

Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege – Konzeptionelle Grundlagen und Modellentwicklung

Prof. Dr. Margret Borchert
Nina Brockhaus
Laura Jäschke
Antonius Reifferscheid
Prof. Dr. Gertrud Schmitz
Dominik Thomas
Nicole Trachte
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Sarah Wilbs

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**



Projekträger im DLR
Deutsches Zentrum für
Luft- und Raumfahrt e.V.



© Ioannis Kounadeas - Fotolia.com

STRATEGISCHE PARTNERSCHAFT
PRODUKTIVITÄT VON DIENSTLEISTUNGEN



IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 196

November 2012

Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege – Konzeptionelle Grundlagen und Modellentwicklung

Prof. Dr. Margret Borchert (margret.borchert@uni-due.de)
Nina Brockhaus (nina.brockhaus@uni-due.de)
Laura Jäschke (laura.jaeschke@uni-due.de)
Antonius Reifferscheid (antonius.reifferscheid@uni-due.de)
Prof. Dr. Gertrud Schmitz (gertrud.schmitz@uni-due.de)
Dominik Thomas (dominik.thomas@medman.uni-due.de)
Nicole Trachte (nicole.trachte@medman.uni-due.de)
Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@medman.uni-due.de)
Sarah Wilbs (sarah.wilbs@uni-due.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)
Universität Duisburg-Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Vorwort

Ein zunehmender Innovations- und Wettbewerbsdruck in den Dienstleistungsmärkten erfordert von den Dienstleistungsanbietern eine permanente Verbesserung ihrer Leistungen. Als zentraler Stellhebel hierfür gilt die Steigerung der Dienstleistungsproduktivität. Allerdings fehlen bisher fundierte Erkenntnisse über Messung, Bewertung und Gestaltung der Dienstleistungsproduktivität. An diesem Punkt setzt der Förderschwerpunkt „Produktivität von Dienstleistungen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an.

Das vorliegende Diskussionspapier ist eine Gemeinschaftsarbeit der Lehrstühle für Dienstleistungsmanagement und Handel (Professor Gertrud Schmitz), Personal und Unternehmensführung (Professor Margret Borchert) und des Lehrstuhls für Medizinmanagement (Professor Jürgen Wasem) der Universität Duisburg-Essen. Es beinhaltet Forschungserkenntnisse aus dem Projekt InDiPro – Integrierte Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege. InDiPro ist eines der geförderten Forschungsvorhaben aus dem Förderschwerpunkt „Produktivität von Dienstleistungen“. Ziel ist die Generierung grundlegender wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege, um Möglichkeiten der Messung, Bewertung und Gestaltung der Krankenhauspflegeproduktivität zu identifizieren und Methoden und Werkzeuge zur Produktivitätssteigerung zu entwickeln.

Projektdaten

Zuwendungsempfänger: Universität Duisburg-Essen	Ausführende Stelle: Universität Duisburg-Essen Fakultät für Wirtschaftswissenschaften Lehrstuhl für Medizinmanagement
Vorhabenbezeichnung:	Integrierte Dienstleistungsproduktivitätsdiagnostik in der Krankenhaus- pflege
Kurztitel:	InDiPro
Titel der Teilprojekte:	ProQuant, ProPat, ProMit
Förderkennzeichen:	01FL10063
Laufzeit des Vorhabens:	01.10.2010 – 30.04.2014
Homepage:	www.indipro-projekt.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungs- und Akronymverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	I
2 Stand der Forschung zur Dienstleistungsproduktivität	4
2.1 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen der Dienstleistungsproduktivität..	4
2.2 Anforderungen an ein dienstleistungsspezifisches Produktivitätsmodell	11
2.3 Konzeptionelle Ansätze der Dienstleistungsproduktivität.....	13
2.4 Zwischenergebnis.....	25
3 Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege.....	27
3.1 Begriff der Krankenhauspflegeproduktivität.....	27
3.2 Anforderungen an ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege	39
3.3 Stand der Forschung.....	42
3.4 Zwischenfazit	46
4 Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege.....	47
4.1 Die Grundarchitektur des Modells	47
4.2 Inputs	52
4.2.1 Krankenhausinputs.....	53
4.2.1.1 Struktureller Input.....	53
4.2.1.2 Personeller Input	57
4.2.2 Inputs Patient	61
4.3 Einflussfaktoren.....	63
4.3.1 Organisationale Einflussfaktoren.....	65
4.3.2 Personelle Einflussfaktoren	73
4.4 Outputs	80
4.4.1 Objektiv messbare Größen.....	81

