikt ganz aus dem Weg zu gehen. Dieser Konfliktstil ist durch Rückzug und Ausweichen charakterisiert.

Anpassung

Bei diesem Konfliktstil liegt eine hohe Ausprägung auf der Dimension „Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Gegenpartei“ vor. Die eigenen Interessen werden zurückgestellt. Die sich anpassende Person versucht die Unterschiede der beiden Parteien herunterzuspielen und betont nachdrücklich die Gemeinsamkeiten, um die Belange der anderen Partei zu befriedigen.

Machteinsatz

Dieser Konfliktstil ist gekennzeichnet durch geringe bis gar keine Beachtung der Interessen und Bedürfnisse der Gegenpartei. Die Durchsetzung der eigenen Interessen steht an erster Stelle. Dieser Bewältigungsstil steht in Zusammenhang mit einer Winlose-Orientierung bzw. mit Ausübungen von Zwang und Gewalt.

Kompromiss

Beide Dimensionen sind bei diesem Konfliktstil mittelstark ausgeprägt. Bei dem Versuch, eine Lösung für den Konflikt zu finden, die irgendwo in der Mitte liegt, müssen beide Parteien Zugeständnisse machen, gewinnen aber auch dabei. Der Bewältigungsstil steht in Zusammenhang mit „Geben und Nehmen“ oder Teilen, wobei beide Parteien etwas aufgeben, um eine gemeinsame, akzeptable Lösung zu finden.

Zusammenarbeit

Dieser Konfliktstil repräsentiert eine eigentliche Konfliktlösung. Er beinhaltet die Einbeziehung sowohl der eigenen wie auch der Interessen und Bedürfnisse der Gegenpartei. Durch eine konstruktive Zusammenarbeit wird eine integrative Lösung für den Konflikt gefunden, der den Interessen beider Parteien gerecht wird. Der Konfliktstil ist geprägt von Offenheit und Austausch von Informationen.

Die beschriebenen fünf Konfliktbewältigungsstile werden durch jeweils vier Items erfasst. Gefragt wird, wie man sich bei Konflikten am Arbeitsplatz verhält.

Ein Beispielitem für den Konfliktbewältigungsstil „Vermeidung“ lautet: „Ich versuche, eine Konfrontation mit der anderen Person zu vermeiden.“ Ein Beispielitem für den Konfliktbewältigungsstil „Anpassung“ lautet: „Ich gebe den Wünschen der anderen Partei nach.“ Ein Beispielitem für den Konfliktbewältigungsstil „Machteinsatz“ lautet: „Ich tue alles, um zu gewinnen.“ Ein Beispielitem für den Konfliktbewältigungsstil „Kompromiss“ lautet: „Ich betone, dass wir einen Mittelweg finden müssen.“ Ein Beispielitem für den Konfliktbewältigungsstil „Zusammenarbeit“ lautet: „Ich arbeite eine Lösung aus, die sowohl meinen eigenen als auch den Interessen der anderen Person so weit wie möglich dient.“

Die Antwortskala ist fünfstufig (1 = „niemals“; 2 = „selten“; 3 = „manchmal“; 4 = „regelmäßig“; 5 = „(fast) immer“). Die Reliabilitäten der Skalen lagen in der Untersuchung zwischen Cronbachs $\alpha = .60$ (Konfliktstil Anpassung) und $.81$ (Konfliktstil Zusammenarbeit).

Beanspruchung (HBI, Burisch, 1989)

Zur Erhebung der Beanspruchung der Mitarbeiter wurde das Hamburger Burnout Inventar (HBI) von Burisch (1989) eingesetzt. Dieses Instrument erfasst verschiedene Aspekte von Burnout. In dieser Untersuchung wurden die Skalen „emotionale Erschöpfung“, „Distanziertheit“, „Hilflosigkeit“, „Arbeitsüberdruß“ und „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“ eingesetzt. Die verwendeten Skalen haben unterschiedliche Längen. „Emotionale Erschöpfung“ und „Arbeitsüberdruß“ werden durch fünf Items gemessen, die Skalen „Distanziertheit“ und „Hilflosigkeit“ bestehen aus vier Items und „Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“ wird durch drei Items erfasst. Die Antwortskala ist siebenstufig (1 = „völlig unzutreffend“; 2 = „weitgehend unzutreffend“; 3 = „eher unzutreffend“; 4 = „weder-noch bzw. weiß nicht“; 5 = „eher zutreffend“; 6 = „weitgehend zutreffend“; 7 = „völlig zutreffend“). Die Reliabilitäten der Skalen lagen in der Untersuchung zwischen Cronbachs $\alpha = .70$ (Distanziertheit) und $.93$ (Emotionale Erschöpfung).

Tabelle 18 stellt die Messinstrumente und die aus ihnen verwendeten Subskalen, die zur Erfassung der genannten Faktorengruppen ausgewählt wurden, zusammenfassend dar.

Tabelle 18: Messinstrumente und Skalen der Evaluation

Messinstrumente	Eingesetzte Skalen (wenn es mehrere gibt)	Bereich, der damit erhoben wird
Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA); Version 6.0; Autoren: Semmer, N.; Zapf, D.; Dunckel, H.; 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit • Zeitdruck • Arbeitsorganisatorische Probleme • Arbeitskomplexität • Handlungsspielraum • Partizipation 	Arbeitsbedingungen (Teil 3)
Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH); Autoren: Büssing, A., Glaser, J; 1993	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Klima zwischen Pflegerkräften und Ärzten/Ärztinnen 	Soziales Umfeld (Teil 4)
Deutsche Version der „social support scales“; Autoren: Caplan et al.; 1975; (angepasst nach Frese, 1987)	Gesamte Skala	Soziales Umfeld (Teil 4)
Fragebogen zu sozialen Stressoren Autoren: Frese & Zapf; 1987	Gesamte Skala	Soziales Umfeld (Teil 4)
Fragebogen zur Erhebung von Mobbing; Autor: Pfaff, H.; 2002	Gesamte Skala	Soziales Umfeld (Teil 4)
Deutsche Version des Dutch Test of Conflict Handling (DUTCH); Autoren: Groß, C., De Dreu, C.K.W.; 2001	Gesamte Skala	Konfliktverhalten (Teil 5)
Hamburger Burnout Inventar (HBI); Autor: Burisch, M.; 1989	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Erschöpfung • Distanziertheit • Hilflosigkeit • Arbeitsüberdruß • Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung 	Beanspruchung bei der Arbeit (Teil 6)

Die Reliabilitäten aller in der Untersuchung verwendeten Skalen zu beiden Messzeitpunkten sind im Anhang zu finden.

7.2.3 Aufbau des Fragebogens

Bei der Zusammenstellung des Evaluations-Fragebogens wurde berücksichtigt, dass die Bearbeitungsdauer einen sinnvollen Rahmen nicht überschreitet, was neben einer praktischen Undurchführbarkeit zu Demotivation und Bearbeitungsfehlern auf Seiten der Befragten hätte führen können. Die Bearbeitungsdauer betrug ca. 20 Minuten.

Der Fragebogen, so wie er in der ersten Datenerhebung eingesetzt wurde, besteht aus acht Teilen:

1. **Anschreiben:** Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden an dieser Stelle persönlich angesprochen. Ihnen wird der Sinn und Zweck der Befragung erläutert und der Umgang mit dem Fragebogen erklärt.
2. **Kodierung:** Um die entsprechenden Fragebögen der Befragungen vor und nach den Interventionen einander zuordnen zu können bei gleichzeitiger Wahrung der Anonymität der Mitarbeiter/innen, ermittelt jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin, der/die den Fragebogen ausfüllt, ein persönliches Kodewort, das auf dem Fragebogen vermerkt wird.
3. **Arbeitsanalyse:** In diesem Abschnitt werden Fragen zur Arbeitstätigkeit gestellt. Der Fokus ist dabei auf durch die Arbeitstätigkeit bedingte Belastungen am Arbeitsplatz gerichtet, denn diese sind es, die Mobbing begünstigen (erhoben mit Skalen aus dem ISTA; s.o.).
4. **Soziales Umfeld:** In diesem Teil des Fragebogens wird ermittelt, wie sich das soziale Umfeld der Befragten bei der Arbeit gestaltet. Dieser Teil enthält u.a. die Skala zur Erfassung von Mobbing (erhoben mit TAA-KH, social support scales, Fragebogen zur sozialen Unterstützung und einer Mobbingskala; s.o.).
5. **Konfliktverhalten:** Dieser Teil des Fragebogens erfasst, wie die Mitarbeiter/innen mit Konflikten und Meinungsverschiedenheiten bei der Arbeit umgehen (erhoben mit dem DUTCH; s.o.).
6. **Beanspruchung bei der Arbeit:** In diesem Abschnitt des Fragebogens wird erhoben, wie stark die Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (emotional) beansprucht sind und von welcher Art diese Beanspruchungen sind (erhoben mit Skalen aus dem HBI; s. o.).
7. **Angaben zur Person:** In diesem Teil werden demografische Daten erhoben.
8. **Fragebogenevaluation:** Abschließend werden zwei Fragen dazu gestellt, wie die Befragten mit dem Fragebogen zurechtgekommen sind. Außerdem wird Platz für Anmerkungen zum Fragebogen zur Verfügung gestellt.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde der Fragebogen noch um folgenden inhaltlichen Bereich erweitert:

- 9. Angaben zum Projekt und den Maßnahmen:** In diesem Teil wurde erfragt, wie gut sich die Mitarbeiter über das Projekt informiert gefühlt haben, durch welche Medien sie informiert wurden, für wie wichtig sie das Projekt erachten und ob sie eine Veränderung in Bezug auf Konfliktmanagement und Mobbing durch das Projekt wahrgenommen haben. Außerdem wurde die direkte Teilnahme an einer Maßnahme des Projekts erfragt. Platz für Anmerkungen wurde ebenfalls gegeben (s. Abschnitt 7.1.2)

Der vollständige Evaluations-Fragebogen – zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt – befindet sich im Anhang.

7.2.4 Vortest des Fragebogens

Die Zusammenstellung des Evaluations-Fragebogens aus verschiedenen Messinstrumenten und einzelnen Skalen verschiedener Tests machte es aus methodischen Gründen notwendig, einen Vortest durchzuführen.

Mit diesem Vortest wurde statistisch, inhaltlich und formal überprüft, ob der Fragebogen in dieser Form zur Evaluation des Pilotprojektes zum Einsatz kommen konnte oder noch angepasst werden musste.

Der Vortest des Evaluations-Fragebogens wurde mit 35 Probanden aus verschiedenen Krankenhäusern in Hamburg (Krankenhausmitarbeiter: Ärzte, Pflegekräfte, sonstige Tätigkeit im Krankenhaus) im Januar 2004 durchgeführt.

Die Ergebnisse dieses „Vortests“ waren:

- Der Fragebogen wurde von den Probanden als „praktikabel“ eingestuft. Die Bearbeitungsdauer überschritt nur in Ausnahmefällen 20 Minuten.
- Die Verständlichkeit des Fragebogens wurde als gut bewertet. Es traten keine nennenswerten Schwierigkeiten bei den Probanden auf.
- Die Reliabilitäten der verschiedenen Unterskalen lagen zwischen .70 und .95, was als gut bis sehr gut bewertet werden kann.
- Durch die Abänderung eines Items der Mobbingkala (Umformulierung von „Ich bin an meinem Arbeitsplatz einem regelrechten Psychoterror ausgesetzt“ zu „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror“) konnte die Reliabilität dieser Skala, die zuvor bei einem unbefriedigendem Wert von .50 lag, auf einen Wert von .87 gesteigert werden.
- Auf den Hinweis von mehreren Probanden hin wurde die Reihenfolge der ISTA-Skalen abgeändert. Die neue Reihenfolge wurde als einfacher und verständlicher bewertet.

7.2.5 Zugang zum Feld und Datenerhebung

Die für die Evaluation des Pilotprojekts zu untersuchende Stichprobe setzt sich aus den Mitarbeitern der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zusammen. Als Methode wurde eine Mitarbeiterbefragung mittels eines Fragebogens gewählt.

Datenschutz und Abstimmung des Fragebogens mit den Krankenhäusern

Der Fragebogen, der zur Mitarbeiterbefragung in den drei Krankenhäusern eingesetzt werden sollte, wurde in den jeweiligen Projektgruppen der drei Häuser vorgestellt. In einem kurzen Schreiben wurde zusätzlich der Fragebogen in Bezug auf Aufbau, Konstruktion und Gütekriterien erläutert. Der Personal- bzw. Betriebsrat sowie auch die Mitglieder der Projektgruppen aller drei Krankenhäuser stimmten dem Fragebogen zu.

Zur Sicherung des Datenschutzes wurde jedem Krankenhaus ein formales Schreiben übergeben, in dem zugesichert wurde, dass die mit dem Fragebogen erhobenen Daten ausschließlich zur wissenschaftlichen Überprüfung des Erfolges der Maßnahmen verwendet und absolut anonym und streng vertraulich behandelt werden. Weiter enthielt das Schreiben die Angabe, dass die Original-Fragebögen, nachdem die Daten zur Auswertung übertragen wurden, vernichtet werden und eine Verwendung der Daten im Falle einer Veröffentlichung ausschließlich in anonymisierter Form erfolgt.

Datenerhebung/Mitarbeiterbefragung

Die Datenerhebung erfolgte mittels des oben beschriebenen Fragebogens.

Die Frage des Vorgehens bei der Datenerhebung, also der Verteilung der Fragebögen an die Mitarbeiter, ist von großer Relevanz. Es ist wichtig, ein hohes Commitment seitens der Mitarbeiter zu erreichen, um einen aussagekräftigen Rücklauf zu erreichen.

In zwei der drei Krankenhäuser (Krankenhaus A und C) wurden die Fragebögen vom Autor selbst an die Mitarbeiter verteilt, mit dem Ziel, den Rücklauf zu steigern. Es wurden Termine mit den Mitarbeitern vereinbart. Im Pflegedienst waren das die Übergaben zwischen zwei Schichten, im ärztlichen Bereich die Besprechungstermine der Ärzte, zumeist die Frühbesprechungen. Mit den Mitarbeitern aus sonstigen Tätigkeitsbereichen konnten losgelöst vom Tagesablauf im Krankenhaus Termine festgelegt werden. Dies geschah mit Reinigungskräften, Verwaltung, Labor, Physiotherapie, Apotheke, Telefondienst / Empfang, Archiv, Ambulanz und Technik, also allen übrigen Berufs- und Tätigkeitsgruppen.

In den Terminen wurden eine kurze Information über das Projekt gegeben und dann die Fragebögen mit Umschlägen ausgeteilt. Wenn es möglich war, haben die anwesenden Mitarbeiter den Fragebogen sofort ausgefüllt und im verschlossenen Umschlag an den Autor übergeben. Für diejenigen Mitarbeiter, die nicht bei dem jeweiligen Termin anwesend sein konnten, wurden entsprechend Fragebögen und Umschläge hinterlegt. Bei jedem Termin wurde eine verantwortliche Person bestimmt, die die Aufgabe übernahm, an die fehlenden Personen die Fragebögen auszuteilen und sie über das Projekt zu informieren. Die später ausgefüllten Fragebögen wurden bei neutralen Institutionen des Krankenhauses gesammelt und von dort an die Autorin geschickt – in einem Fall war das der personalärztliche Dienst (Krankenhaus C), im anderen Fall die Seelsorge (Krankenhaus A). Die Datenerhebung in diesen zwei Krankenhäusern fand auf die gleiche Art und Weise zum ersten wie zum zweiten Messzeitpunkt statt.

In dem dritten Krankenhaus (Krankenhaus B) konnte aufgrund seiner Größe und Mitarbeiterzahl das oben beschriebene Vorgehen nicht durchgeführt werden. In diesem Haus wurde von der Autorin zum ersten Messzeitpunkt eine Informationsveranstaltung für alle Führungskräfte durchgeführt, auf der das Projekt, der wissenschaftliche Hintergrund und die Maßnahmen vorgestellt wurden. Den Führungskräften wurden für ihren jeweiligen Bereich / ihre jeweilige Abteilung die Fragebögen mit Umschlägen für ihre Mitarbeiter mitgegeben. Die ausgefüllten Bögen wurden beim Betriebsrat gesammelt und von dort an die Autorin geschickt. Zum zweiten Messzeitpunkt übernahmen die Mitglieder der

Konfliktberatungsstelle das Austeilen der Fragebögen an die Mitarbeiter. Die ausgefüllten Bögen wurden wieder vom Betriebsrat gesammelt und verschickt.

Frage der Anonymität

Die Anonymität der Fragebögen wurde durch verschiedene Maßnahmen geschützt: Der Kode, der von jedem Mitarbeiter individuell ermittelt und in den Fragebogen eingetragen wurde, diente dazu, die Fragebögen vom ersten und zum zweiten Messzeitpunkt einander zuordnen zu können und gleichzeitig die Anonymität des einzelnen Mitarbeiters aufrechtzuerhalten. Der Kode wurde aus folgenden Angaben ermittelt:

- a) der Anfangsbuchstabe des Geburtsortes
- b) die Anzahl der Geschwister
- c) zweiter Buchstabe des Vornamens der Mutter
- d) die letzte Ziffer des eigenen Geburtsjahres
- e) der letzte Buchstabe des Mädchennamens der Mutter

Weiter wurde mit jedem Fragebogen immer auch ein Din-A4 Umschlag ausgeteilt. Nach dem Ausfüllen des Bogens sollte dieser in den Umschlag gesteckt und zugeklebt werden. Nach der Sammlung der Bögen in den einzelnen Krankenhäusern wurden diese in den geschlossenen Umschlägen an die Universität Hamburg verschickt. Somit konnte gewährleistet werden, dass außer dem Evaluator niemand die Originalbögen einsehen konnte. Die Sammlung der Bögen an möglichst neutralen Stellen des Krankenhauses (Betriebsrat, Seelsorge und personalärztlicher Dienst) wurde gewählt, um Ängsten der Mitarbeiter, aufgrund ihrer Angaben in den Bögen Nachteile zu erfahren, vorzubeugen. Hinzu kam, dass eine Auswertung für Untergruppen, die kleiner als 30 Personen waren, nicht durchgeführt wurde.

Mehrere Mitarbeiter zweifelten dennoch die Anonymität der Befragung an. Die Ängste der Mitarbeiter waren in Teilen sehr hoch, durch negative Einschätzungen in den Fragebögen Nachteile an ihrem Arbeitsplatz zu bekommen.

7.2.6 Hypothesen der summativen Evaluation

Zum Abschluss der Darstellung der Konzeption der summativen Evaluation sollen nun die Hypothesen vorgestellt werden, die in dieser Arbeit untersucht werden sollen. Folgende Hypothesen werden in Bezug auf die Intervention aufgestellt und sind in der Evaluation zu prüfen:

- 1. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung des Ausmaßes an Mobbing in den Krankenhäusern.**
- 2. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung des Ausmaßes an mobbingbegünstigenden Faktoren in den Krankenhäusern. Im Einzelnen wird angenommen:**
 - 2.1. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verbesserung des sozialen Klimas in den Krankenhäusern.
 - 2.2. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verbesserung der von den Mitarbeitern der Krankenhäuser eingesetzten Konfliktstile.
 - 2.3. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung der Beanspruchung der Mitarbeiter.

Eine Veränderung der Arbeitsbedingungen durch die Maßnahmen wird nicht angenommen, da die im Rahmen des Projekts durchgeführten Interventionen nicht darauf abzielten.

3. Es bestehen gruppenspezifische Effekte.

- 3.1. Die drei Krankenhäuser unterscheiden sich in der Effektivität der Maßnahmen.
- 3.2. Die Berufsgruppen unterscheiden sich in der Effektivität der Maßnahmen.
- 3.3. Die Interventionsgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe.
- 3.4. Es bestehen Unterschiede in der Effektivität der Maßnahmen zwischen den Personen, die direkt an einer Maßnahme teilgenommen haben, und denen, die nicht direkt an einer Maßnahme teilgenommen haben. Personen, die direkt teilgenommen haben, zeigen höhere Effekte.

Zusätzliche explorative Fragestellungen bzw. Zielsetzungen sind:

- Feststellung der Höhe der Mobbinghäufigkeit in der untersuchten Stichprobe
- Beschreibung der Arbeitsbedingungen in der untersuchten Stichprobe
- Beschreibung der Qualität des sozialen Umfelds in der untersuchten Stichprobe
- Beschreibung des Konfliktverhaltens der Mitarbeiter in der untersuchten Stichprobe
- Beschreibung der Beanspruchungssituation der Mitarbeiter in der untersuchten Stichprobe

Die Ergebnisse in Bezug auf die vorgestellten Hypothesen werden in Abschnitt 9 dargestellt.

8. Ergebnisse Prozessevaluation

8.1 P1 Zielgruppenanalyse

Die Überprüfung der Erreichung der Zielgruppe brachte folgendes Ergebnis:

8.1.1 Schulung der Führungskräfte

In den Führungskräftebildungen wurde ein Prozentanteil von 57,92% der Führungskräfte geschult. Es wurden also nur etwas mehr als der Hälfte der Personen geschult, die eigentlich geschult werden sollten.

Betrachtet man die Prozentzahlen für die drei Krankenhäuser getrennt, so zeigen sich große Unterschiede. In Krankenhaus A ist es gelungen, einen sehr hohen Prozentanteil der Führungskräfte zu schulen, während in den beiden anderen Häusern eher unbefriedigende Werte erreicht wurden. Krankenhaus C weist sogar einen Prozentanteil von nur 42,31% der geschulten Führungskräfte auf.

Das Gesamtergebnis kann nicht als befriedigend bewertet werden.

Tabelle 19 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 19: SOLL-IST-Abgleich der geschulten Führungskräfte

	Gesamt	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
SOLL	183	49	82	52
IST	106	41	43	22
Prozentanteil der geschulten FK	57,92%	83,67%	52,44%	42,31%

Wird der Anteil der geschulten Führungskräfte nach Berufsgruppen aufgeschlüsselt betrachtet, fällt auf, dass vor allem die Gruppe der Ärzte in den Schulungen unterrepräsentiert war. Nur in Krankenhaus A ist es gelungen, das ärztliche Personal zu einem hohen Anteil an den Schulungen zu beteiligen. In diesem Krankenhaus nahmen sogar alle Chefärzte bis auf eine Ausnahme an der Schulung teil.

Weiter kann festgehalten werden, dass die beiden Hauptberufsgruppen im Krankenhaus – Ärzte und Pflegekräfte – im Vergleich zu Verwaltungsangestellten und Mitarbeitern sonstiger Tätigkeit geringer in den Führungskräftebildungen vertreten waren.

Tabelle 20 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 20: Anteil geschulter Führungskräfte – Berufsgruppen

	Gesamt	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
Ärzte	39,58% (19 von 48)	78,57% (11 von 14)	41,67% (5 von 12)	13,64% (3 von 22)
Pflege	56,04% (51 von 91)	92,31% (12 von 13)	44,83% (26 von 58)	65,00% (13 von 20)
Verwaltung	70,59% (12 von 17)	70,00% (7 von 10)	100% (4 von 4)	33,33% (1 von 3)
Sonstige Tätigkeit	88,89% (24 von 27)	91,67% (11 von 12)	100% (8 von 8)	71,43% (5 von 7)

Die niedriger liegende Repräsentanz der Ärzte und Pflegekräfte in den Schulungen kann mit der Tatsache erklärt werden, dass sich die Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppen deutlich von denen der übrigen im Krankenhaus beschäftigten Personen unterscheiden.

Ärzte und Pflegekräfte sind für die Versorgung der Patienten zuständig und in Schicht und Dienstpläne fest eingebunden. Folglich ist es schwerer, für 1,5 Tage aus dem festen Tagesablauf herauszugehen. Es erfordert zumindest einen Planungsaufwand.

Von Personen dieser Berufsgruppen wurde im Projekt berichtet, dass eine Freistellung für die Schulungen schwierig zu erreichen war. So kam es auch zu erheblichen Schwierigkeiten: Einige Personen dieser Berufsgruppen mussten die Schulungen sehr kurzfristig absagen, wurden wegen Notfällen aus der Schulung herausgeholt oder konnten nicht an allen Tagen an der Schulung teilnehmen.

Die stark eingeschränkte Teilnahmemöglichkeit dieser Berufsgruppen war jedoch nicht in allen Krankenhäusern gleichermaßen zu beobachten, wie es auch die Zahlen widerspiegeln. Im Krankenhaus A gab es kaum Probleme. Dies lässt darauf schließen, dass bei einer entsprechenden Arbeitsorganisation auch diese Berufsgruppen ohne Probleme für eine längere Zeit (1,5 Tage) freigestellt werden können. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine hohe Bereitschaft und Motivation, dies auch gewährleisten zu wollen. Tragen höhere

Vorgesetzte (z.B. Chefärzte), Kollegen und Krankenhausleitung den für eine Freistellung der Mitarbeiter nötigen Aufwand nicht mit, wird es auch nicht möglich sein.

An den Nachbereitungssitzungen mit der Dauer von einem halben Tag, die ca. ein halbes Jahr nach der 1,5-tägigen Schulung stattfanden, nahm nur eine geringere Anzahl an Führungskräften teil. Die Dropout - Rate betrug insgesamt 32,08%. Aber auch hier gab es wieder Unterschiede zwischen den drei Krankenhäusern. Krankenhaus C weist den stärksten Ausfall von Führungskräften auf mit einer Rate von 45,45%.

Tabelle 21 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 21: Dropout - Rate in den Führungskräftebildungen

	Gesamt	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
Dropout - Rate	32,08% (34 Personen nahmen nicht mehr teil)	31,71% (13 Personen nahmen nicht mehr teil)	25,58% (11 Personen nahmen nicht mehr teil)	45,45% (10 Personen nahmen nicht mehr teil)

Die Nachbereitungssitzungen waren darauf ausgerichtet, den Transfer der Führungskräftebildungen zu sichern. Der hohe Ausfall an Teilnehmern in den Nachbereitungssitzungen zeigt auf, dass dieses Ziel nicht in geplantem Maße umgesetzt werden konnte.

Nur in Krankenhaus A wurde die Führungskräftebildung als Pflichtseminar für jede Führungskraft umgesetzt, mit dem Ergebnis, dass auch ein sehr hoher Anteil aller Führungskräfte geschult wurde.

In den beiden anderen Krankenhäusern ist es nicht gelungen, die Führungskräftebildung zur Pflicht für alle Führungskräfte zu machen, obwohl dies in den Projektgruppen ursprünglich so beschlossen wurde. Die Gründe hierfür sind nicht klar ersichtlich. Zu beobachten war eine geringe Unterstützung durch den ärztlichen Bereich. Die Chefärzte und/oder die ärztlichen Direktoren der beiden Häuser haben das Projekt nicht bzw. nur wenig unterstützt.

8.1.2 Ausbildung der Konfliktberater

In Krankenhaus A und Krankenhaus B wurden Konfliktberater für die dort neu gegründeten Konfliktberatungsstellen ausgebildet. Es sollten je sechs Mitarbeiter der Krankenhäuser geschult werden. Ziel war es, möglichst jede Berufsgruppe im Krankenhaus durch einen Vertreter zu repräsentieren und die sechste Stelle mit einem externen Mitarbeiter zu besetzen.

In beiden Krankenhäusern wurden wie geplant sechs Personen zu Konfliktberatern ausgebildet. Die betreffenden Personen nahmen geschlossen an allen Ausbildungssitzungen teil. Das Ziel, jede Berufsgruppe und eine externe Person durch die Konfliktberater zu repräsentieren, wurde erreicht.

In Krankenhaus A wurden folgende Personen ausgebildet:

- Oberarzt (ärztliches Personal)
- Fachärztin (ärztliches Personal)

- Mitarbeiter der Physiotherapie (sonstige Tätigkeit)
- Stationsleiterin (Pfleger)
- Seelsorgerin (Externe)
- Pädagogin im Sozialdienst (sonstige Tätigkeit)

Im Krankenhaus B wurden folgende Personen ausgebildet:

- Facharzt (ärztliches Personal)
- Sekretärin Betriebsrat (sonstige Tätigkeit)
- Seelsorger (Externer)
- Krankenschwester (Pfleger)
- Krankenschwester (Pfleger)
- Krankenpfleger (Pfleger)

Im Krankenhaus A schied eine Person (Pädagogin im Sozialdienst) nach der Ausbildung zur Konfliktberaterin aus ihrem Arbeitsverhältnis aus. Es wurde keine weitere Person ausgebildet, so dass zurzeit im Krankenhaus A nur fünf Konfliktberater tätig sind.

8.1.3 Ausbildung der Konfliktlotsen/Ansprechpartner

Im Krankenhaus C wurden Konfliktlotsen als Ansprechpartner für Arbeitsplatzkonflikte geschult. Das „Konzept zum Einsatz der Ansprechpartner bei Konflikten“, das von der Projektgruppe beschlossen wurde, sah Folgendes vor:

„Für die drei von der Projektgruppe ausgewählten Pilotbereiche (Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie und Kardiologie) werden Ansprechpartner benannt, und zwar für jeden Pilotbereich für jede dort vertretene Berufsgruppe (z.B. Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Hauswirtschaft) mindestens ein Ansprechpartner. Wenn mehr als 30 Mitarbeiter einer Berufsgruppe in dem Pilotbereich arbeiten, sollten mindestens zwei Ansprechpartner benannt werden, wenn mehr als 60 Mitarbeiter einer Berufsgruppe dort arbeiten, mindestens drei Ansprechpartner.“

Tabelle 22 zeigt im Überblick die Anzahlen der Konfliktlotsen, die pro Bereich und Berufsgruppe geschult worden sind, verglichen mit den Soll-Werten, die sich aus den Mitarbeiterzahlen der Bereiche ableiten.

Tabelle 22: Anzahl der ausgebildeten Konfliktlotsen

	Ärzte	Pflege	Sonstige Tätigkeit
Unfallchirurgie	- (1)	1 (3)	1 (1)
Allgemeinchirurgie	1 (2)	3 (3)	1 (2)
Kardiologie	1 (1)	4 (3)	1 (2)

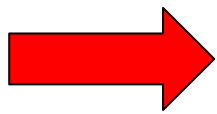
In Klammern stehen die Soll-Werte

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, konnten die Soll-Werte nicht immer erreicht werden. Die Pflege in der Allgemeinchirurgie und in der Kardiologie, der ärztliche Bereich in der Kardiologie sowie die sonstige Tätigkeit in der Unfallchirurgie sind zufrieden stellend abgedeckt worden. In der Unfallchirurgie wurden hingegen kein Arzt und zu wenig Pflegekräfte geschult. In der Allgemeinchirurgie, die über 34 Ärzte verfügt, hätte dem Konzept folgend noch ein zweiter Arzt zum Konfliktlotsen ausgebildet werden müssen.

Ebenfalls fehlt sowohl in der Allgemeinchirurgie als auch in der Kardiologie jeweils eine Person im Bereich der sonstigen Tätigkeit.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der sonstigen Tätigkeit in allen drei Bereichen kritisch zu sehen ist, da in ihr verschiedene Berufsgruppen zusammengefasst werden (z.B. Hauswirtschaft, Physiotherapie, Labor etc.). In der Unfallchirurgie wurde eine Person aus der Hauswirtschaft geschult, in der Allgemeinchirurgie eine Physiotherapeutin und in der Kardiologie eine Medizinisch-Technische Assistentin. Nicht alle Berufsgruppen, die unter sonstigen Tätigkeiten zusammengefasst wurden, sind also durch einen eigenen Ansprechpartner vertreten.

8.1.4 Fazit zur Zielgruppenanalyse



Die Zielgruppe wurde in den Führungskräftebildungen nicht zufrieden stellend erreicht. Mit Ausnahme eines Krankenhauses liegen die Zahlen nur bei etwa 50% geschulter Führungskräfte. Die wichtige Berufsgruppe der Ärzte ist in Teilen sehr stark unterrepräsentiert. Auch die Berufsgruppe der Pflege kann nicht als zufrieden stellend erreicht angesehen werden.

In der Ausbildung der Konfliktberater wurde die Zielgruppe sehr gut erreicht. Es sind keine IST-SOLL-Abweichungen festzustellen.

In der Ausbildung der Konfliktlotsen wurde nicht in allen Bereichen eine ausreichende Anzahl an Personen bezogen auf die jeweils zu vertretenden Berufsgruppen geschult. Auch hier war die Berufsgruppe der Ärzte unterrepräsentiert.

Bei einer nicht befriedigenden Erreichung der Zielgruppe, wie sie bei den Führungskräftebildungen und in geringerem Ausmaß auch bei der Ausbildung der Konfliktlotsen zu beobachten ist, muss mit Einbußen in den Effekten der Intervention gerechnet werden.

8.2 P2 Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung

Die Überprüfung der Übereinstimmung zwischen Planung der Interventionen und deren tatsächlicher Durchführung brachte folgendes Ergebnis:

8.2.1 Führungskräftebildungen

Die Führungskräftebildungen wurden inhaltlich genau so durchgeführt, wie es geplant war. Es konnten inhaltlich keine Abweichungen festgestellt werden.

Die vorgesehene Schulungsdauer der Führungskräftebildungen betrug insgesamt 2 Tage – 1,5 Tage Schulung + ½ Tag Nachbereitungssitzung. Dies entspricht einer Dauer von insgesamt 12 Std. Alle Führungskräftebildungen in allen drei Krankenhäusern wurden in diesem zeitlichen Umfang durchgeführt. Jedoch nahmen nicht alle Führungskräfte über die gesamte Dauer teil (s. Abschnitt 8.1.1).

Tabelle 23 gibt Auskunft über die durchschnittliche Schulungsdauer pro Teilnehmer.

Tabelle 23: Durchschnittl. Dauer der Führungskräftebildungen pro Teilnehmer

	Gesamt	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
SOLL	12 Std.	12 Std.	12 Std.	12 Std.
IST	11,04 Std.	11,05 Std.	11,23 Std.	10,64 Std.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, weist das Krankenhaus C die geringste durchschnittliche Schulungsdauer pro Teilnehmer auf.

Die Führungskräftebildungen waren für Krankenhaus A am 10.11.2004, für Krankenhaus B am 18.01.2005 und für Krankenhaus C am 17.01.2005 jeweils mit der letzten Nachbereitungssitzung abgeschlossen.

8.2.2 Ausbildung der Konfliktberater

Die Ausbildung der Konfliktberater wurde inhaltlich genau so durchgeführt, wie es geplant war. Es gab keine inhaltlichen Änderungen der Schulung.

Die vorgesehene Ausbildungsdauer betrug insgesamt 8 Tage – einmal 4 Tage und zweimal 2 Tage. Das Training wurde wie geplant in diesem zeitlichen Umfang abgehalten. Krankenhaus A und Krankenhaus B wurden gemeinsam geschult, d.h. die Mitglieder der Konfliktberatungsstellen beider Häuser haben zusammen an der Ausbildung teilgenommen und hatten so die Möglichkeit, über die Grenzen ihres Krankenhauses hinaus voneinander zu lernen und Erfahrungen auszutauschen.

Über die geplante Ausbildung von 8 Tagen hinaus wurden zusätzlich noch drei Supervisionstreffen (je 1 Tag) abgehalten. Auch hier trafen sich die Mitglieder der Konfliktberatungsstellen des Krankenhauses A und B wieder gemeinsam.

Die Ausbildung der Konfliktberater wurde Ende 2004 abgeschlossen. Die zusätzlichen Supervisionstreffen fanden 2005 statt.

8.2.3 Ausbildung der Konfliktlotsen/Ansprechpartner

Die Ausbildung der Konfliktlotsen wurde inhaltlich genau so durchgeführt, wie es geplant war. Es gab keine inhaltlichen Änderungen der Schulung.

Die geplante Ausbildungsdauer für die Konfliktlotsen betrug ursprünglich 7 Tage, verteilt auf fünf Zeitpunkte (2 zweitägige Seminare, 3 Nachbereitungs- bzw. Supervisionstage). Die Ausbildung erfolgte letztendlich an 8 Tagen – einmal 2 Tage und sechsmal 1 Tag.

Die veränderte Durchführung der Konfliktlotseausbildung geht auf organisatorische Schwierigkeiten des Krankenhauses C zurück:

Keiner der Teilnehmer hat an allen Sitzungen teilgenommen. Freistellungsprobleme waren der Hauptgrund für dieses Phänomen. Vier Personen haben die Ausbildung begonnen, aber nicht abgeschlossen bzw. sind von dem Posten als Konfliktlotse zurückgetreten. Für diese Personen sind andere nachnominiert worden, haben also zu einem späteren Zeitpunkt die Ausbildung überhaupt erst begonnen. Um unter diesen Umständen zumindest eine in groben Zügen gleichwertige Ausbildung aller Konfliktlotsen gewährleisten zu können, musste eine Sitzung zusätzlich abgehalten werden.

Die durchschnittliche Schulungsdauer pro Teilnehmer spiegelt die schwierigen Verhältnisse wider (Tabelle 24).

Tabelle 24: Durchschnittl. Dauer der Konfliktlotsenausbildung pro Teilnehmer

	Krankenhaus C
SOLL	64 Std.
IST	39,11 Std. (von 24 Std. bis 56 Std.)

Die letzte Sitzung der Konfliktlotsenausbildung fand am 30.08.2005 statt. Geplant war der Abschluss der Ausbildung für Ende 2004 / Anfang 2005. Zu dieser großen Diskrepanz kann es zum einen aus den oben beschriebenen Gründen, dass neue Teilnehmer erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Ausbildung dazustießen und generell Schwierigkeiten bestanden, Termine zu finden, an denen möglichst viele der beteiligten Personen freigestellt werden konnten. Zum anderen entstand eine längere Pause zwischen den Ausbildungssitzungen, weil sich die Beauftragung der Konfliktberater als sehr schwierig erwies und zu enormen Verzögerungen führte.

Die Bekanntmachung der Konfliktlotsen ist bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht hinreichend erfolgt. Als einzige Maßnahme der Öffentlichkeitsarbeit erschien ein kurzer Artikel im Oktober 2005 in der klinikinternen Zeitung. Dies war weit hinter dem Zeitpunkt der zweiten Mitarbeiterbefragung, die im Juni 2005 erfolgte.

8.2.4 Wirkzeit der Maßnahmen

Wie in Abschnitt 6.3 beschrieben, sah der zeitliche Ablauf des Projekts eine Umsetzungsphase der Interventionen von ca. ½ Jahr vor. Das setzte voraus, dass die Maßnahmen bis Ende 2004 / Anfang 2005 abgeschlossen sein mussten. Wie in den Abschnitten 8.2.1 bis 8.2.3 beschrieben, traf dies nicht auf alle Maßnahmen zu.

Die Führungskräftebildungen konnten im Januar 2005 abgeschlossen werden, und die Ausbildung der Konfliktberater endete im Dezember 2004. Für diese beiden Maßnahmen gibt es zwar leichte Unterschiede zwischen den Krankenhäusern, aber eine akzeptable Wirkzeit konnte gewährleistet werden.

Dies trifft nicht auf die Ausbildung der Konfliktlotsen im Krankenhaus C zu. Hier fand die letzte Schulungssitzung im August 2005 statt, also 2 Monate nach! der zweiten Datenerhebung. Eine Wirksamkeit dieser Maßnahme, die in der Evaluation festgestellt werden kann, ist also auszuschließen.

Abb. 17 zeigt die Wirkzeiten der Maßnahmen im Überblick.

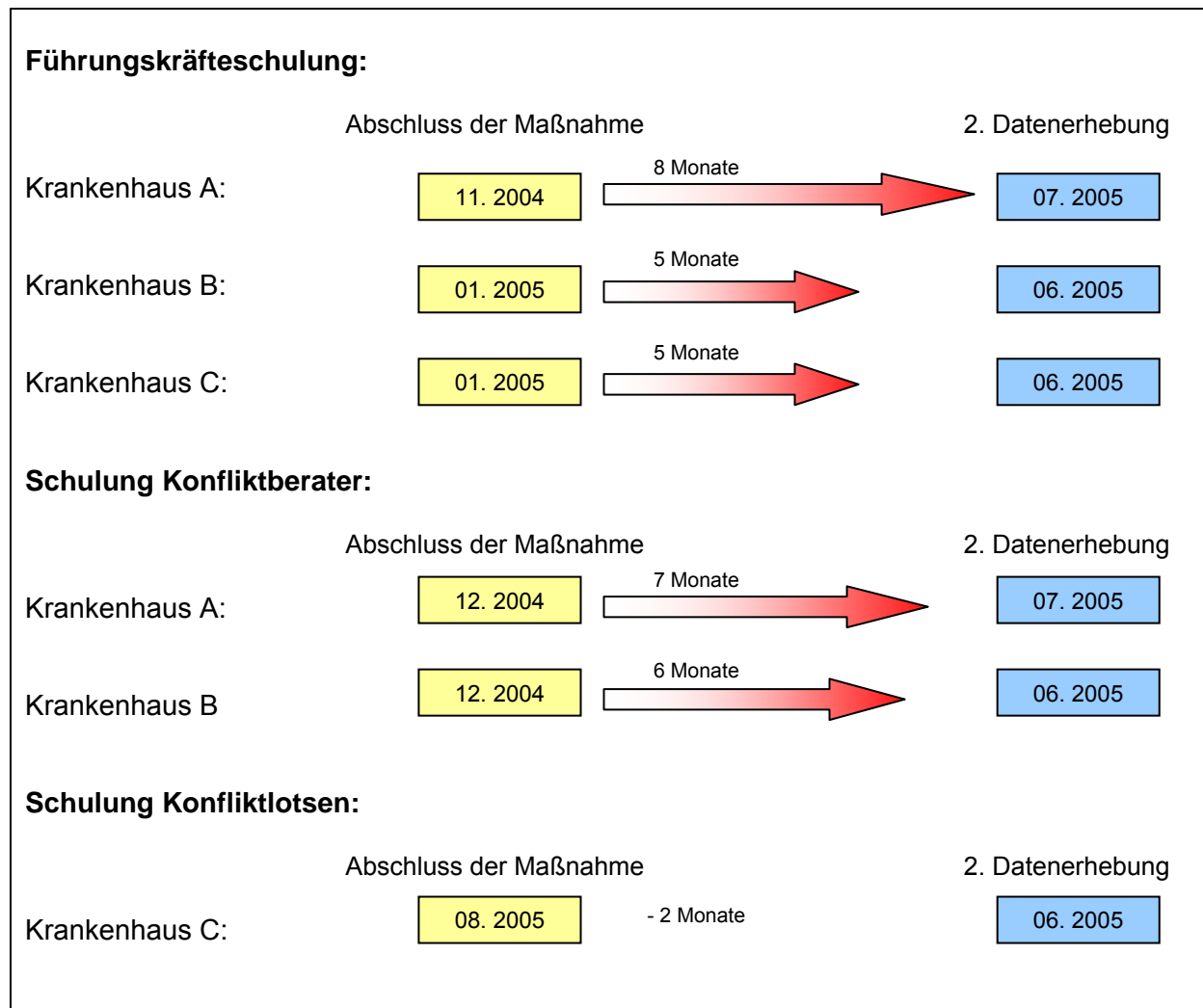
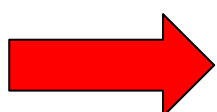


Abb.17: Wirkzeiten der Maßnahmen

8.2.5 Fazit zur Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung



Inhaltlich gab es keine Abweichungen zwischen der Durchführung der einzelnen Maßnahmen und ihrer ursprünglichen Planung. Es wurden keine Trainings- oder Programminhalte geändert.

Die Ausbildung der Konfliktberater lief sehr gut ab. Es fanden sogar mehr Sitzungen als geplant statt, was die Qualität und Intensität der Ausbildung noch erhöht hat.

Dem gegenüber stehen größere Abweichungen, die sich zwischen der geplanten und tatsächlichen Ausbildungsdauer pro Teilnehmer zeigten, und zwar in den Führungskräftebildungen kleineren Ausmaßes (im Durchschnitt bis zu 1,36 Std. weniger), in der Ausbildung der Konfliktlotsen sogar in erheblichem Umfang (im Durchschnitt 24,89 Std. weniger!).

Betrachtet man die Art der Abweichung zwischen Planung und Durchführung der Maßnahmen, so lässt sich ableiten, dass die Führungskräfte und vor allem die Konfliktlotsen nicht so intensiv geschult wurden, wie es geplant war. Bei der Interpretation der Effekte dieser Maßnahmen muss diesem Punkt Rechnung getragen werden.

Die gemessene Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen ist ebenfalls von einer Umsetzungs- und Wirkzeit abhängig, die den Maßnahmen folgen muss. Die Führungskräfte müssen ihr

Verhalten im Alltag umsetzen, Konfliktberater und Konfliktlotsen müssen ihre Arbeit aufnehmen, ehe sich im gesamten Krankenhaus für alle Beschäftigten eine wahrnehmbare Veränderung einstellt. Die Wirkzeiten der einzelnen Maßnahmen unterschieden sich. Dem ist in der Interpretation der Ergebnisse Rechnung zu tragen. Im Krankenhaus C kann für die Maßnahme der Schulung der Konfliktlotsen keine nachweisbare Wirksamkeit angenommen werden.

8.3 P3 Evaluation der einzelnen Führungskräfte Schulungen

Die Führungskräfte haben am Ende der 1,5-tägigen Schulung einen Fragebogen ausgefüllt, in dem die Qualität der Veranstaltung bewertet werden sollte.

Die Evaluation der Führungskräfte Schulungen bezieht den Nachbereitungstag nicht mit ein.

8.3.1 Quantitative Auswertung

Tabelle 25 zeigt die Auswertung der quantitativen Fragen. Die Bewertungsskala war vierstufig mit 1 = „sehr gut“ bis 4 = „schlecht“ (bzw. je nach Frage auch 1 = „sehr viel“ bis 4 = „gar nicht“). Die Tabelle stellt die Durchschnittswerte pro Krankenhaus dar.

Tabelle 25: Bewertung der Führungskräfte Schulungen

	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
Nützliche und interessante Informationen erhalten?	2,2	1,9	1,9
Anregungen zur Veränderung des Führungsverhaltens erhalten?	2,6	2,5	2,5
Anregungen zum Umgang mit Konflikten erhalten?	2,3	2,0	2,1
Verständlichkeit des Seminars?	1,8	1,4	1,8
Guter Medieneinsatz?	2,3	1,9	1,9
Gute Seminarunterlagen?	2,0	1,6	1,7
Diskussionmöglichkeiten vorhanden?	1,9	1,4	1,8
Seminar-Atmosphäre?	1,6	1,5	1,8
Anregungen zum Nachdenken erhalten?	1,9	1,8	1,9
Anwendbarkeit der Inhalte in der Praxis?	2,4	2,2	2,2
Qualität der Seminarleitung?	1,8	1,4	1,8

Schaut man sich die Bewertungen im Detail an, so fällt auf, dass die schlechtesten Werte in Bezug auf den Punkt „Anregungen zur Änderung des Führungsverhaltens“ gegeben wurden. Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmer zwar in Bezug auf das Kernthema – den Umgang mit Konflikten – erreicht wurden, es für sie aber schwierig war, das in ein verändertes Führungsverhalten zu übersetzen.

Weiter wurde die Frage nach dem Grund der Teilnahme gestellt. Folgende Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „Interesse am Thema“; „Pflichtseminar“; „Am Arbeitsplatz auf entsprechende Probleme aufmerksam geworden“; „Sonstige Gründe“.

Mehrfachantworten waren möglich. Tabelle 26 zeigt, wie viel Prozent der Teilnehmer welchen Grund angegeben haben.

Tabelle 26: Angaben zum Grund der Teilnahme an der Führungskräftebildung

	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
Interesse am Thema	31,00%	60,70%	56,80%
Pflichtseminar	60,57%	21,45%	31,85%
Auf entsprechende Probleme aufmerksam geworden	15,10%	14,30%	9,10%
Sonstige Gründe	0%	3,55%	2,25%

Wie in Tabelle 26 ersichtlich, ist in Krankenhaus A der häufigste Grund zur Teilnahme, dass der Seminarbesuch Pflicht war. In den Krankenhäusern B und C wird Interesse am Thema als häufigster Teilnahmegrund angegeben.

Dies ist, wie bereits in Abschnitt 8.1.1 beschrieben, auf die Tatsache zurückzuführen, dass nur im Krankenhaus A das Führungskräfte-seminar zu einem Pflichtseminar gemacht wurde, bindend für alle Führungskräfte des Hauses.

Nennenswert ist außerdem, dass immerhin zwischen 9,1% und 15,1% der befragten Führungskräfte angeben, auf entsprechende Probleme aufmerksam geworden zu sein.

8.3.2 Qualitative Auswertung

In dem Fragebogen zur Seminarevaluation wurden auch offene Fragen gestellt:

- „Welche Themen waren Ihnen am wichtigsten?“
- „Welche Themen sind nach Ihrer Meinung zu kurz gekommen?“
- „Wie erlebten Sie die Seminarleitung?“
- „Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?“

Die Auswertung der offenen Fragen brachte folgendes Ergebnis:

Auf die Frage nach den wichtigsten Themen wurden von den befragten Führungskräften so gut wie alle Inhalte, die im Seminar behandelt wurden, genannt. Das spricht dafür, dass grundsätzlich alle Themen des Seminars von den Teilnehmern als wichtig erachtet wurden. Keines konnte als unwichtig identifiziert werden.

Die Nennungen der befragten Führungskräfte bezogen sich zu einem großen Teil auf das Erlernen von Konflikt- und Kritikgesprächen, das Reflektieren der eigenen Kommunikation und das Erlernen von Ich-Botschaften.

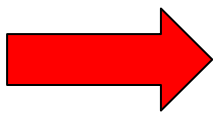
Weiterhin wurde häufig genannt, dass es wichtig war, in Konflikterkennung geschult zu werden, den eigenen Führungsstil mit Hilfe der Transaktionsanalyse zu analysieren und daraus Konfliktpotenzial mit den eigenen Mitarbeitern abzuleiten.

Zu kurz gekommen sind nach Meinung der Teilnehmer noch detailliertere Informationen zum Thema Mobbing, z.B. mehr Fallbeispiele, Arbeitsrecht und Mobbing etc. Außerdem wurde ab und zu der Wunsch nach noch mehr praktischen Übungen, z.B. in der Gesprächsführung, geäußert.

Die Beurteilung der Seminarleitung war ausnahmslos positiv. Sie wurde als verständlich, kompetent, sicher und (fachlich) sehr gut vorbereitet beschrieben. Oft wurde von den Teilnehmern hervorgehoben, dass die Leitung in der Lage war, eine sehr angenehme, freundliche und offene Atmosphäre zu schaffen und interessiert und aufmerksam mit den Problematiken der Teilnehmer umzugehen.

Als Verbesserungsvorschlag für das Seminar wurde am häufigsten der Wunsch nach mehr Zeit geäußert, um die einzelnen Themen ausführlicher besprechen zu können und mehr Raum für praktische Übungen zu haben.

8.3.3 Fazit zur Evaluation der einzelnen Führungskräftebildungen



Die Führungskräftebildung wurde von den Teilnehmern insgesamt sehr positiv beurteilt. Besonders sind dabei die Leitung, Verständlichkeit und Methodik des Seminars hervorzuheben. Die Inhalte des Seminars wurden von den Teilnehmern ebenfalls als interessant, wichtig und relevant bewertet. In Bezug auf den Umgang mit Konflikten wurden nach Angaben der Teilnehmer wichtige Bereiche wie die Konflikterkennung, das Führen von Konfliktgesprächen und das Überdenken der eigenen Werte und Haltungen im Konflikt behandelt.

Als Kritikpunkt ist festzuhalten, dass die Teilnehmer nach ihrer Einschätzung wenig Hinweise zur konkreten Änderung ihres Führungsverhaltens erhalten haben. Es lässt schon hier durchblicken, dass es nicht einfach für die Teilnehmer des Seminars war, das Gelernte auch in den Alltag in Form einer Verhaltensänderung zu tragen. Die Schulung bewegte sich, abgesehen von einer praktischen Übung zur Gesprächsführung, auf einem eher theoretischen Niveau. Dies wäre auch gar nicht anders zu leisten gewesen. Die sehr begrenzte Schulungszeit ließ es nicht zu, konkrete Situationen aus dem Alltag durchzuspielen.

8.4 P4 Auswahl und Rahmenbedingungen der Arbeit der Konfliktberater/Ansprechpartner

8.4.1 Auswahl

Die Auswahl der *Konfliktberater* in den Krankenhäusern A und B lief auf die gleiche Art und Weise ab. Es wurden sechs Personen in Abstimmung zwischen Mitarbeitervertretung und Geschäftsleitung vorgeschlagen. Daraufhin erfolgte eine Ansprache dieser Personen. Vorgabe war es, aus jeder im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppe eine Person auszuwählen sowie zusätzlich eine externe Person hinzuzunehmen. In beiden Krankenhäusern war diese externe Person schnell gefunden. Es handelte sich beide Male um den Seelsorger.

Die Auswahl der *Konfliktlotsen/Ansprechpartner* sollte dem „Konzept zum Einsatz der Ansprechpartner bei Konflikten“ folgend auf zwei Wegen geschehen. Zum einen konnten sich interessierte Mitarbeiter selbst melden. Zum anderen konnte jeder Mitarbeiter Personen aus der eigenen Berufsgruppe anonym für die Aufgabe vorschlagen.

Zu diesem Zweck wurden bei der Mitarbeiterbefragung zum ersten Messzeitpunkt zusammen mit dem Fragebogen Vorschlagszettel (s. Anhang) für die Konfliktlotsen ausgeteilt. Diese enthielten eine Beschreibung des Konzeptes und der Aufgaben der Konfliktlotsen und vorgedruckte Felder, um sich selbst und/oder einen bis max. vier Mitarbeiter für den Posten eines Konfliktlotsen vorzuschlagen. Die Vorschlagszettel wurden im personalärztlichen Dienst gesammelt. Dieser koordinierte die weitere Auswahl. Die vorgeschlagenen Personen wurden dann befragt, ob sie bereit waren, die Aufgabe zu übernehmen.

Es wurde versucht, möglichst keine Führungskräfte zu Konfliktlotsen auszubilden, um der Tatsache vorzubeugen, dass einige Mitarbeiter Vorbehalte haben könnten, sich mit ihren Problemen an Vorgesetzte zu wenden. Die Konfliktlotsen sollen eine neutrale Vertrauensperson darstellen. Hinzu kommt, dass es sich bei den Problemen der Mitarbeiter auch häufig um Konflikte mit Vorgesetzten handelt.

Insgesamt wurden 23 Personen für die Aufgabe als Konfliktlotse von ihren Kollegen vorgeschlagen, weitere vier Personen haben sich selbst vorgeschlagen. Von den am Ende tatsächlich ausgebildeten 13 Konfliktlotsen wurden sechs von anderen Mitarbeitern vorgeschlagen, eine Person hat sich selbst vorgeschlagen und sechs weitere sind auf anderem Wege hinzugekommen.

Trotz des relativ hohen Aufwandes einer Auswahl der Konfliktlosen durch ein Vorschlagswesen wurde nur knapp über die Hälfte der Konfliktlotsen (7) auf diesem Wege ausgewählt. Die übrigen sechs Personen wurden nicht über die Vorschlagszettel gefunden. Sie wurden z.B. von ihren Vorgesetzten „geschickt“ oder kamen auf andere Weise hinzu. Die zwei als Konfliktlotsen ausgebildeten Ärzte haben sich selbst zu der Aufgabe bereit erklärt, als sie in ihrer Führungskräftebildung von der Suche nach Konfliktlotsen erfuhren. Auch ist es nicht gelungen, Führungskräfte nicht für die Aufgabe eines Konfliktlotsen einzubeziehen. Vier Führungskräfte wurden ausgebildet, ein Oberarzt und drei Teamleitungen aus der Pflege.

8.4.2 Rahmenbedingungen der Arbeit

Die Regelungen der Rahmenbedingungen der Arbeit erfolgten mit der Unterstützung des Trainers im Pilotprojekt im Rahmen der Möglichkeiten des jeweiligen Krankenhauses.

Konfliktberatungsstellen

Krankenhaus A hat der Konfliktberatungsstelle eine feste Stellung innerhalb der Organisation zugeordnet. Die Beratungsstelle wurde als Stabsstelle eingerichtet und ist damit weisungsfrei, sie hat eine eigene Geschäftsordnung und verfügt über ein minimales Budget, das von der Geschäftsleitung zugewiesen wird.

Die Beauftragung der Konfliktberater erfolgte über die Betriebsvereinbarung, die in diesem Krankenhaus noch vor Projektbeginn geschlossen wurde. Darin ist auch festgelegt, dass die Konfliktberater für ihre zusätzliche Tätigkeit in einem nötigen Umfang von ihrer Arbeit freigestellt sind.

Bekannt gemacht haben sich die Konfliktberater über einen Aushang auf jeder Station, der alle Konfliktberater mit Foto, Namen und Telefonnummer vorstellt. Außerdem wurde in der Krankenhauszeitung über die Konfliktberatungsstelle berichtet.

Die Unterstützung der Konfliktberatungsstelle durch die Geschäftsleitung ist in diesem Krankenhaus deutlich gegeben. Innerhalb des Krankenhauses herrscht eine hohe Akzeptanz der Einrichtung. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass es gelungen ist, z.B. einen Oberarzt als Konfliktberater zu gewinnen.

Der Konfliktberatungsstelle stehen verschiedene Mittel zur Verfügung. Sie besitzt ein eigenes Telefon, kann den Raum der Seelsorge nutzen und es besteht eine grundsätzliche Zusage zur Supervision seitens der Geschäftsleitung. Supervisoren in der örtlichen Umgebung des Krankenhauses wurden bereits angefragt. Die Supervisionen sollen allerdings nicht regelmäßig stattfinden, sondern nach Bedarf eingesetzt werden.

Die Konfliktberatungsstelle hat sich selbst eine eigene Geschäftsordnung gegeben. Diese enthält z.B. Angaben über das Prinzip der Vertraulichkeit und darüber, wie die Beratungsstelle zu Entscheidungen kommt. Die Konfliktberatungsstelle verfügt außerdem über einen Sprecher, der im Rotationsprinzip wechselt. Es findet ein regelmäßiges Treffen einmal im Monat mit allen Mitgliedern der Beratungsstelle statt.

Vorbildlich ist die Abstimmung der Konfliktberatungsstelle mit der Mitarbeitervertretung des Krankenhauses. Es fand ein Treffen zwischen beiden Einrichtungen statt, in dem eine Abgrenzung der Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit geregelt wurden.

In der Zukunft wird die Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus A als dauerhafte Einrichtung bestehen bleiben – zumindest der derzeitigen Planung nach. Zwei (Supervisions-)Treffen zusammen mit der Konfliktberatungsstelle des Krankenhauses B unter Leitung des Trainers des Pilotprojekts sind in 2006 geplant.

Im Krankenhaus B ist die Stellung der Konfliktberatungsstelle nicht ganz so eindeutig geklärt wie im Krankenhaus A. Allerdings ist auch hier grundsätzlich eine Weisungsunabhängigkeit gegeben. Die Beratungsstelle ist auf der Ebene des Mitbestimmungsverfahrens zwischen Mitarbeitern und Geschäftsstelle angesiedelt.

Die Beauftragung der Mitglieder erfolgte wie im Krankenhaus B durch die geschlossene Betriebsvereinbarung, die auch hier beinhaltet, dass die Konfliktberater für ihre zusätzliche Tätigkeit in einem nötigen Umfang von ihrer Arbeit freigestellt sind. Die Betriebsvereinbarung wurde aber im Laufe des Pilotprojekts geschlossen (nicht bereits vor Projektbeginn wie in Krankenhaus A). Ein weiterer Unterschied ist, dass die Vereinbarung einen Passus enthält, der die Mitglieder der Konfliktberatungsstelle immer nur für ein Jahr beauftragt. Danach muss die Beauftragung wieder erneuert werden.

Bekannt gemacht haben sich die Konfliktberater dieses Krankenhauses wie im Krankenhaus A über einen Aushang auf jeder Station, der alle Konfliktberater mit Foto, Namen und Telefonnummer vorstellt. Außerdem wurde in der Krankenhauszeitung über die Konfliktberatungsstelle berichtet.

Die Unterstützung der Konfliktberatungsstelle durch die Geschäftsleitung ist in diesem Krankenhaus ebenfalls grundsätzlich gegeben. Sie gestaltet sich allerdings etwas verhaltener und nicht so vertrauensvoll (z.B. Betriebsvereinbarung → Beauftragung immer nur für ein Jahr) und nicht so tatkräftig (Entscheidungen brauchen länger, Zusagen werden nur zögerlich gegeben). Grundsätzlich ist das Verhältnis eher von einer abwartenden Haltung geprägt nach dem Motto: „Mal sehen, was das bringt.“

Als Mittel stehen der Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus B ein eigener Raum und ein Telefon mit Anrufbeantworter zur Verfügung. Die Möglichkeit zu regelmäßigen Treffen ist gegeben. Im Gegensatz zu Krankenhaus A wurden noch keine Mittel für mögliche Supervisionen beantragt.

Eine Geschäftsordnung hat die Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus B noch nicht. Diese soll noch verfasst und dann der Geschäftsleitung zur Zustimmung vorgelegt werden. Weiter ist noch nicht festgelegt, in welchen Abständen regelmäßige Treffen der Konfliktberatungsstelle stattfinden sollen.

Eine Abstimmung der Zuständigkeiten und eine Regelung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitervertretung und Konfliktberatungsstelle fanden im Krankenhaus B nicht statt. Es wurde von den Mitgliedern bereits berichtet, dass hier Schwierigkeiten bzw. Reibungspunkte zu erwarten sind.

Wie in Krankenhaus A ist die Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus B als dauerhafte Einrichtung geplant. Zwei (Supervisions-)Treffen zusammen mit der Konfliktberatungsstelle des Krankenhauses A unter Leitung des Trainers des Pilotprojekts sollen in 2006 stattfinden.

Konfliktlotsen

Die Rahmenbedingungen der Arbeit für die Konfliktlotsen im Krankenhaus C sind als schlecht zu bewerten.

Den Konfliktlotsen wurde innerhalb der Projektlaufzeit keine definierte Stellung innerhalb der Organisation zugewiesen. Ihre Einbindung ist unklar. Faktisch sind sie dem personalärztlichen Dienst zugeordnet.

Die Beauftragung der Konfliktlotsen enthält eine Erklärung zur Freistellung für die Ausübung ihrer Aufgaben über ihre normale Tätigkeit im Krankenhaus hinaus.

Der Vorgang der Beauftragung gestaltete sich als sehr schwierig. Es war unklar, wer die Beauftragung vornimmt. Sie erfolgte schließlich durch die oberste Leitungsebene, vertreten durch den ärztlichen Direktor und die Pflegedirektorin. Die bereits begonnene Ausbildung der Konfliktlotsen musste zwischenzeitlich unterbrochen werden, weil die Beauftragung sich über Monate hinauszögerte. Dies hatte zur Folge, dass die Ausbildung erst zu einem späteren Zeitpunkt als geplant abgeschlossen werden konnte.

Eine Unterstützung der Konfliktlotsen durch Vorgesetzte und Leitung ist im Prinzip nicht gegeben. Dies liegt vor allem daran, dass die unmittelbaren Vorgesetzten der Konfliktlotsen nicht in die Beauftragung mit eingebunden wurden.

Mittel, im Sinne von Materialien oder Geldern, über die Erklärung zur Freistellung hinaus sind für die Konfliktlotsen nicht vorhanden.

Jeder der Konfliktlotsen ist bei der Ausübung seiner Aufgabe auf sich allein gestellt. Geplant sind regelmäßige Treffen aller Konfliktlotsen unter Leitung der Personalärztin. Bisher hat ein solches Treffen jedoch nicht stattgefunden. Bei Problemen, die möglicherweise bei der Ausübung der Tätigkeit als Konfliktlotse auftreten, ist ebenfalls der personalärztliche Dienst der Ansprechpartner.

Die Zukunft der Konfliktlotsen im Krankenhaus C schien noch nach der letzten Projektgruppensitzung des Projekts offen. Inzwischen liegen Aussagen vor, die in einer zusätzlich vom Krankenhaus C auf Initiative des ärztlichen Direktors hin einberufenen Sitzung erarbeitet wurden. An dieser Sitzung nahmen der ärztliche Direktor, die Pflegedirektorin, die zwei Ärzte des personalärztlichen Dienstes und fünf Konfliktlotsen teil.

Die bis zum jetzigen Zeitpunkt bestehende Inanspruchnahme der Konfliktlotsen (es wurde bis jetzt kein Anliegen von Mitarbeitern an sie herangetragen) führt das Krankenhaus auf

einen Informationsmangel zurück, der trotz Information in der Mitarbeiterzeitung über das Angebot der Konfliktlotsen und Information der Mitarbeiter durch die zweite Mitarbeiterbefragung noch besteht. Als erste Gegenmaßnahme wurden alle Mitarbeiter der am Projekt beteiligten Bereiche mit einem persönlichen Anschreiben informiert. Außerdem wurden in der Sitzung noch folgende Schritte zur Öffentlichkeitsarbeit beschlossen:

- Die Konfliktlotsen werden sich mit Foto, Namen und Telefonnummer auf einem Aushang präsentieren. In den Bereichen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Kardiologie soll je ein Ausdruck am Info-Brett der Station bzw. Ambulanz hängen.
- Alle 3 bis 4 Monate soll in Teamsitzungen und Sitzungen unter Leitung der Pflegedienstleitung an das Vorhandensein der Konfliktlotsen erinnert werden.
- Ins Intranet wird ein kurzer Infotext zur Arbeit der Ansprechpartner gestellt, wenn es möglich ist, mit Foto der geschulten Mitarbeiter/innen.

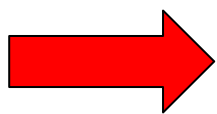
Weiter wurden folgende Regelungen beschlossen:

- Die geschulten Konfliktlotsen sollen ihre Arbeit, d.h. Telefonate, Gesprächskontakte, zeitliche Inanspruchnahme, dokumentieren.
- Das nächste Treffen im selben Kreis soll im Dezember 2006 stattfinden. Bis dahin sollen Erfahrungen mit dem Konfliktlotsenmodell gesammelt werden, um entscheiden zu können, ob dieses Modell auf das gesamte Krankenhaus ausgedehnt werden kann.

Außerdem wurde noch festgehalten, dass ein solches Modell wie das der Konfliktlotsen Schwierigkeiten in der Umsetzung in einem Krankenhaus mit sich bringt. Dies ist auf strukturelle Bedingungen, wie z.B. die ausbildungsbedingte Fluktuation der Mitarbeiter, die gestiegene zeitliche Inanspruchnahme und die Größe des Hauses zurückzuführen.

In der Sitzung wurde übereinstimmend beschlossen, das System der Konfliktlotsen als niederschwelliges Angebot in Konfliktfällen weiter aufrechtzuerhalten.

8.4.3 Fazit zu Auswahl und Rahmenbedingungen der Arbeit der Konfliktberater/Konfliktlotsen



Die Auswahl der Konfliktberater lief sowohl in Krankenhaus A wie auch in Krankenhaus B ohne Probleme ab. Sehr systematisch wurden in Abstimmung zwischen Mitarbeitervertretung und Leitung der Krankenhäuser Personen vorgeschlagen, angesprochen und ausgewählt.

Die Auswahl der Konfliktlotsen in Krankenhaus C wich in Teilen vom ursprünglich geplanten Vorgehen ab. Nicht alle Konfliktlotsen wurden über das Vorschlagsverfahren ausgewählt. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass die Personen, die zu Konfliktlotsen ausgebildet werden, auch als eine Vertrauensperson von den anderen Mitarbeitern akzeptiert werden. Auch sind entgegen der Planung Personen mit Führungsaufgaben zu Konfliktlotsen ausgebildet worden. Beides impliziert, dass unter den ausgebildeten Konfliktlotsen gegebenenfalls Personen sind, die nicht für alle Mitarbeiter einen geeigneten Ansprechpartner für ihre persönlichen Probleme darstellen.

Die Rahmenbedingungen der Arbeit für die Konfliktberater in Krankenhaus A sind vorbildlich gut. In Bezug auf Unterstützung durch die Leitung, Stellung in der Organisation, Beauftragung, vorhandene Mittel, Arbeitsorganisation und Zukunftsaussichten gibt es nichts zu bemängeln.

Die Rahmenbedingungen der Arbeit für die Konfliktberater in Krankenhaus B sind ebenfalls gut. Es sind aber noch einige Punkte nicht geklärt, z.B. die Geschäftsordnung oder die Abgrenzung zur Mitarbeitervertretung. Die Unterstützung durch die Leitung des Krankenhauses ist etwas zurückhaltender als im Krankenhaus A. Es ist also noch abzuwarten, ob die Konfliktberatungsstelle in diesem Haus ihren Stellenwert über das Ende des Projekts hinaus erhalten kann.

Die Rahmenbedingungen der Arbeit der Konfliktlotsen in Krankenhaus C sind sehr kritisch zu bewerten. Es bleibt abzuwarten, ob mit den zuletzt getroffenen Vereinbarungen das Modell der Konfliktlotsen sich in diesem Krankenhaus bewähren kann.

8.5 P5 Evaluation des Seminar-Transfers der Führungskräftebildungen

8.5.1 Auswertung Fragebogen

Die Auswertung des Seminar-Transfer-Fragebogens, der in der Nachbereitungssitzung der Führungskräftebildungen von den Teilnehmern ausgefüllt wurde, brachte folgendes Ergebnis:

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass es sich um Selbsteinschätzungen der Teilnehmer handelt, die als subjektiv zu bewerten sind.

Zunächst interessiert die Frage, ob überhaupt Transfer stattgefunden hat.

Die Teilnehmer sollten angeben, wie viel sie von dem, was sie sich vorgenommen hatten umzusetzen, auch tatsächlich umgesetzt haben.

- 77,58% der Teilnehmer gaben an, dass sie in Teilen / in wenigen Teilen die mit sich selbst getroffene Selbstvereinbarung umsetzen konnten.

D.h., ein relativ hoher Prozentsatz der Teilnehmer hat zumindest teilweise (den eigenen Angaben nach) Inhalte der Schulung im Alltag angewandt.

Welche Inhalte des Seminars wurden von den Teilnehmern im Alltag umgesetzt? Die häufigsten Nennungen auf diese Frage waren:

- verbesserte Kommunikation; aktives Zuhören; mehr Gespräche (auch oft Verweis auf konkrete Seminarinhalte, wie z.B. „Ich-Botschaften“)
- Konfliktwahrnehmung und -bearbeitung
- Verbesserung des Klimas/Umgangs im Team

Auf die Frage, welche Inhalte des Seminars nicht im Alltag umgesetzt werden konnten, werden die gleichen Themen am häufigsten genannt. Das erscheint auf den ersten Blick paradox, lässt sich aber wohl damit erklären, dass diese Inhalte den Teilnehmern als die wichtigsten in Erinnerung beilieben sind. Einige Teilnehmer bescheinigen sich, diese schon umgesetzt zu haben, andere gestehen ein, dass es ihnen noch nicht gelungen ist.

Folgende Themen, die nicht umgesetzt werden konnten, wurden noch zusätzlich hervorgehoben:

- Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen verbessern
- Sich Zeit für Gespräche und Konfliktbearbeitung nehmen

- Eigenes Verhalten ändern (z.B. „gelassener werden“, „besseres Zeitmanagement“, „weniger emotional reagieren“)

Weiter wurde in dem Fragebogen nach den Faktoren gefragt, die in Bezug auf Transfer, dem Modell von Baldwin & Ford (1988) folgend (vgl. Abschnitt 7.1.2), eine Rolle spielen. Es wurde nach der *Motivation der Teilnehmer* gefragt, nach *Trainingsmethoden* und *-inhalten* und der *Unterstützung durch das Arbeitsumfeld*. Dies brachte folgende Ergebnisse:

Die persönliche *Motivation*, an dem Seminar teilzunehmen wie auch den Versuch zu unternehmen, das Gelernte im Alltag umzusetzen, wurde von den Teilnehmern hervorgehoben. Diejenigen Führungskräfte, die an den Schulungen teilgenommen haben, waren hierfür auch sehr motiviert. Da in zwei der drei Krankenhäuser die Schulung nicht zu einer Pflichtveranstaltung gemacht wurde, kann davon ausgegangen werden, dass eine Selektion stattgefunden hat. Nicht motivierte Führungskräfte haben an dem Seminar nicht teilgenommen.

Es lassen sich zwei unterschiedliche Bereiche der Motivation unterscheiden, die von den Teilnehmern genannt wurden. Auf der einen Seite stand die persönliche Motivation der Führungskräfte, sich in ihrem Führungsverhalten zu verbessern, den Umgang miteinander und die Zusammenarbeit im Team zu verbessern, um so auch ein produktiveres, motivierendes Umfeld für die eigenen Mitarbeiter zu schaffen. Auf der anderen Seite wurde immer wieder berichtet, dass die Motivation durch einen vorhandenen Problemdruck entstanden sei. Die Führungskräfte wurden dadurch motiviert, dass viele Konflikte in ihrem Team bestanden und ein schlechtes Arbeitsklima vorherrschte.

Zu den *Lehrmethoden* wurde sehr häufig angemerkt, dass mehr (konkrete) Beispiele zur Veranschaulichung gefehlt haben und das Training zu theoretisch war. Von den Teilnehmern wurde festgestellt, dass mehr Rollenspiele und das Einüben von Gesprächen sowie das Durchspielen konkreter Situationen und Fälle etc. geholfen hätten und gewünscht gewesen wären. Die Leistung eines Transfers der Seminarinhalte in den Arbeitsalltag wäre damit leichter gewesen.

In Bezug auf den *Trainingsinhalt* sind folgende Ergebnisse festzustellen:

- Das konkrete Führungsverhalten wurde durch die Trainingsinhalte nicht so sehr beeinflusst.
→ 50% der Teilnehmer geben an, dass sie im Seminar nur mäßig bis gar keine Anregungen erhalten haben, die zur Veränderung ihres Führungsverhaltens geführt haben. (Dies Ergebnis bestätigt, was sich auch schon in der Seminarbewertung gezeigt hat; vgl. Abschnitt 8.3.1.)
- Der Lerneffekt des Trainings war gut.
→ 62,5% der Teilnehmer beurteilen den Lerneffekt als gut bis sehr gut.
- Die Verwertbarkeit der Inhalte wird ähnlich beurteilt.
→ 61,4% der Teilnehmer bewerten die Verwertbarkeit der Trainingsinhalte als gut bis sehr gut.
- Die Meinung über die Frage, ob das Training nützliche und interessante Informationen geliefert hat, sind nicht ganz eindeutig.

→ 50% der Teilnehmer geben an, dass sie viele bis sehr viele nützliche und interessante Informationen erhalten haben, aber auch 29,31% der Teilnehmer sind der Meinung, dass dies nicht so war (sie geben gar nicht bis mäßig an).

Als fehlender Seminarinhalt wurde vor allem der fehlende Praxisbezug bzw. der Bezug zur tatsächlichen Arbeitssituation genannt. Dies ist ein entscheidender Faktor, vor allem in Hinblick auf Transfer.

In der Bewertung des *Arbeitsumfeldes* in Bezug auf Transfer kann man die Unterstützung und die Anwendungsmöglichkeiten, die durch das Umfeld gegeben sind, unterscheiden.

Fast alle Teilnehmer berichten von einer positiven oder zumindest neutralen, also nicht ablehnenden Reaktion ihrer Mitarbeiter auf ihre Bemühungen, ihr Führungsverhalten zu verbessern. Dies kann als Unterstützung gewertet werden.

Die Unterstützung durch Vorgesetzte wird hingegen sehr oft als fehlend beschrieben. Dies wirkte sich auch auf die Anwendungsmöglichkeiten aus, wenn z.B. das „Sich Zeit nehmen für Mitarbeitergespräche“ nicht mit der entsprechenden Rückendeckung unterstützt wurde.

Als weiterer Hauptgrund, warum Inhalte des Seminars nicht im Alltag umgesetzt wurden, werden Zeitmangel, Zeitdruck und zu hohe Arbeitsbelastung genannt. Die Möglichkeit und die Rahmenbedingungen, die erlernten Inhalte einzuüben, waren also oft nicht gegeben.

8.5.2 Auswertung Nachbereitungssitzung

Zur Unterstützung des Fragebogens zum Seminar-Transfer wurden in der Nachbereitungssitzung hinderliche wie auch unterstützende Faktoren in Bezug auf die Umsetzung der Seminarinhalte im Arbeitsalltag herausgearbeitet.

Es zeigte sich folgendes Bild:

Hinderliche Faktoren:

Als einer der wichtigsten hinderlichen Faktoren zeigte sich die zeitliche und personale Enge, die in den Krankenhäusern herrscht. Dies wurde sehr deutlich von allen Teilnehmern beschrieben. In einem solchen Umfeld ein offenes Ohr für alle Mitarbeiter zu haben, zeitintensive Gespräche zu führen o.Ä., ist einfach nicht möglich oder zumindest sehr schwer umzusetzen.

Damit eng verbunden wurde als weiterer kritischer Punkt die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser diskutiert. Es findet Personalabbau statt, der dazu führt, dass die verbleibenden Mitarbeiter einer höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Hinzu kommt eine generelle Angst der Mitarbeiter vor einem Arbeitsplatzverlust.

Diese durch äußere Faktoren bedingte Lage wird noch durch eine schlechte Informationspolitik der Krankenhäuser verstärkt. Die Mitarbeiter werden wenig über die geplanten Entwicklungen des Hauses (z.B. Kürzungen, Einsparungen) informiert – zumindest nicht vorab. Dies führt dazu, dass Gerüchte kursieren und weitere Angst geschürt wird. Auch bei Umstrukturierungen fehlt es oft an Transparenz und Einbeziehung der Mitarbeiter. Durch mangelnde Kommunikation, fehlende Integration und daraus entstehende Ängste und Unsicherheiten entwickeln sich zahlreiche (neue) Konflikte.

Führungskräfte, vor allem in mittleren Hierarchiestufen, haben es in einer solchen Situation besonders schwer. Sie müssen die unpopulären Entscheidungen des oberen Managements

umsetzen bei gleichzeitiger Wahrnehmung der daraus entstehenden Probleme. Sie geraten im wahrsten Sinne des Wortes „zwischen die Fronten“.

Ein weiterer sehr wichtiger Themenkomplex, der in allen Nachbereitungssitzungen besprochen wurde, waren Probleme mit den höheren Vorgesetzten (z.B. Chefarzte, Pflegedirektion, Krankenhausleitung). Verschiedene Punkte wurden angesprochen:

- Die höheren Führungskräfte stellen oft kein Vorbild in ihrem eigenen Verhalten dar. Z.B. haben sie in zwei der drei Krankenhäuser (Krankenhaus B und C) nicht an den Schulungen teilgenommen. Sie propagieren ein Führungsleitbild, das sie selbst nicht vorleben, und stellen sich gleichzeitig von jeglicher Überprüfung ihres eigenen Führungsverhaltens frei.
- Die Führungskräfte der mittleren Hierarchieebenen fühlen sich sehr oft von ihren direkten Vorgesetzten allein gelassen. Mangelnde Rückendeckung und Unterstützung bei ihrer Arbeit und in der Bearbeitung von Konflikten werden beklagt.
- Den höheren Führungskräften wird eine mangelnde Wertschätzung für die Arbeit ihrer Untergebenen vorgeworfen.
- Die fehlende Einbeziehung in Entscheidungen des oberen Managements wird bemängelt. Es findet wenig Partizipation statt.
- Widersprüchliche Anordnungen, Vereinbarungen zwischen zwei Hierarchieebenen, die nicht eingehalten werden, und hierarchische Hemmschwellen erschweren die Arbeit.

Die in den Krankenhäusern vorherrschende Kommunikationskultur generell wurde ebenfalls angesprochen. Die Führungskräfte beschrieben, dass Gesprächen kein sehr hoher Stellenwert zukommen würde. Dafür sei keine Zeit und kein Platz vorhanden. Eine Kritikkultur würde ebenfalls nicht bestehen. Stattdessen herrsche ein Klima, in dem Mitarbeiter sich nicht trauen würden, Kritik offen zu äußern. Fehler seien ein Tabu, und falls jemand welche mache, würde er abgestraft.

Auch würden die Potenziale der Mitarbeiter nicht genutzt, weil eine Einbeziehung der Mitarbeiter nicht dem üblichen Vorgehen entspräche. Dies spiegelt die sehr hierarchisch organisierte Struktur von Krankenhäusern wider.

In Krankenhaus C wurde noch ein weiterer Punkt angesprochen, der sich auf die Größe des Hauses bezieht. Hier wurde bemängelt, dass kein „Familiengefühl“, keine Vertrautheit unter den Mitarbeitern mehr vorhanden sei. Stattdessen komme es zu einem zunehmenden Gefühl der Anonymität, das die Mitarbeiter erleben. Persönliche Kontakte nehmen immer mehr ab. So kennt der Chefarzt z.B. die Pflegekräfte nicht mehr, diese werden sowieso oft von Station zu Station versetzt; die Reinigungskräfte putzen nicht mehr nur auf einer Station, sondern sind verschiedenen wechselnden Bereichen zugeteilt; ein Transportdienst bringt den Patienten von der einen Station zum „operativen Zentrum“ am anderen Ende des Geländes usw. Dies sind nur einige Beispiele von einer Fülle von Gegebenheiten, die dazu führen, dass Mitarbeiter nicht mehr miteinander in Kontakt treten, sich nicht mehr persönlich kennen und keinen Zusammenhalt erleben.

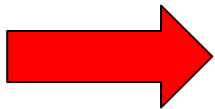
Unterstützende Faktoren:

Faktoren, die als unterstützend erlebt werden, wurden erschreckend wenig in den Nachbereitungssitzungen gefunden, obwohl explizit danach gesucht wurde. Was vor allem und auch in allen drei Krankenhäusern genannt wurde, war der Zusammenhalt in kleineren Untergruppen, Abteilungen und Teams. Dort, wo dieser gegeben ist, kann auch mit Konflikten (unter Mitarbeitern, zwischen Mitarbeiter und Führungskraft) besser umgegangen werden. D.h., wenn das soziale Klima stimmt, dann können auch Reibungspunkte und soziale Stressoren aufgefangen werden. Dies gelingt aber offensichtlich (bis jetzt) nur in kleineren Einheiten der Krankenhäuser.

Eine funktionierende Kommunikation innerhalb der mittleren Führungsebene wurde ebenfalls als sehr hilfreich wahrgenommen.

Fand eine klare Kommunikation bei Umstrukturierungen statt, verbesserte das die Umsetzung und führte zu weniger Reibungspunkten und Konflikten.

8.5.3 Fazit zur Evaluation des Seminar-Transfers der Führungskräftebildungen



Die Auswertung des Seminar-Transfers hat ergeben, dass Transfer stattgefunden hat. Die Führungskräfte, die an den Schulungen teilgenommen haben, geben an, dass sie in Teilen Inhalte des Seminars in ihrem Arbeitsalltag umgesetzt haben oder zumindest versucht haben, neue

Verhaltensweisen auszuprobieren. Dies bezog sich vor allem auf eine Verbesserung der Kommunikation (z.B. aktives Zuhören, Ich-Botschaften, Gesprächsführung), die Wahrnehmung und Bearbeitung von Konflikten und die Verbesserung des Teamklimas. Die Motivation der Teilnehmer für eine Veränderung ihres Verhaltens war gegeben bzw. sogar sehr hoch.

Die Umsetzung des im Seminar Gelernten scheiterte aber in vielen Fällen bzw. wurde erschwert. Dies hatte verschiedene Gründe.

Zum einen lässt es sich auf eine große Transferdistanz zurückführen. Das Seminar war vom zeitlichen Rahmen so knapp bemessen, dass es nicht möglich war, praktische Fallbeispiele und Situationen aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmer ausführlich durchzuspielen. Auch war das intensive Einüben z.B. von Kritik- und Mitarbeitergesprächen durch Rollenspiele nicht möglich. Viele Inhalte konnten nur theoretisch angesprochen werden. Dies führte dazu, dass die Teilnehmer noch nicht befähigt waren, das im Seminar Gelernte in ihrem Alltag sicher anzuwenden.

Zum andern und wohl auch zu einem größeren Teil lag es an schwierigen Umgebungsbedingungen, mangelnder Unterstützung und mangelnden Anwendungsmöglichkeiten durch das Arbeitsumfeld der geschulten Führungskräfte. Zeitdruck und personelle Enge, keine Unterstützung durch die oberen Führungsebene und eine vorherrschende Kommunikationskultur, die mit ihren Werten den im Seminar propagierten konträr entgegensteht, machten es den Führungskräften oft geradezu unmöglich, die neu erlernten Verhaltensweisen in ihren Arbeitsalltag zu „retten“, geschweige denn einzuüben.

8.6 P6 Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater/Ansprechpartner

8.6.1 Dokumentation im Krankenhaus A

In Krankenhaus A hat die Konfliktberatungsstelle schon frühzeitig ihre Arbeit aufgenommen. Es liegen 10 dokumentierte Fälle vor, die im Rahmen der Projektlaufzeit zu einem Abschluss kamen. Folgendes Ergebnis zeigte sich bei der Auswertung der Dokumentationsbögen:

Angaben zu den Ratsuchenden:

- 90% der Ratsuchenden waren Frauen.
- 80% der Ratsuchenden waren in keiner Führungsposition. Alle Berufsgruppen waren vertreten (Ärzte, Pflege, sonstige Tätigkeit).

Angaben zu den Fällen:

- Die Dauer des Konflikts variiert sehr stark (von 1,5 bis 38 Monaten).
- Die Anzahl der in den Konflikt Involvierten variiert ebenfalls; meistens sind jedoch mehr als zwei Personen betroffen (in zwei Fällen zwei Personen; in acht Fällen zwischen 3 und 17 Personen).
- Am häufigsten wurden „Ungerechtigkeiten“ und „Stärkerer Anforderungsdruck“ als Konfliktgründe genannt.
- Als Konfliktverursacher wurden am häufigsten Vorgesetzte genannt, aber fast genauso oft gleichgestellte Kollegen. Unabhängig vom Konfliktverursacher, war der direkte Vorgesetzte in 90% der Fälle über den Konflikt informiert.

Angaben zur Konfliktbearbeitung:

- Die Kontaktanzahl (bezieht sich auf die Kontakte zwischen Konfliktberater und der am Konflikt beteiligten Personen) variiert sehr stark, ist situations- und konfliktabhängig.
- Eine Einbeziehung aller am Konflikt Beteiligten gelang nur in 1/3 der Fälle. Als Begründungen werden fehlende Gesprächsbereitschaft (am häufigsten) und Bagatellisierung des Konflikts durch die am Konflikt beteiligten Personen genannt.

Angaben zum Ausgang des Falls:

- Die Bearbeitungsdauer variiert sehr stark (2 Wochen bis 6 Monate). Der Ausgang der Fälle ist ebenfalls sehr unterschiedlich; die Konflikte werden durch verschiedenste Ausgänge gelöst (verbesserte Zusammenarbeit genauso wie Arbeitsplatz verlassen).

Dokumentation in den Krankenhäusern B und C

Die Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus B hat ihre Arbeit ebenfalls während der Projektlaufzeit erfolgreich aufgenommen. Allerdings startete sie etwas später und hatte bis zum Ende der Projektlaufzeit keine abgeschlossenen Fälle vorzuweisen. Deshalb liegen keine Dokumentationen zu den Fällen vor. Die Anzahl der laufenden Fälle beträgt fünf.

Die Konfliktlotsen im Krankenhaus C haben während der Projektlaufzeit keine Fälle bearbeiten können. Es wurden bis zum Ende der Projektlaufzeit keine Anliegen an sie herangetragen. Die Ausbildung der Konfliktlotsen war erst nach der zweiten Mitarbeiterbefragung abgeschlossen, also viel später als geplant. Erst im Oktober 2005 erfolgte eine kurze Bekanntgabe des Angebots der Konfliktlotsen in der klinikinternen

Zeitung. Weitere Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit sind für 2006 beschlossen worden (vgl. Abschnitt 8.4.2).

8.6.3 Fazit zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater/Konfliktlotsen



Die beiden Konfliktberatungsstellen in den Krankenhäusern A und B haben ihre Arbeit während der Projektlaufzeit erfolgreich begonnen. Vor allem die Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus A wurde von ihren Mitarbeitern sehr gut angenommen und kann bereits zehn abgeschlossene Fälle vorweisen, was für die kurze Betrachtungsspanne sehr beachtlich ist. Auch die Auswertung der Dokumentation der Fälle zeigt, dass die Arbeit der Konfliktberatungsstelle im Krankenhaus A positiv zu bewerten ist. Es wurden verschiedenste Fälle erfolgreich bearbeitet, und Vertreter aller Berufsgruppen haben sich an die Beratungsstelle gewandt. Das spricht für die breite und umfassende Annahme des Angebots der Beratungsstelle durch die Mitarbeiter.

Die Konfliktlotsen in Krankenhaus C konnten ihre Arbeit während der Projektlaufzeit nicht beginnen. Zu spät war ihre Ausbildung abgeschlossen, und zu wenige Maßnahmen zur Bekanntmachung des Angebots der Konfliktlotsen wurden bis zum Ende der Projektlaufzeit durchgeführt. Ob die Konfliktlotsen als Ansprechpartner für Arbeitsplatzkonflikte in der Zukunft von den Mitarbeitern genutzt werden, ist noch abzuwarten.

Insgesamt ist festzuhalten, dass auch in den Konfliktberatungsstellen die Arbeit gerade erst begonnen hat. Eine Wirkung auf das gesamte soziale Klima im Krankenhaus ist nach einer so kurzen Zeit und wenigen bearbeiteten Fällen nur in einem sehr begrenzten Umfang zu erwarten.

8.7 P7 Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen

Die Erhebung zur Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen durch die Mitarbeiter, die im Fragebogen in der zweiten Mitarbeiterbefragung erfolgte, brachte folgendes Ergebnis:

Die Mitarbeiter der drei Krankenhäuser sollten bewerten, wie gut sie sich über das Projekt informiert gefühlt haben. Diese Frage kann einen Anhaltspunkt darüber liefern, zu welchem Grad angenommen werden kann, dass die Mitarbeiter, die nicht direkt an einer Maßnahme des Projekts beteiligt waren, überhaupt von dem Projekt beeinflusst wurden. Kann überhaupt eine Wirkung der Maßnahmen auf nicht geschulte Mitarbeiter postuliert werden?

Wie die Antworten der befragten Mitarbeiter zeigen, geben 55,1% an, dass sie sich teilweise bis sehr viel informiert gefühlt haben. Dem gegenüber stehen 44,9% der Mitarbeiter, die angeben, wenig bis gar nicht informiert worden zu sein. In den Krankenhäusern B und C sind die Prozentzahlen der Mitarbeiter, die sich gar nicht informiert gefühlt haben, sogar über 20%. Es ist also davon auszugehen, dass eine nicht zu vernachlässigende Zahl der Mitarbeiter wenig von dem Projekt und den Maßnahmen mitbekommen hat und somit auch keiner Wirkung ausgesetzt war.

Tabelle 27 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 27: Information über das Projekt

Wie gut waren Sie über das Projekt informiert?					
	gar nicht	wenig	teilweise	viel	sehr viel
Gesamt	19,1% (110)	25,8% (149)	30,3% (175)	18,0% (104)	6,8% (39)
Krankenhaus A	13,3% (26)	25,5% (50)	33,7% (66)	19,9% (39)	7,7% (15)
Krankenhaus B	22,5% (40)	22,5% (40)	28,1% (50)	19,1% (34)	7,9% (14)
Krankenhaus C	21,7% (44)	29,1% (59)	29,1% (59)	15,3% (31)	4,9% (10)

Die Frage nach dem Medium der Informationsvermittlung gibt Aufschluss darüber, auf welche Weise Informationen in den Krankenhäusern transportiert wurden. Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigte sich, dass der häufigste Weg der direkte Kontakt war, entweder von der Führungskraft zum Mitarbeiter oder von Kollege zu Kollege. Informationen wurden also hauptsächlich mündlich weitergegeben.

Am zweithäufigsten wurden die Mitarbeiter auf schriftlichem Wege informiert. Dies geschah durch Rund- bzw. Anschreiben an die Mitarbeiter oder durch Artikel, die in den jeweiligen klinikinternen Zeitungen erschienen. Auf diesem Wege wurden aber deutlich weniger Mitarbeiter erreicht. Aushänge oder sonstige Informationsmittel wurden eher selten genutzt. Das Intranet, das in jedem der drei Häuser als internes Informationsmedium zur Verfügung steht, wurde nur von einem sehr geringen Anteil der Mitarbeiter als Informationsquelle angegeben. Dies mag daran liegen, dass die meisten Beschäftigten im Krankenhaus keinen eigenen PC zur Verfügung haben, da es sich bei ihren Tätigkeiten nicht um Schreibtisch- oder Büroarbeit handelt.

Die drei Krankenhäuser weisen im Vergleich Unterschiede in Bezug auf die Informationsvermittlung auf.

Das kleinste Krankenhaus, Krankenhaus A, hat die meisten seiner Mitarbeiter über den schriftlichen Weg erreicht. Dies unterscheidet das Haus deutlich von den anderen beiden. Persönliche Anschreiben und die Klinikzeitung haben in diesem Haus noch einen sehr hohen Stellenwert.

Im Krankenhaus B ist hervorzuheben, dass die Informationsweitergabe durch den Vorgesetzten nur vermindert stattgefunden hat. Die Zahl der Mitarbeiter, die sich über ihre Führungskraft informiert gefühlt haben, fällt stark gegen die Informationsgewinnung durch Kollegen ab und auch gegenüber den Zahlen in den beiden anderen Häusern. Wie sich insgesamt in diesem Haus gezeigt hat, haben die Führungskräfte, insbesondere aus dem ärztlichen Bereich, das Projekt auch nicht sehr stark unterstützt.

Krankenhaus C, das größte im Projekt untersuchte Haus, zeigt sehr niedrige Werte in der Informationsvermittlung auf schriftlichem Wege. Dies mag daran liegen, dass in diesem Haus insgesamt sehr viel schriftlich kommuniziert wird. Die Größe des Hauses führt dazu, dass persönliche Kontakte rar und mündliche Kommunikationswege oft verbaut sind. Die Informationen über das Projekt könnten in der Flut der schriftlichen Informationen, die die Mitarbeiter täglich erreichen, untergegangen sein.

Tabelle 28 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 28: Medium der Informationsvermittlung

Wie sind Sie informiert worden?								
	Artikel	Rund- schreiben	Intranet	Aushänge	Durch FK	Durch Kollegen	MAV	Sonstiges
Gesamt	18,6% (163)	18,0% (157)	3,2% (28)	7,3% (64)	20,7% (181)	21,1% (184)	-	11,1% (97)
Krankenhaus A	21,4% (76)	19,4% (69)	3,4% (12)	12,4% (44)	16,9% (60)	13,2% (47)	7,6% (27)	5,6% (20)
Krankenhaus B	24,1% (60)	16,9% (42)	1,2% (3)	8,0% (20)	13,3% (33)	25,3% (63)	-	11,2% (28)
Krankenhaus C	10,0% (27)	17,0% (46)	4,8% (13)	-	32,6% (88)	27,4% (74)	-	8,2% (22)

In Bezug auf die Bewertung der Wichtigkeit des Projekts durch die Mitarbeiter zeigte sich, dass das Projekt von 59,7% als wichtig bis sehr wichtig eingestuft wird. Nur 8,4% der Befragten fanden ein solches Projekt unwichtig bis ganz unwichtig. Angesichts dieser Zahlen lässt sich ableiten, dass das Projekt von den Mitarbeitern der Krankenhäuser mit getragen wurde.

Am wichtigsten wurde das Projekt von den Mitarbeitern des Krankenhauses C eingestuft. Hier gaben 32,2% der Befragten an, das Projekt sehr wichtig zu finden. Dies lässt darauf schließen, dass das Krankenhaus C den größten Problemdruck aufweist.

Tabelle 29 zeigt alle Zahlen im Überblick.

Tabelle 29: Wichtigkeit des Projekts

Wie bewerten Sie die Wichtigkeit der Durchführung eines solchen Projekts?					
	ganz unwichtig	unwichtig	neutral	wichtig	sehr wichtig
Gesamt	4,2% (24)	4,2% (24)	31,8% (180)	34,3% (194)	25,4% (144)
Krankenhaus A	2,1% (4)	4,2% (8)	43,2% (83)	33,9% (65)	16,7% (32)
Krankenhaus B	4,6% (8)	5,1% (9)	27,4% (48)	35,4% (62)	27,4% (48)
Krankenhaus C	6,0% (12)	3,5% (7)	24,6% (49)	33,7% (67)	32,2% (64)

Auf die Frage, ob die Mitarbeiter eine Veränderung in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Mobbing in ihrem Krankenhaus festgestellt hätten, gab die Mehrzahl an, nur wenig bis gar keine Veränderung wahrgenommen zu haben (74,6%). Dieses Ergebnis lässt schließen, dass die meisten Mitarbeiter wenig durch die Maßnahmen erreicht wurden und sich tatsächlich noch nicht viel aufgrund der Maßnahmen in den Häusern verändert hat.

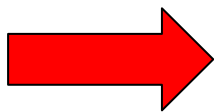
In den drei untersuchten Krankenhäusern unterscheiden sich diese Zahlen aber sehr deutlich. Während im Krankenhaus A nur 33,5% der Mitarbeiter der Meinung sind, es hätte sich gar nichts verändert, sind es im Krankenhaus C 57,4% – eine Differenz von 23,9%. Die Maßnahmen sind also (zumindest in Bezug auf die Wahrnehmung der Mitarbeiter) unterschiedlich effektiv gewesen.

Tabelle 30 zeigt die Zahlen im Überblick.

Tabelle 30: Wahrgenommene Veränderung durch das Projekt

Hat sich Ihrer Meinung nach durch das Projekt etwas in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Mobbing verändert?					
	nein, gar nichts	nur wenig	ja, zum Teil	ja, viel	ja, sehr viel
Gesamt	47,1% (240)	27,5% (140)	21,4% (109)	2,7% (14)	1,4% (7)
Krankenhaus A	33,5% (56)	29,3% (49)	30,5% (51)	3,6% (6)	3,0% (5)
Krankenhaus B	49,4% (79)	27,5% (44)	20,6% (33)	2,5% (4)	0% (0)
Krankenhaus C	57,4% (105)	25,7% (47)	13,7% (25)	2,2% (4)	1,1% (2)

8.7.1 Fazit zur Wahrnehmung des Projekts und der Maßnahmen



Die Mitarbeiter der drei Krankenhäuser waren zu einer Mehrzahl über das Projekt informiert. Allerdings gab auch eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Mitarbeitern an, wenig bis gar nichts über das Projekt zu wissen. Es ist also anzunehmen, dass nicht alle Mitarbeiter durch die Maßnahmen erreicht wurden. Dies wird durch die Tatsache komplettiert, dass sehr viele Mitarbeiter nur wenig bis gar keine Veränderung durch das Projekt wahrgenommen haben – wenn auch in den drei untersuchten Häusern zu unterschiedlichen großen Prozentzahlen. Die Wichtigkeit des Projektes wird überall sehr hoch eingeschätzt, was auf eine Motivation der Mitarbeiter für die Durchführung des Projekt schließen lässt und vielleicht auch auf einen vorhandenen Problemdruck in den Häusern hindeutet, der von den Mitarbeitern wahrgenommen wird.

8.8 P8 Rahmenbedingungen in der Projektlaufzeit

Im Folgenden sind Rahmenbedingungen, die während der Projektlaufzeit bestanden, aufgelistet. Es ist nicht möglich, alle für die Ergebnisse der Evaluation wichtigen Einflussfaktoren systematisch zu erfassen. Es können nur Hypothesen darüber aufgestellt werden, welche Größen Einfluss auf die Evaluationsergebnisse genommen haben könnten oder als Störvariablen wirksam waren. Mit den hier aufgelisteten Bedingungen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es handelt sich um die Größen, die im Rahmen der Evaluation wahrgenommen und registriert werden konnten.

Es sind die allgemeinen und die krankenhausspezifischen Rahmenbedingungen zu unterscheiden.

8.8.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Wirtschaftliche Lage

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland hat sich in den letzten Jahren zunehmend verschärft. Durch die Entwicklungen des Gesundheitssystems in Deutschland stehen hunderte von Kliniken vor dem finanziellen Aus – auf absehbare Zeit sind sie nicht in der Lage, wirtschaftlich zu arbeiten.

Alle Krankenhäuser bemühen sich nach Kräften, durch Umstrukturierungen, Bettenabbau und Optimierung der Abläufe Kosten einzusparen. Auch Personalkürzungen werden zum Teil drastisch vorgenommen.

Diesen Rationalisierungen und Einsparungen stehen auf der anderen Seite gestiegene Anforderungen an die Kliniken und deren Personal entgegen.

Diese allgemeine sehr schwierige Lage, in der sich die Krankenhäuser befinden, zeigte sich auch für die am Projekt beteiligten Häuser. Der Verwaltungsdirektor des Krankenhauses A bestätigt, dass bedingt durch die Lage, in der sich sein Haus zurzeit befindet, und die damit verbundenen Veränderungsprozesse, Probleme entstehen und das Konfliktpotenzial ansteigt. Er sagt:

„Ja, es ist so, dass es natürlich im Krankenhaus, wo so große Umstrukturierungsprozesse stattfinden, wie wir es zurzeit durchleben, das ist insgesamt im Gesundheitssystem zurzeit so, dass natürlich auch sehr viel Konfliktpotenzial da ist. Das stellen wir auch fest, das nimmt zu.“

Ein Oberarzt aus dem Krankenhaus C beschreibt die Lage noch ernster:

„Es fällt von oben her immer das Argument: es sind Sachzwänge, d.h. der Führungsstil oder der Arbeitsstil und das Tempo, das erfolgt alles unter Sachzwängen. Damit wird das halt begründet. Und entweder ist der Mitarbeiter in der Lage, das Tempo mitzugehen, oder er ist es nicht.“

Es ist stark anzunehmen, dass diese allgemein schwierige Lage sich auf die Bewertungen der Mitarbeiter im Fragebogen, speziell auf die Ergebnisse im Vorher-Nachher-Vergleich, ausgewirkt hat.

Der Verwaltungsdirektor aus Krankenhaus B bringt es auf den Punkt:

„Also wir haben so ein generelles Problem. Wir stehen unter wirtschaftlichem Druck, bauen Personal ab, und das überlagert natürlich alles. In so einer Situation werden Sie, unabhängig von dem Mobbingthema, keine positiven Beurteilungen erfahren [...].“

Eine Stationsleiterin des Krankenhauses A formuliert ihre Bedenken bezüglich des Einflusses der Lage auf das Antwortverhalten der Mitarbeiter im Fragebogen so:

„Der Druck von oben nimmt immer mehr zu. Ich glaube, dass Mitarbeiter sich mit ihren Beschwerden zurückhalten, weil sie einfach Angst um ihren Arbeitsplatz haben. [...] Also ich denke, es finden viel mehr Konflikte und Mobbing statt, als die Mitarbeiter bereit sind zuzugeben, weil Konflikte und Mobbing auch von oben nach unten stattfinden.“

Einführung der Fallpauschalen / DRG

Während der Projektlaufzeit fand eine Umstellung des Abrechnungssystems in den Krankenhäusern statt, es wurden die so genannten DRG (Diagnosis Related Groups) eingeführt. Die Leistungsvergütung wurde damit von Pflegesätzen auf die Zahlung von Fallpauschalen umgestellt. Für seine Leistung erhält das Krankenhaus ein pauschales Entgelt, dem Durchschnittswerte für die Behandlungskosten entsprechend der Diagnose eines Patienten zugrunde liegen. Nach einer Blinddarmoperation könnte z.B. eine Sekundärinfektion nicht separat abgerechnet werden, weil für die Behandlung der

Blinddarmentzündung nur die kassenübliche Pauschale gezahlt wird. Die Kosten, die durch eine längere Verweildauer des Patienten entstehen, muss die Klinik tragen.

So wird zwar durch die Einführung der Fallpauschalen für das deutsche Gesundheitssystem viel Geld gespart, dies geht aber gleichzeitig mit diversen Schwierigkeiten für die Krankenhäuser einher. Mit Hilfe der DRG soll das Krankenhaus seine Leistung effizienter erbringen und Komplikationen vermeiden. Zugleich muss aber mit den bestehenden Ressourcen eine größere Zahl von Patienten therapiert werden, um wirtschaftlich zu sein. Hinzu kommt, dass das komplizierte Kodiersystem zur Umsetzung der Dokumentationsrichtlinien die Mitarbeiter in den Krankenhäusern zu einem stark erhöhten Verwaltungsaufwand zwingt. Immer weniger Personal muss also unter hohem wirtschaftlichem Druck immer mehr Arbeit bewältigen.

Mit den Äußerungen der Verwaltungsdirektoren der Krankenhäuser wird dies bestätigt:

„Und dann ist natürlich jetzt in dieser Phase die Umstellung auf das neue Abrechnungssystem. Das fordert insbesondere im ärztlichen Bereich, auch im pflegerischen Bereich viele Kapazitäten; das muss man dann nebenbei auch noch machen.“

„Ja, und da kommt noch einiges an Vorbereitung hinsichtlich der genauen Kodierung, der genauen Zuordnung eines Patienten in diese jeweiligen Schubladen hinzu [...]. Sie müssen also ganz präzise Diagnosen und Nebendiagnosen angeben. Der operative Eingriff oder die Prozedur, die während einer stationären Behandlung durchgeführt werden, müssen exakt dokumentiert werden.“

„[Es besteht] wesentlich mehr Dokumentationsaufwand, insbesondere im ärztlichen Bereich. [...] Also das ist sicherlich ein erheblicher verwaltungstechnischer Aufwand.“

„Es wird demnächst alles ganz anders strukturiert werden, auch im Rahmen des neuen Abrechnungszeitalters, der DRG's, das alles vollkommen umstrukturiert. Das hat natürlich auch wieder Auswirkungen auf Arbeitsplätze [...], die Leute werden in anderen Bereichen eingesetzt oder wir brauchen andere Qualifikationen. Es gibt Umversetzungen in andere Bereiche hinein.“

Mit diesen Äußerungen zeigt sich, dass die Mitarbeiter während der Projektlaufzeit hohen und sogar steigenden Anforderungen ausgesetzt waren. Veränderungsprozesse, Unsicherheiten und steigender Verwaltungsaufwand standen an der Tagesordnung. Es ist anzunehmen, dass dies einer positiven Bewertung des Projekts entgegengewirkt haben kann.

8.8.2 Krankenhausspezifische Rahmenbedingungen

In den am Projekt beteiligten Krankenhäusern lassen sich neben diesen allgemein schwierigen Entwicklungen, die für alle drei Häuser galten, weitere spezifische Rahmenbedingungen festhalten.

Krankenhaus A:

In Krankenhaus A fanden während der Projektlaufzeit verschiedenste weitere Aktivitäten statt. Die vielfältigen Projekte zeigen das Engagement des Krankenhauses auf. Der Verwaltungsdirektor zählt einige Projekte auf:

„Also es sind halt ganz viele Projekte parallel gelaufen. [...] Es läuft ein Projekt zur zentralen Patientenaufnahme. Es wird zukünftig nicht mehr die klassische Patientenaufnahme bei uns geben. [...] Dann haben wir ein weiteres Projekt: Erarbeitung von flexiblen und alternativen Arbeitszeitmodellen vor dem Hintergrund des OGH-Urteils mit den Bereitschaftsdiensten.“

Die wichtigste und aufwendigste Aktivität während der Projektlaufzeit stellt aber die KTQ- (Kooperation für Transparenz und Qualität-)Zertifizierung dar. Hierbei handelt es sich um eine Zertifizierung des Qualitätsmanagements. Es dient den Krankenhäusern als Instrument, die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen zu können.

Neben einer Selbstbewertung wird eine Begehung des Krankenhauses durch Experten vorgenommen, die vor Ort die Selbstbewertung hinterfragen und eine Beurteilung des Qualitätsmanagements des Krankenhauses vornehmen. Die Beteiligung an dem Projekt „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing“ und die daraus entstandene Konfliktberatungsstelle wurden als ein Qualitätsmerkmal des Krankenhauses in den KTQ-Bericht mit aufgenommen (unter dem KTQ-Kriterium „Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung“).

Die KTQ-Zertifizierung hat nicht nur die Motivation des Krankenhauses erhöht, an dem Projekt teilzunehmen, sie sorgt auch dafür, dass es weiterlebt. Eine Mitarbeiterin, die im Rahmen des Projekts zur Konfliktberaterin ausgebildet wurde, sieht deshalb den Fortbestand und die weitere Unterstützung für die Konfliktberatungsstelle nicht gefährdet:

„Und jetzt im Rahmen der Zertifizierung [...] ist es lobend erwähnt worden, dass es so etwas (die Konfliktberatungsstelle) in diesem Hospital gibt. Und aus dem Rock kommen die nicht mehr raus, verstehen Sie? Weil wir in drei Jahren wieder zertifiziert werden, das ist ja ein fortlaufender Prozess, und weil das Erreichen der erneuten Qualifizierung ja noch viel, viel schwieriger ist, kommen die aus der Nummer nicht mehr raus. Und von daher bin ich sehr optimistisch, dass das weiter super laufen wird.“

Darüber hinaus war in Krankenhaus A aber auch das persönliche Engagement der Leitung für das Projekt gegeben. Der Verwaltungsdirektor formuliert seine persönliche Motivation so:

„Ich kenne da auch die Einschätzung vieler Kollegen solchen Projekten gegenüber. Die Leute werden natürlich aus dem täglichen Arbeitsbereich rausgezogen. Das ist halt noch mal was „on top“ wieder nebenher. Die Stunden müssen auch wieder aufgefangen werden. Ich meine, wir fahren in vielen Bereichen mit Mindestbesetzung, und wenn jemand ausfällt, dann müssen wir für Ersatz sorgen. Das ist manchmal nicht einfach und da sträuben sich auch die Kollegen.

Auf der anderen Seite sage ich mir, ich als Geschäftsführer kann natürlich auch Nutzen aus den Ergebnissen solcher Projekte ziehen. Geringere Ausfallzeit und so

weiter und so fort. Da gibt es ja ganz viele Dinge, gesündere Mitarbeiter, zufriedene Mitarbeiter, motivierte Mitarbeiter, und insofern liegt das mit dem Enthusiasmus an mir.“

Dies schlug sich auch in der konsequenten Umsetzung der Projektziele nieder:

„Ich habe mit allen Chefärzten in der Zielvereinbarung stehen: Schulungen zu Konfliktmanagement und Mobbing. Das waren Pflichtveranstaltungen. Und insofern habe ich mit dem einen, der nicht daran teilgenommen hat, noch ein Hühnchen zu rupfen. Der hat nämlich sein Ziel nicht erreicht. Der wird natürlich tausend Ausreden finden.“

Die krankenhausspezifischen Rahmenbedingungen in Krankenhaus A sind als positiv und dem Projekt zuträglich zu beurteilen.

Krankenhaus B:

Im Krankenhaus B fanden während der Projektlaufzeit nicht so viele weitere Aktivitäten statt wie in Krankenhaus A. Zu erwähnen ist der Bau und die Inbetriebnahme eines neuen OP. Der Verwaltungsdirektor bewertet dies zunächst positiv.

„[...] während dieses Projekts haben wir ja hier im Haus einen neuen OP gebaut im Untergeschoss [...]. Da haben wir also die alte Bettenaufbereitung, unsere alte Wäscherei, die wir geschlossen haben, und in diese Räumlichkeiten sind also fünf neue OP-Säle eingebaut worden. Ja, das sind also bauliche Maßnahmen, die aber jetzt nicht, kann man nicht sagen, negativ auf unsere Organisation sich ausgewirkt haben.“

Er gesteht dann aber doch ein, dass nicht alle Mitarbeiter dem neuen OP positiv gegenüber stehen.

„[...] man kann jetzt in einem OP unter modernsten Gesichtspunkten arbeiten. Aber wie das dann so ist, die haben früher lieber in ihrer Wohnküche gearbeitet; wohnen, kochen, schlafen in einem Raum. Jetzt gehen sie in einen großen OP. Das ist wie wenn sie in einem möblierten Zimmer wohnen und dann in ein Haus umziehen und sich dann darüber beschweren, dass sie von ihrem Sofa 20 Meter laufen müssen, um in die Küche zu kommen. Die Wege sind im neuen OP eben viel weiter und das geht alles nicht mehr so.“

Aus seiner Sicht sind die Mitarbeiter undankbar und wissen die Modernisierungen nicht zu schätzen. Im Rahmen der Führungskräfte Schulungen und der Ausbildung der Konfliktberater berichteten die Mitarbeiter allerdings von Bedingungen, die der neue OP bietet, die das Arbeiten erschweren, z.B. unangenehme Temperaturverhältnisse und räumliche Aufteilungen, die einer reibungslosen Arbeitsorganisation im Weg stehen. Sie klagten darüber, nicht ausreichend in den Planungsprozess der neuen Räumlichkeiten mit einbezogen worden zu sein. Die vorhandenen Mängel, die für den Unmut bei den Mitarbeitern verantwortlich sind, hätten auf diesem Weg verhindert werden können.

Dieses Beispiel steht für die generelle Distanz zwischen Krankenhausleitung und Beschäftigten, die im Projekt ebenfalls wahrnehmbar war. Darüber hinaus nahm das Projekt keinen so hohen Stellenwert ein. Vor allem die Chefarzte und der Ärztliche Direktor beteiligten sich nicht und unterstützen das Projekt nicht tatkräftig.

Die sarkastische Bemerkung eines Arztes im Interview spiegelt wider, wie das Engagement der Krankenhausleitung für das Projekt aus der Sicht der Mitarbeiter wahrgenommen wurde:

„Im Rahmen der Projektgruppe ist ihnen vielleicht die ungebremste Dynamik aufgefallen, die bei einigen Teilnehmern vorhanden war. [...] Und diese ungebremste Dynamik, die hat sich dementsprechend auch richtig ausgetobt. Das ist schade, aber dadurch findet viel in diesem Hause nicht statt.“

Die Unzufriedenheit einiger Mitarbeiter könnte sich negativ auf die Bewertungen des Fragebogens ausgewirkt haben.

Krankenhaus C:

Im Krankenhaus C bestand ein generelles Problem. Die Projektgruppe setzte sich aus Personen zusammen, die in der Krankenhausleitung angesiedelt sind (Ärztlicher Direktor, leitender Personaldezernent, Betriebsrat etc.). An dem Projekt beteiligt waren aber nur einzelne Abteilungen des Krankenhauses als Pilotkliniken. Vertreter aus diesen Abteilungen (z.B. Chefarzte, Stationsleitungen etc.) nahmen aber nicht an den Projektgruppensitzungen teil. Deshalb zeigte sich das Bild, dass in der Projektgruppe Dinge beschlossen wurde, die von Personen umgesetzt werden mussten, die diese Entscheidungen nicht mit getroffen hatten. Auf diese Weise konnte keinerlei Commitment bei den Personen erzeugt werden, die direkt von dem Projekt betroffen waren und davon profitieren sollten.

Umgekehrt wussten die Teilnehmer der Projektgruppe nicht um die spezifischen Sorgen und Nöte, die in den betreffenden Kliniken vorherrschten. Sie waren dafür im wahrsten Sinne des Wortes zu weit weg. Es fand keine direkte Kommunikation zwischen den Parteien statt.

So wurde z.B. in der Projektgruppe beschlossen, dass alle Führungskräfte in den Führungskräftebildungen trainiert werden sollten. Die Chefarzte vor Ort setzen dies nicht um, was wiederum keine Konsequenzen nach sich zog.

Ein Oberarzt berichtet seine Erfahrungen in Bezug auf die Führungskräftebildungen so:

„Also ich glaube, Professor XXX hat da ein Schreiben bekommen, wer von seinen Mitarbeitern da hingehen könnte. Und in dem Moment ist das für den das Unwichtigste auf der Welt. Und dann hat er gesagt, wenn einer [hingehet], dann mein Personaloberarzt. Ich sag jetzt mal, da gibt es wichtigere Schulungen, wo auch nicht alle hingehen, die hingehen sollten. Es hätte ein Pflichtseminar sein müssen.“

Weiter waren die Bedingungen, unter denen die Personen teilnehmen mussten, die die Schulungen überhaupt besucht haben, sehr schlecht. Sie erhielten keinerlei Unterstützung oder Rückendeckung von Kollegen und Vorgesetzten aus ihrer Abteilung.

„Und sie müssen auch mal überlegen, für uns in dieser Situation, wie das hier aufgezoogen worden ist. Die Zeit dafür rauszuschlagen ist Stress pur.“

„Ich bin, als ich da drüben war, stellenweise alle 20 Minuten angefunkelt worden. [...] Da bin ich vom vierten Stock die Treppe, weil der Aufzug mir zu langsam war, runter gelaufen ans Telefon, wieder hoch gelaufen, wieder hingesezt. Das macht doch keiner, das macht doch keiner, ja?“

Wie ein Oberarzt aus Krankenhaus C bestätigt, wurde die generelle Unterstützung von oben durch die Krankenhausleitung für das Projekt denn auch entsprechend wahrgenommen:

„Das Ganze ist von der Verwaltung, muss man sagen, sehr, sehr klein gehalten worden.“

Weiter ist als wichtige Rahmenbedingung in Krankenhaus C festzuhalten, dass eine der teilnehmenden Pilotkliniken stark von Umstrukturierungsprozessen betroffen gewesen ist. Verschiedene vorher räumlich getrennte Abteilungen wurden in einem Gebäude zusammengelegt. Dies ging mit personellen Umstrukturierungen einher. Massive organisatorische Probleme traten in der Folge auf.

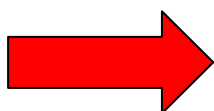
„Wir sehen das ja hier im xxx-Zentrum. Wir haben ja, seitdem wir hier seit anderthalb Jahren drin sind, enorme organisatorische Probleme. Und es gibt ja diese Prozessoptimierungskommission, die es bisher nicht geschafft hat, die Probleme, die wir hier haben, zu lösen.“

Generell ist die Atmosphäre in Krankenhaus C dadurch charakterisiert, dass die Mitarbeiter sich mit den schwierigen Arbeitsbedingungen abgefunden haben, Resignation ist die vorherrschende Stimmung. Dementsprechend wurden von den Mitarbeitern auch nur sehr geringe Erfolgsaussichten für das Projekt antizipiert, selbst bei denen, die sich für das Projekt engagiert haben:

„Ich bin aber auch Realist. Und da hatte ich eigentlich eine ganz ähnliche Position wie viele meiner Kollegen von mir, die in der Ausbildung zum Konfliktlotsen waren. Die haben das genauso gesehen, dass wir hiermit wirklich in einem solchen Umfeld nicht viel bewegen können. Daran haben wir von Anfang an nicht geglaubt. Und das sehen wir auch heute noch so. Also das ist eine ganz, ganz zarte Pflanze, die hier gepflanzt wird in einem Sturm.“

Betrachtet man die Rahmenbedingungen in Krankenhaus C, so ist zu vermuten, dass sie sich negativ auf die Bewertungen des Fragebogens ausgewirkt haben.

8.8.3 Fazit zu den Rahmenbedingungen während der Projektlaufzeit



Die allgemeinen Rahmenbedingungen, unter denen das Projekt stattgefunden hat und die für alle teilnehmenden Krankenhäuser gegolten haben, sind als nicht gut zu bewerten. Eine wirtschaftlich angespannte Lage führt dazu, dass die Krankenhäuser sparen müssen. Es wird Personal abgebaut oder zumindest Arbeit verdichtet. Mit Einführung der Fallpauschalen steigt der Verwaltungsaufwand für alle Mitarbeiter und der Druck, immer mehr Arbeit, ohne Komplikationen, in immer weniger Zeit zu schaffen. Dies sind Bedingungen, die sich mit

Sicherheit auf die Beantwortung des Fragebogens ausgewirkt haben. Hinzu kommt, dass es sehr schwer ist, in einer sich immer weiter zuspitzenden Lage eine Verbesserung durch eine Intervention zu erzielen, die nichts an den äußeren Bedingungen verändern kann. Dies war im vorliegenden Projekt der Fall.

Die krankenhausspezifischen Rahmenbedingungen des Projekts zeigen sich, wie auch schon die meisten Ergebnisse der Prozessevaluation zuvor, als sehr unterschiedlich. Krankenhaus A war zwar durch viele parallel laufende Projekte belastet, hatte sich aber durch die KTQ-Zertifizierung ein Druckmittel für das Gelingen des Mobbingpräventionsprojekts von außen selbst geschaffen. Dies schlug sich auch im Engagement der Krankenhausleitung für das Projekt nieder.

Krankenhaus B zeigte kein so hohes Engagement. Chefärzte und Krankenhausleitung waren eher indifferent eingestellt. Dass Probleme zwischen der Leitung und den Mitarbeitern bestehen, zeigte sich im Beispiel des neuen OP-Komplexes, der während der Projektlaufzeit entstand. Der gute Wille der Krankenhausleitung, Verbesserungen für die Mitarbeiter umzusetzen, ging an den Beschäftigten vorbei, da keine ausreichende Partizipation der Mitarbeiter gelebt wurde. Unter genau diesen Umständen fand auch das vorliegende Projekt statt.

Krankenhaus C hatte vor allem das Problem, dass bei den Personen, die das Projekt betraf (Vertreter der Pilotkliniken), kein Commitment für das Projekt bestand. Die Projektgruppe und die betroffenen Mitarbeiter und Führungskräfte waren zu weit voneinander entfernt; die entscheidenden Personen (z.B. die Chefärzte) wurden nicht einbezogen. Damit versickerte das Projekt regelrecht in den komplexen Strukturen dieses Krankenhauses. Keiner schuf auch nur die minimalsten Rahmenbedingungen, die zur erfolgreichen Durchführung notwendig gewesen wären (z.B. generelle Freistellungen der Mitarbeiter für die Schulungen). Dem Engagement einzelner Personen ist es zu verdanken, dass das Projekt überhaupt vorangetrieben und zu einem Abschluss gebracht wurde.

Hinzu kamen in Krankenhaus C noch massive Umstrukturierungsmaßnahmen, die während der Projektlaufzeit stattfanden und sich auf die Beurteilung des Fragebogens ausgewirkt haben müssen.
























8.9 Zusammenfassung Prozessevaluation

Nachfolgend sind in Tabelle 31 die Ergebnisse der Prozessevaluation zusammengefasst. Es soll dadurch ermöglicht werden, die drei Krankenhäuser im direkten Vergleich betrachten zu können in Bezug auf alle in der Prozessevaluation erhobenen Bereiche. Zur schnelleren und einfacheren Interpretation der Daten dienen die verschiedenfarbigen Balken, wobei ein grüner Balken ein gutes Ergebnis symbolisiert, ein gelber ein mittleres und ein roter Balken ein schlechtes Ergebnis.

Es wird deutlich, dass Krankenhaus A insgesamt die besten Ergebnisse aufweist. Krankenhaus C ist bezüglich fast aller Bereiche kritisch einzustufen.

Diese Ergebnisse sind zur Interpretation der summativen Evaluation heranzuziehen.

Tabelle 31: Zusammenfassung der Ergebnisse der Prozessevaluation

	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
P1 Erreichung der Zielgruppe	FK zu 84% erreicht KB zu 100% erreicht 	FK zu 52% erreicht KB zu 100% erreicht 	FK zu 42% erreicht KL zu 72% erreicht 
P2 Übereinstimmung Planung und Durchführung	geringfügig kürzere Schulungsdauer (pro Person) der FK; sonst keine Abweichungen 	geringfügig kürzere Schulungsdauer (pro Person) der FK; sonst keine Abweichungen 	Geringfügig kürzere Schulungsdauer (pro Person) der FK, geringere Schulungsdauer (pro Person) der KL; keine Wirkzeit für KL 
P3 Bewertung der FK-Schulungen	Die FK-Schulung wurde sehr gut bewertet; es gab keine gravierenden Kritikpunkte 	Die FK-Schulung wurde sehr gut bewertet; es gab keine gravierenden Kritikpunkte 	Die FK-Schulung wurde sehr gut bewertet; es gab keine gravierenden Kritikpunkte 
P4 Auswahl und Rahmenbedingungen der KB/KL	Auswahlprozess und Rahmenbedingungen der Arbeit sind vorbildlich 	Auswahlprozess verlief ohne Probleme; Rahmenbedingungen der Arbeit gut, aber noch einige Punkte offen 	Auswahlprozess sehr schwierig, Vorschlagswesen nicht konsequent umgesetzt; Rahmenbedingungen der Arbeit schlecht 
P5 Bewertung des Transfers der FK-Schulungen	Transfer hat nur eingeschränkt stattgefunden 	Transfer hat nur eingeschränkt stattgefunden 	Transfer hat nur eingeschränkt stattgefunden 
P6 Arbeit der KB/ KL	10 Fälle abgeschlossen und dokumentiert 	5 Fälle begonnen; noch keine Fall abgeschlossen 	Keine Fälle in der Projektlaufzeit bearbeitet 
P7 Wahrnehmung des Projekts	MA gut informiert; gute Projektbewertung 	MA informiert; durchschnittliche Projektbewertung 	MA schlecht informiert; schlechte Projektbewertung 
P8 Rahmenbedingungen während der Projektlaufzeit	schwierige wirtschaftliche Lage, Einführung DRG; KTQ; Unterstützung von oben 	schwierige wirtschaftliche Lage; Einführung DRG; neuer OP, geringe Unterstützung von oben 	schwierige wirtschaftliche Lage; Einführung DRG; Umstrukturierungen und Personalabbau; schlechte Einbettung des Projekts; keine Unterstützung von oben 

FK = Führungskraft; KB = Konfliktberater; KL = Konfliktlotse; MA = Mitarbeiter
Balkenfarbe: grün = gutes Ergebnis; gelb = mittleres Ergebnis; rot = schlechtes Ergebnis
- 183 -

9. Ergebnisse summative Evaluation

Das folgende Kapitel stellt die summative Evaluation dar. Dies bezieht sich auf die quantitative Fragebogenuntersuchung im Vorher-Nachher-Vergleich.

Begonnen wird mit der Erläuterung des analytischen Vorgehens und der verwendeten statistischen Methoden, die zur Überprüfung der Hypothesen der Untersuchung angewendet wurden (Abschnitt 9.1). Anschließend wird die den Ergebnissen zugrunde liegende Stichprobe beschrieben (Abschnitt 9.2).

Schließlich werden die Ergebnisse dargestellt. In Abschnitt 9.3 werden deskriptive Ergebnisse berichtet, die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs sind in Abschnitt 9.4 dargestellt; in Abschnitt 9.5 werden die Ergebnisse der Prüfung von Gruppenunterschieden vorgestellt.

9.1 Analytisches Vorgehen und statistische Methoden

Zur Analyse liegen zwei unterschiedliche Stichproben vor:

Stichprobe A: Durch den Kode, den jede Versuchsperson beim Ausfüllen des Fragebogens eintragen musste, konnten die Fragebögen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt einander zugeordnet werden. Stichprobe A besteht nur aus den Personen, die sowohl zum ersten wie auch zum zweiten Messzeitpunkt geantwortet haben und einander zugeordnet werden konnten. Dies sind 267 Personen (Tabelle 32).

Tabelle 32: Stichprobe A

	1.MZP	2.MZP
Krankenhaus A	n = 86	n = 86
Krankenhaus B	n = 95	n = 95
Krankenhaus C	n = 67	n = 67
Kontrollgruppe Krankenhaus C	n = 19	n = 19
Gesamt	n = 267	n = 267

Stichprobe B: Stichprobe B besteht aus allen Versuchspersonen, die zum ersten und/oder zum zweiten Messzeitpunkt geantwortet haben. D.h., es sind die Personen enthalten, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben, die Personen, die ausschließlich zum ersten Messzeitpunkt geantwortet haben, und die Personen, die ausschließlich zum zweiten Messzeitpunkt geantwortet haben. Stichprobe B besteht aus 1431 Personen (Tabelle 33).

Tabelle 33: Stichprobe B

	1.MZP	2.MZP	Gesamt
Krankenhaus A	n = 200	n = 197	n = 397
Krankenhaus B	n = 350	n = 182	n = 532
Krankenhaus C	n = 209	n = 151	n = 360
Kontrollgruppe Krankenhaus C	n = 89	n = 53	n = 142
Gesamt	n = 848	n = 583	n = 1431

Die Stichprobe A wird zur Prüfung der Veränderungshypothesen herangezogen. Nur bei dieser Stichprobe können Aussagen darüber getroffen werden, ob sich die Beurteilung der abhängigen Variablen über die Zeit bezüglich der einzelnen Personen, die in die Analyse eingehen, verändert hat.

Die Betrachtung der ungepaarten Stichprobe zu den zwei Messzeitpunkten kann lediglich Aufschluss über generelle Niveauunterschiede geben. Die Prüfung einer Veränderungshypothese an dieser Stichprobe wird konservativere Ergebnisse bringen als die Betrachtung der gepaarten Stichprobe. Alle Hypothesen wurden auch an der Stichprobe B geprüft, werden aber nicht im Text berichtet. Die Ergebnisse zur Stichprobe B befinden sich im Anhang.

Stichprobe B wird zur Erkundung der explorativen Fragestellungen herangezogen, und sie diente ebenfalls zur Durchführung einer Dropout-Analyse.

Zur Prüfung der Veränderungshypothesen der summativen Evaluation wurde ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. (Für die Stichprobe B wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet.)

Zur Testung auf Gruppenunterschiede wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (Anova) gerechnet mit einem 2 X k-Faktoren-Design.

Um mögliche Selektionseffekte aufzudecken, wurde eine Dropout-Analyse vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt durchgeführt. Hierzu wurden die Personen, die zu beiden Messzeitpunkten geantwortet haben, mit der Gruppe von Personen verglichen, die nur zum ersten Messzeitpunkt geantwortet haben. Der Vergleich erfolgte mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben.

Die Interpretation der Effektgrößen richtet sich nach Cohens (1988) Einteilung. Danach liegen ein kleiner Effekt bei einem η^2 von .01, ein mittlerer Effekt bei einem η^2 von .06 und ein großer Effekt bei einem η^2 von .14 vor.

Die Datenanalyse wurde mit Hilfe des Programms SPSS, Version 13.0, gerechnet.

9.2 Beschreibung der Stichprobe

9.2.1 Rücklauf und Repräsentativität

Rücklauf

Insgesamt sollte eine Stichprobe von 1701 (1. Messzeitpunkt, im folgenden T1 genannt) bzw. 1656 (2. Messzeitpunkt, im folgenden T2 genannt) Mitarbeitern aus den drei Krankenhäusern befragt werden. Genau 848 (T1) bzw. 583 (T2) Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesandt. Das entspricht einem Gesamtrücklauf von 49,85% für T1 und 35,21% für T2.

Tabelle 34 zeigt die Rücklaufquoten in der Übersicht aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen und Krankenhäusern.

Tabelle 34: Rücklaufquoten

	Ärztlicher Dienst		Pflegedienst		Sonstige Tätigkeit		Gesamt	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Krankenhaus A	83,78%	48,78%	69,92%	72,13%	57,81%	68,10%	69,44%	70,61%
Krankenhaus B	39,47%	31,38%	63,86%	27,24%	29,07%	17,51%	43,86%	23,82%
Krankenhaus C	36,36%	16,51%	39,49%	26,48%	87,83%	68,70%	48,46%	33,28%
Gesamt	44,44%	27,91%	52,88%	33,80%	45,33%	36,84%	49,85%	35,21%

Krankenhaus A weist einen recht guten Rücklauf auf, der als zufrieden stellend bewertet werden kann. Dies trifft nicht nur für die Gesamtbetrachtung zu, sondern auch für die verschiedenen untersuchten Berufsgruppen. Am schlechtesten sind die Ärzte zum zweiten Messzeitpunkt vertreten.

Krankenhaus B weist insgesamt betrachtet keinen zufrieden stellenden Rücklauf der Fragebögen auf, wobei der zweite Messzeitpunkt mit nur 23,82% an Mitarbeitern, die geantwortet haben, besonders schlecht ausfällt. Diese Aussage trifft auch auf die verschiedenen Berufsgruppen zu. Zum ersten Messzeitpunkt sind zumindest die Pflegekräfte in einem ausreichenden Maße vertreten.

Krankenhaus C weist in der Gesamtbetrachtung vergleichbar mit Krankenhaus B keine zufrieden stellende Rücklaufquote auf. Dies bezieht sich auch hier vor allem auf den zweiten Messzeitpunkt. Die Mitarbeiter mit sonstiger Tätigkeit sind allerdings zu beiden Messzeitpunkten in einem guten Maße vertreten.

Vor allem in den Krankenhäusern B und C können Selektionseffekte aufgetreten sein. Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigt sich vor allem die Berufsgruppe der Ärzte als diejenige mit dem schlechtesten Rücklauf.

Repräsentativität

Die Verteilung der Berufsgruppen kann sowohl in Stichprobe A als auch in Stichprobe B als repräsentativ in Bezug auf die zu untersuchende Grundgesamtheit angesehen werden. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt für keine der beiden Stichproben einen signifikanten Unterschied zwischen der Verteilung der Berufsgruppen in der Grundgesamtheit und der jeweiligen Stichprobe.

Werden die drei Krankenhäuser einzeln betrachtet, ergibt sich ein anderes Bild. Während in Krankenhaus A die Berufsgruppen angemessen in der Stichprobe repräsentiert sind (Chi-Quadrat-Test ist nicht signifikant), zeigen sich in Krankenhaus B und C abweichende Verteilungen. Im Verhältnis zur Grundgesamtheit im Krankenhaus B sind die Pflegekräfte in der Stichprobe in diesem Krankenhaus überrepräsentiert und Mitarbeiter mit sonstiger Tätigkeit unterrepräsentiert. In Krankenhaus C zeigten sich die Ärzte und Pflegekräfte in der dortigen Stichprobe unterrepräsentiert und Mitarbeiter mit sonstiger Tätigkeit überrepräsentiert. Die Daten in den Krankenhäusern B und C sind also in Bezug auf die Berufsgruppen nicht repräsentativ. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

9.2.2 Soziodemografische Angaben zur Stichprobe

Stichprobe A

Geschlecht und Berufsgruppe

Die Stichprobe umfasst insgesamt 267 Personen. Davon sind 76% Frauen und 21% Männer (k.A.: 3%). 10,5% der Befragten stammen aus dem ärztlichen Dienst, 48,3% aus dem Pflegedienst, 7,1% aus der Verwaltung, und 31,1% der Befragten gehen einer sonstigen Tätigkeit (z.B. Labor, Reinigung, Apotheke) nach (k.A.: 3%). Die Geschlechter- und Berufsgruppenverteilung sind in der Abbildung 18 in absoluten Zahlen dargestellt.

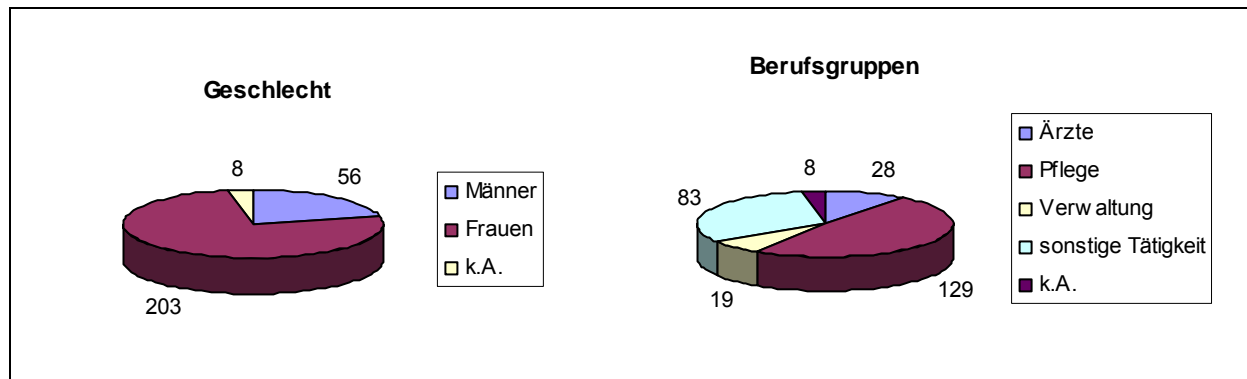


Abb.18: Verteilung Geschlecht und Berufsgruppen

Der hohe Anteil an Frauen in der Stichprobe spiegelt die reale Verteilung der Geschlechter in der Belegschaft von Krankenhäusern in Deutschland wider. Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2004 1.080.000 Personen in Deutschland im Krankenhaus beschäftigt. Darin enthalten waren 810.000 Frauen, was einem Prozentanteil von 75% entspricht.

Alter, Wohnsituation, Anzahl der Kinder

Die Mehrzahl der Personen in der Stichprobe ist in einem mittleren Alter zwischen 31 und 50 Jahren (62,6%). 17,6% sind zwischen 21 und 30 Jahren alt, 15,4% zwischen 51 und 60 Jahren. Immerhin 7 Personen geben ein Alter von über 60 Jahren an (2,6%).

168 Personen (63%) und somit der größte Teil der Personen in der Stichprobe leben mit einem Partner oder einer eigenen Familie zusammen. Allein oder getrennt lebende Personen machen in der Stichprobe die zweitgrößte Gruppe aus mit einem Prozentanteil von 28,1%. Die übrigen Personen der Stichprobe geben an, bei ihren Eltern (3%), in einer Wohngemeinschaft (1,1%) oder anders (3%) zu leben.

Die meisten Personen der Stichprobe haben 1 bis 2 Kinder (45,3%). Aber ein fast genauso hoher Anteil gibt an, keine Kinder zu haben (43,8%). Eine Minderheit von 9,4% hat 3 oder mehr Kinder.

Beschäftigungsdauer und Dauer in Funktion

Die meisten Beschäftigten (53,2%) in der Stichprobe arbeiten unter 10 Jahren in ihrem Krankenhaus mit einem Anteil an Personen von 25,5%, die unter 5 Jahren beschäftigt sind. 18,7% sind seit 11 bis 15 Jahren beschäftigt. Der Prozentsatz der Personen, die über 15 Jahre in dem Krankenhaus arbeiten, beläuft sich aber immerhin auf 25,4%. Davon sind 3,4% (9 Personen) über 30 Jahre in dem Krankenhaus beschäftigt.

Die meisten Personen der Stichprobe sind unter 10 Jahren in der Funktion tätig, die sie zum Befragungszeitpunkt innehaben (61,1%). Davon sind 35,6% unter 5 Jahren in ihrer jetzigen

Funktion tätig. Aber auch hier ist der Anteil der Personen, die schon sehr lange in ihrer derzeitigen Funktion tätig sind, recht hoch. 10,9 % der Personen der Stichprobe sind schon über 20 Jahre in ihrer aktuellen Funktion tätig.

Führungsposition

In der Stichprobe sind 65 Personen enthalten, die eine Führungsposition bekleiden. Dies entspricht einem Prozentanteil von 24,3%. Die übrigen Personen der Stichprobe haben keine Führungsposition inne.

Beschäftigungsform

Unterschieden wurde Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung. 70,4% der Personen in der Stichprobe sind vollzeitbeschäftigt. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Stichprobe beträgt 28,5% (k.A: 1,1%). Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2004 33,8% der Beschäftigten im Krankenhaus in einer Teilzeitbeschäftigung. Der Anteil von Teilzeitbeschäftigten unter den weiblichen Krankenhausmitarbeitern betrug im Jahr 2004 41,73%. In der Stichprobe liegt dieser Anteil bei 35,5%. Im Gegensatz dazu sind in der Stichprobe nur 7,1% der Männer in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis. Dies zeigt, dass ein solches Beschäftigungsverhältnis vornehmlich von Frauen besetzt wird.

Stichprobe B

Alle soziodemografischen Daten zu dieser Stichprobe finden sich im Detail im Anhang.

9.3 Deskriptive Ergebnisse

Wie in Abschnitt 7.2.6 beschrieben, sollen in dieser Arbeit neben den Veränderungshypothesen, die Aussagen über die Effektivität der Intervention machen, auch explorative Fragestellungen untersucht werden.

Im diesem Abschnitt sind folgende Ergebnisse dargestellt:

- Höhe der Mobbinghäufigkeit in der untersuchten Stichprobe und Mobbinghäufigkeit in Abhängigkeit soziodemografischer Daten
- Arbeitsbedingungen in der untersuchten Stichprobe
- Qualität des sozialen Umfelds in der untersuchten Stichprobe
- Vorherrschendes Konfliktverhalten der Mitarbeiter in der untersuchten Stichprobe
- Belastungssituation der Mitarbeiter in der untersuchten Stichprobe

Alle in diesem Kapitel berichteten Ergebnisse beziehen sich auf den ersten Messzeitpunkt. Es werden alle Personen, die zum ersten Messzeitpunkt an der Datenerhebung teilgenommen haben, in die Analyse einbezogen. Die für die Untersuchung der explorativen Fragestellungen betrachtete Stichprobe besteht aus $n = 848$ Personen (vgl. Darstellung der Stichproben in Abschnitt 9.1).

9.3.1 Mobbinghäufigkeit

Tabelle 35 zeigt, wie häufig die Mitarbeiter aller drei Krankenhäuser den Aussagen aus der Mobbingskala zustimmten.

Tabelle 35: Mobbinghäufigkeiten – gesamt

	T1
M1 „Ich werde von den Arbeitskollegen/-innen wie Luft behandelt.“	4,5%*
M2 „Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.“	13,6%
M3 „Meine Arbeitskollegen/-innen spielen mir übel mit.“	5,5%
M4 „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror.“	7,8%
M5 „Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.“	9,2%

*Die Antwort-Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ wurden für die angegebenen Prozentzahlen zusammengefasst.

Die durchschnittliche Häufigkeit, mit der die Befragten in der Stichprobe den Mobbingitems eher bis völlig zugestimmt haben, beträgt 8,12%.

In der untersuchten Stichprobe werden recht hohe Mobbinghäufigkeiten gefunden. Die gefundenen Ergebnisse stützen die bisherigen Forschungsergebnisse, die besonders hohe Mobbingzahlen in Gesundheitsberufen gefunden haben (vgl. Abschnitte 1.3.4.3 und 2.1).

Vor allem das Item „Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen“ wird von einem hohen Prozentsatz der Mitarbeiter bejaht. Dies Ergebnis unterstützt andere Forschungsergebnisse, die ebenfalls aufzeigen, dass Gerüchte / „über jemanden schlecht sprechen“ als Mobbinghandlungen am häufigsten auftreten (vgl. Kapitel 1.3.3). Am zweithäufigsten stimmen die befragten Mitarbeiter der Aussage zu, dass ihr Vorgesetzter ihnen übel mitspielt.

Zusätzlich zur allgemeinen Mobbinghäufigkeit wurde geprüft, ob sich bestimmte Untergruppen in Bezug auf die berichtete Mobbingbetroffenheit voneinander unterscheiden. Die Merkmale Geschlecht, Führungsposition, Berufsgruppe und Alter wurden dabei untersucht. Zur Prüfung von Unterschieden wurden die Häufigkeiten betrachtet, mit der jede Untergruppe den Mobbingitems zugestimmt hat (wie in Tabelle 35 für die Gesamtstichprobe dargestellt). Mit Hilfe eines Chi-Quadrat-Tests wurde geprüft, ob die Gruppen sich diesbezüglich voneinander unterscheiden. Zusätzlich wurden auch Mittelwerte für die Mobbingkala berechnet und es wurde durch einen t-Test bzw. eine einfaktorische Varianzanalyse (Anova) geprüft, ob sich die verschiedenen Untergruppen in ihrem Mobbingmittelwert signifikant voneinander unterscheiden.

In der untersuchten Stichprobe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Mobbinghäufigkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen oder Führungskräften und Nicht-Führungskräften (sowohl im Chi-Quadrat-Test wie auch im t-Test bzw. in der Anova). Es trifft also nicht zu, dass Mitarbeiter, die keine Führungsposition innehaben, häufiger von Mobbing berichten als Mitarbeiter in Führungspositionen. Auch unterscheiden sich die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus nicht in Bezug darauf, wie häufig sie

angeben, Mobbing zu erleben. Pflegekräfte fühlen sich ihren Angaben nach z.B. nicht stärker gemobbt als Ärzte und umgekehrt.

Es zeigte sich weiter, dass auch keine signifikanten Unterschiede in der berichteten Mobbinghäufigkeit zwischen Männern und Frauen gefunden werden konnten (ebenfalls sowohl im Chi-Quadrat-Test wie auch im t-Test). Dieses Ergebnis bestätigt den bisherigen Stand der Forschung, dass es keine Geschlechtsunterschiede gibt und dass Mobbing kein frauenspezifisches Problem ist, wie oft angenommen wurde (vgl. Abschnitt 1.3.4.1).

In Bezug auf das Alter der Mitarbeiter zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der Mobbingbetroffenheit (getestet sowohl durch Chi-Quadrat-Test wie auch durch eine Anova). Die Gruppe der unter 20-Jährigen wurde dabei nicht in die Untersuchung einbezogen, da sie nur aus 2 Personen bestand. Obwohl sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zeigten, kann festgehalten werden, dass die Gruppe der 41–50-Jährigen in dieser Untersuchung die höchste Mobbinghäufigkeit berichtete, gefolgt von der Gruppe der 51–60-Jährigen. Dieses Ergebnis fügt sich in die bisherigen Ergebnisse zum Alter von Mobbingopfern ein (vgl. Abschnitt 1.3.4.2) und kann diese zum Teil bestätigen. Nicht alle Studien finden Altersunterschiede. Die Studien, in denen solche Unterschiede gefunden wurden, weisen vor allem Personen mit entweder sehr jungem Alter oder höherem Alter als besonders mobbingbetroffen aus. In dieser Untersuchung fanden sich eher die mittleren bis höheren Altersgruppen besonders von Mobbing betroffen. Entgegen vielen Studien zum Alter von Mobbingopfern findet sich allerdings in dieser Untersuchung keine hohe Mobbingbetroffenheit der jüngeren Mitarbeiter.

Betrachtet man die drei Krankenhäuser im Vergleich, so kann festgestellt werden, dass Krankenhaus A in allen Items die niedrigsten Werte aufweist. Krankenhaus B liegt ebenfalls unter den Werten von Krankenhaus C, aber über denen von Krankenhaus A. Im Mittelwertsvergleich unterschieden sich die drei Krankenhäuser signifikant voneinander ($F = 8,404$; $p = .000$). Ein Post-Hoc-Test zeigt auf, dass sich dabei Krankenhaus C von den beiden anderen Krankenhäusern signifikant unterscheidet (Turkey-Test: KH C zu KH A: $p = .000$; KH C zu KH B: $p = .014$), während die Unterschiede zwischen Krankenhaus A und B nicht signifikant sind ($p > .05$).

Abbildung 19 zeigt die Mobbinghäufigkeiten der drei Krankenhäuser im Vergleich. Im Anhang finden sich die genauen Zahlen im Überblick.

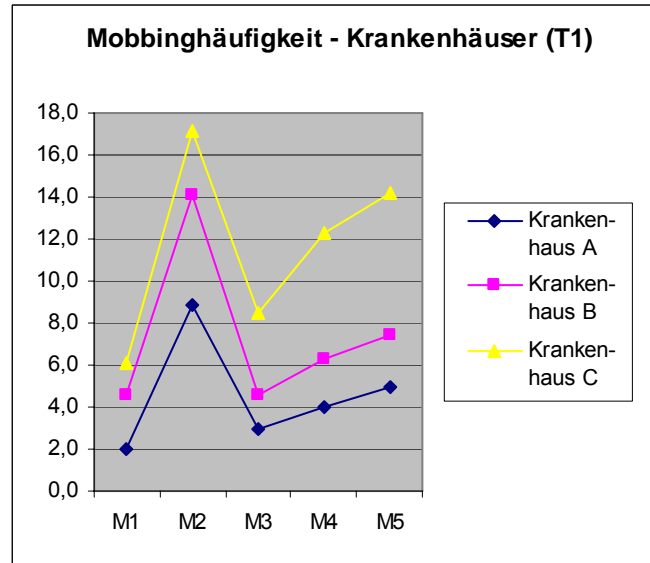


Abb.19: Mobbinghäufigkeit der Krankenhäuser

9.3.2 Arbeitsbedingungen

Da keine Normwerte für die in diesem Bereich erhobenen Variablen bestehen, kann die Auswertung sich nur auf den Vergleich verschiedener Gruppen beziehen.

Krankenhäuser

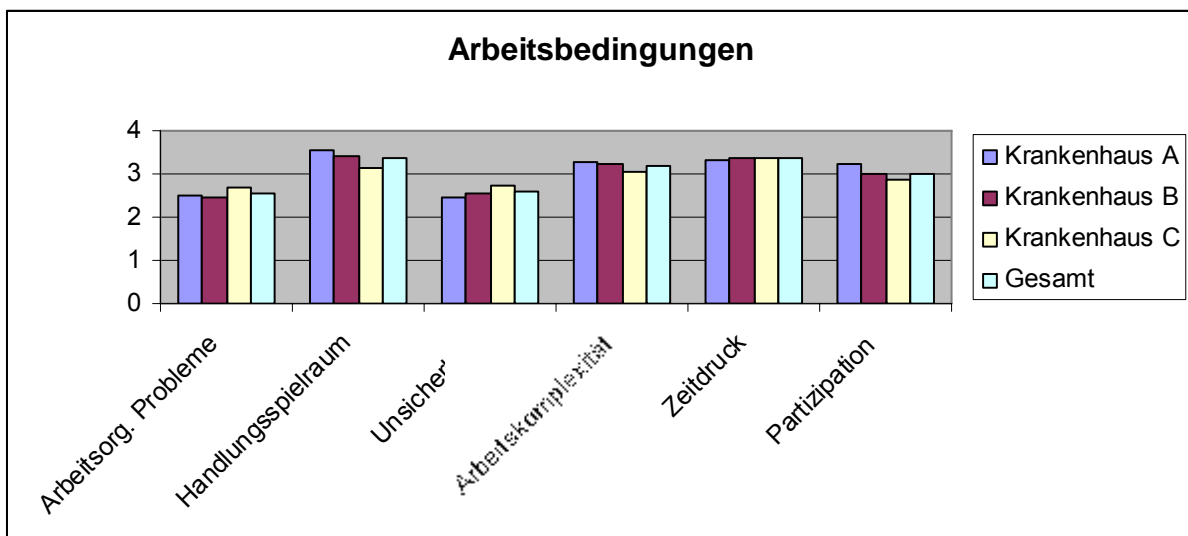


Abb.20: Arbeitsbedingungen – Vergleich Krankenhäuser

Eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zeigt, dass sich die drei untersuchten Krankenhäuser in ihren Arbeitsbedingungen signifikant voneinander unterscheiden. Tabelle 36 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 36: Arbeitsbedingungen Krankenhäuser: Mittelwerte, Standardabw. u. Signifikanz

	KH A		KH B		KH C		F	p
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Arbeitsorg. Probleme	2,50	1,13	2,44	1,16	2,66	1,19	3,05	.048*
Handlungsspielraum	3,55	0,71	3,41	0,80	3,13	0,83	19,25	.000**
Unsicherheit	2,48	0,74	2,54	0,81	2,74	0,93	7,27	.001**
Arbeitskomplexität	3,28	0,69	3,22	0,70	3,05	0,78	7,15	.001**
Zeitdruck	3,33	0,77	3,36	0,88	3,38	0,99	0,14	.868
Partizipation	3,24	0,85	3,02	0,94	2,85	0,91	10,66	.000**

*p < 0,05; **p < 0,01, ² KH = Krankenhaus

Im Post-Hoc-Vergleich (nach Scheffé-Prozedur) zeigt sich, dass sich fast immer das Krankenhaus C sowohl von Krankenhaus A als auch von Krankenhaus B signifikant unterscheidet (Handlungsspielraum: KH C zu KH A p = .000, KH C zu KH B p = .000; Unsicherheit: KH C zu KH A p = .002, KH C zu KH B p = .011; Arbeitskomplexität: KH C zu KH A p = .003, KH C zu KH B p = .012).

In Bezug auf Partizipation unterscheidet sich das Krankenhaus A signifikant von den beiden anderen Häusern (KH A zu KH B p = .022, KH A zu KH C p = .000).

Auf der Skala „Arbeitsorganisatorische Probleme“ zeigt sich nur ein annähernd signifikanter Unterschied zwischen dem Krankenhaus B und dem Krankenhaus C (p = .053).

Es fällt auf, dass sich die drei Krankenhäuser auf allen untersuchten Skalen signifikant voneinander unterscheiden mit der Ausnahme des Zeitdrucks. Dies lässt darauf schließen, dass es sich hierbei um eine für Krankenhäuser allgemein spezifische Arbeitsbedingung handelt. Egal, wie die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsorganisation in den verschiedenen Krankenhäusern sich gestalten, der Zeitdruck ist unabhängig davon überall gleich hoch.

Geschlecht

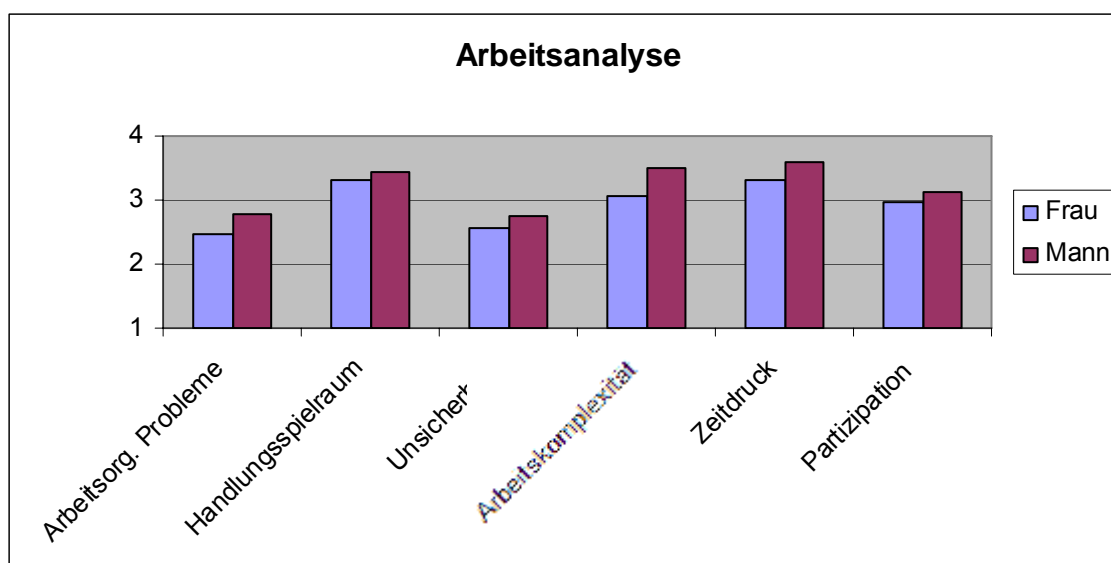


Abb.21: Arbeitsbedingungen – Geschlechtsunterschiede

Die Unterschiede, die sich zwischen Männern und Frauen zeigen, sind auf den Skalen „Arbeitsorganisatorische Probleme“ ($p = .002$), „Unsicherheit“ ($p = .005$), „Arbeitskomplexität“ ($p = .000$) und „Zeitdruck“ ($p = .000$) signifikant.

Alle erhobenen Dimensionen sind für Männer stärker ausgeprägt als für Frauen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die Geschlechter auf unterschiedliche Berufsgruppen, die im Krankenhaus arbeiten, verteilen. Der Beruf der Pflegekraft wird vorrangig von Frauen ausgeübt, während Ärzte immer noch zu einem hohen Prozentsatz Männer sind. Außerdem finden sich immer noch sehr geringe Anzahlen an Frauen in Führungspositionen (vgl. nächsten Abschnitt zu Führung).

Führung

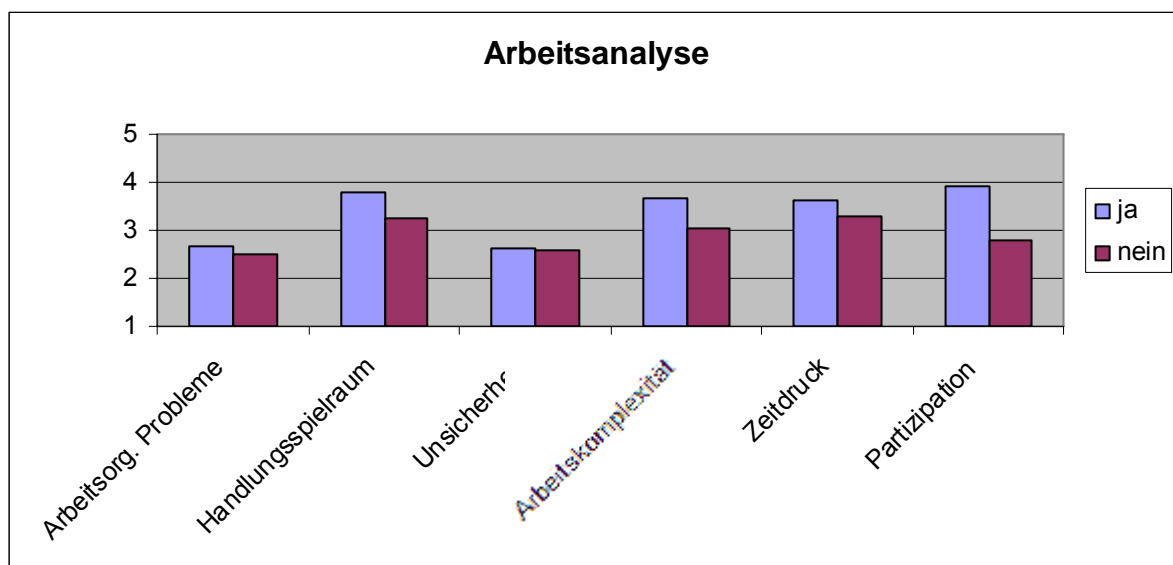


Abb.22: Arbeitsbedingungen – Führungsposition ja/nein

Signifikante Unterschiede zwischen Personen, die in einer Führungsposition sind, und Personen, die keine Führungsposition innehaben, zeigen sich auf den Skalen „Handlungsspielraum“ ($p = .000$), „Arbeitskomplexität“ ($p = .000$), „Zeitdruck“ ($p = .000$) und „Partizipation“ ($p = .000$).

Tätigkeiten auf höheren Hierarchieebenen zeichnen sich offenbar durch höheren Handlungsspielraum und Partizipationsmöglichkeiten (Ressourcen in der Arbeitstätigkeit) aus, aber auch durch erhöhte Belastungen wie z.B. Zeitdruck.

Berufsgruppen

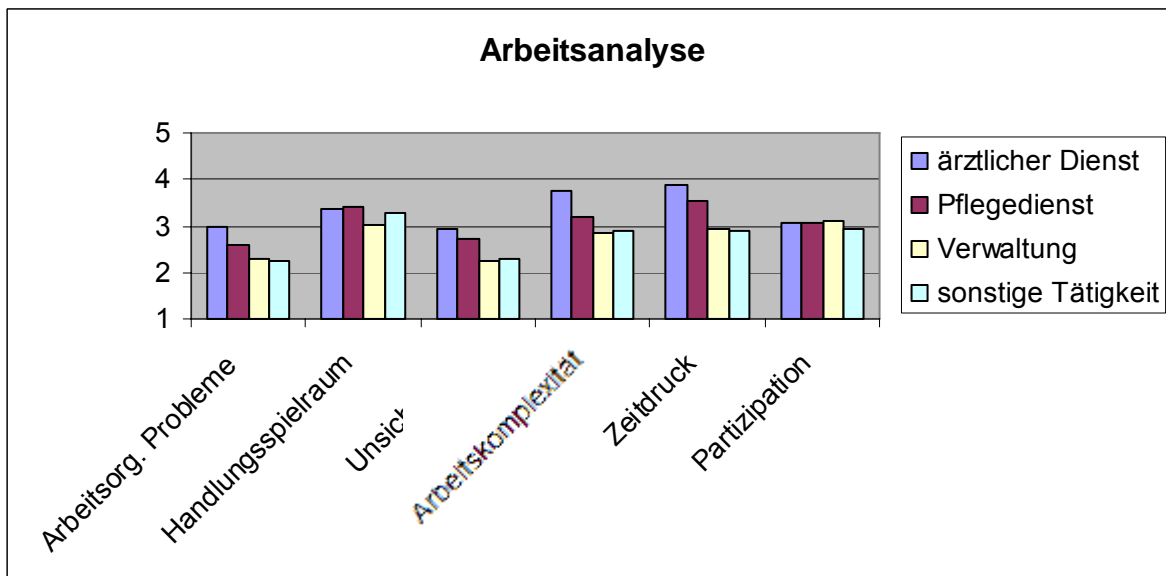


Abb.23: Arbeitsanalyse – Berufsgruppen

Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf den Skalen „Arbeitsorganisatorische Probleme“ ($F = 13,214$, $p = .000$), „Handlungsspielraum“ ($F = 3,100$, $p = .026$), „Unsicherheit“ ($F = 25,005$, $p = .000$), „Arbeitskomplexität“ ($F = 42,321$, $p = .000$) und „Zeitdruck“ ($F = 55,362$, $p = .000$). Auf der Skala „Partizipation“ unterschieden sich die untersuchten Berufsgruppen nicht.

Die gefundenen Unterschiede verwundern nicht. Es spiegeln sich die verschiedenen Anforderungen an die Berufsgruppen wider. Die Berufsgruppen der Ärzte und Pflege sind im Krankenhaus höheren Belastungen ausgesetzt als Verwaltung und sonstige Tätigkeit.

9.3.3 Soziales Umfeld

Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse zum sozialen Umfeld berichtet.

Krankenhäuser

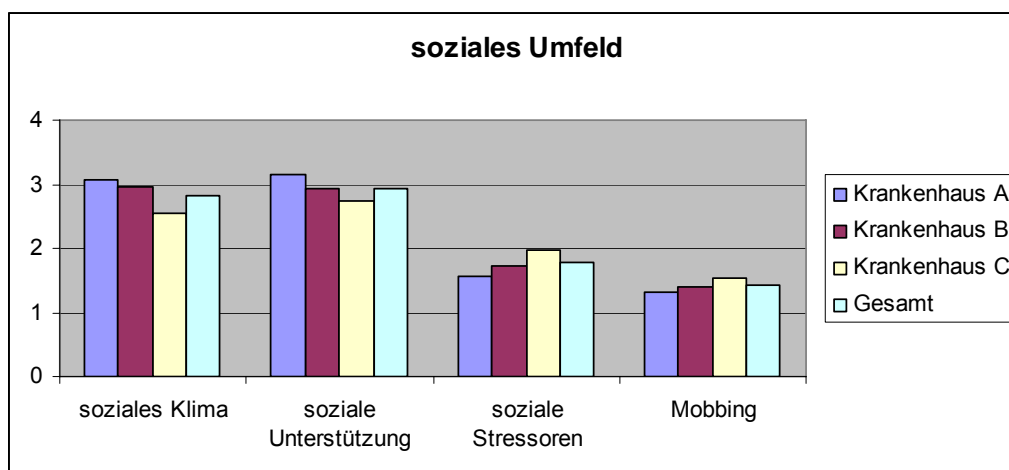


Abb.24: soziales Umfeld – Vergleich Krankenhäuser

Eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zeigt, dass sich die drei untersuchten Krankenhäuser in der Bewertung ihres sozialen Umfelds signifikant voneinander unterscheiden. Tabelle 37 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 37: soz. Umfeld Krankenhäuser: Mittelwerte, Standardabw. u. Signifikanz

	KH A		KH B		KH C		F	p
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Soziales Klima								
Ärzte – Pflege	3,08	0,57	2,95	0,65	2,55	0,60	33,68	.000**
Soziale Unterstützung	3,16	0,57	2,93	0,62	2,75	0,65	25,23	.000**
Soziale Stressoren	1,58	0,50	1,74	0,59	1,98	0,65	30,02	.000**
Mobbing	1,33	0,45	1,40	0,54	1,53	0,63	8,40	.000**

*p < 0,05; **p < 0,01, ² KH = Krankenhaus

Im Post-Hoc-Vergleich (nach Scheffé-Prozedur) zeigt sich, dass sich immer das Krankenhaus C sowohl von Krankenhaus A als auch von Krankenhaus B signifikant unterscheidet („Soziales Klima zw. Ärzten und Pflegekräften“: KH C zu KH A p = .000, KH C zu KH B p = .000; „Soziale Unterstützung“: KH C zu KH A p = .000, KH C zu KH B p = .001; „Soziale Stressoren“: KH C zu KH A p = .000, KH C zu KH B p = .000; „Mobbing“: KH C zu KH A p = .000, KH C zu KH B p = .019).

Zusätzlich unterscheidet sich das Krankenhaus A noch signifikant vom Krankenhaus B auf den Skalen „Soziale Unterstützung“ (p = .000) und „Soziale Stressoren“ (p = .009).

Für alle erhobenen Skalen zeigt sich, dass eine Rangfolge für die drei Krankenhäuser gebildet werden kann. Krankenhaus A hat überall die besten Werte, gefolgt von Krankenhaus B. Auf allen Skalen des sozialen Umfeldes weist Krankenhaus C die schlechtesten Werte auf.

Geschlecht

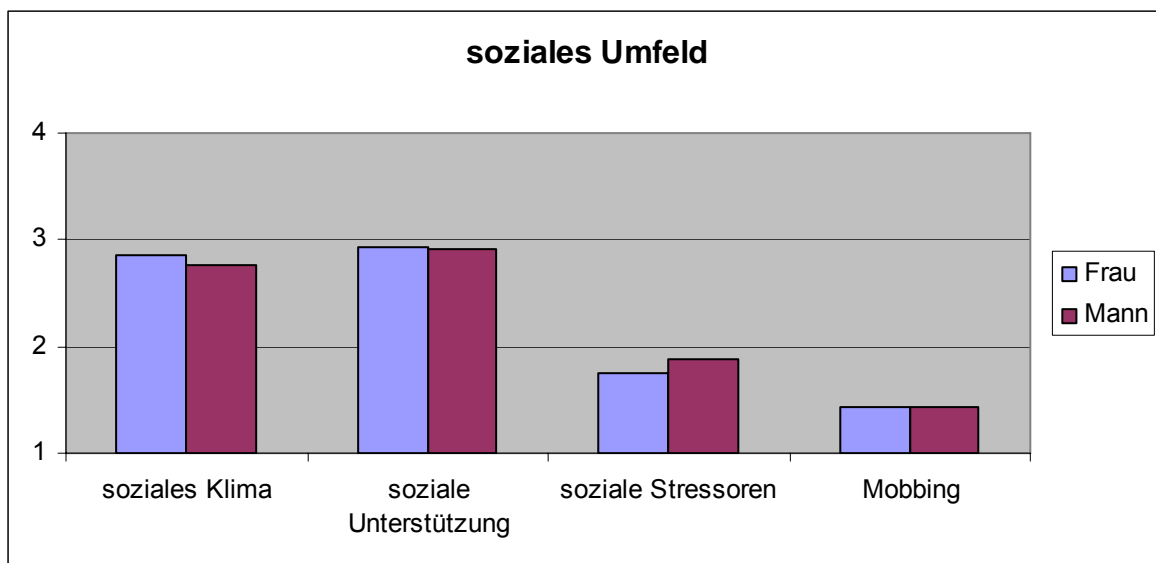


Abb.25: soziales Umfeld – Geschlecht

Auf der Skala „Soziale Stressoren“ zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($t = -2,188$ $p = .029$). Männer berichten mehr soziale Stressoren als Frauen. In der Bewertung des sozialen Umfeldes zeigen sich darüber hinaus keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Berufsgruppe

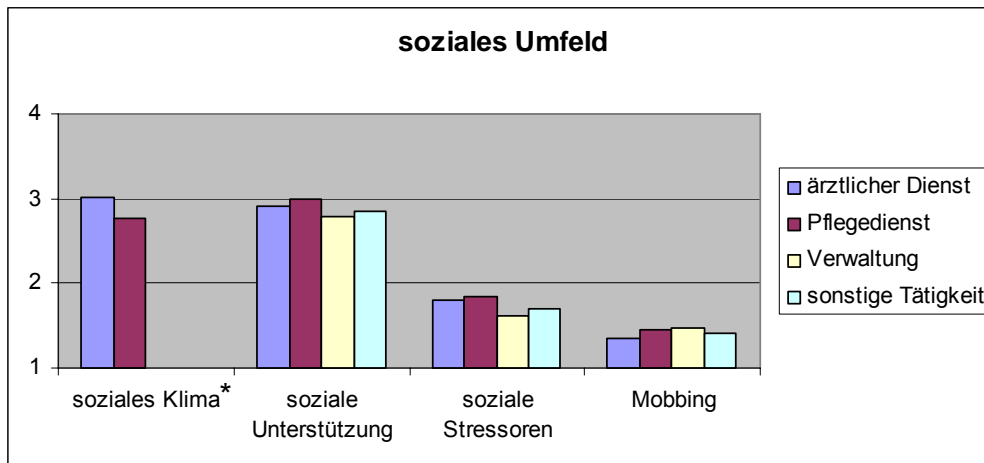


Abb.26: soziales Umfeld – Berufsgruppe

* Die Skala „soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften“ wurde nur von diesen beiden Berufsgruppen ausgefüllt.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede auf den Skalen „Soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften“ ($t = 3,457$, $p = .001$), „soziale Unterstützung“ ($F = 3,154$, $p = .024$) und „Soziale Stressoren“ ($F = 4,200$, $p = .006$).

9.3.4 Konfliktverhalten

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Konfliktverhalten berichtet.

Krankenhäuser

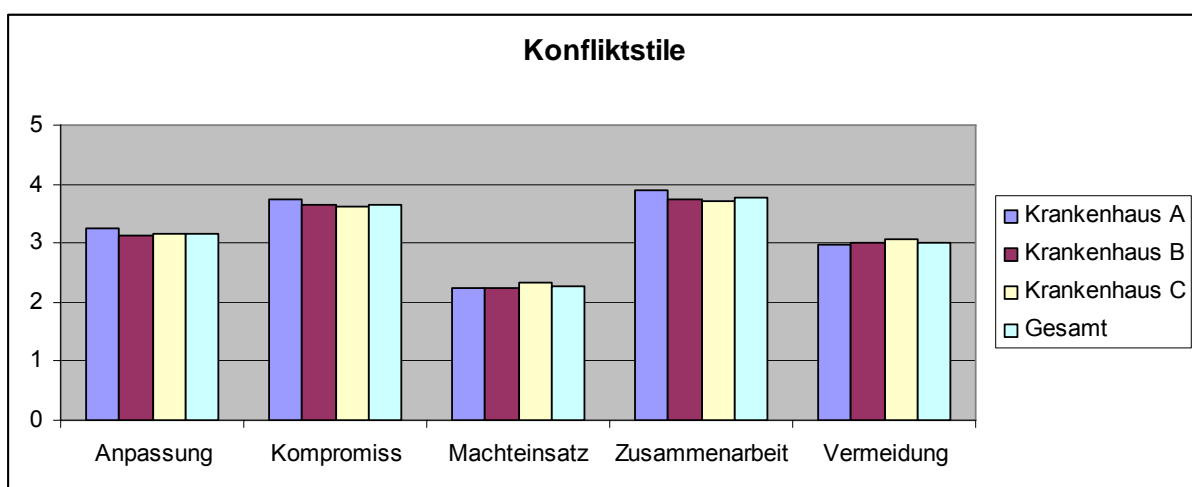


Abb.27: Konfliktstile – Vergleich Krankenhäuser

Nur in einem der Konfliktstile unterscheiden sich die Krankenhäuser signifikant voneinander. Dies ist der Konfliktstil „Zusammenarbeit“ ($F = 5,867$, $p = .003$). Das Krankenhaus A weist,

wie der Post-Hoc-Test (Scheffé-Prozedur) zeigt, signifikant höhere Werte in Zusammenarbeit auf als die beiden anderen Krankenhäuser (KH A zu KH B $p = .021$; KH A zu KH C $p = .005$). Krankenhaus B und C unterscheiden sich nicht signifikant.

Es fällt auf, dass sich die Krankenhäuser in Bezug auf die Konfliktstile nur sehr wenig voneinander unterscheiden. Auch die relative Ausprägung der Konfliktstile zueinander stimmt in den verschiedenen Häusern überein. Betrachtet man, welche Konfliktstile hoch und welche Konfliktstile niedrig ausgeprägt sind, so liegt der Verdacht nahe, dass die Skala, wenn es um die Einschätzung des eigenen Konfliktverhaltens geht, wie es in der vorliegenden Untersuchung der Fall war, der sozialen Erwünschtheit unterliegt.

Geschlecht

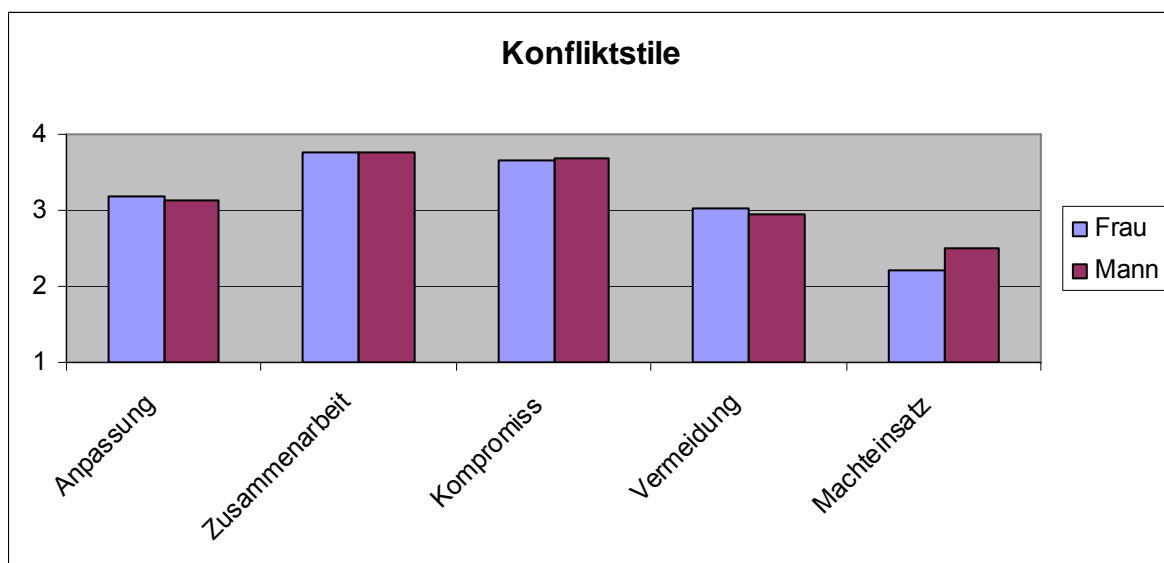


Abb.28: Konfliktstile – Geschlecht

Ein signifikanter Unterschied im Konfliktstil zwischen Männern und Frauen zeigt sich auf der Skala „Machteinsatz“ ($t = -5,662$, $p = .000$). Dieser Konfliktstil wird von Männern häufiger angewandt als von Frauen. Zu diesem Ergebnis kann angemerkt werden, dass es eher dem Geschlechtsstereotyp eines Mannes entspricht, sich durchzusetzen und die eigenen Interessen in den Vordergrund zu stellen. Da angenommen werden muss, dass die Skala zu den Konfliktstilen in einem gewissen Grad der sozialen Erwünschtheit unterlag, ist es plausibel, dass Männer eher „zugegeben“ haben, auch einmal Konflikte durch Machteinsatz zu lösen.

9.3.5 Beanspruchungssituation

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Beanspruchung der Mitarbeiter berichtet.

Die nachstehende Abbildung 29 zeigt die Mittelwerte der einzelnen Skalen aus dem Hamburger Burnout Inventar, errechnet für die Gesamtstichprobe. Es handelt sich dabei um Summenscore-Mittelwerte.

Der Summenscore wurde berechnet, weil die Vergleichswerte aus einer Normstichprobe für dieses Messinstrument in dieser Form vorliegen. Die Normtabelle mit den Werten, die sich in kritische und unkritische Werte unterteilen lassen, befindet sich im Anhang.

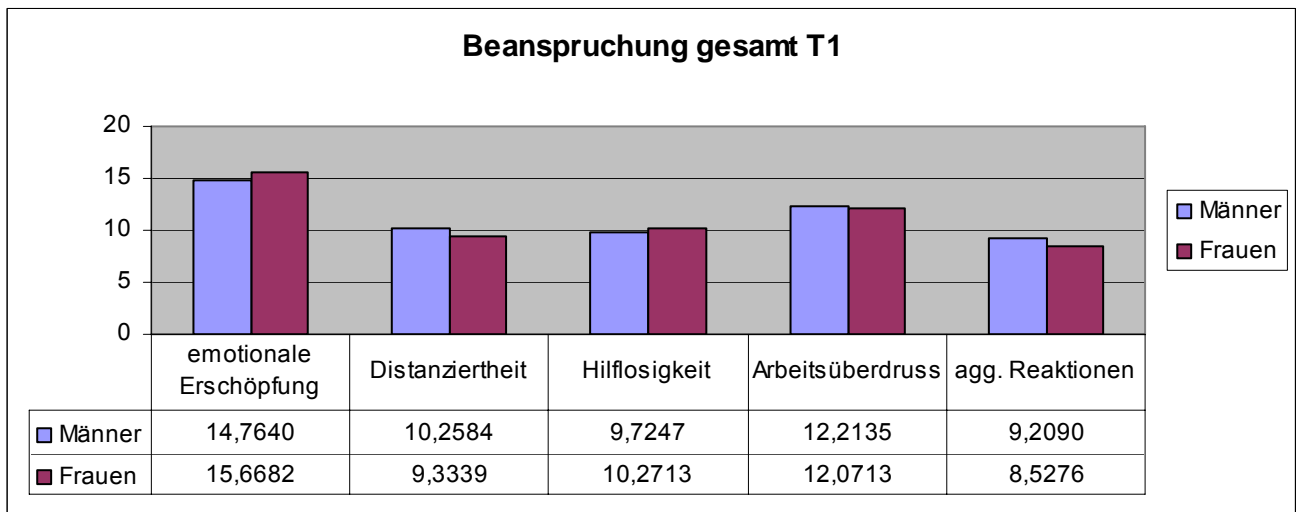


Abb.29: Beanspruchung der Mitarbeiter

Kritisch zu bewerten ist der Wert, den die Männer in emotionaler Erschöpfung erreichen. Dieser liegt verglichen mit der Normtabelle in der oberen Hälfte.

Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich in den Dimensionen „Distanziertheit“ ($p = .014$) und „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“ ($p = .049$). In beiden Dimensionen weisen die Männer höhere Werte auf als die Frauen.

Unterschiede der Krankenhäuser:

Die drei Krankenhäuser unterscheiden sich in allen erhobenen Variablen der Beanspruchung signifikant voneinander („emotionale Erschöpfung“: $F = 6,394$, $p = .002$; „Distanziertheit“: $F = 3,387$, $p = .034$; „Hilflosigkeit“: $F = 3,579$, $p = .028$; „Arbeitsüberdruß“: $F = 8,698$, $p = .000$; „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“: $F = 3,864$, $p = .021$). Abbildung 30 stellt die Beanspruchungswerte der verschiedenen gemessenen Variablen getrennt für die drei Krankenhäuser dar.

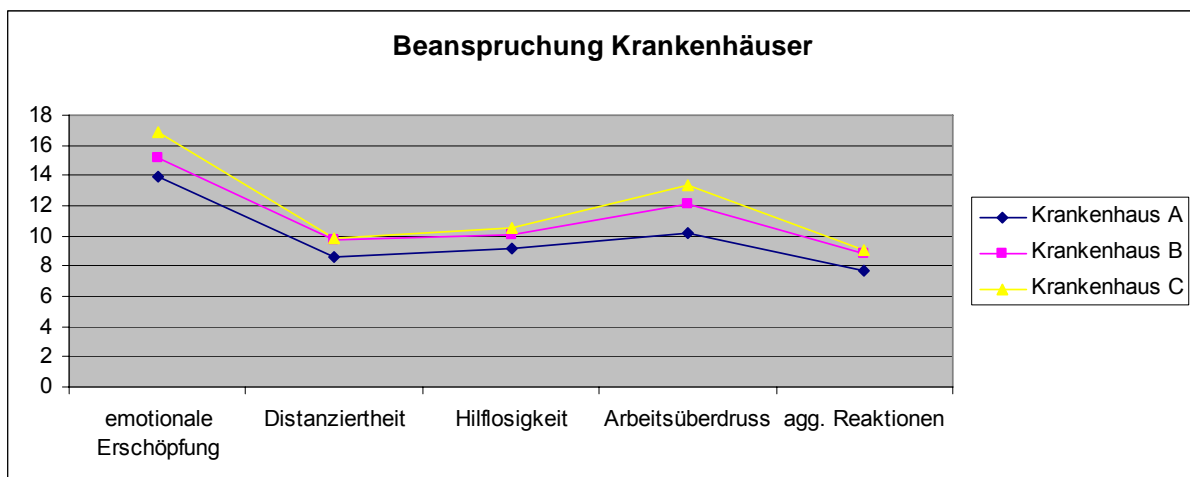


Abb.30: Beanspruchung – Vergleich der Krankenhäuser

Im Post-Hoc-Vergleich zeigt sich, dass sich Krankenhaus A und C auf allen Variablen signifikant voneinander unterscheiden („emotionale Erschöpfung“: $p = .005$; „Distanziertheit“: $p = .058$; „Hilflosigkeit“: $p = .029$; „Arbeitsüberdruß“: $p = .000$; „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“: $p = .022$), wobei Krankenhaus C immer höhere Beanspruchungswerte aufweist als Krankenhaus A. Krankenhaus B unterscheidet sich in „emotionaler Erschöpfung“ signifikant von Krankenhaus C ($p = .023$).

Wie in Abbildung 30 zu erkennen ist, lässt sich eine Rangfolge der drei Krankenhäuser bilden. Die Mitarbeiter des Krankenhauses C sind am stärksten beansprucht, gefolgt von Krankenhaus B. Die Mitarbeiter des Krankenhauses A zeigen die niedrigsten Beanspruchungswerte.

Gemessen an der Normtabelle für den HBI liegen im Krankenhaus A alle Werte in einem normalen, nicht auffälligen Bereich. D.h., die Mitarbeiter des Krankenhauses A sind durch ihre Arbeit nicht auffällig stark beansprucht. Die Burnout-Gefahr in diesem Krankenhaus ist gering.

Im Krankenhaus B liegen die Werte bei den *Männern* in den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ und „Arbeitsüberdruß“ im kritischen Bereich. Der Werte in der Dimension „Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“ liegt am Rande zum kritischen Bereich. Bei den *Frauen* liegt der Wert in der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ am Rande zum kritischen Bereich.

Die Burnout-Gefahr der Mitarbeiter des Krankenhauses B ist, wie diese Werte zeigen, hoch. In einzelnen Bereichen des Krankenhauses sowie für verschiedene Untergruppen (z.B. Männer im Pflegedienst, Frauen in Führungspositionen oder Frauen mit zusätzlichen Belastungen im privaten Bereich, wie Alleinerziehende) waren die Beanspruchungswerte besonders hoch.

Krankenhaus C weist bei den *Männern* in den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ und „Arbeitsüberdruß“ Werte im kritischen Bereich auf. Der Wert in der Dimension „Hilflosigkeit“ liegt am Rande zum kritischen Bereich.

Bei den *Frauen* liegt der Wert in der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ im kritischen Bereich. Der Wert in der Dimension „Arbeitsüberdruß“ liegt am Rande zum kritischen Bereich.

Die Burnout-Gefahr der Mitarbeiter des Universitätsklinikums Essen ist, wie diese Werte zeigen, sehr hoch.

Geschlecht

Frauen unterscheiden sich in ihren Beanspruchungswerten von Männern auf den Variablen „Distanziertheit“ ($t = -2,463$, $p = .014$) und „aggressive Reaktionen auf emotionale Erschöpfung“ ($t = -1,974$, $p = .049$). Beide Dimensionen zeigen sich bei Frauen niedriger ausgeprägt als bei Männern.

Diese Ergebnisse sind insofern erstaunlich, als dass der Eindruck entsteht, dass Männer insgesamt höhere Beanspruchungswerte aufweisen als Frauen. Dies ist in der Regel genau umgekehrt. Betrachtet man die Normwerte des HBI, so findet sich dies bestätigt. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich aber ein Ergebnis, das dieser Norm entgegensteht.

Berufsgruppen

Zwischen den Berufsgruppen, d.h. Ärzte, Pflege, Verwaltung und sonstige Tätigkeit, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Beanspruchungswerten.

Führung

Führungspersonen unterscheiden sich in ihren Beanspruchungswerten von Personen, die keine Führungsposition innehaben, auf den Variablen „Distanziertheit“ ($p = .000$) und „Arbeitsüberdruß“ ($p = .000$). Sowohl „Distanziertheit“ als auch „Arbeitsüberdruß“ sind bei den Nicht-Führungskräften signifikant höher ausgeprägt als bei den Führungskräften. In der Tendenz trifft dies auch für die Variablen „emotionale Erschöpfung“ und „Hilflosigkeit“ zu. Auch hier zeigen sich bei den Personen in Führungspositionen niedrigere Beanspruchungswerte. Die Ausnahme bildet die Variable „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“. Hier ist der Wert der Führungskräfte tendenziell höher.

Beschäftigungsform

Im Vergleich der Beanspruchungswerte von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zeigte sich ein einheitliches Bild. Auf fast allen erhobenen Variablen liegen die Beanspruchungswerte der Vollzeitbeschäftigten höher als bei den Teilzeitbeschäftigten („emotionale Erschöpfung“: $p = .002$; „Hilflosigkeit“: $p = .028$; „Arbeitsüberdruß“: $p = .006$; „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“: $p = .000$). Nur auf der Variablen „Distanziertheit“ zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Beschäftigungsformen.

Wohnsituation

In Bezug auf Wohnsituation wurde folgende Kategorien unterschieden: „allein lebend“, „mit Partner/in lebend“, „beim Vater / bei der Mutter / bei den Eltern lebend“, „mit eigener Familie lebend“, „in Wohngemeinschaft lebend“, „getrennt lebend“ und „anders“.

Personen mit unterschiedlicher Wohnsituation unterschieden sich in ihren Beanspruchungswerten auf fast allen Variablen signifikant voneinander („emotionale Erschöpfung“: $p = .002$; „Hilflosigkeit“: $p = .001$; „Arbeitsüberdruß“: $p = .001$; „aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“: $p = .000$). Auf der Variablen „Distanziertheit“ ergeben sich auch hier wieder keine signifikanten Unterschiede.

Personen, die getrennt leben und anders leben, weisen besonders hohe Beanspruchungswerte auf. Die niedrigsten Beanspruchungswerte zeigen sich in der Gruppe von Personen, die mit eigener Familie leben.

9.3.6 Zusammenfassung der deskriptiven Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse der Untersuchung zeigen wie erwartet eine recht hohe Mobbinghäufigkeit auf. Das bestätigt den Problemdruck und die Notwendigkeit für präventive Maßnahmen gegen Mobbing in Krankenhäusern. Die Ergebnisse (auch bezüglich verschiedener Untergruppen) bestätigen den bisherigen Forschungsstand.

Die Ergebnisse zu Unterschieden bei Geschlecht, Berufsgruppen und Führung in Bezug auf die Arbeitsbedingungen, das soziale Umfeld, das Konfliktverhalten und die Beanspruchung geben eine detaillierte Beschreibung der Lage in den Krankenhäusern ab.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die drei an der Untersuchung teilnehmenden Krankenhäuser nicht nur in Bezug auf die Mobbinghäufigkeit voneinander unterscheiden.

Auch bezüglich der Arbeitsbedingungen, des sozialen Umfeldes und der Beanspruchung der Mitarbeiter zeigen sich deutliche Unterschiede für die drei Krankenhäuser. Dies ist für die Evaluation von Bedeutung. Da in den drei Krankenhäusern unterschiedliche Ausgangslagen vor Beginn der Intervention vorlagen, ist mit einer unterschiedlichen Wirksamkeit der Maßnahmen zu rechnen.

9.4 Prüfung der Hypothesen in der Gesamtstichprobe

Im Folgenden werden die Hypothesen der summativen Evaluation geprüft:

Hypothesen:

- 1. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung des Ausmaßes an Mobbing in den Krankenhäusern.**

- 2. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung des Ausmaßes an mobbingbegünstigenden Faktoren in den Krankenhäusern. Im Einzelnen wird angenommen:**
 - 2.1. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verbesserung des sozialen Klimas in den Krankenhäusern.
 - 2.2. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verbesserung der von den Mitarbeitern der Krankenhäuser eingesetzten Konfliktstile.
 - 2.3. Die Maßnahmen des Projekts führen zu einer Verringerung der Beanspruchung der Mitarbeiter.

Eine Veränderung der Arbeitsbedingungen durch die Maßnahmen wird nicht angenommen, da die im Rahmen des Projekts durchgeführten Interventionen nicht darauf abzielten. Trotzdem wurde geprüft, ob sich die Arbeitsbedingungen über die Zeit verändert haben. Dies gibt Aufschluss darüber, unter welchen Rahmenbedingungen die Interventionsmaßnahmen stattfanden.

Ein t-Test für abhängige Stichproben ergab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Mobbingkala zwischen den zwei Messzeitpunkten. Eine Abnahme des Ausmaßes an Mobbing in der Gesamtstichprobe konnte nicht festgestellt werden.

Im Vergleich der zwei Messzeitpunkte in Bezug auf das soziale Umfeld am Arbeitsplatz zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Verbesserungen. Für die Skalen „soziale Unterstützung“ und „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“ ist sogar eine signifikante Verschlechterung zu verzeichnen.

Für das Konfliktverhalten ergaben sich ebenfalls keine Verbesserungen über die Zeit. Der Konfliktstil „Kompromiss“ nahm vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant ab.

Für die Beanspruchung der Mitarbeiter vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Arbeitsbedingungen veränderten sich ebenfalls größtenteils nicht signifikant über die Zeit. Für die Variable „Unsicherheit“ zeigt sich allerdings eine Verschlechterung. Unsicherheit hat vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zugenommen.

Tabelle 38 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Statistiken, Signifikanzen und dazugehörige Effektgrößen.

Tabelle 38: Mittelwerte, Standardabw., Signifikanz u. Effektgrößen – Stichprobe A

	T1 MW	SD	T2 MW	SD	t	p	d ²	
Soziales Umfeld:								
Soziales Klima								
(Ärzte – Pflege)	2,89	0,68	2,83	0,66	0,931	,354	0,09	
soz. Unterstützung	3,02	0,61	2,96	0,60	1,971	,050*	0,10	
soz.Unt. Vorgesetzte	2,92	0,81	2,83	0,82	2,153	,032*	0,11	
soz.Unt. Kollegen	3,12	0,61	3,08	0,61	1,336	,183	0,07	
soziale Stressoren	1,73	0,60	1,78	0,62	-1,420	,157	0,08	
Mobbing	1,39	0,56	1,42	0,54	-1,003	,317	0,05	
Konfliktverhalten:								
Anpassung	3,12	0,47	3,08	0,43	1,235	,218	0,09	
Kompromiss	3,75	0,65	3,61	0,58	3,598	,000**	0,23	
Machteinsatz	2,26	0,54	2,28	0,59	-0,774	,440	0,04	
Zusammenarbeit	3,84	0,64	3,79	0,65	1,191	,235	0,08	
Vermeidung	2,98	0,72	2,98	0,67	0,076	,939	0,00	
Beanspruchung:								
Emotionale								
Erschöpfung	2,94	1,54	3,11	1,57	-1,918	,056	0,11	
Distanziertheit	2,32	1,07	2,41	1,12	-1,270	,205	0,08	
Hilflosigkeit	2,42	1,35	2,50	1,33	-0,953	,342	0,06	
Arbeitsüberdruß	2,29	1,37	2,42	1,48	-1,617	,107	0,09	
Agg. Reaktionen auf emotionale Belastung	2,90	1,28	2,90	1,35		0,056	,955	0,00
Arbeitsbedingungen:								
Arbeitsorg. Probleme	2,64	1,17	2,60	1,14	0,575	,566	0,03	
Handlungsspielraum	3,49	0,80	3,44	0,81	1,410	,160	0,06	
Unsicherheit	2,58	0,85	2,67	0,87	-2,167	,031*	0,10	
Arbeitskomplexität	3,28	0,73	3,26	0,73	0,565	,573	0,03	
Zeitdruck	3,28	0,85	3,34	0,90	-1,144	,254	0,07	
Partizipation	3,23	0,93	3,16	0,91	1,671	,096	0,08	

t-Test für gepaarte Stichproben; *p < 0,05; **p < 0,01; ² d = Effektgröße (nach Hedges & Olkin, 1985)

Je mehr Tests durchgeführt werden, desto überhöhter sind die üblichen Signifikanzangaben. Mit einem einzigen Test und einem α von 0,05 ist die Wahrscheinlichkeit, die Null-Hypothese korrekterweise zu akzeptieren $(1-0,05) = 0,95$. Werden zwei (unabhängige) Tests durchgeführt, so wird diese Wahrscheinlichkeit bereits deutlich reduziert: $0,95^2 = 0,90$. Dies bedeutet eine ebenso deutliche Änderung des entsprechenden α -Wertes von 0,05 auf 0,1. Diese Fehlerquelle ist allgemein als Alpha-Fehler-Kumulierung bekannt.

Im vorliegenden Fall wurden die (globalen) Hypothesen 2.1 bis 2.3 mit mehreren einzelnen Tests untersucht. Es muss also von einer Alpha-Fehler-Kumulierung ausgegangen werden. Durch die Bonferoni-Korrektur kann der Alpha-Fehler des einzelnen Tests α' so weit abgesenkt (adjustiert) werden, dass der kumulierte Alpha-Fehler α wieder ein vorgegebenes Niveau annimmt.

Die in Tabelle 38 berichteten signifikanten Änderungen über die Zeit für die Variablen „soziale Unterstützung“, „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“, „Konfliktstil Kompromiss“ sowie „Unsicherheit“ zeigen sich nach Anwendung der Bonferoni-Korrektur alle nicht mehr signifikant („soziale Unterstützung“: $p' = 0,25$; „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“: $p' = 0,16$; „Unsicherheit“: $p' = 0,186$) mit Ausnahme der Veränderung des Konfliktstils „Kompromiss“.

Die Hypothesen 1 und 2 (2.1, 2.2, 2.3) bezogen auf die Gesamtstichprobe müssen verworfen werden.

Keine der angenommenen Hypothesen konnte auf diesem globalen Niveau bestätigt werden. Es erscheint deshalb sinnvoll, die Ergebnisse differenzierter zu betrachten. Dies wird im nachfolgenden Abschnitt vorgenommen.

9.5 Prüfung von gruppenspezifischen Effekten

Die Prüfung der Gruppenunterschiede bezieht sich auf Unterschiede zwischen den drei Krankenhäusern (Abschnitt 9.5.1), Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (Abschnitt 9.5.2), Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Abschnitt 9.5.3) und Unterschiede zwischen direkter und indirekter Teilnahme an den Maßnahmen (Abschnitt 9.5.4) (vgl. Hypothesen 3.1, 3.2, 3.3 und 3.4 der summativen Evaluation in Abschnitt 7.2.6).

9.5.1 Unterschiede zwischen den drei Krankenhäusern

Hypothese:

3.1 Die drei Krankenhäuser unterscheiden sich in der Effektivität der Maßnahmen.

Es wird geprüft, ob sich die drei Krankenhäuser in der Wirksamkeit der Maßnahmen des Projektes unterscheiden. Die Annahme dieser Hypothese scheint aus zwei Gründen sehr plausibel. Zum einen zeigten sich in den deskriptiven Ergebnissen sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen in den drei Krankenhäusern in Bezug auf die abhängigen Variablen. Zum anderen zeigen die Ergebnisse der Prozessevaluation, dass die Maßnahmen qualitativ sehr unterschiedlich in den drei Krankenhäusern durchgeführt wurden und sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen vorherrschten (vgl. Abschnitt 8.9 und 9.3).

Die folgenden Hypothesen der Prozessevaluation (vgl. Abschnitt 7.1.3) sind in die Untersuchung der Hypothese 3.1 der summativen Evaluation einzubeziehen:

- 1) Untergruppen, in denen Program coverage und Program delivery besser ausfallen, zeigen größere Effekte
→ Den Ergebnissen der Prozessevaluation zufolge wurde in Krankenhaus A das Programm am besten umgesetzt. Krankenhaus B und vor allem C zeigen schlechtere Ergebnisse in Bezug auf Program coverage und Program delivery. Demzufolge müssten sich in Krankenhaus A bessere Effekte zeigen als in den beiden anderen Krankenhäusern.
- 2) Untergruppen, in denen die übrigen in der Prozessevaluation geprüften Daten bezüglich der Durchführung und Rahmenbedingungen besser ausfallen, weisen größere Effekte auf.

→ Den Ergebnissen der Prozessevaluation zufolge zeigten sich im Krankenhaus A die wenigsten Probleme in der Durchführung und die Rahmenbedingungen waren am besten. Krankenhaus B und vor allem C zeigen schlechtere Ergebnisse. Wieder müssten sich demzufolge in Krankenhaus A bessere Effekte zeigen als in den beiden anderen Krankenhäusern.

Zur Prüfung der Hypothesen wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. In einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung interessiert vor allem die Wechselwirkung oder Interaktion, weil diese über gruppenspezifische Veränderungen informiert.

Mobbing:

Für die Variable „Mobbing“ fand sich kein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe oder für Zeit.

Es zeigte sich aber eine signifikante Interaktion. Abbildung 31 gibt diesen Sachverhalt wieder.

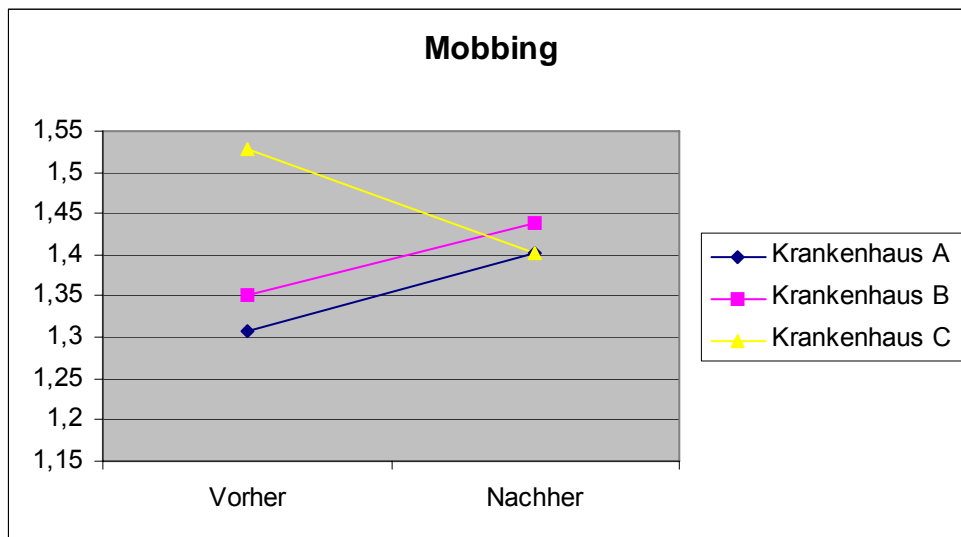


Abb.31: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Mobbing – Krankenhäuser

Es ist ein sehr deutliches Zusammendrften der drei Krankenhäuser zu erkennen. Extreme Pretestwerte (wie sie hier für die drei Krankenhäuser in Bezug auf die Variable „Mobbing“ vorliegen) haben die Tendenz, sich bei einer wiederholten Messung zur Mitte der Merkmalsverteilung hin zu verändern – eine Regression zur Mitte findet statt. Es ist möglich, dass dies im vorliegenden Fall stattgefunden hat.

Soziales Umfeld:

Fast alle Variablen bis auf eine Ausnahme weisen einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe auf („soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften“: $F = 14.39 (2)$, $p = .000$; „soziale Unterstützung“: $F = 4.30 (2)$, $p = .015$; „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“: $F = 3.79 (2)$, $p = .024$; „soziale Stressoren“: $F = 5.64 (2)$, $p = .004$). Das soziale Klima zeigt sich für das Krankenhaus A auf allen Variablen besser als in den Krankenhäusern B und C (vgl. Abb. 32). Bezüglich der Variable „soziale Unterstützung durch Kollegen“ unterscheiden sich die Krankenhäuser nicht.

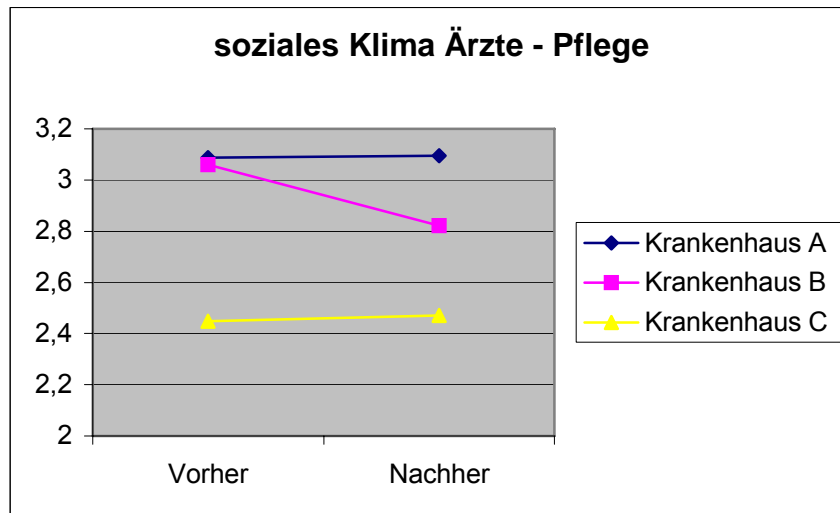


Abb.32: Unterschiede zw. den Krankenhäusern – „soz. Klima zw. Ärzten und Pflege“

Keine der aus diesem Bereich erhobenen Variablen zeigt einen signifikanten Haupteffekt für Zeit. Die Variablen aus diesem Bereich weisen auch keine signifikante Interaktion auf. Es zeigte sich also keine unterschiedliche Entwicklung des sozialen Klimas in den drei Krankenhäusern.

Konfliktverhalten:

Im Bereich des Konfliktverhaltens zeigt sich auf keiner der gemessenen Variablen ein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe.

Die Variable „Kompromiss“ zeigt einen signifikanten Haupteffekt für Zeit ($F = 12.17 (1)$, $p = .001$). Der Konfliktstil „Kompromiss“ nahm über die Zeit ab. Die übrigen Variablen aus dem Bereich des Konfliktverhaltens haben sich über die Zeit nicht signifikant verändert.

Keine Variable aus diesem Bereich weist eine signifikante Interaktion auf.

Beanspruchung:

Bis auf die Variable „Hilflosigkeit“ zeigt sich überall ein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe („emotionale Erschöpfung“: $F = 3.95 (2)$, $p = .021$; „Distanziertheit“: $F = 3.53 (2)$, $p = .031$; „Arbeitsüberdruß“: $F = 6.62 (2)$, $p = .002$; „Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung“: $F = 6.03 (2)$, $p = .003$). Die Krankenhäuser B und C liegen im Niveau (der Beanspruchung der Mitarbeiter) deutlich über dem von Krankenhaus A.

Ein signifikanter Haupteffekt für Zeit ergibt sich für die Variable „emotionale Erschöpfung“ ($F = 5.04 (1)$, $p = .026$). Die übrigen Variablen aus dem Bereich der Beanspruchung haben sich über die Zeit nicht signifikant verändert.

Die Variablen „emotionale Erschöpfung“ und „Distanziertheit“ zeigen signifikante Interaktionen. Tabelle 39 und 40 geben die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für diese Variablen wieder.

Tabelle 39: Zweifaktoriellen Varianzanalyse m. Messwiederh.– emotionale Erschöpfung

Variable	n	M (SD)	Faktor	F (df)	p	eta ²
Emotionale Erschöpfung						
Krankenhaus A						
1.MZP	86	2.75 (1.40)				
2.MZP	86	2.63 (1.36)				
Krankenhaus B						
1.MZP	94	3.08 (1.63)				
2.MZP	94	3.26 (1.64)				
Krankenhaus C						
1.MZP	65	3.00 (1.56)	KH ²	3.95 (2)	.021*	.032
2.MZP	65	3.50 (1.57)	MZP ³	5.04 (1)	.026*	.020
			KH x MZP	4.39 (2)	.013*	.035

*p < 0,05; **p < 0,01; ² KH = Krankenhaus; ³ Messzeitpunkt

Tabelle 40: Zweifaktoriellen Varianzanalyse m. Messwiederh.– Distanziertheit

Variable	n	M (SD)	Faktor	F (df)	p	eta ²
Distanziertheit						
Krankenhaus A						
1.MZP	86	2.19 (0.98)				
2.MZP	86	2.10 (0.94)				
Krankenhaus B						
1.MZP	94	2.46 (1.07)				
2.MZP	94	2.49 (1.12)				
Krankenhaus C						
1.MZP	65	2.30 (1.18)	KH ²	3.53 (2)	.031*	.028
2.MZP	65	2.70 (1.25)	MZP ³	2.78 (1)	.097	.011
			KH x MZP	4.15 (2)	.017*	.033

*p < 0,05; **p < 0,01; ² KH = Krankenhaus; ³ Messzeitpunkt

Wie den Abbildungen 33 und 34 zu entnehmen ist, nehmen in den Krankenhäusern B und C die Werte in „emotionaler Erschöpfung“ und „Distanziertheit“ zu, während in Krankenhaus A die Werte zurückgehen. Die Analyse der Kontraste zeigt, dass sich Krankenhaus A von den beiden übrigen Krankenhäusern signifikant unterscheidet („emotionale Erschöpfung“ p = .005; „Distanziertheit“ p = .009).

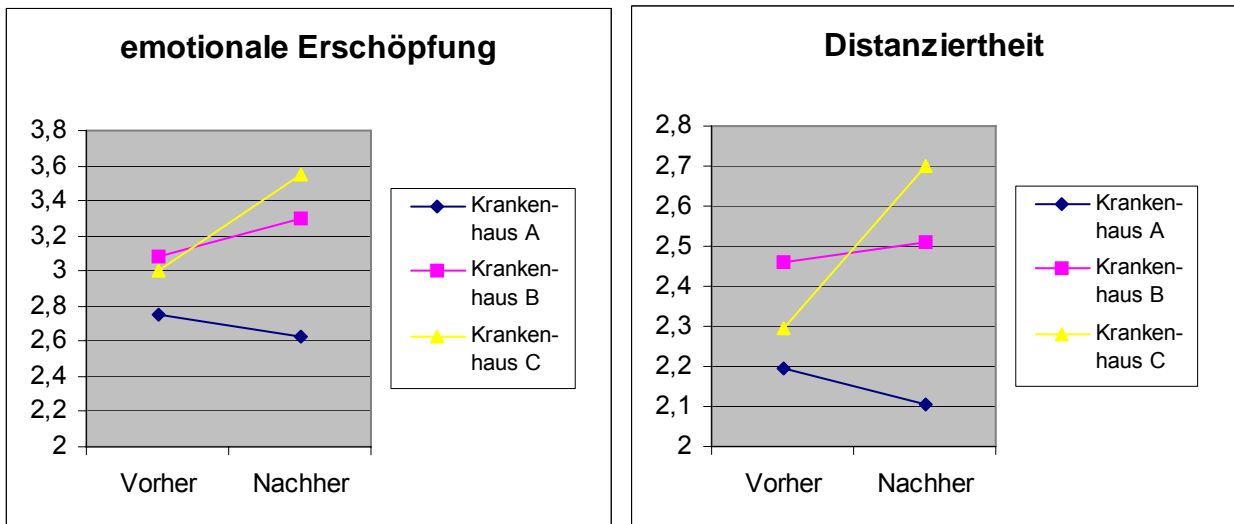


Abb.33: Zweifaktorielle Varianzanalyse: emotionale Erschöpfung – Krankenhäuser

Abb.34: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Distanziertheit – Krankenhäuser

Obwohl die Interaktion für die übrigen gemessenen Beanspruchungsdimensionen nicht signifikant wurde, zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Krankenhaus A nimmt die Beanspruchung vom 1. zum 2. Messzeitpunkt auf allen gemessenen Dimensionen ab, während in den beiden übrigen Krankenhäusern die Beanspruchung über die Zeit zunimmt.

In der Prüfung von Gruppenunterschieden zeigt sich, dass die Krankenhäuser sich in der Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen in Bezug auf die Beanspruchung deutlich unterscheiden.

Die Hypothese 3.1 kann also in Bezug auf die Beanspruchung der Mitarbeiter bestätigt werden. Bezüglich Mobbing, soziales Umfeld und Konfliktverhalten der Mitarbeiter zeigte sich keine unterschiedliche Wirksamkeit der Maßnahmen in den drei Krankenhäusern.

Betrachtet man, in welchem Krankenhaus sich ein positiver Effekt der Maßnahmen im Vergleich zu einem negativen Effekt in den beiden andern Krankenhäusern zeigte, so finden die Hypothesen der Prozessevaluation Bestätigung. Das Krankenhaus, in dem der Prozessevaluation zufolge die besten Ergebnisse bezüglich Program coverage und Program delivery gefunden wurden sowie die besten Rahmenbedingungen vorherrschten, ist auch das Krankenhaus, in dem ein positiver Effekt gefunden werden konnte.

Die Hypothesen der Prozessevaluation konnten bestätigt werden.

9.5.2 Unterschiede der Berufsgruppen

Hypothese:

3.2 Die verschiedenen untersuchten Berufsgruppen unterschieden sich in der Effektivität der Maßnahmen.

Es wird geprüft, ob sich die verschiedenen Berufsgruppen in der Wirksamkeit der Maßnahmen des Projektes unterscheiden, also ob bestimmte Berufsgruppen mehr von den Maßnahmen profitieren als andere. Diese Hypothese scheint plausibel, da die Berufsgruppen im Krankenhaus unterschiedliche Arbeitsbedingungen und Belastungen

haben (vgl. Abschnitt 9.3.2) wie auch ein unterschiedliches soziales Umfeld (vgl. Abschnitt 9.3.3). Zusätzlich zeigen die Ergebnisse der Prozessevaluation, dass die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich gut durch die Maßnahmen erreicht wurden (vgl. Abschnitt 8.1).

Zur Prüfung der Hypothesen wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Mobbing:

Es zeigte sich weder ein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe noch für Zeit in Bezug auf Mobbing. Ebenfalls zeigte sich keine signifikante Interaktion.

Soziales Umfeld:

Auf keiner der erhobenen Variablen aus diesem Bereich zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die Berufsgruppe.

Für die Variable „soziale Stressoren“ zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für Zeit ($F = 6.38$ (1), $p = .012$). Alle übrigen Variablen aus diesem Bereich weisen keinen signifikanten Haupteffekt für Zeit auf.

Die Variable „soziale Stressoren“ weist außerdem eine signifikante Interaktion auf ($F = 3.04$ (3), $p = .030$). Abbildung 35 zeigt die Entwicklung über die Zeit für alle vier Berufsgruppen.

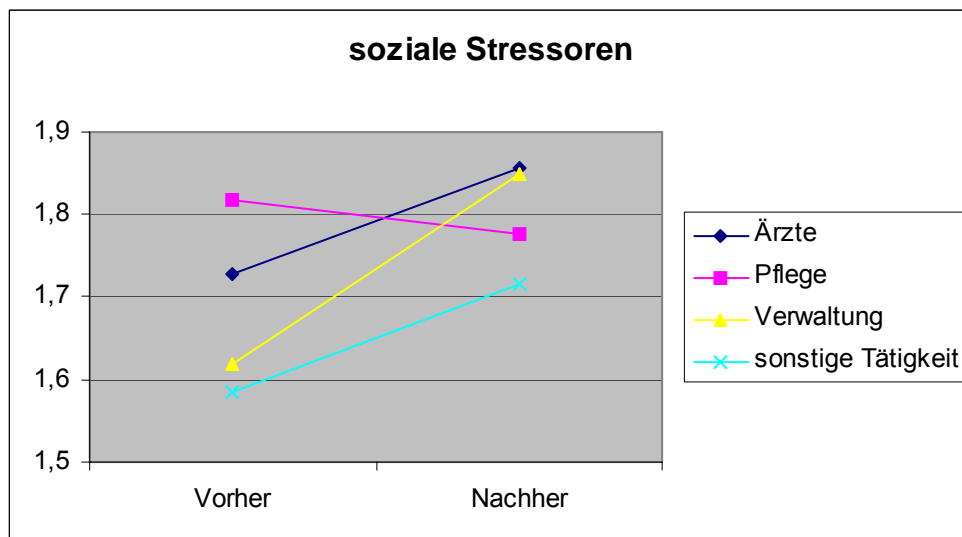


Abb.35: Zweifaktorielle Varianzanalyse: soziale Stressoren – Berufsgruppe

Während sich für die Berufsgruppen der Ärzte, der Verwaltung und der sonstigen Tätigkeit die sozialen Stressoren über die Zeit erhöht haben, nahmen diese für die Berufsgruppe der Pflege ab.

Die Analyse der Kontraste zeigt allerdings, dass sich die Pflege von den drei übrigen Berufsgruppen nicht signifikant unterscheidet ($p = .216$).

Das Ergebnis einer signifikanten Interaktion lässt sich in der Analyse der drei Krankenhäuser nur für Krankenhaus A bestätigen. In den Krankenhäusern B und C wird die Interaktion Zeit/Berufsgruppe auf der Variablen „soziale Stressoren“ nicht signifikant, d.h. nur im

Krankenhaus A gab es einen signifikanten Unterschied in der Wirksamkeit der Intervention in Bezug auf die Berufsgruppen.

Konfliktverhalten:

Auf keiner der erhobenen Variablen aus diesem Bereich zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die Berufsgruppe.

Für die Variable „Kompromiss“ zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für Zeit ($F = 5.10 (1)$, $p = .025$). Der Konfliktstil „Kompromiss“ nahm über die Zeit ab. Alle übrigen Variablen aus diesem Bereich weisen keinen signifikanten Haupteffekt für Zeit auf.

Für keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen tritt eine signifikante Interaktion auf.

Beanspruchung:

Auf keiner der erhobenen Variablen aus diesem Bereich zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die Berufsgruppe.

Für die Variable „Distanziertheit“ zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für Zeit ($F = 6.00 (1)$, $p = .015$). In der Tendenz nahm diese zu. Alle übrigen Variablen aus diesem Bereich weisen keinen signifikanten Haupteffekt für Zeit auf.

Für keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen tritt eine signifikante Interaktion auf.

Mit Ausnahme der signifikanten Interaktion bei sozialen Stressoren zeigten sich keinerlei unterschiedliche Effekte der Maßnahmen für die unterschiedlichen Berufsgruppen.

Die Hypothese 3.2 muss verworfen werden.

9.5.3 Unterschiede Interventions- und Kontrollgruppe

Hypothese:

3.3 Die Interventionsgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe

Mit der Untersuchung dieser Hypothese soll geprüft werden, ob externe zeitliche Einflüsse für einen gefundenen Effekt bzw. keinen Effekt (da z.B. die Einflüsse der Wirkung der Maßnahmen entgegenstanden) verantwortlich sein könnten. Sind derartige Störvariablen wirksam, so würden sie Interventions- und Kontrollgruppe in gleicher Weise beeinflussen. Finden sich hingegen Unterschiede in der Veränderung der abhängigen Variablen über die Zeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, so gibt dies Aufschluss darüber, dass die Interventionsmaßnahmen wirksam waren.

Der Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe konnte nur im Krankenhaus C durchgeführt werden, da nur hier eine Kontrollgruppe untersucht werden konnte.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Mobbing:

Für Mobbing zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe oder für Zeit. Die Interaktion zwischen Gruppe und Zeit war ebenfalls nicht signifikant.

Soziales Umfeld:

Die Variablen „soziale Unterstützung - gesamt“ ($F = 6.573$, $p = .012$) und „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“ ($F = 9.875$, $p = .002$) zeigen einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe.

Keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen weist einen signifikanten Effekt für Zeit auf.

Zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigt sich ein Unterschied in Bezug auf die Skala „soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften“ (Abb.36). Während in der Kontrollgruppe der Wert stark abnimmt, sich das Klima also verschlechtert, steigt die Bewertung des sozialen Klimas in der Interventionsgruppe sogar leicht an. In der zweifaktoriellen Varianzanalyse wird die Interaktion signifikant ($F = 4.151$, $p = .048$).

Dies kann bedeuten, dass die Interventionsmaßnahmen eine Wirkung hatten, denn während in der Kontrollgruppe das Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften deutlich schlechter wird, hat dies in der Interventionsgruppe nicht stattgefunden – im Gegenteil, das Klima hat sich sogar leicht verbessert.

Das deutliche Zusammendriften der Werte zum Posttest könnte aber auch auf einen statistischen Regressionseffekt schließen lassen. Eine Regression zur Mitte könnte für das gefundene Ergebnis (zum Teil) mit verantwortlich sein.

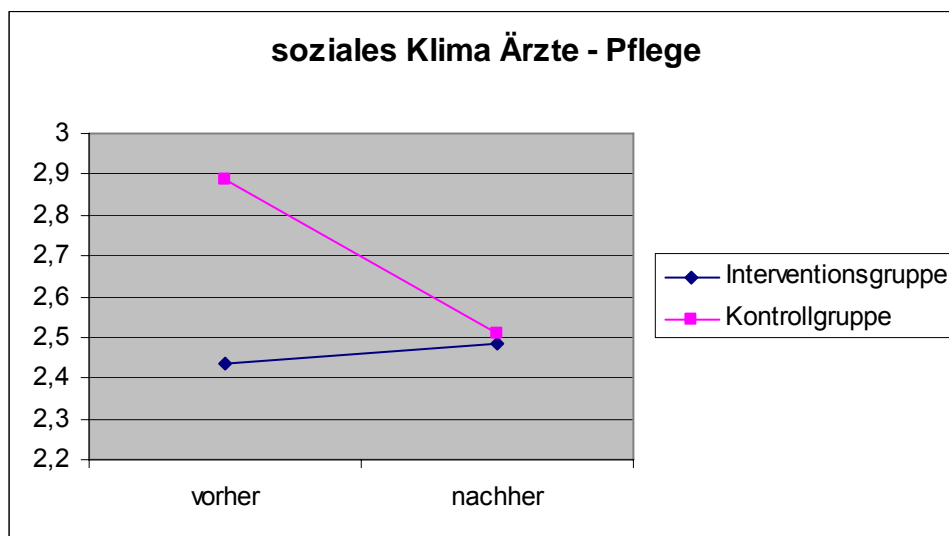


Abb.36: Zweifaktorielle Varianzanalyse: soz. Klima – Interventions-/Kontrollgruppe

Konfliktverhalten:

Keine Variable aus diesem Bereich zeigt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe oder für Zeit. Ebenfalls zeigen sich für die in diesem Bereich erhobenen Variablen keine signifikanten Interaktionen.

Beanspruchung:

Keine Variable aus diesem Bereich zeigt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe oder für Zeit. Ebenfalls zeigen sich für die in diesem Bereich erhobenen Variablen keine signifikanten Interaktionen.

Nur für eine einzige Variable zeigte sich ein möglicher Hinweis darauf, dass ein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe besteht. Dieser kann aber ebenso durch statistische Regressionseffekte erklärt werden.

Die Hypothese 3.3 muss deshalb verworfen werden. Dies bedeutet, dass in Krankenhaus C keine Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen nachgewiesen werden konnte.

9.5.4 Unterschiede bezüglich direkter vs. indirekter Teilnahme an den Maßnahmen

Hypothese:

3.4 Es bestehen Unterschiede in der Effektivität der Maßnahmen zwischen den Personen, die direkt an einer Maßnahme teilgenommen haben, und denen, die nicht direkt an einer Maßnahme teilgenommen haben.

In der Prozessevaluation zeigte sich, dass ein hoher Prozentanteil der Mitarbeiter der drei Krankenhäuser sich sehr wenig bis gar nicht über das Projekt informiert gefühlt hat – insgesamt 44,9%. In Krankenhaus C lag der Anteil sogar über 50%. Weiter gaben 74,6% der Mitarbeiter an, dass sie nur eine sehr geringe bis gar keine Veränderung durch die Maßnahmen des Projekts wahrgenommen hätten. Dies lässt darauf schließen, dass ein großer Teil der Mitarbeiter durch die Maßnahmen nicht oder nur sehr eingeschränkt erreicht wurde. Es scheint plausibel anzunehmen, dass die Personen, die direkt an einer der Maßnahmen des Projekts teilgenommen haben (z.B. an einer Führungskräfte-schulung, an der Ausbildung zum Konfliktberater oder Konfliktlotsen), eine stärkere Veränderung durch die Interventionsmaßnahmen wahrgenommen haben als Personen, die nicht direkt beteiligt waren.

Zur Prüfung der Hypothese wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Mobbing:

Für Mobbing zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für die Gruppe oder für Zeit. Ebenfalls zeigte sich für die in diesem Bereich erhobenen Variablen keine signifikante Interaktion.

Soziales Umfeld:

Keine Variable aus diesem Bereich zeigt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe. Die Variablen „soziale Unterstützung“ ($F = 5.170$, $p = .024$) und „soziale Unterstützung durch Vorgesetzte“ ($F = 3.989$, $p = .047$) zeigen einen signifikanten Haupteffekt für Zeit. In beiden Fällen nimmt die soziale Unterstützung ab. Keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen weist eine signifikante Interaktion auf.

Konfliktverhalten:

Für die Variablen „Zusammenarbeit“ ($F = 19.566$, $p = .000$) und „Vermeidung“ ($F = 5.382$, $p = .021$) zeigen sich signifikante Haupteffekte für die Gruppe. Die Variable „Kompromiss“ weist einen signifikanten Haupteffekt für Zeit auf ($F = 5.098$, $p = .025$). Der Konfliktstil „Kompromiss“ nimmt über die Zeit ab. Keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen weist eine signifikante Interaktion auf.

Beanspruchung:

Keine Variable aus diesem Bereich zeigt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe. Die Variable „emotionale Erschöpfung“ weist einen signifikanten Haupteffekt für Zeit auf ($F = 4.298$, $p = .039$). Keine der in diesem Bereich erhobenen Variablen weist eine signifikante Interaktion auf.

Für keine der erhobenen Variablen zeigte sich ein Hinweis darauf, dass ein größerer Effekt für Personen, die direkt an einer Maßnahme teilgenommen haben, gemessen werden konnte als für Personen, die nicht direkt teilgenommen haben. Es zeigten sich keinerlei signifikante Interaktionen.

Die Hypothese 3.4 muss verworfen werden.

9.6 Dropout-Analyse

In der Betrachtung der Stichproben zeigte sich, dass eine sehr große Anzahl an Personen zum ersten Messzeitpunkt an der Datenerhebung teilgenommen hat, aber nicht mehr zum zweiten Messzeitpunkt (vgl. Abschnitt 9.1: Stichproben A und B). Von den 848 Personen, die zum ersten Messzeitpunkt den Fragebogen beantwortet haben, haben nur 267 dies auch zum zweiten Messzeitpunkt wiederholt. Das entspricht einer Dropout-Rate von 68,51% (Krankenhaus A: 57%; Krankenhaus B: 72,86%; Krankenhaus C: 71,14%).

Es muss geprüft werden, ob der Ausfall der Personen zum zweiten Messzeitpunkt systematisch war. Deshalb wurde eine Dropout-Analyse durchgeführt.

Hierzu wurden alle Personen, die zum ersten Messzeitpunkt an der Datenerhebung teilgenommen hatten ($n = 848$), in zwei Gruppen eingeteilt: 1. die Personen, die auch zum zweiten Messzeitpunkt an der Datenerhebung teilgenommen hatten ($n = 267$); 2. die Personen, die zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr an der Datenerhebung teilgenommen haben ($n = 581$).

Diese zwei Gruppen wurden zunächst hinsichtlich der soziodemografischen Daten miteinander verglichen. Ein Chi-Quadrat Test zeigte auf, dass sich die zwei Gruppen bezüglich zweier Merkmale unterschieden:

1. Berufsgruppe ($\chi^2 = .009$):
Ärzte und Pflegekräfte neigten eher dazu, an einer zweiten Befragung nicht mehr teilzunehmen, als Mitarbeiter aus der Verwaltung oder mit einer sonstigen Tätigkeit.
2. Führungsposition ($\chi^2 = .001$):
Mitarbeiter, die eine Führungsposition innehaben, haben eher zum zweiten Messzeitpunkt wieder an der Datenerhebung teilgenommen als Mitarbeiter ohne Führungsposition.

Weiter wurden die zwei Gruppen bezüglich ihrer Bewertung der im Fragebogen erhobenen Variablen miteinander verglichen. Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass sich die Personen, die zu beiden Messzeitpunkten den Fragebogen ausgefüllt haben, bezüglich folgender Variablen von den Personen unterschieden, die nur zum ersten Messzeitpunkt den Fragebogen beantwortet haben:

- Handlungsspielraum:
Dieser zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .004$).
- Arbeitskomplexität:
Diese zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .017$).
- Partizipation:
Diese zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .000$).
- Konfliktstil „Anpassung“:
Dieser zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant niedriger ($p = .022$).
- Konfliktstil „Kompromiss“:
Dieser zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .006$).

Weitere Variablen zeigten Unterschiede zwischen den Gruppen an der Grenze zur Signifikanz:

- „Soziale Unterstützung“:
Diese zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .089$).
- Konfliktstil „Zusammenarbeit“:
Dieser zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant höher ($p = .077$).
- „Arbeitsüberdruß“:
Dieser zeigte sich für die Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, signifikant niedriger ($p = .056$).

In der Tendenz zeigten sich aber für alle Variablen Unterschiede für die zwei Gruppen, die in die gleiche Richtung gingen:

- Die Arbeitsbedingungen der Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, zeigten sich besser als für die Personen, die ausgeschieden sind.
- Das soziale Umfeld der Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, zeigte sich besser als für die Personen, die ausgeschieden sind. Dies gilt auch für die Variable „Mobbing“.
- Die Konfliktstile der Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, zeigten sich positiver und konstruktiver als für die Personen, die ausgeschieden sind.
- Die Beanspruchungswerte der Personen, die nicht aus der Untersuchung ausgeschieden sind, waren niedriger als für die Personen, die ausgeschieden sind.

Betrachtet man das gesamte Bild, kann man ableiten, dass insgesamt die Personen, die schlechtere Bedingungen hatten, aus der Untersuchung ausgestiegen sind. Dies zeigt sich in den soziodemografischen Merkmalen. Die Berufsgruppen, nämlich Ärzte und Pflegekräfte, die im Krankenhausalltag höheren Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Abschnitt 9.3), haben mit größerer Wahrscheinlichkeit zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr an der

Datenerhebung teilgenommen. Hinzu kommt, dass die Personen, die aus der Untersuchung ausgeschieden sind, ihre Bedingungen (in Bezug auf ihre Arbeitsbedingungen, das soziale Umfeld und ihre Beanspruchungslage) schlechter beurteilten als die Personen, die dabei geblieben sind. Eine mögliche Erklärung für das Ausscheiden der Personen kann also sein, dass sie frustriert waren, unter schlechten Bedingungen bei ihrer Arbeit litten und keine Verbesserung durch das Projekt wahrgenommen haben. Ihre hohe Beanspruchung machte die Wahrscheinlichkeit, an einer aufwendigen zweiten Befragung erneut teilzunehmen, zudem noch unwahrscheinlicher.

Weiter haben eher Führungskräfte zum zweiten Messzeitpunkt erneut an der Datenerhebung teilgenommen. Dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass diese öfter direkt in die Maßnahmen des Projekts involviert waren und sich mehr in der Verantwortung sahen, sich am Projekt weiter zu beteiligen.

In Bezug auf die Ergebnisse der summativen Evaluation sind zwei verschiedene Schlüsse möglich:

Durch die Dropouts wurden in der summativen Evaluation nur die Personen berücksichtigt, die von Anfang an eine „gute Ausgangslage“ vorzuweisen hatten. Die Möglichkeit, hier noch weiter etwas zum Besseren zu verändern, war also geringer, als wenn eine schlechte Ausgangslage vorgeherrscht hätte. Dies könnte für die summativen Evaluationsergebnisse bedeuten, dass Effekte der Intervention durch einen möglichen „Deckeneffekt“ kleiner gehalten wurden.

Ein ganz anderer Schluss könnte sein, dass, wenn die ausgeschiedenen Personen zum zweiten Messzeitpunkt an der Datenerhebung teilgenommen hätten, sie sehr wahrscheinlich ihre Situation nicht besser beurteilt hätten als bereits zum ersten Messzeitpunkt. Hätte sich nämlich an ihrer schlechten Ausgangslage etwas für sie zum Positiven gewandelt, wären sie motivierter gewesen, sich weiter an der Untersuchung zu beteiligen. Das Nicht-Ausscheiden dieser Personen hätte also die in der summativen Evaluation gefundenen Effekte nicht positiver werden lassen – eher im Gegenteil. Dieser zweite Schluss erscheint für die Interpretation der summativen Evaluationsergebnisse bedeutsamer. Auch wenn ein möglicher Deckeneffekt in der verbliebenen Stichprobe gewirkt hat, so ist doch anzunehmen, dass die Verzerrung durch die aus der Untersuchung ausgeschiedenen Personen schwerer wiegt.

10. Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und bezüglich ihrer Aussagekraft und Bedeutung diskutiert (Abschnitt 10.1). In Abschnitt 10.2 wird dargestellt, welche Empfehlungen aus den Ergebnissen dieser Arbeit für die Durchführung von Interventionsmaßnahmen, speziell Mobbing-Präventionsmaßnahmen, gegeben werden können. Abschließend werden methodische Limitationen der Arbeit diskutiert und es werden Empfehlungen für nachfolgende Forschungsarbeiten abgeleitet.

10.1 Die Ergebnisse der Untersuchung

Die in der Studie gefundenen deskriptiven Ergebnisse zu Mobbing unterstützen vorangegangene Ergebnisse der Mobbingforschung. Die Häufigkeiten, mit denen die Mitarbeiter der Krankenhäuser den Mobbingitems zugestimmt haben, lagen im Durchschnitt bei 8,12%. Dies Ergebnis stützt die in anderen Studien gefundenen Mobbinghäufigkeiten für Mitarbeiter in Krankenhäusern wie auch in anderen sozialen Berufen. Es finden sich fast immer vergleichsweise hohe Zahlen für diese Berufsgruppe. Die Mobbinghäufigkeit in dieser Untersuchung unterstreicht, dass Mobbing ein relevantes Thema vor allem im Gesundheitswesen ist und die Notwendigkeit besteht, Maßnahmen zur Prävention und Intervention zu entwickeln und durchzuführen.

Die weiteren deskriptiven Ergebnisse zu Mobbing in dieser Untersuchung bestätigen ebenfalls den bisherigen Stand der Forschung. So zeigten sich keine Unterschiede in der Mobbingbetroffenheit bezüglich Geschlecht, Alter, Berufsgruppe oder hierarchischer Position. Das Risiko, als Mitarbeiter im Krankenhaus Mobbing zu erleben, ist also für alle Personen prinzipiell gleich hoch. Dies Ergebnis hebt die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Entstehung von Mobbing hervor.

Die Arbeitsbedingungen zeigten sich in den Krankenhäusern durch hohen Zeitdruck und hohe Arbeitskomplexität geprägt. Unsicherheiten und arbeitsorganisatorische Probleme nahmen immer mehr zu. Dies fand sich auch in den Beanspruchungswerten der Mitarbeiter wieder, die in Teilen in einem kritischen Bereich lagen. Die in dieser Arbeit (vgl. Abschnitt 2.2) dargestellten, in der bisherigen Forschung als mobbingbegünstigend geltenden Arbeitsbedingungen der Arbeitstätigkeit und -umgebung konnten für die drei Krankenhäuser in dieser Untersuchung bestätigt werden. Allerdings zeigten sich auch bedeutende Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Es ließ sich beobachten, dass sich mit zunehmender Größe der Einrichtung die Arbeitsbedingungen entsprechend schlechter darstellten. In dem kleinsten Krankenhaus, das an dieser Untersuchung teilnahm (Krankenhaus A: 300 Mitarbeiter), fanden sich die besten Arbeitsbedingungen und auch die geringsten Mobbinghäufigkeiten. Hieraus lässt sich schließen, dass der Größe eines Krankenhauses und den damit verbundenen Implikationen (z.B. größere Anonymität, größere Bürokratie, komplexere Strukturen) eine wichtige Bedeutung in Bezug auf vorherrschende Arbeitsbedingungen und, dadurch bedingt, auch in Bezug auf Mobbing zukommt.

In der summativen Evaluation des Pilotprojekts „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“ zeigte sich zusammenfassend folgendes Ergebnis:

Keine der aufgestellten Hypothesen bezogen auf die Gesamtstichprobe über die Wirksamkeit der Maßnahmen des Projekts konnte voll bestätigt werden. Die Ergebnisse weisen allgemein keine Veränderungen auf. Dies bezieht sich sowohl auf die eigentliche Zielgröße, Mobbing, wie auch auf die als mobbingbegünstigend angenommenen Faktoren (soziales Umfeld, Konfliktverhalten, Beanspruchung).

Das soziale Umfeld, gemessen durch „soziales Klima zwischen Ärzten und Pflegekräften“, „soziale Unterstützung“ (durch Vorgesetzte und Kollegen) und „soziale Stressoren“, zeigte sich zum Teil zum zweiten Messzeitpunkt sogar verschlechtert. Die soziale Unterstützung, speziell durch Vorgesetzte, wurde nach der Intervention schlechter bewertet als zuvor.

Die Konfliktstile der Mitarbeiter haben sich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nicht verändert, mit der Ausnahme der Kompromissbereitschaft, die deutlich abnahm.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigte sich auch kein signifikanter Rückgang in den Beanspruchungswerten der Beschäftigten in den drei Krankenhäusern.

Geprüft wurden neben den Hypothesen, die sich global auf die Gesamtstichprobe bezogen, auch gruppenspezifische Effekte. Auch hier konnten die Hypothesen zum größten Teil nicht bestätigt werden.

So fand sich keine unterschiedliche Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen für die verschiedenen Berufsgruppen – trotz unterschiedlicher Arbeits- und Rahmenbedingungen der Berufsgruppen und trotz der unterschiedlichen Repräsentiertheit der Berufsgruppen in den Maßnahmen.

Ebenfalls konnte kein Unterschied in der Wirksamkeit der Intervention zwischen Personen, die direkt an einer Maßnahme teilgenommen hatten, und Personen, die nicht direkt teilgenommen hatten, festgestellt werden.

Auch Interventions- und Kontrollgruppe zeigten keine Unterschiede in der Effektivität der Intervention. Dies konnte allerdings nur im Krankenhaus C geprüft werden, da in den beiden anderen Krankenhäusern keine Kontrollgruppe einbezogen werden konnte.

Die Hypothese, dass die Interventionsmaßnahmen in den drei am Projekt beteiligten Krankenhäusern unterschiedliche Wirksamkeit aufweisen würden, fand allerdings – zumindest für einen Teilbereich der abhängigen Variablen – Bestätigung. Während die Beanspruchungswerte in Krankenhaus A nach der Intervention abgenommen hatten, verschlechterten sich die Beanspruchungswerte in Krankenhaus B und C deutlich.

Es kann also zusammenfassend festgehalten werden, dass die summative Evaluation keine Effekte der Intervention nachweisen konnte mit Ausnahme der Reduzierung der Beanspruchungswerte in Krankenhaus A.

Diese Ergebnisse verlangen nach einer näheren Betrachtung. Ein vorschneller Schluss, dass damit bewiesen ist, dass die Interventionsmaßnahmen keine Effektivität besitzen, wäre falsch. Zunächst ist nur zu konstatieren, dass durch die Evaluation größtenteils keine Veränderungen der abhängigen Variablen gemessen werden konnten.

Wichtige Hinweise auf die Interpretation und auch Relativierung der Ergebnisse geben die Daten der Prozessevaluation. Diese müssen mit den Ergebnissen der summativen Evaluation in Verbindung gesetzt werden und zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden.

Es zeigte sich, dass es vielfältige Faktoren in der Durchführung der Intervention gab, die einer Wirkung der Präventionsmaßnahmen entgegenstanden und große Effekte in der Evaluation unplausibel machen.

Es beginnt damit, dass die Zielgruppe in den Interventionen nicht in gewünschtem Ausmaß erreicht werden konnte. In der Ausbildung der Konfliktlotsen wurde nicht in allen Bereichen eine ausreichende Anzahl an Personen bezogen auf die jeweils zu vertretenden Berufsgruppen einbezogen. In den Führungskräftebildungen wurde insgesamt sogar nur ein Prozentsatz von knapp über der Hälfte der Zielpersonen geschult. Die wichtige Berufsgruppe der Ärzte war in Teilen sehr stark unterrepräsentiert. Diese Tatsachen vermindern die zu erwartende Wirkung der Präventionsmaßnahme grundlegend.

Vor allem der Führungskraft kommt in einem Mobbinggeschehen eine Schlüsselrolle zu. Mobbing entsteht nicht zuletzt dadurch, dass es „geschehen lassen wird“ und der Vorgesetzte wie auch Kollegen nicht frühzeitig intervenieren, wobei die Führungskraft in der Regel größere Interventionsmöglichkeiten hat. Außerdem nimmt die Führungskraft die wichtige Rolle eines Vorbilds für die Mitarbeiter ein. Sie kann aktiv vorleben, wie Konflikte konstruktiv gelöst werden können und welche Umgangsformen in der Abteilung bzw. im Unternehmen angebracht sind und welche nicht. Salins Modell zu Mobbingursachen (vgl. Abschnitt 1.5.2) folgend, kann die Führungskraft also zum einen die Kosten für Mobbingverhalten im Sinne von negativen Konsequenzen erhöhen, indem sie ein solches Verhalten offen verurteilt, frühzeitig interveniert und als Vorbild Konflikte konstruktiv löst. Zum anderen kann ein gutes Konfliktmanagement der Führungskraft ein wahrgenommenes Kräfteungleichgewicht im Unternehmen verringern, indem jedem Mitarbeiter Verfahrensgerechtigkeit im Umgang mit seinen Belangen zuteil wird. Beide Einflussmöglichkeiten der Führungskraft entziehen der Entstehung von Mobbing den fruchtbaren Boden.

Zu der Tatsache, dass ein großer Teil der Führungskräfte nicht geschult wurde, kommt hinzu, dass viele Personen, die das Training absolviert haben, Schwierigkeiten hatten, das Gelernte im Alltag umzusetzen. In der Untersuchung der Ursachen hierfür zeigte sich, dass das Umfeld der geschulten Führungskräfte einer Veränderung ihrer Verhaltensweisen entgegenstand. Hier kommen zum einen die im Krankenhaus vorherrschenden Arbeitsbedingungen zum Tragen. Vor allem der hohe Zeitdruck und die personelle Enge, beides bedingt durch eine sich verschärfende wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, machten es den Führungskräften schwer, gutes Konfliktverhalten, wie z.B. ausführliche (Konflikt-)Gespräche, in den Arbeitsalltag zu integrieren. Neben den Arbeitsbedingungen hatten die Führungskräfte aber auch mit ihren eigenen Vorgesetzten und Kollegen zu kämpfen. Die im Krankenhaus vorherrschende Kommunikationskultur stand den in der Intervention vermittelten Werten zum Teil konträr entgegen, was dazu führte, dass Führungskräfte mit veränderten Verhaltensweisen auf massive Widerstände trafen. Das Ziel, eine (spürbare und nachhaltige) Verhaltensänderung auf Seiten der Führungskräfte herbeizuführen und damit Mobbing zum einen den fruchtbaren Boden zu entziehen und zum anderen einem entstehenden Mobbingprozess frühzeitig entgegenzuwirken, konnte also nur in sehr geringem Ausmaß erreicht werden.

Dass im vorliegenden Projekt nicht gelungen ist, die Mitarbeiter auf breiter Front zu erreichen, zeigen auch die Ergebnisse zur Wahrnehmung des Projekts. Über 40% der Mitarbeiter wussten wenig bis gar nichts über das Projekt, was darauf hindeutet, dass die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Mobbing eine Vielzahl der Beschäftigten nicht erreicht hat und als unzureichend zu bewerten ist. Die damit angestrebte Sensibilisierung der Mitarbeiter

für die Problematik und eine womöglich damit verbundene Einstellungsänderung hat deshalb nur in einem sehr geringen Ausmaß stattgefunden.

Auch die planmäßige Durchführung des Projekts hatte mit diversen Schwierigkeiten zu kämpfen, die sich auf die vorherrschende Kultur der Krankenhäuser und die bestehende Einstellung zum Thema Mobbing zurückführen lassen. So traten z.B. größere Abweichungen zwischen der geplanten und der tatsächlichen Ausbildungsdauer pro Teilnehmer auf, und zwar in den Führungskräftebildungen kleineren Ausmaßes (im Durchschnitt bis zu 1,36 Std. weniger), in der Ausbildung der Konfliktlotsen sogar in erheblichem Umfang (im Durchschnitt 24,89 Std. weniger!). Die planmäßige Durchführung hing vor allem vom Ausmaß der Unterstützung des Projekts durch das Krankenhausmanagement und die obersten Führungskräfte wie z.B. dem ärztlichen Direktor und der Pflegedienstleitung ab. Nur wo diese Unterstützung und ein bestimmtes Commitment zum Projekt gegeben waren, konnten die Interventionsmaßnahmen wie geplant umgesetzt werden. Im Vergleich der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser zeigte sich dies ganz deutlich. In den Krankenhäusern B und C, in denen die Unterstützung in geringerem Ausmaß gegeben war als im Krankenhaus A, nahmen auffällig weniger Führungskräfte an den Schulungen teil, Freistellungs-schwierigkeiten der Mitarbeiter erschwerten die Ausbildungen und verkürzten die Ausbildungsdauer, die Mitarbeiter fühlten sich schlechter über das Projekt informiert. Nur im Krankenhaus A gelang es, über 80% der Führungskräfte zu schulen und innerhalb der kurzen Projektzeit eine Konfliktberatungsstelle aufzubauen, die noch während der Projektlaufzeit ihre Tätigkeit erfolgreich aufnehmen konnte.

Mit diesen Ergebnissen lässt sich auch erklären, dass zumindest im Krankenhaus A im Vergleich zu den beiden anderen Häusern die Beanspruchung der Beschäftigten gesenkt werden konnte.

Weiter ist für die Interpretation der Ergebnisse wichtig, dass die Wirkzeit der Interventionen nicht sehr lang war. Die zweite Datenerhebung fand im Schnitt nach weniger als einem halben Jahr statt. Vor allem im Hinblick auf die Maßnahme zur Einführung von Konfliktberatungsstellen ist anzunehmen, dass es für eine von allen Mitarbeitern des Krankenhauses spürbare Veränderung durch solche Einrichtungen eine längere Zeit benötigt. Die Konfliktlotsen in Krankenhaus C waren zum Zeitpunkt der zweiten Datenerhebung noch nicht fertig ausgebildet. In Bezug auf diese Maßnahme darf also gar kein Effekt angenommen werden. Die Konfliktberatungsstellen in den Krankenhäusern A und B hatten ihre Arbeit zum zweiten Messzeitpunkt zwar bereits begonnen, aber um einen Effekt, im Sinne von einer nachhaltigen Veränderung im Umgang mit Konflikten bei der Arbeit, messen zu können, der von allen Mitarbeitern des Krankenhauses wahrgenommen wird, muss eine solche interne Institution sich zuerst nachhaltig etablieren und bewähren. Dies kann nicht innerhalb eines halben Jahres erwartet werden.

Die generell zu beobachtende Ergebnislosigkeit in der Evaluation der Maßnahmen hat aber noch weitere Ursachen, die allgemein auf die Schwierigkeiten einer Evaluation im Feld bzw. Schwierigkeiten, die mit quasiexperimentellen Untersuchungen im Feld einhergehen, zurückzuführen sind. Wie in den Ergebnissen der Prozessevaluation beschrieben wurde, unterlagen die drei Krankenhäuser während der Projektlaufzeit schwierigen, sich verschärfenden Rahmenbedingungen. Personalabbau, Arbeitsplatzunsicherheit der Mitarbeiter, steigender Zeit- und Leistungsdruck waren Bedingungen, denen die Mitarbeiter ausgesetzt waren. Hinzu kamen noch krankenhausspezifische Bedingungen wie

Umstrukturierungen oder bauliche Maßnahmen. Konflikte bei der Arbeit wurden durch diese Bedingungen weiter gefördert, das soziale Klima bei der Arbeit litt. Die Unzufriedenheit der Mitarbeiter der Krankenhäuser kann als hoch und weiter ansteigend angenommen werden. Dass diese Faktoren auf die Evaluationsergebnisse Einfluss hatten und einem positiven Effekt der Maßnahmen entgegenwirkten, ist als wahrscheinlich anzusehen. Wenn man annehmen muss, dass die vorherrschenden Rahmenbedingungen einen negativen Einfluss auf die in der Evaluation eingesetzten abhängigen Variablen haben, ist der Versuch, eine Verbesserung durch die Intervention zu erzielen, ein schwieriges Unterfangen. Unter Bedingungen, bei denen äußeren Störvariablen ein sehr großer Einfluss zugebilligt wird, so wie es in der vorliegenden Untersuchung durchaus angenommen werden kann, stellt eine Intervention, die diesen äußeren Entwicklungen und Rahmenbedingungen entgegenzuwirken, sucht wohlmöglich nur den sprichwörtlichen „Tropfen auf den heißen Stein“ dar. Gegebenenfalls ist unter solchen Umständen das Ergebnis, dass keine Verschlechterung der abhängigen Variablen gemessen wird, sogar als ein Erfolg zu werten. Generell ist es sehr schwer, in einer sich immer weiter zuspitzenden Lage eine Verbesserung durch eine Intervention zu erzielen, die nichts an den äußeren Bedingungen verändern kann. Dies war im vorliegenden Projekt der Fall.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass umfassende Interventionen in Organisationen nicht nur und nicht unmittelbar positive Effekte erwarten lassen, da in ein komplexes System eingegriffen wird (vgl. Abschnitt 5). Es muss damit gerechnet werden, dass eine bestimmte Veränderung nicht nur die beabsichtigten positiven Folgen nach sich zieht, sondern auch „Nebenwirkungen“ haben kann. So lässt sich z.B. die in der vorliegenden Untersuchung gemessene Verschlechterung des sozialen Klimas zu einem gewissen Grad mit einer Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema erklären. In der zweiten Datenerhebung könnte eine kritischere und bewusster Sicht der Mitarbeiter bei der Bewertung ihres sozialen Umfeldes gewirkt haben. Auf diese Weise betrachtet würde dieser Effekt die durch die Intervention angestrebte Sensibilisierung der Beschäftigten für das Thema widerspiegeln und als notwendiger „Geburtsschmerz“ den ersten Schritt in die gewünschte Richtung zum bewussteren Umgang mit sozialen Belangen im Arbeitsalltag darstellen. Ähnlich kann die Abnahme der Kompromissbereitschaft im Sinne eines verstärkten Änderungswillens der Mitarbeiter gedeutet werden.

Nach der Berücksichtigung der umfangreichen Ergebnisse der Prozessevaluation müssen die Ergebnisse der summativen Evaluation nun abschließend neu bewertet werden. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Intervention nicht so durchgeführt wurde, wie sie geplant war, dass die Zielgruppe nur sehr schlecht erreicht wurde und diverse äußere Faktoren und Probleme in der Implementierung der Maßnahmen möglichen Effekten der Intervention entgegenwirkten. Unter diesen Umständen verwundert es nicht, sondern erscheint nur folgerichtig, dass sich in der summativen Evaluation keine Effekte zeigten. Lipsey (1996) der in einem Artikel die Schlüsselprobleme und Fallstricke von Evaluationsstudien beschreibt, fasst den hier vorliegenden Umstand treffend wie folgt zusammen: „No input, no output“ (Lipsey, 1996, S.300).

Allerdings wurde in dieser Untersuchung ein sehr wichtiges Ergebnis gefunden, das an dieser Stelle noch einmal herausgehoben werden soll. Durch die vergleichende Untersuchung der drei Krankenhäuser, in denen die Intervention unterschiedlich gut umgesetzt wurde, konnte Folgendes aufgezeigt werden:

In dem Krankenhaus, in dem bezüglich Zielgruppenerreichung, planungsgemäßer Durchführung der Intervention sowie in allen Punkten zu Implementations- und äußeren Rahmenbedingungen vergleichsweise die besten Ergebnisse gefunden wurden, zeigte sich ein Effekt der Intervention. Im Gegensatz zu den beiden anderen Krankenhäusern nahm hier die Beanspruchung der Mitarbeiter ab. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Intervention, sofern sie entsprechend umgesetzt wird, durchaus eine Effektivität besitzt.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die Überprüfung längerfristiger Effekte der Interventionsmaßnahmen noch aussteht. Wie bereits beschrieben, kann angenommen werden, dass speziell die Konfliktberatungsstellen erst nach einem längeren Zeitraum ihre Wirksamkeit entfalten.

10.2 Implikationen für die Durchführung von Interventionsmaßnahmen, speziell Mobbing-Präventionsmaßnahmen

Die Evaluationsergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen nur eine eingeschränkte Effektivität des Pilotprojekts „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“ und der durchgeführten Maßnahmen auf. Wie bereits dargelegt, kann nur konstatiert werden, dass insgesamt keine Veränderungen der abhängigen Variablen vor und nach der Intervention gemessen werden konnten. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass diverse Probleme in der Implementierung der Interventionsmaßnahmen des Projekts auftraten. Die Intervention, so wie sie geplant war, wurde nur in einem sehr begrenzten Umfang umgesetzt. Gleichzeitig gab es äußere Einflüsse, die den Maßnahmen entgegenwirkten. Es zeigte sich aber, dass in dem Krankenhaus, in dem die Interventionsmaßnahmen am gewissenhaftesten umgesetzt wurden und die günstigsten äußeren Rahmenbedingungen herrschten, auch ein Effekt der Interventionsmaßnahmen nachgewiesen werden konnte.

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation sind speziell in dieser Hinsicht von großem Wert. Sie zeigen entscheidende Implikationen für nachfolgende Projekte auf. Vor allem aus den Ergebnissen der Prozessevaluation lassen sich die Faktoren ableiten, die für die erfolgreiche Durchführung von Interventionsmaßnahmen im Allgemeinen und Mobbing-Präventionsmaßnahmen im Besonderen entscheidend sind. Die Erkenntnis über die außerordentliche Bedeutung von Prozessevaluationen in der Evaluationsforschung und dem Nutzen, der aus den gewonnenen Ergebnissen über Implementationsprozesse und deren Probleme gewonnen werden kann, wird mittlerweile von vielen Autoren unterstrichen (Nytrö et al., 2000; Semmer, 2006; Saksvik et al., 2002).

Im Folgenden werden die Faktoren berichtet, die für den Erfolg von Mobbing-Präventionsmaßnahmen aus den Ergebnissen der Prozessevaluation abgeleitet werden können. Hierbei wird besonders noch einmal auf die beobachteten Probleme in der Durchführung und Implementierung der Maßnahmen eingegangen. Des darauf kann deutlich abgeleitet werden, was in nachfolgenden Präventions- und Interventionsprojekten für eine erfolgreiche Durchführung zu berücksichtigen ist.

In der Prozessevaluation konnte eindeutig aufgezeigt werden, dass die Umsetzung der Schulungsmaßnahmen im Projekt (insbesondere die Führungskräftebildungen) mit vielen verschiedenen Problemen behaftet waren.

Die Schulungen wurden insgesamt in Bezug auf ihre Inhalte und deren Darbietung sehr positiv von den Teilnehmern bewertet. Allerdings war festzustellen, dass der angestrebte Transfer der Schulungsinhalte in den Arbeitsalltag nur sehr begrenzt geglückt ist. Ohne einen nachweisbaren Transfer kann aber auch keine Effektivität der Maßnahme erwartet werden. Der mangelnde Transfer lässt sich auf eine große Transferdistanz zurückführen. Das Seminar war vom zeitlichen Rahmen knapp bemessen. Dies erschwerte, dass praktische Fallbeispiele und Situationen aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmer ausführlich durchgespielt werden konnten. Auch war das intensive Einüben z.B. von Kritik- und Mitarbeitergesprächen durch Rollenspiele nicht möglich. Viele Inhalte konnten nur theoretisch dargeboten werden. Dies führte dazu, dass die Teilnehmer noch nicht befähigt waren, das im Seminar Gelernte in ihrem Alltag sicher anzuwenden. Weiter wurde der Transfer aber auch durch mangelnde Anwendungsmöglichkeiten und Unterstützungen des Arbeitsumfeldes erschwert. Als ein Hauptgrund, warum Inhalte des Seminars nicht im Alltag umgesetzt wurden, wurden von den Teilnehmern Zeitmangel, Zeitdruck und zu hohe Arbeitsbelastung genannt. Die Möglichkeit und die Rahmenbedingungen, die erlernten Inhalte einzuüben, waren oft nicht gegeben. Entscheidend war in diesem Zusammenhang die als fehlend erlebte Unterstützung durch die direkten Vorgesetzten. Dies äußerte sich z.B. darin, dass das „Sich Zeit nehmen für Mitarbeitergespräche“ nicht mit der entsprechenden Rückendeckung unterstützt wurde. Die Analyse des zu bemängelnden Transfers der Führungskräfte Schulungen im vorliegenden Projekt liefert Hinweise, worauf bei der Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu achten ist, wenn Transfer und somit eine Effektivität der Maßnahme erreicht werden will. Dies gilt sowohl für Schulungsmaßnahmen allgemein (egal welchen Inhalts), aber insbesondere auch für Schulungen in Bezug auf Konfliktmanagement und Mobbingprävention. Zum einen ist es notwendig, die Transferdistanz so gering wie möglich zu gestalten. Hierbei sind nicht nur die Inhalte der Schulung entsprechend zu wählen, sondern besonders auch die Lehrmethode. Je näher die Darbietung und Einübung der Inhalte am tatsächlichen Kontext, in dem die neu gelernten Inhalte und Verhaltensweisen zum Einsatz kommen sollen, liegt, desto größer wird der Transfer ausfallen. Vor allem Rollenspielen kommt hier eine große Bedeutung zu. Es ist außerdem notwendig, sich mit möglichen Schwierigkeiten in der Umsetzung der Inhalte, z.B. zeitintensive Mitarbeitergespräche, bereits in der Schulung auseinanderzusetzen und den Umgang mit hinderlichen Faktoren so vorwegzunehmen (Wie gehe ich damit um, wenn ich zu wenig Zeit für ein klärendes Gespräch habe? Wie schaffe ich den Raum, trotzdem ein solches Gespräch im Arbeitsalltag unterzubringen? Etc.). Zum anderen ist es im Hinblick auf Transfer entscheidend, dass die Schulungen nicht losgelöst vom organisationalen Kontext stattfinden. Es kann nicht erwartet werden, dass eine Veränderung eintritt, wenn keinerlei Unterstützung für das neue Verhalten im Arbeitsalltag gezeigt wird, sondern im Gegenteil die Arbeitsbedingungen und die höheren Führungsebenen dem sogar entgegenstehen. Es muss hier eine Vernetzung geschaffen werden. In Bezug auf Mobbingprävention wäre es ratsam, dass das Thema nicht nur durch Schulungen angegangen wird, sondern gleichzeitig auch (im Sinne von Salin, 2003c; vgl. Abschnitt 1.5.2) die Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass Mobbing der fruchtbare Boden entzogen wird. Außerdem muss ein Commitment aller Führungsebenen gegeben sein, sich des Themas anzunehmen und ihm eine große Priorität einzuräumen. Eine erfolgreiche Mobbing-Präventionsmaßnahme muss berücksichtigen, wie die Kultur des Unternehmens, in dem sie durchgeführt wird, beschaffen ist. Es genügt nicht, einzelne Mitglieder einer Organisation umzuschulen, wenn die Gesamtkultur mit ihren alten Werten und Verhaltensweisen unangetastet bestehen bleibt.

Wo nicht schon ein gewisses Problembewusstsein und Änderungswille vorhanden ist, ist es schwer, nachhaltig etwas zu verändern. Diese Überlegungen wurden im vorliegenden Projekt nur in einem der drei beteiligten Krankenhäuser in Ansätzen berücksichtigt.

Ein weiteres sehr wichtiges Problem in Bezug auf die Schulungsmaßnahmen im Projekt war die Erreichung der Zielgruppe. Es konnten nicht alle Personen geschult werden, die geschult werden sollten. Wenn es das Ziel einer Maßnahme ist, durch die Schulung von bestimmten Personen eine Veränderung nicht nur auf der individuellen Ebene der geschulten Personen zu erzielen, sondern auch und besonders auf organisationaler Ebene durch das veränderte Verhalten der geschulten Personen, so ist es unerlässlich, dass auch möglichst alle Zielpersonen erreicht werden. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine Veränderung auf organisationaler Ebene überhaupt angenommen werden. Die Veränderung des Führungsverhaltens in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Mobbing war eine zentrale Maßnahme des Projekts. Die Erreichung der Führungskräfte fiel im vorliegenden Projekt allerdings sehr unzureichend aus (die Quote lag bei ca. 50%). Dies lässt sich mit der Art und Weise erklären, wie die Teilnehmer für die Schulungen angesprochen und akquiriert wurden. Die Mitarbeiter, die zu der Weiterbildung eingeladen wurden, wurden nur kurz über die Schulung informiert. Es gab größtenteils keine umfassenden Informationen über den Sinn und Zweck der Schulungen im Zusammenhang mit dem gesamten Projekt „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“, geschweige denn eine Einbeziehung der angesprochenen Personen in Form eines Dialogs. Nytro et al. (2000) weisen darauf hin, dass der Vorgang der Einbeziehung und Diskussion von großer Wichtigkeit für die erfolgreiche Durchführung solcher Interventionsmaßnahmen ist. Wird es versäumt, die Personen frühzeitig einzubeziehen und für das Projekt bzw. die Maßnahmen zu gewinnen, können Widerstände auftreten – im besten Fall zeigt sich ein Desinteresse der beteiligten Personen. So kann z.B. angenommen werden, dass einige Führungskräfte die angebotene Schulung als zu zeitaufwendig und unrentabel eingeschätzt haben, angesichts der von ihnen erlebten knappen Ressourcen bei der Arbeit in Form von Personalmangel, Zeitdruck und sehr hohen Arbeitsbelastungen. Ohne nähere Informationen über die Schulungen und das Projekt könnten sie sich auch gefragt haben, warum man sie dazu veranlasst, ihr Führungsverhalten in Form von besserem Konfliktmanagement zu verbessern, wenn gleichzeitig aus ihrer Sicht die Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass Stress und Konflikte bei der Arbeit immer mehr zunehmen (z.B. aufgrund der steigenden Arbeitsbelastung und Personalabbaus etc.). Die Annahme, dass sich Widerstände bei den Mitarbeitern aufgebaut hatten, erfährt durch die Tatsache Unterstützung, dass große Freistellungsprobleme nicht nur für die Führungskräftebildungen, sondern auch für die Ausbildung der Konfliktlotsen auftraten. Teilnehmer der Schulungen konnten z.B. in letzter Minute doch nicht teilnehmen, weil sie nicht freigestellt wurden, oder sie konnten nicht an allen Schulungstagen teilnehmen bzw. wurden aus den Schulungssitzungen herausgerufen, weil Notfälle oder Ähnliches eingetreten waren. Die Freistellungsprobleme waren auch der Grund dafür, dass die geplante Schulungsdauer größtenteils nicht eingehalten werden konnte, die Führungskräfte und Konfliktlotsen (die überhaupt an den Schulungen teilnahmen) also viel weniger intensiv und mit verkürzten Inhalten ausgebildet wurden. Es lässt sich ableiten, dass die Unterstützung der (höheren) Führungsebenen für die Maßnahmen offensichtlich nicht in ausreichendem Maße gegeben war. Dies kann damit erklärt werden, dass nicht erreicht werden konnte, die

Entscheidungsträger und höheren Führungskräfteebenen wie auch die Zielgruppe der Schulungen selbst für das Projekt zu motivieren.

In einem der am Projekt beteiligten Krankenhäuser wurde das Problem der Teilnahme damit gelöst, dass die Führungskräftebildungen zu Pflichtveranstaltungen erklärt wurden. Dies setzte zwar die Freiwilligkeit der Teilnahme außer Kraft, führte aber immerhin dazu, dass signalisiert wurde, dass der Maßnahme eine hohe Bedeutung beigemessen und dass sie von der Krankenhausleitung unterstützt wurde.

Es wird deutlich, dass im vorliegenden Projekt allein an dem Punkt der Akquirierung der Zielgruppe bereits Versäumnisse und Fehler gemacht wurden, die sich auf die Beteiligung am Projekt und somit auch auf die Effektivität der Maßnahmen ausgewirkt haben. Für Interventionen im Allgemeinen aber auch für das heikle Thema Mobbing im Besonderen ist dem Punkt der Einbeziehung und umfassenden Information bei der Werbung der an Maßnahmen beteiligten Personen besondere Rechnung zu tragen.

In diesem Zusammenhang seien auch die Öffentlichkeitsarbeit im Projekt allgemein und der Informationsfluss im Besonderen noch einmal thematisiert. Auch hier war das Vorgehen im Projekt „Konfliktmanagement und Mobbingprävention in Krankenhäusern“ zu bemängeln. Es wurde versäumt, alle Mitarbeiter – und hier sind nicht nur die Führungsebenen und die direkt am Projekt beteiligten Personen, sondern insbesondere auch die Mitarbeiter gemeint, die nicht direkt an Interventionsmaßnahmen beteiligt waren – ausreichend über das Projekt zu informieren und somit einzubeziehen. Die angestrebte Schaffung eines Problembewusstseins für das Thema Mobbing konnte somit genauso wenig erreicht werden wie eine unterstützende Atmosphäre für die im Projekt durchgeführten Maßnahmen. Im Gegenteil wurden durch die mangelhafte Informationspolitik eher noch Vorbehalte und Ablehnung gegenüber dem Projekt geschaffen. Für die erfolgreiche Durchführung von Interventionsmaßnahmen auf organisationaler Ebene und speziell Mobbing-Präventionsmaßnahmen ist es unerlässlich, dass alle Mitarbeiter einbezogen werden. Soll die Entstehung von Mobbing verhindert werden, muss eine Kultur geschaffen werden, die Mobbing ächtet und in der beim Beginn von mobbingähnlichen Prozessen bereits frühzeitig interveniert wird.

Abschließend soll der zentrale Punkt für die erfolgreiche Durchführung von Mobbing-Präventionsmaßnahmen unterstrichen werden. Die wichtigsten Voraussetzungen stellen der Wille und das Engagement des Managements dar, sich dem Thema Mobbing zu widmen. Ist dies nicht ohne Vorbehalte gegeben, kann von vornherein kein Erfolg eines solchen Programms angenommen werden. Die Erfahrungen, die in dieser Untersuchung gesammelt wurden, zeigen, dass viele Probleme, die auftraten, eine Konsequenz aus der mangelnden Unterstützung von oben darstellten, tatkräftig wie auch im Sinne von Commitment. Es macht einen Unterschied, ob Führungskräftebildungen als Pflichtseminar kommuniziert werden oder nur ein Informationsschreiben mit einer Einladung verschickt wird und nicht einmal die Freistellung der Mitarbeiter gesichert ist. Auch und vor allem ist es aber für eine Nachhaltigkeit der einzelnen Maßnahmen wichtig, dass die Maßnahmen nicht durch das vorherrschende Werteklima sabotiert werden.

10.3 Methodische Limitationen und Empfehlungen für nachfolgende Forschungsarbeiten

In einer Evaluation ist sicherzustellen, dass die kausalen Schlüsse, die gezogen werden – dass nämlich Veränderungen bzw. Nichtveränderungen der abhängigen Variablen auf die Intervention zurückzuführen sind –, auch wirklich eindeutig und haltbar sind. Hierzu muss es gelingen, Alternativerklärungen ausschließen zu können. Dies ist eine Frage des Forschungsdesigns. In der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, das stärkste Forschungsdesign, das unter den gegebenen Umständen möglich war, einzusetzen. Dies stellte im vorliegenden Projekt ein quasiexperimentelles Design im Feld dar. Nur in einem der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser konnte eine Kontrollgruppe eingesetzt werden. Dieses Forschungsdesign ist als eher schwach zu bewerten und weist Probleme in Bezug auf die interne Validität auf, also eben jene Fähigkeit, exakte kausale Schlüsse zuzulassen. Untersuchungen im Feld haben generell das Problem, dass externe Störvariablen nur sehr schwer kontrolliert werden können. In der vorliegenden Untersuchung traf dies ebenfalls zu. Die möglichen Störgrößen konnten nicht ausgeschaltet oder konstant gehalten werden. Um diesem Problem zu begegnen, wurde im Rahmen der Prozessevaluation versucht, die Rahmenbedingungen der Intervention möglichst genau und systematisch zu dokumentieren. Es konnten verschiedene Einflüsse aufgezeigt werden, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Bewertung der abhängigen Variablen ausgewirkt haben (vgl. Abschnitt 8.8.3; z.B. schwierige wirtschaftliche Lage, Personalabbau, steigende Arbeitsbelastung etc.). In der Bewertung der Arbeitsbedingungen zeigte sich außerdem eine Zunahme der Unsicherheit. Dies stützt die These, dass die äußeren Bedingungen, die während der Projektlaufzeit auftraten, sich verschlechterten. Eine Interpretation der externen zeitlichen Einflüsse in Bezug auf das Evaluationsergebnis erscheint plausibel, muss allerdings als Interpretation aufgefasst werden. Ein Beweis, dass diese äußeren Faktoren den beschriebenen Einfluss auch tatsächlich ausübten, kann durch die Untersuchung nicht zweifelsfrei erbracht werden. Der Einsatz der Kontrollgruppe in Krankenhaus C liefert ein Indiz für das Wirken von äußeren Einflussgrößen in der Projektlaufzeit. Die Untersuchung einer Kontrollgruppe zeigt auf, wie sich die abhängige Variable bei fehlender Intervention über die Zeit entwickelt. Es zeigte sich eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Auch die Beanspruchungswerte der Mitarbeiter nahmen über die Zeit deutlich zu. Der Einsatz einer Kontrollgruppe in allen Krankenhäusern wäre für die vorliegende Untersuchung sehr wünschenswert gewesen, um die interne Validität weiter zu steigern.

In Bezug auf die interne Validität der Untersuchung gab es noch weitere Probleme. Die Ausfallrate vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt war sehr hoch. Wenn die Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen und sie auch zu Ende zu führen, nicht überall und für alle an der Untersuchung teilnehmenden Personen gleich ist, kann es zu erheblichen Ergebnisverfälschungen kommen. Um diesem Problem zu begegnen, wurde eine Dropout-Analyse durchgeführt, die aufdecken konnte, dass der Ausfall der Personen zum zweiten Messzeitpunkt systematisch durch gewisse Faktoren (Berufsgruppe, hierarchische Position, Bewertung der Arbeits- und Umgebungsbedingungen) bedingt war. Es können jedoch lediglich Vermutungen darüber angestellt werden, wie das Ergebnis der Evaluation ausgefallen wäre, wenn die ausgeschiedenen Personen weiter an der Untersuchung teilgenommen hätten (vgl. Abschnitt 9.6).

Durch die hohe experimentelle Mortalität, die in der Untersuchung aufgetreten ist, war die Stichprobe der Personen, für die zu beiden Messzeitpunkten Daten erhoben werden

konnten, verglichen mit der Stichprobengröße, die theoretisch maximal hätte erreicht werden können ($n = 848$), mit $n = 267$ recht klein. Der optimale Stichprobenumfang von $n = 310$, der zur Prüfung einer bedeutsamen Differenz bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$, einer Teststärke von $1-\beta = 0,8$ einen kleinen Effekt absichern würde, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht ganz erreicht werden.

Ein weiterer Punkt, der hier Erwähnung finden soll, liegt darin begründet, dass in der vorliegenden Untersuchung die Prüfung der Veränderungshypothesen nicht mit zufällig ausgewählten Personen vorgenommen werden konnte. Es lag keine Randomisierung vor, sondern es wurden natürliche Gruppen untersucht. Liegt dieser Fall vor, kann es sein, dass es zu Veränderungen kommt, die artifiziell bzw. statistisch bedingt sind. So können bestimmte Ergebnisse, die in der summativen Evaluation gefunden wurden, damit erklärt werden, dass eine Regression zur Mitte stattgefunden hat, die auf sehr weit auseinander liegende Pretestwerte der untersuchten Gruppen zurückgeführt werden können.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist weiter die Repräsentativität der Stichprobe zu berücksichtigen. In zwei der drei am Projekt beteiligten Krankenhäuser war diese nicht gegeben. Bestimmte Berufsgruppen zeigten sich über- bzw. unterrepräsentiert. Untersuchungsergebnisse einer Stichprobe dürfen streng genommen nicht auf Grundgesamtheiten verallgemeinert werden, für die die Stichprobe nicht repräsentativ ist. Für die Krankenhäuser B und C der Untersuchung gilt dieser Sachverhalt.

Neben den bisher aufgeführten Punkten ist weiter zu diskutieren, ob die Erwartung, eine Effektivität der Interventionsmaßnahmen des Projekts unter unspezifischer Einbeziehung aller Mitarbeiter der Krankenhäuser in die Datenerhebung, realistisch war. Die im Projekt durchgeführten Maßnahmen richteten sich zunächst auf individueller Ebene an die Führungskräfte, die in Konfliktmanagement und Mobbingprävention geschult wurden. Weiter wurden Konfliktberatungsstellen aufgebaut und Konfliktberater sowie Konfliktlotsen ausgebildet. Nur ein geringer Prozentsatz der Mitarbeiter der Krankenhäuser nahm also direkt an einer Maßnahme des Projekts teil. Trotzdem wurde die Effektivität der Maßnahmen des Projekts durch die Befragung aller Mitarbeiter, also zu einem Großteil durch Personen, die nicht direkt an Maßnahmen des Projekts teilnahmen, evaluiert. Dies folgte der Überlegung, dass die Maßnahmen eine Wirkung auf das gesamte Krankenhaus und die dort vorherrschenden Bedingungen haben würden. Durch die Verhaltensänderungen der Führungskräfte sollte ebenso eine neue Konfliktkultur aufgebaut werden wie durch die institutionalisierten Konfliktberatungsstellen bzw. eingesetzten Konfliktlotsen.

In der vorliegenden Evaluation wurde geprüft, ob sich die Personen, die direkt an Maßnahmen des Projekts beteiligt waren, von denen, die nicht direkt beteiligt waren, hinsichtlich ihrer Bewertungen der abhängigen Variablen unterschieden. Dies war nicht der Fall. Das sagt aber nur aus, dass die Teilnahme an den Maßnahmen die Beurteilung der abhängigen Variablen bzw. deren Veränderung nicht beeinflusste. Auch wenn ich als Führungskraft an einer Schulung teilgenommen habe, kann ich in der Beurteilung des gesamten in meiner Arbeitsumgebung vorherrschenden Klimas zu dem Urteil gelangen, dass dieses sich nicht zum Positiven verändert hat, obwohl ich selbst sehr viel über Mobbingprävention und Konfliktmanagement gelernt habe und dies auch bereits versuche umzusetzen. Die Effekte der individuellen Schulungen an sich wurden in der Evaluation nur in Ansätzen gemessen (über die Fragebögen zur Seminarbewertung und zum Seminar-Transfer).

Die angenommene Wirkkette der Maßnahmen wurde nicht in die Planung und die Vorgehensweise bei der Evaluation einbezogen. So hätte man z.B. vermuten können, dass Mitarbeiter aus Abteilungen, in denen die direkten Führungskräfte alle an der Führungskräftebildung teilgenommen haben, durchaus Veränderungen (in Bezug auf die in der Evaluation gemessenen abhängigen Variablen) wahrgenommen haben, während andere Mitarbeiter, deren Führungskräfte nur zum Teil oder gar nicht geschult wurden, dies nicht konnten. Eine Überprüfung einer solchen spezifischen Hypothese war nicht möglich, da keine Zuordnung der Mitarbeiter zu den Führungskräften vorgenommen wurde.

Die Evaluation, so wie sie angelegt war, war also möglicherweise nicht geeignet, kleine Effekte, die kurzfristig und punktuell in den Krankenhäusern auftraten, in bestimmten Abteilungen oder Untergruppen aufzuspüren. Dies sollte in nachfolgenden Evaluationsstudien, insbesondere bei der Überprüfung von angestrebten globalen Veränderungen in Organisationen, Berücksichtigung finden.

Generell soll zum Abschluss der methodischen Diskussion dieser Arbeit noch einmal herausgestrichen werden, dass die Evaluation von Interventionsmaßnahmen im Feld, und insbesondere bedingungsbezogener Maßnahmen, mit diversen Schwierigkeiten behaftet ist, die sich nicht ohne weiteres durch eine gewissenhafte Planung und Durchführung der Evaluation umgehen lassen. Diesen kann zum einen mit kreativen Vorgehensweisen in der Evaluation (wie z.B. im vorangegangenen Absatz beschrieben) begegnet werden. Vor allem sollte aber eine systematische Prozessevaluation begleitend zur summativen Evaluation durchgeführt werden. Wie in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt werden konnte, war es durch die Ergebnisse der Prozessevaluation möglich, die Ergebnisse zu interpretieren. Nur auf diesem Wege ließ sich der mögliche Fehlschluss vermeiden, dass die im Projekt durchgeführten Interventionsmaßnahmen generell keinerlei Effektivität besitzen. Da in der Prozessevaluation aufgezeigt wurde, dass die Interventionsmaßnahmen nur sehr unzureichend umgesetzt wurden, konnten die Ergebnisse der summativen Evaluation eher als Versagen der Interventionsdurchführung interpretiert werden. Die theoretische Wirksamkeit der Maßnahmen und der angenommene Wirkmechanismus müssen somit nicht verworfen werden. Sie bedürfen allerdings noch einer ausführlichen Bestätigung. Dies wird die Aufgabe nachfolgender Evaluationsstudien zu Mobbing-Präventionsmaßnahmen sein. Evaluationsstudien allgemein sollten vermehrt Ergebnisse zu Prozessen der Intervention berichten. Nur so können nachfolgende Interventionsprojekte sich kontinuierlich verbessern.

V. Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Dauer des Mobbingprozesses	22
Abb.2: Inhalte der Mobbinghandlungen gestaffelt nach Häufigkeit des Auftretens	26
Abb.3: Mobbingquote differenziert nach Alter	29
Abb.4: Hierarchische Position der Mobbingtäter	34
Abb.5: Alter der Mobbingtäter	37
Abb.6: Verlauf des Mobbing in vier Phasen nach Leymann	39
Abb.7: „Neun-Stufen-Modell der Konflikteskalation“	48
Abb.8: Theoretische Zugänge zum Verständnis von Mobbing	50
Abb.9: Modell zu Mobbingursachen	75
Abb.10: Klassifikation von organisationalen Maßnahmen bei Mobbing	97
Abb.11: Schema der Prozessevaluation	114
Abb.12: Projektbeteiligte	125
Abb.13: Zeitlicher Ablauf des Projekts	130
Abb.14: Darstellung Prozessevaluation	134
Abb.15: Modell zur Beschreibung des Transferprozesses	136
Abb.16: Zweidimensionales Modell der Bewältigungsstile in interpersonalen Konflikten	144
Abb.17: Wirkzeiten der Maßnahmen	158
Abb.18: Verteilung Geschlecht und Berufsgruppen	187
Abb.19: Mobbinghäufigkeit der Krankenhäuser	191
Abb.20: Arbeitsbedingungen – Vergleich Krankenhäuser	191
Abb.21: Arbeitsbedingungen – Geschlechtsunterschiede	192
Abb.22: Arbeitsbedingungen – Führungsposition ja/nein	193
Abb.23: Arbeitsanalyse – Berufsgruppen	194
Abb.24: soziales Umfeld – Vergleich Krankenhäuser	194
Abb.25: soziales Umfeld – Geschlecht	195
Abb.26: soziales Umfeld – Berufsgruppe	196
Abb.27: Konfliktstile – Vergleich Krankenhäuser	196
Abb.28: Konfliktstile – Geschlecht	197
Abb.29: Beanspruchung der Mitarbeiter	198
Abb.30: Beanspruchung – Vergleich der Krankenhäuser	198
Abb.31: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Mobbing – Krankenhäuser	204
Abb.32: Unterschiede zw. den Krankenhäusern – „soz. Klima zw. Ärzten und Pflege“	205
Abb.33: Zweifaktorielle Varianzanalyse: emotionale Erschöpfung – Krankenhäuser	207
Abb.34: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Distanziertheit – Krankenhäuser	207
Abb.35: Zweifaktorielle Varianzanalyse: soziale Stressoren – Berufsgruppe	208
Abb.36: Zweifaktorielle Varianzanalyse: soz. Klima – Interventions-/Kontrollgruppe	210

VI. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsstudien zu Häufigkeiten von Mobbing (seit 1995)	16
Tabelle 2: Durchschnittliche Dauer der Mobbingfälle in Monaten	21
Tabelle 3: Häufigkeiten von Mobbing differenziert nach Geschlecht	27
Tabelle 4: Höchste Mobbinghäufigkeiten bezogen auf Branchen/Berufsgruppen	31
Tabelle 5: Geschlechterverteilung der Täter und Opfern	37
Tabelle 6: Mobbingfolgen	43
Tabelle 7: Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten – Motivation	45
Tabelle 8: Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten – Leistung	45
Tabelle 9: Empirische Untersuchungen zu Mobbingursachen	56
Tabelle 10: Mobbinghäufigkeiten im Krankenhaus / in der Gesundheitsbranche (seit 1995)	81
Tabelle 11: Einsatzhäufigkeit von Anti-Mobbing-Maßnahmen	93
Tabelle 12: Durchführungshäufigkeit org. Interventionsmaßnahmen bei Mobbing	98
Tabelle 13: Kombinationen verschiedener Untersuchungsvarianten	107
Tabelle 14: Design eines Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plans	109
Tabelle 15: Design eines Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plans	111
Tabelle 16: Datenerhebung in der Prozessevaluation	132
Tabelle 17: Untersuchungsdesign	138
Tabelle 18: Messinstrumente und Skalen der Evaluation	146
Tabelle 19: SOLL-IST-Abgleich der geschulten Führungskräfte	152
Tabelle 20: Anteil geschulter Führungskräfte – Berufsgruppen	152
Tabelle 21: Dropout - Rate in den Führungskräftebildungen	153
Tabelle 22: Anzahl der ausgebildeten Konfliktlotsen	154
Tabelle 23: Durchschnittl. Dauer der Führungskräftebildungen pro Teilnehmer	156
Tabelle 24: Durchschnittl. Dauer der Konfliktlotsenausbildung pro Teilnehmer	157
Tabelle 25: Bewertung der Führungskräftebildungen	159
Tabelle 26: Angaben zum Grund der Teilnahme an der Führungskräftebildung	160
Tabelle 27: Information über das Projekt	173
Tabelle 28: Medium der Informationsvermittlung	174
Tabelle 29: Wichtigkeit des Projekts	174
Tabelle 30: Wahrgenommene Veränderung durch das Projekt	175
Tabelle 31: Zusammenfassung der Ergebnisse der Prozessevaluation	183
Tabelle 32: Stichprobe A	184
Tabelle 33: Stichprobe B	184
Tabelle 34: Rücklaufquoten	186
Tabelle 35: Mobbinghäufigkeiten – gesamt	189
Tabelle 36: Arbeitsbedingungen Krankenhäuser: Mittelwerte, Standardabw. u. Signifikanz	192
Tabelle 37: soz. Umfeld Krankenhäuser: Mittelwerte, Standardabw. u. Signifikanz	195
Tabelle 38: Mittelwerte, Standardabw., Signifikanz u. Effektgrößen – Stichprobe A	202
Tabelle 39: Zweifaktoriellen Varianzanalyse m. Messwiederh.– emotionale Erschöpfung	206
Tabelle 40: Zweifaktoriellen Varianzanalyse m. Messwiederh.– Distanziertheit	206

VII. Literaturverzeichnis

Adams, A. (1997). Bullying at work. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 177-180.

Agervold, M. & Mikkelsen, G. E. (2004). Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work and Stress*, 18 (4), 336 – 351.

Althaus, D. (1979). *Zur Psychopathologie des Alltagslebens am Arbeitsplatz*. Frankfurt am Main: Campus.

American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5. Aufl.). Washington, DC: Autor.

Arentewicz, G. & Fleissner, A. (Hrsg.). (2003). *Arbeitsplatzkonflikte - Mobbing als Psychoterror am Arbeitsplatz. Ursachen, Folgen und Formen der Hilfe*. Frankfurt: Peter Lang.

Ashforth, B. E. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47, 755-778.

Ayoko, O. B., Callan, V. J. & Härtel, C. E. J. (2003). Workplace konflikt, bullying, and counterproductive behaviors. *The International Journal of Organizational Analysis*, 11 (4), 283 – 301.

Baldwin, T. T. & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41 (1), 63 – 105.

Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement – Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Verlag Hans Huber.

Baron, R. A. & Neumann, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior*, 22, 161 – 173.

Becker, M. (1995). Rückwege zum Selbstbewusstsein. Ein Beispiel für die Behandlung in der Mobbingklinik. In H. Leymann (Hrsg.), *Der neue Mobbing-Bericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote* (S. 124 – 144). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Berdahl, J. L. & Moore, C. (2006). Workplace Harassment: Double Jeopardy for Minority Women. *Journal of Applied Psychology*, 91 (2), 426 – 436.

Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 59 – 73.

- Björkquist, K. & Östermann, K. (1992). *The Work Harassment Scale*. Abo Akademi University, Vasa, Finland.
- Björkquist, K., Östermann, K. & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20, 173 – 184.
- Boddewyn, J. (1985). Theories of foreign direct investment and divestment: A classificatory note. *Management International Review*, 25 (1), 57 – 65.
- Boomsma, A. (2000). Reporting analyses of covariance structures. *Structural equation modelling*, 7 (3), 461 – 483.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler (5. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.)*. Berlin [u.a.] Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (3. überarbeitete Aufl.)*. Berlin: Springer.
- Brockhaus Lexikon* (1982). Wiesbaden: F. A. Brockhaus.
- Brodsky, C.M. (1976). *The Harassed Worker*. Lexington, MA: Heath and Company.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2003). Wenn aus Kollegen Feinde werden – Der Ratgeber zum Umgang mit Mobbing. 1. Auflage [Broschüre]. Dortmund: Autor.
- Bursch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Busch, C. (2004). Stressmanagement für Teams – Entwicklung und Evaluation eines Trainings im Call Center. In Schriftenreihe: *Schriften zur Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, Band 12*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2002). Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA – KH – S). In H.-W. Hoefert, A. Büssing, G. M. Fülgraff & H. P. Rosemeier (Hrsg.). In Schriftenreihe: *Organisation und Medizin*. Göttingen: Hogrefe.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS – Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Cook, T. D. (Ed.). (1979). *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills [u.a.]: Sage Publ..
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally.
- Cook, T. D. & Shadish, W. R. (1994). Social Experiments: Some Developments over the Past Fifteen Years. *Annual Review of Psychology*, 45, 548 – 580.
- Crawford, N. (1997). Bullying at work: a psychoanalytic perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 219 – 225.
- De Dreu, C. K. W., Evers, A., Beersma, B., Kluwer, E. S. & Nauta, A. (2001). A theory-based measure of conflict management strategies in the workplace. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 645 – 668.
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C.L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Duden – Die deutsche Rechtschreibung* (23. völlig überarb. u. erw. Aufl.). (2004). Mannheim: Bibliografisches Institut.
- Dunckel, H. & Zapf, D. (1986). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Belastungen, gesundheitliche Folgen, Gegenmaßnahmen*. Köln: Bund.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the scandinavian approach. *Aggression and Violent Behaviour*, 5 (4), 379 – 401.
- Einarsen, S. & Hoel, H. (2001). The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work. *Paper presented at the 9th European Congress of Work and Organizational Psychology*, May 2001. Prague: Czech Republic.
- Einarsen, S., Hoel, H. Zapf, D. & Cooper, C.L. (Hrsg.). (2003). *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Hoel, H. Zapf, D. & Cooper, C.L. (2003). The concept of bullying at work: the European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice* (S. 3 – 30). London: Taylor & Francis.

- Einarsen, S., Matthiesen, S.B. & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well - being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety- Australia and New Zealand*, 14 (6), 563 - 568.
- Einarsen, S. & Mikkelsen, E. G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice* (S. 127-144). London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S. & Raknes, B.I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247 – 263.
- Einarsen, S., Raknes, B. I. & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: an exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist*, 4 (4), 381 – 401.
- Einarsen, S., Raknes, B. I., Matthiesen, S. B. & Hellesoy, O. H. (1994). *Mobbing og harde personkonflikter. Helsefarlig samspill pa arbeidsplassen*. Soreidgrend: Sigma Forlag.
- Einarsen, S. & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 185 - 201.
- Eriksen, W. & Einarsen, S. (2004). Gender minority as a risk factor of exposure to bullying at work: The case of male assistant nurses. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13 (4), 473 - 492.
- Flintrop, J. (2001). Mit Bauchschmerzen zum Dienst. Mobbing im Krankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A 742-747.
- Franke, W. (2004). Sozialmedizinische Begutachtung von Patienten mit Mobbing-Erfahrungen in der psychosomatischen Rehabilitation. In J. Schwickerath, W. Carls, M. Zielke & W. Hackhausen (Hrsg.). (2004). *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte* (S. 175 – 185). Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Frese, M. (1989). Gütekriterien der Operationalisierung von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 43 (15. NF), 111 – 121.
- Frese, M. & Zapf, D. (1987). Eine Skala zur Erfassung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 41 (13. NF), 133 – 141.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluss von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 134 – 141). Göttingen: Hogrefe.

- Gemzoe Mikkelsen, E. & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 393 – 413.
- Gemzoe Mikkelsen, E. & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post – traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 11 (1), 87 - 111.
- Gemzoe Mikkelsen, E. & Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self–efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 397 - 405.
- Glasl, F. (1980). *Konfliktmanagement. Diagnose und Behandlung von Konflikten in Organisationsen*. Bern: Haupt.
- Glendinning, P. M. (2001). Workplace bullying: curing the cancer of the american workplace. *Public Personnel Management*, 30 (3), 269 – 286.
- Gockel, B. (2004). Mobbing aus pädagogisch – systemischer Perspektive – Analyse mobbingfördernder Elemente und Darstellung mobbingpräventiver und – bewältigender Maßnahmen in Arbeitssystemen. In Schriftenreihe: *Schriften zur Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, Band 9*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Gottschalk, C. (2003). Mobbing als mitarbeiter- und organisationschädigendes Verhalten. Eine betriebswirtschaftliche Analyse der Ursachen und Folgen. In B. Bedey (Hrsg.), *Studien 2003*. Hamburg: Diplomica GmbH.
- Graf, M., Kiener, A., Schiffer, J., Holzen-Beusch, E. von & Fahrni, M. (2002). Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz. Bern: seco – Staatssekretariat für Wirtschaft, Direktion für Arbeit, Bereich Arbeitsbedingungen.
- Grahmann, R. & Gutwetter, A. (1996). *Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit: Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1 – 28). Göttingen: Hogrefe.
- Groeblinghoff, D. & Becker, M. (1996). A case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 277 – 294.
- Groß, C. T.: *Analyse sozialer Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz – eine Tagebuchstudie (ASKA – Projekt)*, Frankfurt am Main, Johann Wolfgang Goethe – Universität, Diss., 2004, URN: [urn:nbn:de:hebis:30-0000004957](http://nbn.de:hebis:30-0000004957)
URL: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/volltexte/2005/495/>.

- Gundersen, L. (2001). Physician Burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135 (2), 145 – 148.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Huber (4. Aufl.).
- Hansen, A. M., Hogh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A. H. & Orbäck, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 63 – 72.
- Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P. & Fleming, C. B. (1999). Opening the Black Box: Using Process Evaluation Measures to Assess Implementation and Theory Building. *American Journal of Community Psychology*, 27 (5), 711 – 731.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S. & Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979 – 1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296 – 300.
- Heaney, C. A., Price, F. H. & Rafferty, J. (1995). Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 335 – 352.
- Heim, E. (1992). Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 38, 207 – 226.
- Hoel, H. & Cooper, C. L. (2000). *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester School of Management, University of Manchester Institute of Science and Technology.
- Hoel, H., Cooper, C. L. & Faragher, B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 443 – 465.
- Hoel, H., Einarsen, S. & Cooper, C. L. (2003). Organisational effects of bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (S. 203-218). London: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Rayner, C. & Cooper, C. L. (1999). Workplace bullying. *International Review of Industrial Organizational Psychology*, 14, 195-229.
- Hoel, H. & Salin, D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice* (S. 203 - 218). London: Taylor & Francis.
- Hogh, A. & Dofradottir, A. (2001). Coping with bullying in the workplace. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 485 – 495.

- Holzen-Beusch, E. von, Zapf, D. & Schallberger, U. (1998). *Warum Mobbingopfer ihre Arbeitsstelle nicht wechseln*. Universität Zürich: Institut für Psychologie.
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hubert, A. B. & van Veldhoven, M. (2001). Risk sectors for undesirable behaviour and mobbing. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 415 – 424.
- Ireland, J. L. (2000). 'Bullying' among prisoners: A review of research. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (2), 201-215.
- Jennifer, D., Cowie, H. & Ananiadou, K. (2003). Perceptions and experience of workplace bullying in five different working populations. *Aggressive Behaviour*, 29, 489 - 496.
- Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82 (33), 1745 – 1750.
- Keashly, L. & Nowell, B. L. (2003). Conflict, conflict resolution and bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice* (S. 339 - 358). London: Taylor & Francis.
- Kiener, A., Graf, M., Schiffer, J., von Holzen Beusch, E. & Fahrni, M. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Bern: Seco – Staatssekretariat für Wirtschaft, Direktion für Arbeit, Bereich Arbeitsbedingungen.
- Kipnis, D. (1976). *The powerholder*. Chicago: Chicago University Press.
- Kivimäki, M., Elovaino, M. & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 656 - 660.
- Knorz, C. & Zapf, D. (1996). Mobbing - eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40 (1), 12 - 21.
- Kollmer, N. (2003). *Mobbing im Arbeitsverhältnis* (3., neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: C. F. Müller.
- Kompier, M. A. J., Aust, B., van den Berg, A. M. & Siegrist, J. (2000). Stress prevention in bus drivers: evaluation of 13 national experiments. *Journal of Occupational Health*, 5, 11 – 31.
- Krieger, W. (1992). Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz: Belastungen oder Stütze?. *Psychosozial*, 15 (IV), 23 – 32.
- Krum, H. (1995). *Mobbing – eine unethische Form der Kommunikation am Arbeitsplatz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Technische Universität Darmstadt.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactual psychology* (S. 287 – 327). New York: Plenum [deutsch: Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J. Nitsch (Hrsg.) (1981). *Stress* (S. 213 – 260). Bern: Huber.].

Lewis, D. (2003). Voices in the social construction of bullying at work: exploring multiple realities in further and higher education. *International Journal of Management and Decision Making*, 4 (1), 65 – 81.

Leymann, H. (1990). Mobbing ans Psychological Terror at Workplaces. *Violence and Victims*, 5 (2), 119 – 126

Leymann, H. (1993). Ätiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz – eine Übersicht über die bisherige Forschung. *Zeitschrift für Personalforschung*, 2 (7), 271 – 284.

Leymann, H. (Hrsg.). (1995). *Der neue Mobbing-Bericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Leymann, H. (1995b). Begleitkoffer zu Buch *Mobbing, Psychoterror am Arbeitsplatz*. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes.

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 165 – 184.

Leymann, H. (2002). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. (Neuausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 251 - 275.

Liefooghe, A. P. D. & Mackenzie Davey, K. (2001). Accounts of workplace bullying: the role of the organization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 375 – 392.

Liefooghe, A. P. D. & MacKenzie Davey, K. (2003). Explaining bullying at work: why should we listen to employee accounts? In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice* (S. 219 - 230). London: Taylor & Francis.

- Lipsey, M.W. (1996). Key Issues in Intervention Research: A Program Evaluation Perspective. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 298 – 302.
- Löffler, R. & Sofsky, W. (1986). *Macht, Arbeit und Humanität. Zur Pathologie organisierter Arbeitssituationen*. Augsburg: Cromm.
- Lohro, F. & Hilp, U. (2001). Mobbing am Arbeitsplatz. Europäisches Parlament – Generaldirektion Wissenschaft - Arbeitsdokument, *Reihe Soziale Angelegenheiten SOCI 108 DE*. Luxemburg: Europäisches Parlament.
- Lorenz, K. (1991). *Hier bin ich – Wo bist du? Ethnologie der Graugans*. München [u.a.]: Piper.
- Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 467 – 484.
- Mayhew, C. & Chappell, D. (2001). Internal Violence (or Bullying) and the Health Workforce. *Taskforce on the prevention and management of violence in the health workplace, Discussion paper 3. The University of New South Wales, School of Industrial Relations and Organisational Behaviour and Industrial Relations Research Centre, Working Paper Series: ISSN 1325 – 8028*.
- McCarthy, P. (1996). When the mask slips: Inappropriate coercion in organisations undergoing restructuring. In P. McCarthy, M. Sheehan & D. Wilkie (Eds.), *Bullying: From Backyard to Boardroom*. Alexandria, VA: Millennium Books.
- Mc Murray, J. E., Williams, E., Schwartz, M. D., Douglas, J., Van Kirk, J., Konrad, T. R., Gerrity, M., Bigby, J. A. & Linzer, M. (1997). Physician job satisfaction. Developing a model using qualitative data. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 711 – 714.
- Meschkat, B., Stackelbeck, M. & Langenhoff, G. (2002). *Der Mobbing-Report: Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2002a). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 (1), 87 – 111.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2002b). Relationships between exposure to bullying at work and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 397 – 405.
- Montada, L. & Kals, E. (2001). *Mediation. Lehrbuch für Psychologen und Juristen*. Weinheim: Beltz.
- Nachtigall, C., Kroehne, U., Funke, F. & Steyer, R. (2003). (Why) Should we use SEM? Pros and cons of structural equation modelling. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 1 – 22.

- Neuberger, O. (1999). *Mobbing – Übel mitspielen in Organisationen* (3., verb. u. wesentl. erw. Aufl.). München: Hampp.
- Neuberger, O. & Kompas, A. (1987). *Wir, die Firma. Der Kult um die Unternehmenskultur*. Weinheim: Beltz.
- Neumann, J.H. & Baron, R.A. (2003). Social antecedents of bullying: a social interactionist perspective. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice* (S. 185 - 202). London: Taylor & Francis.
- Niedl, K. (1995). Mobbing/ Bullying am Arbeitsplatz. In D. von Eckardstein & O. Neuberger (Hrsg.), *Personalwirtschaftliche Schriften, Band 4*. München: Hampp.
- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 239 - 249.
- Nitsche, I. & Richter, P. (2003). *Tätigkeiten außerhalb der Erwerbstätigkeit. Evaluation des TAURIS-Projektes*. Münster: Urban & Schwarzenberg.
- Nytrø, K., Saksvik, P. O., Mikkelsen, A., Bohle, P. & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14 (3), 213 – 225.
- Oesterreich, R. (1999). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung* (S. 141 – 215). Göttingen: Huber.
- Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- O'Moore, M. (2000). *Summary Report on the National Survey on Workplace Bullying in Ireland*. Dublin: The Anti-Bullying Research Centre, Trinity College.
- Ovretveit, J. (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung gesundheitsbezogener Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Bern [u.a.]: Huber.
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A. & Firth-Cozens, J. (2004). Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*, 329, 658 – 659.
- Parkes, K. R. & Sparkes, T. J. (1998). *Organizational interventions to reduce work stress: are they effective? A review of the literature* (Contract Research Report 193/1998, prepared by the University of Oxford for the Health and Safety Executive). Oxford: University of Oxford, Department of Experimental Psychology.

- Pfaff, H. (1981). Arbeitsbelastungen, soziale Beziehungen und koronare Herzkrankheiten. In B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung* (S. 120 – 167). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Pfaff, H., Bentz, J., Pühlhofer, F. & Brähler, E. (2002). Mobbing – Ein Phänomen und seine Messung. DGMS 2002. In: *Gesundheitswesen*, 2002.
- Pfausler, B., Thiel, A. & Schmutzhard, E. (1998). Psychische Belastung durch die berufliche Tätigkeit auf einer neurologischen Intensivstation. *Psychologie in der Medizin*, 9 (1), 24 – 28.
- Pikas, A. (1989). The Common Concern Method for the treatment of Mobbing. In: E. Roland & E. Munthe (Hrsg.): *Bullying: An International Perspective* (S. 91 – 104). London: David Fulton Publisher.
- Prosch, A. (1995). *Mobbing am Arbeitsplatz. Literaturanalyse mit Fallstudie*. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 321, 878 – 879.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724 – 728.
- Rammsayer, T. & Schmiga, K. (2003). Mobbing und Persönlichkeit: Unterschiede in grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen zwischen Mobbing-Betroffenen und Nicht-Betroffenen. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 3 – 11.
- Randall, R., Cox, T. & Griffiths, A. (2007). Participants' account of a stress management intervention. *Human Relations*, 60, 1181 – 1209.
- Randall, R., Griffiths, A. & Cox, T. (2005). Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14 (1), 23 – 41.
- Raykov, T., Tomer, A. & Nesselroade, J. R. (1991). Reporting structural equation modeling results in psychology and aging: some proposed guidelines. *Psychology and Aging*, 6 (4), 449 – 503.
- Rayner, C. (1997). The incidence of work place bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 199 – 208.
- Rayner, C. (2000). Building a business case for tackling bullying in the workplace: beyond a basic cost-benefit approach. In M. Sheehan, S. Ramsay & J. Patrick (Hrsg.), *Transcending boundaries: Integrating people, processes and systems*. Proceedings of the 2000 conference, Brisbane, Queensland, Australia. Brisbane Griffith University (S. 26 – 31).

- Rayner, C. & Hoel, H. (1997). A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 181 – 191.
- Regnet, E. (1992). Konflikte in Organisationen – Formen, Funktion und Bewältigung. In H. Schuler & W. Stehle (Hrsg.), *Beiträge zur Organisationspsychologie, Band 12*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Resch, M. (1994). *Wenn Arbeit krank macht*. Frankfurt/Main: Ullstein.
- Resch, M. (2003). Betriebliche Mobbing-Prävention. Gegenwärtiger Stand und Perspektiven. In G. Arentewicz & A. Fleissner (Hrsg.). *Arbeitsplatzkonflikte – Mobbing als Psychoterror am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Formen der Hilfe* (S. 119-132). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Resch, M. & Hagge, M. (2003). Ärztegesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema. In E. Ulich (Hrsg.). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. (S. 37 – 57). Bern: Verlag Hans Huber.
- Resch, M. & Roscher, S. (2005). Aufbau einer Konfliktkultur im Krankenhaus als Beitrag zur Mobbing-Prävention. *Wirtschaftspsychologie*, 4, 51 – 61.
- Resch, M. & Schubinski, M. (1996). Mobbing – Prevention and management in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 295 - 307.
- Rosini, L. A. Howell, M. C., Todres, I. D. & Dorman, J. (1974). Group meetings in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*, 53 (3), 371 – 374.
- Ross, E.A. (1905). *Foundations of sociology*. New York.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach* (7. ed.). Thousand Oaks [u.a.]: Sage.
- Saksvik, P.O., Nytro, K., Dahl-Jorgensen, C. & Mikkelsen, A. (2002). *Work & Stress*, 16 (1), 37 – 57.
- Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 425 – 441.
- Salin, D. (2003a). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56 (10), 1213 – 1232.
- Salin, D. (2003b). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4 (1), 35 – 46.

- Salin, D. (2003c). *Workplace bullying among business professionals: Prevalence, organisational antecedents and gender differences* (Nr. 117). Helsinki: Swedish school of economics and business administration.
- Salin, D. (2007). Organizational measures taken to prevent workplace bullying: The case of Finnish municipalities. *Paper presented at the 13th European Congress of Work and Organizational Psychology*, 09.-12.05. 2007. Stockholm: Schweden.
- Salin, D. (2007). Organizational responses to harassment and other inappropriate treatment in the workplace: informal discussions, disciplinary action or turning a blind eye?. *Paper presented at the 13th European Congress of Work and Organizational Psychology*, 09.-12.05. 2007. Stockholm: Schweden.
- Schiffer, J. (2003). Mobbing macht krank . *Panorama*, 1, 28 - 29.
- Schild, I. & Heeren, A. (2001). *Mobbing. Konflikteskalation am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der Prävention und Intervention*. München: Hampp.
- Schlaugat, K. (1999). *Mobbing am Arbeitsplatz. Eine theoretische und empirische Analyse*. München: Hampp.
- Schmiga, K. & Rammsayer, T. (2004). Mobbing und Persönlichkeit: Unterschiede in habituellen Stressverarbeitungsweisen zwischen Mobbing-Betroffenen und Nicht-Betroffenen. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 84 - 92.
- Schnecke, J. (2003). Wie entsteht Mobbing? Entwicklung und Prüfung eines Modells. In *Schriftenreihe zur Entwicklung sozialer Kompetenz*, Band 2. Berlin: Rhombus – Verlag.
- Schwickerath, J. (2001). Mobbing am Arbeitsplatz – Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 46, 199 – 213.
- Schwickerath, J., Carls, W., Zielke, M. & Hackhausen, W. (Hrsg.). (2004). *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Schwickerath, J. & Kneip, V. (2002). Mobbing am Arbeitsplatz: Interaktionelle Problembereiche, psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 45 – 60.
- Semmer, N. K. (2003). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology* (S. 324 – 353). Washington, DC: American Psychological Association.
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32 (6, special issue), 515 – 527.

- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (3), 150 – 158.
- Semmer, N. K. & Zapf, D. (2004). Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 4 Organisationspsychologie-Gruppe und Organisation* (S. 775 – 843). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA). In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. (S.179 - 204). Zürich: vdf.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, 745 – 749.
- Sheehan, M. (1996). Case studies in organisational restructuring. In P. McCarthy, M. Sheehan & D. Wilkie (Eds.), *Bullying: From Backyard to Boardroom*. Alexandria, VA: Millennium Books.
- Skogstad, A., Einarsen, S., Torsheim, T., Aasland, M. S. & Hetland, H. (2007). The Destructiveness of Laissez-Faire Leadership Behavior. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (1), 80 – 92.
- Smith, M. J. & Zehel, D. (1991). A stress reduction intervention programme for meat processors emphasizing job design and work organization (United States). In V. Di Martino (Ed.), *Preventing stress at work: conditions of work digest*, 11 (2) (S. 93 – 113). Geneva: International Labour Office.
- Stockmann, R. (Hrsg.). (2007). *Handbuch zur Evaluation: eine praktische Handlungsanleitung*. Münster [u.a.]: Waxmann.
- Varhama, L.M. & Björkquist, K. (2004). Conflicts, burnout, and bullying in a finnish and a polish company: a cross-national comparison. *Perceptual and Motor Skills*, 98, 1234 – 1240.
- Vartia, M. (1991). Bullying at workplaces. In: *Towards the 21st Century. Work in the 1990s. International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life*. 13 – 15 August 1991, Helsinki, Finland, 131 – 135.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying – psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 203 – 214.
- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1* (S. 1-42). Göttingen: Hogrefe.

- Wall, T. D. & Clegg, C. W. (1981). A longitudinal field study of group work redesign. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 31 – 49.
- Wall, T. D., Kemp, N. J., Jackson, P. R., Clegg, C. W. (1986). An outcome evaluation of autonomous work groups: a long-term field experiment. *Academy of Management Journal*, 29, 280 – 304.
- Warshaw, L. J. & Messite, J. (1996). Workplace violence: preventive and interventive strategies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38 (10), 993 – 1006.
- Willingstorfer, B., Schaper, N. & Sonntag, K. (2002). Mobbingmaße und – faktoren sowie bestehende Zusammenhänge mit sozialen Arbeitsplatzbedingungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46 (3), 111 - 125.
- Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung: Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Zapf, D. (1999a). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43 (1), 1 – 25.
- Zapf, D. (1999b). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20 (1/2), 1 – 11.
- Zapf, D. (2000). Mobbing – eine extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen. In H.- P. Musahl & T. Eisenhauer (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* (S. 142 – 149). Heidelberg: Asanger.
- Zapf, D. & Bühler, K. (1998). *Stigmatization at work*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Frankfurt (Psychologisches Institut).
- Zapf, D., Dormann, C. & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: A review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (2), 145 – 169.
- Zapf, D. & Einarsen, S. (2001). Bullying in the workplace: Recent trends in research and practice – an introduction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 369 – 373.
- Zapf, D. & Einarsen, S. (2003). Individual antecedents of bullying: victims and perpetrators. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice* (S. 165 - 184). London: Taylor & Francis.

- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H. & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice* (S. 103 – 126). London: Taylor & Francis.
- Zapf, D. & Frese, M. (1991). Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 168 – 184). Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. & Groß, C. (2000). Mobbing – Konflikteskalation am Arbeitsplatz. *Forschung Frankfurt – Wissenschaftsmagazin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt*, 18 (1), 22 – 33.
- Zapf, D. & Groß, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 497 – 522.
- Zapf, D., Knorz, C. & Kulla, M. (1995). Causes, coping, and consequences of various mobbing factors at work. *Paper presented at the 7th European Congress of Work and Organizational Psychology*, 19.-22.04.1995. Győr: Hungary.
- Zapf, D., Knorz, C. & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 215 – 237.
- Zapf, D. & Osterwalder, Ph. (1998). *Mobbing and organisational factors*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Frankfurt (Psychologisches Institut).
- Zapf, D. & Warth, K. (1997). Mobbing: Subtile Kriegsführung am Arbeitsplatz. *Psychologie heute*, 20 (5), 28-29.
- Zuschlag, B. (1994). *Mobbing. Schikane am Arbeitsplatz. Erfolgreiche Mobbing-Abwehr durch systematische Ursachenanalyse*. Göttingen: Hogrefe.

VIII. Anhang

11. Instrumente der summativen und der Prozessevaluation

11.1 Evaluationsfragebogen

Arbeitsbereich Arbeits-, Betriebs-
und Umweltpsychologie
Fakultät 4
Department Psychologie

Universität Hamburg



**Pilotprojekt
„Konfliktmanagement und Prävention von
Mobbing in Krankenhäusern“**

**Befragung
der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
des Krankenhauses XXX**

Datum

Information

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

wir möchten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit bei der Untersuchung des Erfolges und der Wirksamkeit des Pilotprojektes „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing in Krankenhäusern“ bitten, dass hier Krankenhaus XXX, durchgeführt wird.

Das Projekt im Krankenhaus XXX hat zum Ziel, verschiedene Maßnahmen zur Mobbing-Prävention einzuführen und eine Verbesserung des Umganges mit Konflikten bei der Arbeit zu erreichen.

Um die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen zu prüfen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen soll Teile Ihrer aktuellen Arbeitssituation abbilden. Betrachtet werden dabei die Arbeitsbereiche, die in Zusammenhang mit dem Projekt stehen.

Der Fragebogen wurde in der Ihnen vorliegenden Form von der Mitarbeitervertretung uneingeschränkt gebilligt.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 20 min. in Anspruch nehmen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und lassen Sie keine Frage aus.

Die mit dem Fragebogen erhobenen Daten werden ausschließlich zur wissenschaftlichen Überprüfung des Erfolges der Maßnahmen verwendet. Selbstverständlich garantieren wir die anonyme und absolut vertrauliche Handhabung Ihrer Daten!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kodierung

Der vorliegende Fragebogen wird Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zur Beantwortung vorgelegt werden (Dies geschieht, nachdem die Maßnahmen zur Mobbingprävention und Konfliktberatung durchgeführt wurden). Um zu überprüfen, ob sich zwischen den Befragungszeitpunkten etwas verändert hat, ist es notwendig, die entsprechenden Fragebögen einander zuzuordnen zu können.

Aus diesem Grund wird zur Sicherung der Anonymität Ihrer Angaben eine Kodierung jedes Fragebogens vorgenommen. Tragen Sie in die unteren Kästchen bitte der Reihe nach die Buchstaben oder Zahlen ein, die sich aus folgenden Angaben ermitteln:

- f) der Anfangsbuchstabe Ihres Geburtsortes
- g) die Anzahl Ihrer Geschwister
- h) zweiter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter
- i) die letzte Ziffer des eigenen Geburtsjahres
- j) der letzte Buchstabe des Mädchennamens Ihrer Mutter

a	b	c	d	e
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A. Ihre Arbeitstätigkeit

Im Folgenden werden Ihnen eine Reihe von Fragen über Ihre Arbeit gestellt. Dabei geht es um die Arbeitsbedingungen und nicht darum, wie Sie persönlich die Arbeit verrichten. Stellen Sie sich vor, dass ein Kollege oder eine Kollegin mit dem gleichen Wissen und Können die Fragen genauso beantworten müsste wie Sie.

HS1	Wenn man Ihre Arbeit insgesamt betrachtet, wie viel Möglichkeiten zu eigenen Entscheidungen bietet Ihnen Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> ziemlich wenig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
HS2	Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst festlegen?	<input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> ziemlich wenig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
HS3	Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?	<input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> ziemlich wenig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
HS4	Können Sie selbst bestimmen, auf welche Art und Weise Sie Ihre Arbeit erledigen?	<input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> ziemlich wenig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
HS5	Inwieweit sind ausschließlich Sie selbst für die Kontrolle Ihres Arbeitsergebnisses zuständig?	Ich bin zuständig für die Kontrolle... <input type="checkbox"/> von allen Arbeitsergebnissen <input type="checkbox"/> von den meisten Arbeitsergebnissen <input type="checkbox"/> von einem Teil der Arbeitsergebnisse <input type="checkbox"/> von wenigen Arbeitsergebnissen <input type="checkbox"/> gar nicht
UN1	Von wie vielen Leuten erhalten Sie regelmäßig Anweisungen?	<input type="checkbox"/> von keinem Vorgesetzten <input type="checkbox"/> von einem Vorgesetzten <input type="checkbox"/> von zwei Vorgesetzten <input type="checkbox"/> von drei Vorgesetzten <input type="checkbox"/> von mehr als drei Vorgesetzten
UN2	Wie oft erhalten Sie unklare Anweisungen ?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (ein bis mehrmals täglich)
UN3	Wie oft erhalten Sie von verschiedenen Vorgesetzten widersprüchliche Anweisungen ?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (ein bis mehrmals täglich)

UN4	Wie oft kommt es vor, dass Sie bei Ihrer Arbeit Entscheidungen fällen müssen, ohne dass ausreichende Information zur Verfügung steht?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (ein bis mehrmals täglich)
UN5	Manchmal kann man nicht weiterarbeiten, weil woanders ein Problem entsteht. Wie oft tritt das bei Ihnen ein?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (ein bis mehrmals täglich)
AOP	Manchmal kann man nicht weiterarbeiten, weil Material, Informationen etc. fehlen . Wie oft tritt das bei Ihnen ein?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (ein bis mehrmals täglich)
AK1	<p>Kollege/in A muss bei seiner/ihrer Arbeit sehr komplizierte Entscheidungen treffen.</p> <p>Kollege/in B muss bei seiner/ihrer Arbeit nur sehr einfache Entscheidungen treffen.</p> <p>Welcher der beiden Arbeitsplätze ist Ihrem am ähnlichsten?</p>	<input type="checkbox"/> genau wie der von A <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von A <input type="checkbox"/> zwischen A und B <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von B <input type="checkbox"/> genau wie der von B
AK2	Wie oft erhalten sie Aufträge , die besonders schwierig sind?	<input type="checkbox"/> praktisch nie <input type="checkbox"/> ein paar mal im Jahr <input type="checkbox"/> etwa einmal im Monat <input type="checkbox"/> etwa einmal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche
AK3	Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen ?	<input type="checkbox"/> sehr wenig <input type="checkbox"/> ziemlich wenig <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
AK4	<p>Kollege/in A bearbeitet Aufgaben, bei der er oder sie genau überlegen muss, was im einzelnen zu tun ist.</p> <p>Kollege/in B bearbeitet Aufgaben, bei denen sofort klar ist, was zu tun ist.</p> <p>Welcher der beiden Arbeitsplätze ist Ihrem am ähnlichsten?</p>	<input type="checkbox"/> genau wie der von A <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von A <input type="checkbox"/> zwischen A und B <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von B <input type="checkbox"/> genau wie der von B
AK5	<p>Kollege/in A bearbeitet Aufgaben, bei der er oder sie zuerst genau planen muss, um die Aufgaben ausführen zu können.</p> <p>Kollege/in B bearbeitet Aufgaben, bei denen keine Planung erforderlich ist.</p> <p>Welcher der beiden Arbeitsplätze ist Ihrem am ähnlichsten?</p>	<input type="checkbox"/> genau wie der von A <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von A <input type="checkbox"/> zwischen A und B <input type="checkbox"/> ähnlich wie der von B <input type="checkbox"/> genau wie der von B

ZD1	Wie häufig stehen Sie unter Zeitdruck ?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Tag) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Tag) <input type="checkbox"/> sehr oft (fast ununterbrochen)
ZD2	Wie häufig passiert es, dass Sie schneller arbeiten , als Sie es normalerweise tun, um die Arbeit zu schaffen?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Tag) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Tag) <input type="checkbox"/> sehr oft (fast ununterbrochen)
ZD3	Wie oft kommt es vor, dass Sie wegen zuviel Arbeit nicht oder verspätet in die Pause gehen können?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (täglich)
ZD4	Wie oft kommt es vor, dass Sie wegen zuviel Arbeit verspätet in den Feierabend gehen können?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Monat) <input type="checkbox"/> gelegentlich (mehrmals pro Monat) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> sehr oft (fast täglich)
ZD5	Wie oft wird bei Ihrer Arbeit ein hohes Arbeitstempo verlangt?	<input type="checkbox"/> sehr selten/nie <input type="checkbox"/> selten (etwa 1x pro Woche) <input type="checkbox"/> gelegentlich (etwa 1x pro Tag) <input type="checkbox"/> oft (mehrmals pro Tag) <input type="checkbox"/> sehr oft (mehrmals pro Stunde)

Im Folgenden wollen wir wissen, wie viel Einfluss Sie auf Ihre Arbeitssituation haben.

PA	Ich habe keinerlei Einflussmöglichkeiten	Ich werde nur informiert	Ich kann Vorschläge machen	Ich werde bei der Entscheidung beteiligt	Ich habe großen Einfluss auf die Entscheidung
1. bei der Aufstellung der Urlaubspläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bei der Planung der Arbeitszeit (Dienste und Überstunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. auf die Pausengestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. auf die Möglichkeiten zur Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. bei der Einstellung neuer Kollegen/ Kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. bei der Anschaffung neuer Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. auf die Ausgestaltung meines Arbeitsplatzes (z.B. Einrichtung des Stationszimmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Soziales Umfeld am Arbeitsplatz

Im Folgenden finden Sie verschiedene Aussagen und Fragen zu Ihrem sozialen Umfeld an Ihrem Arbeitsplatz. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie mit den Aussagen übereinstimmen bzw. wie sehr die Aussagen auf Ihre Arbeitssituation zutreffen.

Achtung:

Wenn Sie **nicht** zur Berufsgruppe der Ärzte/Ärztinnen oder des Pflegedienstes gehören, überspringen Sie bitte die Aussagen SK1 bis SK5.

		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
SK1	Bei der Arbeit auf dieser Station bestehen zwischen den Pflegekräften und den Ärzten Konflikte und Spannungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SK2	Bei der Arbeit auf dieser Station besteht zwischen den Pflegekräften und den Ärzten gegenseitige Achtung und Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SK3	Bei der Arbeit auf dieser Station besteht zwischen den Pflegekräften und den Ärzten ein vertrauensvolles Verhältnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SK4	Bei der Arbeit auf dieser Station halten die Pflegekräfte und die Ärzte zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SK5	Bei der Arbeit auf dieser Station gehen die Pflegekräfte und die Ärzte fair miteinander um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SU1 Wie sehr können Sie sich auf die folgenden Personen verlassen, wenn es in der Arbeit schwierig wird?

Auf...	1 gar nicht	2 wenig	3 ziemlich	4 völlig
...Ihren direkten Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die anderen Kollegen und Kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SU2 Wie sehr sind die Personen bereit, Ihre Probleme im Zusammenhang mit der Arbeit anzuhören?

	1 gar nicht	2 wenig	3 ziemlich	4 völlig
Ihr direkter Vorgesetzter...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die anderen Kollegen und Kolleginnen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SU3 Wie sehr unterstützen diese Personen Sie, so dass Sie es in der Arbeit leichter haben?

	1 gar nicht	2 wenig	3 ziemlich	4 völlig
Ihr direkter Vorgesetzter...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die anderen Kollegen und Kolleginnen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SU4 Wie sehr sind die Personen bereit, Ihre persönlichen Probleme anzuhören?

	1 gar nicht	2 wenig	3 ziemlich	4 völlig
Ihr direkter Vorgesetzter...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die anderen Kollegen und Kolleginnen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft voll- kommen zu	Trifft ziemlich zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
ST1	Mit einigen Kollegen/innen hat man oft Streit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST2	Hier wird man wegen jeder Kleinigkeit fertig gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST3	Der normale Arbeitsrhythmus wird von manchen Kollegen/innen immer wieder unterbrochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST4	Ich muss mit Leuten zusammenarbeiten, die keinen Spaß verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST5	Mein Vorgesetzter treibt einen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST6	Mein Vorgesetzter teilt die angenehme Arbeit immer bestimmten Leuten zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST7	Wenn ein Fehler passiert, findet der Vorgesetzte ihn immer bei uns, nie bei sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST8	Man muss ausbaden, was die anderen falsch machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
M1	Ich werde von den Arbeitskollegen/-innen wie „Luft“ behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2	Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3	Meine Arbeitskollegen/innen spielen mir übel mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4	Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5	Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Konflikte am Arbeitsplatz

Im Folgenden finden Sie Aussagen darüber, wie man sich bei Konflikten am Arbeitsplatz verhalten kann. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie persönlich sich verhalten.

Bei Konflikten am Arbeitsplatz tue ich folgendes:

		niemals	selten	manchmal	regelmäßig	(fast) immer
K1	Ich gebe den Wünschen der anderen Partei nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2	Ich denke solange über das Problem nach, bis ich eine Lösung finde, mit der sowohl ich, als auch die andere Partei wirklich zufrieden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3	Ich versuche, einen Kompromiss zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4	Ich vermeide eine Konfrontation über die gegensätzlichen Ansichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K5	Ich setze meine eigene Meinung durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K6	Ich gebe der anderen Person Recht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K7	Ich Sorge sowohl für meine eigenen Ziele und Interessen, als auch für die der anderen Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K8	Ich betone, dass wir einen Mittelweg finden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K9	Ich umgehe die Meinungsverschiedenheit soweit wie möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K10	Ich versuche meinen Vorteil aus dem Konflikt zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K11	Ich versuche, der anderen Person entgegen zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K12	Ich denke über die Ideen von beiden Parteien nach, um die für beide Parteien optimale Lösung zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K13	Ich bestehe darauf, dass wir beide Zugeständnisse machen müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K14	Ich versuche, Gegensätze weniger scharf darzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K15	Ich kämpfe für ein für mich günstiges Ergebnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K16	Ich passe mich an die Ziele und Interessen der anderen Person an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K17	Ich arbeite eine Lösung aus, die sowohl meinen eigenen, als auch den Interessen der anderen Person soweit wie möglich dient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K18	Ich strebe, wo es nur geht, nach einem Kompromiss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K19	Ich versuche, eine Konfrontation mit der anderen Person zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K20	Ich tue alles, um zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Beanspruchung bei der Arbeit

Im Folgenden sind Aussagen aufgelistet über Gefühlslagen und Einstellungen, wie man sie bezüglich Arbeit und Leben haben kann. Bitte geben Sie an, wie sehr jede Aussage auf Sie ganz persönlich zutrifft.

Völlig zutreffend = 7
 Weitgehend zutreffend = 6
 Eher zutreffend = 5
 Weder-noch bzw. weiß nicht = 4
 Eher unzutreffend = 3
 Weitgehend unzutreffend = 2
 Völlig unzutreffend = 1

		1	2	3	4	5	6	7
B1	Ich habe zu meiner Arbeit oft keine rechte Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Im Umgang mit den meisten anderen bleibe ich lieber auf Distanz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Gelegentlich meldet sich bei mir ein Gefühl von Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ich fühle mich von meiner Arbeit „ausgebrannt“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	Ich reagiere schon mal gereizt, auch wenn der Anlass nicht so wichtig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6	Wenn ich arbeiten muss, graule ich mich oft schon eine Weile vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7	Ich denke manchmal, dass die Belastungen zu viel für mich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8	Viele Leute, die ich näher kenne, sind mir ziemlich gleichgültig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9	Ich fühle mich manchmal mutlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10	Manchmal fühle ich mich wie in einer Falle, in der ich weder vor noch zurück kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11	Ich empfinde gelegentlich einen starken Widerwillen gegen meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12	Ich fahre leicht aus der Haut, wenn etwas nicht so geht, wie ich es mir vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13	Es ist mir meistens lieber, wenn ich im Kontakt mit Menschen unpersönlich bleiben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14	Ich brauche oft Kraft, um meinen inneren Widerstand gegen die Arbeit zu überwinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15	Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16	Die Sorgen anderer nehme ich nicht so wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17	Ich bin oft ratlos, wie ich mit meinen Problemen zurecht kommen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18	Manchmal genügen Kleinigkeiten, um mir den ganzen Tag zu verderben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B19	Oft habe ich meine Arbeit gründlich satt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B20	An manchen Stellen fühle ich mich einfach überlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B21	Ich fühle mich oft abgearbeitet und verbraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Angaben zu Ihrer Person

D1	Alter	<input type="checkbox"/> unter 20 <input type="checkbox"/> 41 – 50 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> 51 – 60 <input type="checkbox"/> 31 – 40 <input type="checkbox"/> über 60
D2	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann
D3	Wie sieht Ihre jetzige Wohnsituation aus?	<input type="checkbox"/> Allein lebend <input type="checkbox"/> Mit Partner/in lebend <input type="checkbox"/> Beim Vater / bei der Mutter / den Eltern lebend <input type="checkbox"/> Mit eigener Familie lebend <input type="checkbox"/> In einer Wohngemeinschaft lebend <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Anders: _____
D4	Wie viele Kinder haben Sie?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> drei oder mehr
D5	Wie lange arbeiten Sie insgesamt in dieser Klinik?	<input type="checkbox"/> unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> 21 – 25 Jahre <input type="checkbox"/> 6 – 10 Jahre <input type="checkbox"/> 26 – 30 Jahre <input type="checkbox"/> 11 - 15 Jahre <input type="checkbox"/> über 30 Jahre <input type="checkbox"/> 16 – 20 Jahre
D6	In welcher Funktionsgruppe sind Sie tätig?	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeit: _____
D7	Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Funktion in der Klinik?	<input type="checkbox"/> unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 – 10 Jahre <input type="checkbox"/> 11 – 15 Jahre <input type="checkbox"/> 16 – 20 Jahre <input type="checkbox"/> über 20 Jahre
D8	Sind Sie in einer Führungsposition? (z.B. Chefarzt, Oberarzt, Abteilungsleitung, Stationsleitung, Pflegedienstleitung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
D9	Sind Sie vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt?	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

(Anmerkung: Die nachfolgenden Fragen wurden nur zum zweiten Messzeitpunkt gestellt.)

Zum Projekt und den Maßnahmen:

1	Wie gut waren Sie über das Projekt informiert?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> sehr viel
2	Wie sind Sie informiert worden? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Artikel im „Malteser Teamtop“ <input type="checkbox"/> Rundschreiben <input type="checkbox"/> Aushänge <input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> durch meine Führungskraft <input type="checkbox"/> durch Kollegen <input type="checkbox"/> durch die MAV <input type="checkbox"/> Sonstiges: <hr/> <hr/>

3	Wie bewerten Sie die Wichtigkeit der Durchführung eines solchen Projektes am Malteser Krankenhaus St. Elisabeth?	<input type="checkbox"/> ganz unwichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> sehr wichtig
4	Hat sich Ihrer Meinung nach durch das Projekt etwas in Bezug auf den Umgang mit Konflikten und Mobbing am Malteser Krankenhaus St. Elisabeth verändert?	<input type="checkbox"/> nein, gar nichts <input type="checkbox"/> nur wenig <input type="checkbox"/> ja, zum Teil <input type="checkbox"/> ja, viel <input type="checkbox"/> ja, sehr viel
5	Haben Sie im Rahmen des Projektes direkt an einer Maßnahme (Führungskräfteschulung; Ausbildung zum Konfliktberater) teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Wenn ja, an welcher?	Bitte angeben: _____
7	Folgendes möchte ich noch zum Projekt anmerken:	

(Anmerkung: Diese Fragen wurden wieder zu beiden Messzeitpunkten gestellt.)

Zum Abschluss noch einige Fragen zum Fragebogen selbst:

Sind Sie mit dem Fragebogen zurechtgekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren die Fragen gut zu verstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sie haben das letzte Wort:

Was möchten Sie uns noch mitteilen? a) zum Fragebogen b) zu Ihrer Arbeitssituation

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.2 Fragebogen zur Evaluation der Führungskräftebildungen

Seminarauswertung durch die Teilnehmer/innen

Aus welchem Grund haben Sie an dem Seminar teilgenommen (Mehrfachnennungen möglich)?

- Interesse am Thema
- Pflichtseminar
- Am Arbeitsplatz auf entsprechende Probleme aufmerksam geworden
- Sonstige Gründe: _____

Haben Sie bei dem Seminar nützliche und interessante Informationen erhalten?

sehr viel		viel		wenig		gar nicht
-----------	--	------	--	-------	--	-----------

Haben Sie bei dem Seminar Anregungen zur Veränderung Ihres Führungsverhaltens erhalten?

sehr viel		viel		wenig		gar nicht
-----------	--	------	--	-------	--	-----------

Haben Sie bei dem Seminar Anregungen zum Umgang mit Konflikten erhalten?

völlig		in Teilen		wenig		gar nicht
--------	--	-----------	--	-------	--	-----------

Welche Themen waren Ihnen am wichtigsten?

Welche Themen sind nach Ihrer Meinung zu kurz gekommen?

Wie beurteilen Sie das Seminar unter folgenden Gesichtspunkten?

Verständlichkeit:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Einsatz verschiedener Medien:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Seminarunterlagen:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Diskussionmöglichkeiten:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Seminar-Atmosphäre:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Anregungen zum Nachdenken:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Anwendbarkeit für die Praxis:

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Wie erlebten Sie die Seminarleitung?

Insgesamt war ich mit der Seminarleitung:

Sehr zufrieden		zufrieden		Wenig zufrieden		unzufrieden
----------------	--	-----------	--	-----------------	--	-------------

Verbesserungsvorschläge:

Fragebogen zum Seminar-Transfer

Abgleich der Selbstverpflichtung

Am Ende des ersten Seminarteils haben Sie eine Selbstverpflichtung (letzte Seite der Teilnehmer-Unterlagen) geschrieben, in der Sie selbst für sich festgelegt haben, was Sie sich bis zu diesem Nachtreffen an Veränderungen in Ihrem Führungsverhalten vornehmen.

Inwieweit haben Sie Ihre Selbstverpflichtung erfüllen können?

völlig		in Teilen		wenig		gar nicht
--------	--	-----------	--	-------	--	-----------

Was konnten Sie erfüllen?

Was konnten Sie nicht erfüllen / was steht noch aus?

Generell betrachtet: Welche der im Seminar gelernten Inhalte haben Sie im Alltag umgesetzt / umsetzen können?

Generell betrachtet: Welche der im Seminar gelernten Inhalte konnten Sie im Alltag nicht umsetzen?

Welche Gründe gab es dafür, dass Sie Inhalte aus dem Seminar im Alltag umgesetzt haben?

Aus welchen Gründen wurden Sie davon abgehalten?

Seminarbeurteilung / Rückschau

Wie beurteilen Sie aus heutiger Sicht das Seminar, an dem Sie vor einigen Monaten teilnahmen?

a) Insgesamt

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

b) Lerneffekt

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

c) Verwertbarkeit

sehr gut		gut		mäßig		schlecht
----------	--	-----	--	-------	--	----------

Haben Sie aus heutiger Sicht in dem Seminar vor einigen Monaten für Sie nützliche und interessante Informationen erhalten?

sehr viel		viel		mäßig		gar nicht
-----------	--	------	--	-------	--	-----------

Haben Sie in dem Seminar vor einigen Monaten Anregungen erhalten, die zu einer Veränderung Ihres Führungsverhaltens geführt haben?

sehr viel		viel		mäßig		gar nicht
-----------	--	------	--	-------	--	-----------

Was für Trainingsinhalte haben in der Rückschau gefehlt, um ein besseres Konfliktmanagement als Führungskraft im Alltag aktiv umsetzen und fördern zu können?

11.4 Protokollbogen zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktberater

Dokumentation der Fälle der Konfliktberatungsstelle

Fall-Nr.: _____ Konfliktberater: _____

Angaben zum Ratsuchenden

Tragen Sie an dieser Stelle bitte die Angaben zur ratsuchenden Person ein, die sich mit einem Problem an die Konfliktberatungsstelle gewandt hat (bitte die Angaben, soweit sie vorhanden sind, vollständig ausfüllen.).

Alter	<input type="checkbox"/> unter 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> 31 – 40	<input type="checkbox"/> 41 – 50 <input type="checkbox"/> 51 – 60 <input type="checkbox"/> über 60
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Berufszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Funktionsdienst: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MTA <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Arbeiter (Transportdienst, technischer Dienst, Reinigungspersonal, Hauswirtschaft) <input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeit (bitte angeben): _____	
Führungsposition (z.B. Abteilungsleitung, Dezernatsleitung, Klinikdirektor/-in, Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin, Klinikpflegedienstleitung, Stationsleitung, Hauswirtschaftsleitung, Vorarbeiter/-in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dauer der Klinikzugehörigkeit	<input type="checkbox"/> unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 – 10 Jahre <input type="checkbox"/> 11 - 15 Jahre <input type="checkbox"/> 16 – 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 21 – 25 Jahre <input type="checkbox"/> 26 – 30 Jahre <input type="checkbox"/> über 30 Jahre
Wie ist die Person auf die Konfliktberatungsstelle aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit der Konfliktberatungsstelle (Infos in MA-Zeitung, Aushänge, Intranet etc.) <input type="checkbox"/> durch Kollegen <input type="checkbox"/> durch den Vorgesetzten <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____ _____ _____	

Angaben zum Fall

a) Kontaktaufnahme und Erstgespräch

Wie wurden Sie als Konfliktberater von der/dem Ratsuchenden kontaktiert?	<input type="checkbox"/> der/die Ratsuchende kam persönlich in die Konfliktberatungsstelle <input type="checkbox"/> der Ratsuchende sprach mich bei anderer Gelegenheit (z.B. auf Station) an <input type="checkbox"/> Anruf in der Konfliktberatungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

b) Angaben zum Konflikt

Kurze Problem-/Konfliktschilderung (sollte dieser Platz nicht ausreichen, bitte einen Extra-Zettel als Anlage dem Protokoll beifügen):	
---	--

Versuchen Sie die vom Ratsuchenden genannten Gründe für den Konflikt folgenden Kategorien zuzuordnen (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Ungerechtigkeiten, Kränkungen, Schikanen <input type="checkbox"/> Vorwürfe über angebliche Unfähigkeit <input type="checkbox"/> Ratsuchender fühlt sich in seiner besonderen Funktion (z.B. als Teamleiter, Personalrat) nicht akzeptiert und damit in der Arbeit blockiert <input type="checkbox"/> immer stärkerer Anforderungsdruck, der sich persönlich gegen den Ratsuchenden richtet <input type="checkbox"/> Behinderungen im wissenschaftlichen Fortkommen, Rivalität, „Kaltgestellt-Werden“ <input type="checkbox"/> falsche Anschuldigungen (z.B. bezüglich Unkorrektheiten) verbunden mit disziplinarischen Folgen <input type="checkbox"/> andere Gründe (s.o.)
Dauer des Konfliktes (ein Konflikt wird als chronisch bezeichnet, wenn er seit mehr als einem halben Jahr besteht)	Bitte genaue Angabe, wie lange der Konflikt bis jetzt andauert (in Monaten): <hr/>
Anzahl der in den Konflikt involvierten Personen	Genaue Anzahl der am Konflikt beteiligten Personen: <hr/>

<p>Welche Person wird vom Ratsuchenden als Verursacher des Konfliktes angegeben?</p>	<p><input type="checkbox"/> direkter Vorgesetzter <input type="checkbox"/> oberster Chef (z.B. Chefarzt, Bereichsleiter) <input type="checkbox"/> gleichgestellter Kollege <input type="checkbox"/> eine nachgeordnete/unterstellte Person <input type="checkbox"/> andere Person (bitte angeben): _____</p> <p><input type="checkbox"/> mehrere Personen (bitte angeben): _____ _____</p>
<p>Inwieweit ist der direkte Vorgesetzte über den Konflikt informiert (aus der Sicht des Ratsuchenden)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Vorgesetzter kennt den Konflikt <input type="checkbox"/> Vorgesetzter kennt den Konflikt nicht</p>

Angaben zur Konfliktbearbeitung

<p>Anzahl der Kontakte (im Rahmen der Konfliktbearbeitung – Erstgespräch wird mit eingerechnet)</p>	<p><input type="checkbox"/> Anzahl der Einzelkontakte (Gespräche, die nur mit dem Ratsuchenden allein geführt wurden) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anzahl der Gruppenkontakte (Gespräche, die mit dem Ratsuchenden und anderen am Konflikt beteiligten Personen gemeinsam geführt wurden) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anzahl weiterer Gespräche (z.B. Einzelgespräche mit am Konflikt beteiligten Personen) _____</p>
<p>Weitere Aktivitäten, die im Rahmen der Konfliktbearbeitung durchgeführt wurden (über Gespräche mit den Beteiligten hinaus – z.B. Einschaltung des Betriebsrates, ...)</p>	
<p>Konnten alle Beteiligten des Konfliktes erreicht/einbezogen werden?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wer fehlte aus welchem Grund? _____</p>

Angaben zum Ausgang des Falls

Bearbeitungsdauer des Falls	Genaue Dauer (in Monaten) <hr/>
Beschreiben Sie kurz den Ausgang des Falls (sollte dieser Platz nicht ausreichen, bitte einen Extra-Zettel als Anlage dem Protokoll beifügen):	
Versuchen sie den Ausgang des Falls folgenden Kategorien zuzuordnen	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> das Team blieb weitgehend zusammen und die Zusammenarbeit hat sich verbessert<input type="checkbox"/> die Klientenschaft „ruht“<input type="checkbox"/> Ratsuchender hat seinen Arbeitsplatz verlassen<input type="checkbox"/> interne Bewerbung oder Versetzung<input type="checkbox"/> andere arbeitsrechtliche Maßnahmen<input type="checkbox"/> längerfristige ärztliche Behandlung<input type="checkbox"/> in laufender Beratung<input type="checkbox"/> anders (bitte angeben): <hr/>

11.5 Protokollbogen zur Dokumentation der Arbeit der Konfliktlotsen

Dokumentation der Fälle der Ansprechpartner

Fall-Nr.: _____ Ansprechpartner: _____

Angaben zum Ratsuchenden

Tragen Sie an dieser Stelle bitte die Angaben zur ratsuchenden Person ein, die sich mit einem Problem an Sie gewandt hat (bitte die Angaben, soweit sie vorhanden sind, vollständig ausfüllen.).

Alter	<input type="checkbox"/> unter 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> 31 – 40	<input type="checkbox"/> 41 – 50 <input type="checkbox"/> 51 – 60 <input type="checkbox"/> über 60
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Berufszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Funktionsdienst: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MTA <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Arbeiter (Transportdienst, technischer Dienst, Reinigungspersonal, Hauswirtschaft) <input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeit (bitte angeben): _____	
Führungsposition (z.B. Abteilungsleitung, Dezernatsleitung, Klinikdirektor/-in, Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin, Klinikpflegedienstleitung, Stationsleitung, Hauswirtschaftsleitung, Vorarbeiter/-in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dauer der Klinikzugehörigkeit	<input type="checkbox"/> unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 – 10 Jahre <input type="checkbox"/> 11 - 15 Jahre <input type="checkbox"/> 16 – 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 21 – 25 Jahre <input type="checkbox"/> 26 – 30 Jahre <input type="checkbox"/> über 30 Jahre
Wie ist die Person auf Sie aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Infos in MA-Zeitung) <input type="checkbox"/> durch Kollegen <input type="checkbox"/> durch den Vorgesetzten <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____ _____ _____	

Angaben zum Fall

a) Kontaktaufnahme und Erstgespräch

<p>Wie wurden Sie als Ansprechpartner von der/dem Ratsuchenden kontaktiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> der Ratsuchende sprach mich bei Gelegenheit (z.B. auf Station) an.</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

b) Angaben zum Konflikt

<p>Kurze Problem-/Konfliktschilderung (sollte dieser Platz nicht ausreichen, bitte einen Extra-Zettel als Anlage dem Protokoll beifügen):</p>

<p>Versuchen Sie die vom Ratsuchenden genannten Gründe für den Konflikt folgenden Kategorien zuzuordnen (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ungerechtigkeiten, Kränkungen, Schikanen</p> <p><input type="checkbox"/> Vorwürfe über angebliche Unfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Ratsuchender fühlt sich in seiner besonderen Funktion (z.B. als Teamleiter, Personalrat) nicht akzeptiert und damit in der Arbeit blockiert</p> <p><input type="checkbox"/> immer stärkerer Anforderungsdruck, der sich persönlich gegen den Ratsuchenden richtet</p> <p><input type="checkbox"/> Behinderungen im wissenschaftlichen Fortkommen, Rivalität, „Kaltgestellt-Werden“</p> <p><input type="checkbox"/> falsche Anschuldigungen (z.B. bezüglich Unkorrektheiten) verbunden mit disziplinarischen Folgen</p> <p><input type="checkbox"/> andere Gründe (s.o. Konfliktschilderung)</p>
---	---

Dauer des Konfliktes (ein Konflikt wird als chronisch bezeichnet, wenn er seit mehr als einem halben Jahr besteht)	Bitte genaue Angabe, wie lange der Konflikt bis jetzt andauert (in Monaten): _____
Anzahl der in den Konflikt involvierten Personen	Genaue Anzahl der am Konflikt beteiligten Personen: _____
Welche Person wird vom Ratsuchenden als Verursacher des Konfliktes angegeben?	<input type="checkbox"/> direkter Vorgesetzter <input type="checkbox"/> oberster Chef (z.B. Chefarzt, Bereichsleiter) <input type="checkbox"/> gleichgestellter Kollege <input type="checkbox"/> eine nachgeordnete/unterstellte Person <input type="checkbox"/> andere Person (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> mehrere Personen (bitte angeben): _____ _____
Inwieweit ist der direkte Vorgesetzte über den Konflikt informiert (aus der Sicht des Ratsuchenden)?	<input type="checkbox"/> Vorgesetzter kennt den Konflikt <input type="checkbox"/> Vorgesetzter kennt den Konflikt nicht

Angaben zur Konfliktbearbeitung

Anzahl der Kontakte (im Rahmen der Konfliktbearbeitung – Erstgespräch wird mit eingerechnet)	Anzahl der Einzelkontakte (Gespräche, die nur mit dem Ratsuchenden allein geführt wurden): _____ Anzahl der Gruppenkontakte (Gespräche, die mit dem Ratsuchenden und anderen am Konflikt beteiligten Personen gemeinsam geführt wurden): _____ Anzahl weiterer Gespräche (z.B. Einzelgespräche mit am Konflikt beteiligten Personen): _____
Weitere Aktivitäten, die im Rahmen der Konfliktbearbeitung durchgeführt wurden (über Gespräche mit den Beteiligten hinaus – z.B. Einschaltung des Betriebsrates, ...)	

Konnten alle Beteiligten des Konfliktes erreicht/einbezogen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wer fehlte aus welchem Grund? _____
Folgende Schwierigkeiten traten bei der Konfliktbearbeitung auf:	

Angaben zum Ausgang des Falls

Bearbeitungsdauer des Falls	Genaue Dauer (in Monaten) _____
Beschreiben Sie kurz den Ausgang des Falls (sollte dieser Platz nicht ausreichen, bitte einen Extra-Zettel als Anlage dem Protokoll beifügen):	
Versuchen sie den Ausgang des Falls folgenden Kategorien zuzuordnen	<input type="checkbox"/> das Team blieb weitgehend zusammen und die Zusammenarbeit hat sich verbessert <input type="checkbox"/> die Klientenschaft „ruht“ <input type="checkbox"/> Ratsuchender hat seinen Arbeitsplatz verlassen <input type="checkbox"/> interne Bewerbung oder Versetzung <input type="checkbox"/> andere arbeitsrechtliche Maßnahmen <input type="checkbox"/> längerfristige ärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> in laufender Beratung <input type="checkbox"/> an eine andere Instanz (z.B. Personal- oder Betriebsrat; betriebsärztlicher Dienst) verwiesen <input type="checkbox"/> anders (bitte angeben): _____

Ansprechpartner/-innen bei Arbeitsplatzkonflikten gesucht

In ausgewählten Pilotkliniken des Krankenhauses XXX wird ein Projekt zum Konfliktmanagement und zur Prävention von Mobbing durchgeführt, das von der Ärztekammer Nordrhein und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unterstützt wird. Ziel des Projektes ist es, den partnerschaftlichen Umgang am Arbeitsplatz zu verbessern und auftretende Arbeitsplatzkonflikte möglichst frühzeitig zu lösen. Neben der Schulung der Führungskräfte in den Pilotkliniken werden dort auch Ansprechpartner/-innen ausgewählt und geschult. Sie sollen eine schnelle und direkte Lösung von Problemen und Konflikten vor Ort unterstützen.

Als Ansprechpartner sollen Mitarbeiter/-innen aus allen in dem jeweiligen Bereich vertretenen Berufsgruppen benannt werden.

Die Ansprechpartner/-innen sind von allen Beschäftigten ansprechbar, wenn es im Arbeitsbereich zu Problemen, Konflikten oder Störungen kommt, die die Beteiligten nicht sofort selbst bewältigen können.

Wie kann man Ansprechpartner/in werden?

Es gibt zwei Wege:

- 1) Interessierte Mitarbeiter/-innen können sich selbst beim Personalärztlichen Dienst (Frau Dr. XXX) melden.
- 2) Es werden Vorschlagszettel ausgegeben, auf denen jede/r Mitarbeiter/-in Personen vorschlagen kann, die er/sie für geeignet hält. Diese Vorschlagszettel werden im Personalärztlichen Dienst gesammelt. Die vorgeschlagenen Personen werden in einem vertraulichen Gespräch gefragt, ob sie bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen.

Welche Aufgaben haben die Ansprechpartner/-innen?

Ansprechpartner sind von allen Beschäftigten ansprechbar, wenn es im Arbeitsbereich zu Problemen, Konflikten oder Störungen kommt, die die Beteiligten nicht sofort selbst bewältigen können.

Wichtige Prinzipien ihrer Arbeit sind die **Freiwilligkeit** und **Vertraulichkeit** der Arbeit. Eine Beauftragung durch Vorgesetzte gegen den Willen der Beteiligten ist nicht möglich.

Ansprechpartner/-innen können den Betroffenen folgende Angebote machen:

- 1) Ein oder mehrere unterstützende vertrauliche Gespräche
- 2) Die Vermittlung zwischen den Personen, die im Konflikt stehen, wenn alle damit einverstanden sind

3) Die Weitergabe von Adressen für professionelle Unterstützung

4) Das Einschalten der Projektgruppe „Konfliktmanagement und Prävention von Mobbing“, wenn vor Ort keine Lösung mehr möglich zu sein scheint

Zur gegenseitigen Unterstützung und kollegialen Beratung treffen sich alle Ansprechpartner eines Pilotbereichs einmal im Monat für ca. 2 Stunden. Für ihre Arbeit werden die Ansprechpartner/-innen im Umfang von sieben Tagen, verteilt auf fünf Zeitpunkte (2 zweitägige Seminare, 3 einzelne Nachbereitungstage) geschult. Alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Funktion als Ansprechpartner/-in gelten als Arbeitszeit.

Die Schulungen beginnen voraussichtlich in der ersten Juni-Woche. Das zweite Seminar findet im September statt, die Nachbereitungstage folgen im Abstand von ca. 2 Monaten.

*Bitte weiterleiten an den Personalärztlichen Dienst, z.Hd. Frau Dr. XXX
Tel. XXX – XXX Fax XXX – XXX*

Ich interessiere mich für die Aufgabe eines/r Ansprechpartner/-in bei Arbeitsplatzkonflikten

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

Ich halte folgende Personen aus meinem Arbeitsbereich für geeignet, die Aufgabe eines/r Ansprechpartner/-in für Arbeitsplatzkonflikte zu übernehmen.

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

Ich möchte gerne noch mehr Informationen über die Aufgabe eines/r Ansprechpartner/-in bei Arbeitsplatzkonflikten

Name _____ Funktion _____ Tel. _____

12. Reliabilitäten der eingesetzten Skalen

Cronbachs α der Skalen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt

Skala	T1	T2*
Handlungsspielraum (HS)	.81	.82
Unsicherheit (UN)	.77	.80
Arbeitskomplexität (AK)	.72	.71
Zeitdruck (ZD)	.87	.88
Partizipation (PA)	.85	.84
Soziales Klima zw. Ärzten u. Pflegekräften (SK)	.90	.90
Soziale Unterstützung (SU)	.89	.90
Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte (SUVO)	.91	.91
Soziale Unterstützung durch Kollegen (SUKO)	.88	.89
Soziale Stressoren (ST)	.85	.86
Mobbing (M)	.88	.88
Konfliktstil Anpassung	.60	.53
Konfliktstil Zusammenarbeit	.77	.81
Konfliktstil Kompromiss	.73	.67
Konfliktstil Vermeidung	.75	.67
Konfliktstil Machteinsatz	.66	.61
Emotionale Erschöpfung (EE)	.93	.82
Distanziertheit (DIST)	.70	.74
Hilflosigkeit (HILFL)	.86	.88
Arbeitsüberdruss (ÜBDR)	.91	.92
Aggressive Reaktionen auf Emotionale Belastung (AGG)	.73	.79

* T1 = 1. Messzeitpunkt; T2 = 2. Messzeitpunkt

13. Soziodemografische Daten der Stichproben A und B

		Häufigkeit			Prozent		
		A*	B1	B2	A	B1	B2
Alter							
Gültig:	unter 20 Jahre	0	2	1	0	0,2	0,2
	21–30 Jahre	47	174	106	17,6	20,5	18,2
	31–40 Jahre	75	248	169	28,1	29,2	29,0
	41–50 Jahre	92	245	188	34,5	28,9	32,2
	51–60 Jahre	41	151	97	15,4	17,8	16,6
	über 60 Jahre	7	15	12	2,6	1,8	2,1
Fehlend:		5	13	10	1,9	1,5	1,7
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Geschlecht							
Gültig:	Frau	203	647	418	76,0	76,3	71,7
	Mann	56	180	119	21,0	21,2	20,4
Fehlend:		8	21	46	3,0	2,5	7,9
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Wohnsituation							
Gültig:	Allein lebend	67	165	109	25,1	19,5	18,7
	Mit Partner lebend	72	258	178	27,0	30,4	30,5
	Bei den Eltern lebend	8	26	11	3,0	3,1	1,9
	Mit eigener Familie lebend	96	325	228	36,0	38,3	39,1
	In Wohngemeinschaft lebend	3	10	9	1,1	1,2	1,5
	Getrennt lebend	8	26	21	3,0	3,1	3,6
	Anders	8	23	15	3,0	2,7	2,6
Fehlend:		5	15	12	1,9	1,8	2,1
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0

* A = Stichprobe A; B1 = Stichprobe B zum 1. Messzeitpunkt; B2 = Stichprobe B zum 2. Messzeitpunkt

		Häufigkeit			Prozent		
		A*	B1	B2	A	B1	B2
Anzahl der Kinder							
Gültig:	keine	117	376	236	43,8	44,3	40,5
	1–2	121	382	272	45,3	45,0	46,7
	3 oder mehr	25	76	63	9,4	9,0	10,8
Fehlend:		4	14	12	1,5	1,7	2,1
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Dauer in Klinik							
Gültig:	unter 5 Jahre	68	241	138	25,5	28,4	23,7
	6–10 Jahre	74	196	134	27,7	23,1	23,0
	11–15 Jahre	50	170	123	18,7	20,0	21,1
	16–20 Jahre	22	71	62	8,2	8,4	10,6
	21–25 Jahre	27	67	53	10,1	7,9	9,1
	26–30 Jahre	10	45	27	3,7	5,3	4,6
	über 30 Jahre	9	42	28	3,4	5,0	4,8
Fehlend:		7	16	18	2,6	1,9	3,1
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Dauer in Funktion							
Gültig:	unter 5 Jahre	95	314	193	35,6	37,0	33,1
	6–10 Jahre	68	205	141	25,5	24,2	24,2
	11–15 Jahre	51	157	106	19,1	18,5	18,2
	16–20 Jahre	18	51	51	6,7	6,0	8,7
	über 20 Jahre	29	106	76	10,9	12,5	13,0
Fehlend:		6	15	16	2,2	1,8	2,7
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Berufsgruppe							
Gültig:	Ärztlicher Dienst	28	116	72	10,5	13,7	12,3
	Pflegedienst	129	422	267	48,3	49,8	45,8
	Verwaltung	19	37	50	7,1	4,4	8,6
	Sonstige Tätigkeit	83	254	174	31,1	30,0	29,8
Fehlend:		8	19	20	3,0	2,2	3,4
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0

* A = Stichprobe A; B1 = Stichprobe B zum 1. Messzeitpunkt; B2 = Stichprobe B zum 2. Messzeitpunkt

		Häufigkeit			Prozent		
		A*	B1	B2	A	B1	B2
Führungsposition							
Gültig:	ja	65	152	120	24,3	17,9	20,6
	nein	197	678	450	73,8	80,0	77,2
Fehlend:		5	18	13	1,9	2,1	2,2
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0
Vollzeit/Teilzeit							
Gültig:	Vollzeit	188	572	389	70,4	67,5	66,7
	Teilzeit	76	263	175	28,5	31,0	30,0
Fehlend:		3	13	19	1,1	1,5	3,3
Gesamt:		267	848	583	100,0	100,0	100,0

* A = Stichprobe A; B1 = Stichprobe B zum 1. Messzeitpunkt; B2 = Stichprobe B zum 2. Messzeitpunkt

14. Ergebnisse der summativen Evaluation – Stichprobe B

Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanz – Stichprobe B

	T1 MW	SD	T2 MW	SD	t	p
Arbeitsbedingungen:						
Arbeitsorg. Probleme	2,54	1,17	2,51	1,15	0,513	,608
Handlungsspielraum	3,38	0,78	3,35	0,79	0,585	,559
Unsicherheit	2,61	0,85	2,62	0,87	-0,253	,800
Arbeitskomplexität	3,19	0,73	3,21	0,75	-0,447	,655
Zeitdruck	3,36	0,88	3,35	0,93	0,206	,837
Partizipation	3,03	0,92	3,01	0,90	0,590	,555
Soziales Umfeld:						
Soziales Klima						
(Ärzte - Pflege)	2,85	0,66	2,76	0,69	1,933	,054
soz. Unterstützung	2,96	0,63	2,96	0,62	0,100	,920
soz.Unt. Vorgesetzte	2,85	0,81	2,84	0,81	0,154	,877
soz.Unt. Kollegen	3,08	0,64	3,06	0,64	0,408	,683
soziale Stressoren	1,76	0,59	1,77	0,63	-0,390	,697
Mobbing	1,41	0,54	1,43	0,56	-0,574	,566
Konfliktverhalten:						
Anpassung	3,17	0,51	3,13	0,47	1,291	,197
Kompromiss	3,67	0,68	3,62	0,60	1,268	,205
Machteinsatz	2,28	0,61	2,33	0,61	-1,425	,154
Zusammenarbeit	3,76	0,66	3,74	0,65	0,581	,561
Vermeidung	3,01	0,78	3,01	0,71	-0,002	,999
Beanspruchung:						
Emotionale						
Erschöpfung	3,07	1,59	3,03	1,73	0,422	,673
Distanziertheit	2,38	1,09	2,37	1,11	0,149	,882
Hilflosigkeit	2,51	1,42	2,50	1,39	0,089	,929
Arbeitsüberdruss	2,42	1,42	2,42	1,47	-0,006	,995
Agg. Reaktionen auf emotionale Belastung	2,88	1,36	2,83	1,43	0,634	,527

t-Test für unabhängige Stichproben; *p < 0,05; **p < 0,01

15. Mobbinghäufigkeiten in den drei Krankenhäusern

Mobbinghäufigkeiten – Krankenhaus A

	T1	T2
M1 „Ich werde von den Arbeitskollegen/-innen wie Luft behandelt.“	2,0%*	4,0%
M2 „Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.“	8,9%	13,7%
M3 „Meine Arbeitskollegen/-innen spielen mir übel mit.“	3,0%	3,0%
M4 „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror.“	4,0%	4,5%
M5 „Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.“	5,0%	4,0%

*Die Antwort-Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ wurden für die angegebenen Prozentzahlen zusammengefasst.

Mobbinghäufigkeiten – Krankenhaus B

	T1	T2
M1 „Ich werde von den Arbeitskollegen/-innen wie Luft behandelt.“	4,6%*	6,6%
M2 „Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.“	14,1%	19,2%
M3 „Meine Arbeitskollegen/-innen spielen mir übel mit.“	4,6%	8,2%
M4 „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror.“	6,3%	7,7%
M5 „Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.“	7,4%	10,4%

*Die Antwort-Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ wurden für die angegebenen Prozentzahlen zusammengefasst.

Mobbinghäufigkeiten – Krankenhaus C

	T1	T2
M1 „Ich werde von den Arbeitskollegen/-innen wie Luft behandelt.“	6,1%*	5,4%
M2 „Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.“	17,1%	14,2%
M3 „Meine Arbeitskollegen/-innen spielen mir übel mit.“	8,5%	7,4%
M4 „Wie ich an meinem Arbeitsplatz behandelt werde, grenzt manchmal an Psychoterror.“	12,3%	10,3%
M5 „Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.“	14,2%	10,8%

*Die Antwort-Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ wurden für die angegebenen Prozentzahlen zusammengefasst.

16. Interkorrelationen der Effektvariablen

Interkorrelationen der Effektvariablen zum 1. Messzeitpunkt

Skala	AOP	HS	UN	AK	ZD	PA	SK	SU	SUVO	SUKO	ST
AOP											
HS	-,138										
UN	,628	,628									
AK	,224	,324	,235								
ZD	,420	-,079	,487	,380							
PA	-,051	,565	-,155	,364	,017						
SK	-,220	,288	-,283	,093	-,073	,206					
SU	-,220	,394	-,333	,091	-,199	,374	,399				
SUVO	-,219	,363	-,367	,072	-,210	,317	,353	,896			
SUKO	-,143	,301	-,188	,096	-,126	,315	,347	,831	,499		
ST	,306	-,383	,461	,015	,337	-,305	-,404	-,634	-,581	-,506	
M	,177	-,337	,256	-,025	,169	-,329	-,320	-,556	-,469	-,499	,674
Ver	-,062	-,255	-,005	-,121	,008	-,193	,004	-,170	-,153	-,123	,109
Anp	-,030	-,102	,011	-,017	,061	-,061	,085	-,031	-,063	,021	,019
Mac	,035	,011	,086	,097	,032	,054	-,015	-,057	-,024	-,088	,095
Kom	-,008	,087	-,029	,085	,061	,138	,078	,105	,039	,147	-,103
Zus	-,045	,194	-,108	,131	,017	,259	,170	,249	,177	,247	-,243
EE	,222	-,347	,306	,045	,356	-,260	-,188	-,399	-,363	-,318	,431
DIST	,043	-,245	,128	-,062	,018	-,243	-,219	-,387	-,280	-,400	,361
HILFL	,161	-,364	,241	,006	,183	-,256	-,211	-,395	-,365	-,317	,447
ÜBDR	,221	-,346	,318	-,012	,207	-,290	-,278	-,382	-,350	-,306	,459
AGG	,197	-,202	,267	,047	,179	-,135	-,168	-,238	-,214	-,198	,326

AOP = arbeitsorganisatorische Probleme; HS = Handlungsspielraum; UN = Unsicherheit; AK = Arbeitskomplexität; ZD = Zeitdruck; PA = Partizipation; SU = soziale Unterstützung; SUVO = soziale Unterstützung durch Vorgesetzte; SUKO = soziale Unterstützung durch Kollegen; ST = soziale Stressoren; M = Mobbing; Ver = Konfliktstil Vermeidung; Anp = Konfliktstil Anpassung; Mac = Konfliktstil Machteinsatz; Kom = Konfliktstil Kompromiss; Zus = Konfliktstil Zusammenarbeit; EE = emotionale Erschöpfung; DIST = Distanziertheit; HILFL = Hilfllosigkeit; ÜBDR = Arbeitsüberdruss; AGG = aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung

Interkorrelationen der Effektvariablen zum 1. Messzeitpunkt (Fortsetzung)

Skala	M	Ver	Anp	Mac	Kom	Zus	EE	DIST	HILFL	ÜBDR	AGG
AOP											
HS											
UN											
AK											
ZD											
PA											
SK											
SU											
SUVO											
SUKO											
ST											
M											
Ver	,172										
Anp	,104	,443									
Mac	,072	,002	-,061								
Kom	-,124	,169	,259	,075							
Zus	-,235	,055	,300	-,035	,691						
EE	,402	,130	,047	,036	-,059	-,175					
DIST	,365	,149	-,053	,127	-,173	-,295	,442				
HILFL	,494	,200	,116	,013	-,098	-,203	,723	,499			
ÜBDR	,454	,126	,017	,101	-,079	-,237	,733	,491	,719		
AGG	,293	,054	-,011	,106	-,052	-,160	,579	,445	,575	,612	

AOP = arbeitsorganisatorische Probleme; HS = Handlungsspielraum; UN = Unsicherheit; AK = Arbeitskomplexität; ZD = Zeitdruck; PA = Partizipation; SU = soziale Unterstützung; SUVO = soziale Unterstützung durch Vorgesetzte; SUKO = soziale Unterstützung durch Kollegen; ST = soziale Stressoren; M = Mobbing; Ver = Konfliktstil Vermeidung; Anp = Konfliktstil Anpassung; Mac = Konfliktstil Machteinsatz; Kom = Konfliktstil Kompromiss; Zus = Konfliktstil Zusammenarbeit; EE = emotionale Erschöpfung; DIST = Distanziertheit; HILFL = Hilfflosigkeit; ÜBDR = Arbeitsüberdruß; AGG = aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung

17. Normwerte für das Hamburger Burnout Inventar

Normwerte für das Hamburger Burnout Inventar

	Männer					Frauen				
	Untere Hälfte	Obere Hälfte	Obere 25%	Obere 10%	Obere 5%	Untere Hälfte	Obere Hälfte	Obere 25%	Obere 10%	Obere 5%
Emotionale Erschöpfung	5-13*	14-18	19-23	24-25	26-35	5-15	16-20	21-25	26-28	29-35
Distanziertheit	4-12	13-15	16-19	20-21	22-28	4-10	11-14	15-17	18-19	20-28
Hilflosigkeit	4-10	11-14	15-18	19-21	22-28	4-12	13-17	18-20	21-22	23-28
Arbeitsüberdruß	5-12	13-17	18-23	24-28	29-35	5-13	14-18	19-25	26-29	30-35
Aggressive Reaktionen auf emotionale Belastung	3-10	11-13	14-16	17-18	19-21	3-12	13-15	16-17	18	19-21

*Die angegebenen Werte sind Summenwerte

18. Muster-Vereinbarung für partnerschaftlichen Umgang am Arbeitsplatz

Muster-Vereinbarung für partnerschaftlichen Umgang am Arbeitsplatz und zur Einrichtung einer Beratungsstelle zur Lösung von Konflikten am Arbeitsplatz

zwischenArbeitgeber, der Personalvertretung, dem ärztlichen Direktor und der Betriebsleitung, vertreten durch

Präambel

Es besteht Einvernehmen, dass soziales Fehlverhalten wie Mobbing, Diskriminierung und sexuelle Belästigung das Betriebsklima negativ beeinflussen, zu Störungen der Arbeitsabläufe führen, die Qualität der Arbeitsergebnisse und die Gesundheit beeinträchtigen.

Hierdurch entsteht Schaden für den Betrieb (durch Fehlzeiten, Fehl- und Minderleistungen, Fluktuation etc.) und die Gesellschaft (Kosten durch Heilbehandlung, Rehabilitation, Arbeitslosigkeit, Frühberentung und Zerrüttung von Familien).

Unser Krankenhaus (Unternehmen, Institution etc...), das sich als Einrichtung dem Wohl und der Gesundheit der Bevölkerung verpflichtet sieht, sieht sich in besonderem Maße der WHO-Charta zur Gesundheitsförderung¹ sowie einem erweiterten Präventionsbegriff entsprechend SGB VII² und dem Arbeitsschutzgesetz³ verbunden. Es steht ein für eine Unternehmenskultur, die geprägt ist von partnerschaftlichem Umgang am Arbeitsplatz. Dies schafft die Basis für ein positives innerbetriebliches Arbeitsklima und fördert damit die Gesundheit am Arbeitsplatz.

Begriffsbestimmung

(1) Mobbing findet statt, wenn jemand am Arbeitsplatz schikaniert, bedrängt, herabgesetzt oder ausgegrenzt wird. Mobbing beeinträchtigt die Persönlichkeitsentwicklung, das Selbstwertgefühl sowie die Handlungs- und Entscheidungsfreiheit der betroffenen Person, es verletzt ihre Würde und ihr soziales Ansehen. Mobbing verhindert, dass die Betroffenen ihre Fähigkeiten einbringen und ihre fachlichen Aufgaben sinnvoll wahrnehmen können.

Leymann nennt 5 Klassen von Handlungen, die, wenn sie ausreichend lange und wiederholt auftreten, Mobbing ausmachen:

- Angriffe auf die Möglichkeit, zu kommunizieren
- Angriffe auf die sozialen Beziehungen
- Angriffe auf das soziale Ansehen
- Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation
- Angriffe auf die Gesundheit

(1) Diskriminierung ist die Herabsetzung von Beschäftigten wegen ihrer Behinderung, Herkunft, Hautfarbe, Religion, politischer Anschauung oder sexuellen Identität und verletzt die Würde der betroffenen Personen sowie ihre Grundrechte.

¹ Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986

² Sozialgesetzbuch VII, Gesetzliche Unfallversicherung

³ Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)

(2) Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ist jedes vorsätzliche sexuell bestimmte Verhalten, das die Würde des Menschen am Arbeitsplatz verletzt. Ausschlaggebend sind die Empfindungen der Betroffenen.

Als besonders schwerwiegend wird die Belästigung angesehen, wenn sie sich gegen Nachgeordnete richtet oder mit Hinweisen auf eine mögliche Verknüpfung der Erfüllung von sexuellen Forderungen und dem Fortkommen oder der Benachteiligung im Arbeitsleben verbunden wird.

§ 1 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für alle Beschäftigten des

§ 2 Grundsätze

(1) Jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter verpflichtet sich, zur Einhaltung des Arbeitsfriedens und eines guten Arbeitsklimas beizutragen. Hierzu gehört vor allem die Persönlichkeit jeder Mitarbeiterin/jedes Mitarbeiters zu respektieren. Diese Dienstvereinbarung dient der Prävention von Mobbing, Diskriminierung sowie sexueller Belästigungen. Sie regelt das Verfahren bei Konflikten und unterstützt bei arbeitsrechtlichen, dienstrechtlichen und berufsrechtlichen Problemen.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, ein partnerschaftliches Arbeitsklima zu fördern und aufrechtzuerhalten. Hierzu werden Maßnahmen der Prävention ergriffen sowie Hilfestellung bei Konflikten angeboten.

(3) Die sonstigen Rechte der Personalvertretung (Mitarbeitervertretung, Betriebsrat ...) bleiben unberührt.

§ 3 Pflichten des Arbeitgebers/Dienstherrn

(1) Die/das.....als Arbeitgeber/Dienstherr missbilligt jede Form von Mobbing und Diskriminierung sowie sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und verpflichtet sich zu präventiven Maßnahmen.

(1) Die/das.....verpflichtet sich, in Abstimmung mit den Betroffenen das in dieser Vereinbarung vorgeschlagene Verfahren zur Lösung von Konflikten einzuhalten. Den Beschwerdeführerinnen/Beschwerdeführern darf aus der Mitteilung eines Fehlverhaltens kein Nachteil entstehen.

§ 4 Verantwortung der Vorgesetzten

(1) Die Vorgesetzten tragen durch ihr Verhalten zu einem Betriebsklima bei, in dem die persönliche Integrität und die Selbstachtung aller Beschäftigten respektiert werden.

(2) Die Vorgesetzten ergreifen Maßnahmen zur Prävention von Konflikten am Arbeitsplatz. Für den ärztlichen Bereich ist ein Maßnahmenkatalog in der Anlage beigefügt, der ebenfalls Gegenstand der Vereinbarung ist. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen ist für jede Abteilung innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung auszuarbeiten und umzusetzen. Sie ist jeder Mitarbeiterin/jedem Mitarbeiter und der unter § 6 genannten Beratungsstelle zur Verfügung zu stellen. (Für den Bereich Verwaltung, Pflege und weiteres Personal (Reinigung, Technik etc.) wird analog hierzu die Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges zur Prävention von Konflikten am Arbeitsplatz empfohlen.)

(3) Die Vorgesetzten tragen die Verantwortung dafür, dass Hinweisen auf Mobbing, Diskriminierung oder eventuelle sexuelle Belästigung an ihrem Arbeitsplatz unverzüglich nachgegangen wird.

(4) Die Vorgesetzten verpflichten sich, die genannten Verhaltensregeln und Maßnahmen einzuhalten. Bei wiederholter Nichteinhaltung ist die Einleitung dienst-, arbeits- oder berufsrechtlicher Maßnahmen durch die Klinikleitung zu prüfen.

§ 5 Unterstützung der Betroffenen

Die Mitarbeiter werden ausdrücklich ermutigt, ein Fehlverhalten im Sinne dieser Vereinbarung nicht hinzunehmen, sondern sich dagegen zur Wehr zu setzen.

Fühlt sich der Betroffene nicht in der Lage, den Konflikt selbst zu lösen, kann er sich durch die Beratungsstelle beraten bzw. unterstützen lassen (§ 6).

§ 6 Beratungsstelle zur Konfliktlösung

(1) In wird eine Beratungsstelle zur Lösung von Konflikten am Arbeitsplatz eingerichtet.

(2) Die Beratungsstelle hat folgende Aufgaben:

- Öffentlichkeitsarbeit im Betrieb,
- Entgegennahme von Beschwerden,
- Prüfung, ob es sich um einen Fall im Sinn dieser Dienstvereinbarung handelt,
- Beratung der Betroffenen,
- Einleitung eines betriebsinternen Schlichtungsverfahrens, ggf. unter Einbeziehung externer Hilfen,
- Erstellen einer Jahresstatistik

(3) Die Mitglieder der Beratungsstelle sind weisungsunabhängig in der Wahrnehmung dieser Funktion. Sie sollten über eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern verfügen. Als Mitglieder der Beratungsstelle scheinen besonders geeignet der Betriebsarzt, ggf. gemeinsam mit jeweils einem gewählten Vertreter der jeweiligen Berufsgruppe (z. B. Ärzte, Pfleger, Verwaltung, Sozialarbeiter oder externe Berater).

(4) Den Mitgliedern der Beratungsstelle darf aus dieser Funktion kein beruflicher oder arbeitsrechtlicher Nachteil entstehen.

(5) Die Mitglieder der Beratungsstelle werden von anderweitigen dienstlichen Tätigkeiten freigestellt, soweit es zur ordnungsgemäßen Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Beratungsstelle erforderlich ist.

(6) Die Mitglieder der Beratungsstelle werden für diese Aufgabe geschult.

(7) Die Mitglieder der Beratungsstelle unterliegen der Schweigepflicht. Sie sichern absolute Vertraulichkeit der ihnen im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit übermittelten Informationen zu, soweit nicht ausdrückliches Einverständnis zur Weitergabe von bestimmten Informationen besteht.

(8) Die Beratungsstelle wird unter Wahrung des Datenschutzes anonymisiert über Kündigungen und Krankenstand der einzelnen Abteilungen und ggf. über die Ergebnisse der in einer Gefährdungsanalyse nach § 5 Arbeitsschutzgesetz festgestellten psychosozialen Belastungen informiert.

(9) Die Klinik stellt der Beratungsstelle entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.

(10) Die Beratungsstelle ist über eine Telefonnummer zur aktuellen Kontaktaufnahme erreichbar. Sie gibt regelmäßige Sprechzeiten bekannt.

§ 7 Verfahrensschritte und Zeitrahmen

(1) Die/der Betroffene nimmt telefonisch oder persönlich Kontakt mit der Beratungsstelle auf.

(2) Dem/der Betroffenen ist innerhalb von 2 Wochen nach erster Kontaktaufnahme ein Beratungstermin einzuräumen.

(3) Die Beratungsstelle prüft, ob es sich um einen Fall im Sinn dieser Vereinbarung handelt.

(4) Die Beratungsstelle leitet mit Einverständnis der/des Betroffenen ggf. ein betriebsinternes Schlichtungsverfahren ein. Hierzu kann sie alle Beteiligten zu Stellungnahmen auffordern. Diese müssen binnen einer Frist von ... der Beratungsstelle vorgelegt werden.

(5) Die Beratungsstelle kann die Beteiligten zu einem Schlichtungsgespräch einladen. Das Gespräch soll in angemessener Frist (in der Regel innerhalb von 2 Wochen) stattfinden.

(6) Die Beratungsstelle kann ggf. weitere Stellen (z. B. Verwaltungsleitung, ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung) zum Gespräch hinzuziehen. Das Ergebnis des Gespräches sowie die vereinbarten Regelungen zur Konfliktlösung werden protokolliert.

(7) Hält die Beratungsstelle es für erforderlich, können externe Hilfen (Mediatoren, Konfliktberater, Moderatoren etc.) einbezogen werden. Die dadurch entstehenden Kosten werden zunächst von der Klinik getragen.

§ 8 Informationspflicht

Alle Beschäftigten der Klinik... werden über diese Vereinbarung informiert. Die Vereinbarung wird jeder neuen Mitarbeiterin/jedem neuen Mitarbeiter bei Neueinstellung mit dem Arbeitsvertrag ausgehändigt, die/der die Kenntnisnahme mit Unterschrift bestätigt. Die Vereinbarung ist in jeder Abteilung öffentlich so auszuhängen, dass jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter Einsicht nehmen kann.

§ 9 Inkrafttreten und Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt zum ... in Kraft. Sie gilt, bis sie durch eine andere Vereinbarung ersetzt wird.

Ort, Datum und Unterschrift

Arbeitgeber, vertreten durch / Ärztlicher Direktor ... /
Personalvertretung, vertreten durch ... / die Betriebsleitung, vertreten durch

Anlage:

Maßnahmen zur Prävention

Ärztlicher Bereich

- **Sensibilisierung und Schulung von Vorgesetzten und Beschäftigten durch Qualifizierung:**

- Fortbildungen zum Thema Mobbing werden angeboten
- Fortbildungen zum Thema Konfliktmanagement werden angeboten

- **Prävention durch Gestaltung der Rahmenbedingungen:**

Für folgende Bereiche werden Verfahrensschritte festgelegt

- Urlaubsplanung
- Gewährung von Fortbildungsurlaub
- Gewährung von Freizeitausgleich
- Dienstplanung
- Poolbeteiligung
- Planung der Weiterbildung

Beispiel zur Urlaubsplanung

- Aushang BAT-Vorgaben zur Urlaubsregelung, ggf. ergänzt um hausinterne Regeln
- Zeitpunkt der Urlaubsplanung (Beispiel: Jahresurlaub bis Oktober des Vorjahres abstimmen)
- Form(blatt) für Urlaubsanträge / Bestätigung des Urlaubs (auch Angabe, in welcher Frist ein gestellter Antrag bestätigt/abgelehnt werden sollte)
- "Vorrangigkeit" von Urlaubsansprüchen (z. B. schulpflichtige Kinder)
- Absprachemodalitäten etc.

Beispiel Fortbildungsurlaub

- Aushang BAT-Vorgaben zur Gewährung von Fortbildungsurlaub, ggf. ergänzt um hausinterne Regeln
- Form(blatt) für Fortbildungsanträge / Gewährung des Fortbildungsurlaubs (auch Angabe, in welcher Frist ein gestellter Antrag bestätigt/abgelehnt werden sollte)
- Regeln für von Pharmafirmen gesponserte Fortbildungen: z. B. Vortrag über Inhalt der Fortbildung für Kollegen etc.
- ...