4.4.1.1	Quantität	82
4.4.1.2	Objektive Qualität.....	85
4.4.2	Subjektiv wahrgenommene Größen	91
4.4.2.1	Patientenbezogene Outputgrößen.....	91
4.4.2.2	Mitarbeiterbezogene Outputgrößen	96
4.5	Wirkungsbeziehungen	107
4.5.1	Wirkungsbeziehungen zwischen Inputs und Prozessen.....	108
4.5.2	Wirkungsbeziehungen zwischen Prozessen und Outputs	111
4.5.3	Wirkungsbeziehungen zwischen Outputs untereinander	114
5	Diskussion und Fazit	123
	Literaturverzeichnis	130
	Rechtsnormenverzeichnis	166

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhältnis von Effektivität, Produktivität und Effizienz von Dienstleistungen	7
Abbildung 2: Kennzahl zur Effektivität von Dienstleistungen	7
Abbildung 3: Kennzahl zur Dienstleistungsproduktivität	8
Abbildung 4: Kennzahl zur Effizienz	9
Abbildung 5: Grundsätzliche Struktur der Produktivitätsermittlung bei Dienstleistungen nach Corsten	15
Abbildung 6: Anbieter- und Kundenproduktivität nach Johnston/Jones	16
Abbildung 7: Dienstleistungsproduktivitätsmodell nach Grönroos/Ojasalo	18
Abbildung 8: Produktivitätsmodell nach Lasshof	20
Abbildung 9: Dual-perspektivischer Bezugsrahmen der Dienstleistungsqualität nach Parasuraman.....	22
Abbildung 10: Pflege in den Institutionen des Gesundheitswesens.....	30
Abbildung 11: Pflegerische Stationen im Krankenhaus.....	34
Abbildung 12: Kennzahl zur Effektivität der Krankenhauspflege.....	36
Abbildung 13: Kennzahl zur Produktivität der Krankenhauspflege	37
Abbildung 14: Kennzahl zur Effizienz in der Krankenhauspflege.....	38
Abbildung 15: The Nursing Role Effectiveness Model nach Pringle/Doran.....	44
Abbildung 17: Nursing productivity nach Curtin.....	45
Abbildung 18: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – vereinfachte Darstellung	48
Abbildung 19: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Input-Betrachtung.....	53
Abbildung 20: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Einflussfaktoren	64
Abbildung 21: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Output-Betrachtung.....	81
Abbildung 22: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Wirkungszusammenhänge	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Vor- und Nachteile der konzeptionellen Dienstleistungsproduktivitätsansätze.....	24
Tabelle 2: Erfüllungsgrad der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell durch die konzeptionellen Dienstleistungsproduktivitätsansätze	26
Tabelle 3: Abgrenzung der Pflege in ambulanten und stationären Einrichtungen.....	32
Tabelle 4: Der Prozess der Krankenhauspflege.....	40
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche zur Krankenhauspflegeproduktivität	42
Tabelle 6: Zusammenfassung der Kennzahlen des quantitativen Outputs	85
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren in der anglo-amerikanischen Pflegeforschung	90

Abkürzungs- und Akronymverzeichnis

A	Anbieter
Abs.	Absatz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
d.h.	das heißt
DRG	Diagnosis Related Group
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EK	Endkombination
EKG	Elektrokardiogramm
EPA	elektronischen Patientenakte
ePF	Externer Produktionsfaktor
et al.	et alii
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
Gbe-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
G-DRG	German- Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
HIT	Health Information Technology
ICN	International Council of Nurses
i.d.R.	in der Regel

iPF	(Weitere) interne Produktionsfaktoren
i. S. v.	im Sinne von
i.w.S.	im weiteren Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
IQWiG	Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
I	Input
IT	Informationstechnologie
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
LB	Leistungsbereitschaft
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MAB	Mitarbeiterbindung
N	Nachfrager
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
O	Output
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
o. V.	ohne Verfasser
OP	Operationssaal
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PDA	Personal Digital Assistant
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung
QAL	Qualität des Arbeitslebens

QNWL	Quality of Nursing Work Life
QWL	Quality of Work(ing) Life
RFID	Radio-frequency identification
SGB	Sozialgesetzbuch
SIT	Soziale Identitätstheorie
S.	Seite
u.	und
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleiche
VHB	Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft e.V.
VK	Vorkombination
vs.	versus
wahrg.	wahrgenommene
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZVK	Zentraler Venenkatheter

I Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft gilt einerseits als eine der größten und wachstumsstärksten Dienstleistungsbranchen in Deutschland. Nach einer Schätzung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung wird sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegesektor in Deutschland bis zum Jahr 2050 verdreifachen.¹ Dann würden 1,6 Millionen Vollzeitbeschäftigte in der Dienstleistungsbranche „Pflege“ arbeiten. Andererseits ist jedoch zu beobachten, dass im Hinblick auf die kritische wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser zunehmend Arbeitsplätze im Pflegebereich abgebaut werden. Die Zahl an Pflegekräften in Krankenhäusern ist allein im Vergleich zum Jahr 1991 um mehr als 15% zurückgegangen, obwohl es rund 18% mehr Krankenhaufälle zu pflegen galt.² Diese Entwicklung wird u.a. damit begründet, dass die Kosten für das Pflegepersonal mit durchschnittlich etwa 34% den Großteil der finanziellen Belastung eines Krankenhauses ausmachen.

Im Hinblick auf die Personalproduktivität im Pflegebereich stationärer Einrichtungen, bislang gemessen an Patientenentlassungen pro Pflegekraft, liegt Deutschland im OECD-Vergleich an der Spitze, jedoch bleiben bislang die Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Belastungen des Pflegepersonals trotz zahlreicher Indizien zur Relevanz dieser Aspekte unberücksichtigt. Bspw. sind überdurchschnittliche Krankenstände und Frühinvaliditätsdiagnosen in Krankenpflegeberufen zu verzeichnen.³ Es ist davon auszugehen, dass sich diese Probleme in Zukunft unter Berücksichtigung des demographischen Wandels eher verschärfen als abschwächen werden.

Die gesundheitspolitische Entwicklung zeigt zudem, dass das Pflegepersonal in Krankenhäusern mit gestiegenen Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsanforderungen konfrontiert wird. Damit einher geht einerseits ein erheblicher Dokumentationsaufwand, andererseits resultieren aus den verkürzten Verweildauern der Patienten unter DRG-Bedingungen neue Pflegeanforderungen. Diese tragen neben der gestiegenen Betreuungsintensität, bedingt durch den spürbaren Personalrückgang, zur Überbelastung der Pflegekräfte bei. Parallel gewinnt die Dienstleistung „Krankenhauspflege“ und deren qualitativ hochwertige Umsetzung als Erfolgsparameter am wettbewerbsintensiven Krankenhausmarkt verstärkt an Bedeutung.

In der Dienstleistungsforschung wird seit einigen Jahren nachdrücklich die Aufforderung formuliert, Methoden und Konzepte zu entwickeln, die eine integrierte Analyse von Produktivität und Qualität ermöglichen.⁴ Zugleich ist festzustellen, dass inzwischen verschiedene konzeptionelle Ansätze zur Erfassung der Dienstleistungsproduktivität existieren. Diese erfassen gleichermaßen anbieter- und nachfragerseitige In- und Outputfaktoren, darüber hinaus berücksichtigen sie nicht nur anbieter- und

¹ Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 35 basierend auf Schulz et al. (2001).

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), S. 11 ff.

³ Vgl. INQA (2006).

⁴ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004); Parasuraman (2002); Filiatrault et al. (1996).

kundenautonome Leistungsprozesse, sondern auch Interaktionsprozesse zwischen Anbietern und Nachfragern.⁵ Diese konzeptionellen Ansätze stellen nach herrschender Auffassung grundlegende Bezugsrahmen zur Modellierung der Dienstleistungsproduktivität dar. Bislang fehlt jedoch in der Dienstleistungsforschung eine branchenbezogene Konkretisierung im Sinne eines Produktivitätsmodells der Krankenhauspflege, welches die im Einzelnen relevanten Modellkomponenten, ihre kontextspezifischen Ausprägungen sowie die zwischen ihnen bestehenden Zusammenhänge berücksichtigt.⁶ Auch knüpfen diese konzeptionellen Ansätze nicht an die im Bereich der pflegewissenschaftlichen Forschung entwickelten konzeptionell-theoretischen Ansätze an.⁷ Die pflegewissenschaftlichen Ansätze liefern umgekehrt zwar erste Erkenntnisse über krankenhauspflagespezifische Inputs, Prozesse und Outputs, erfassen aber ihrerseits die Entwicklungen in der Dienstleistungsforschung nicht.⁸ Zudem werden bislang weder in der Dienstleistungsforschung noch in der pflegewissenschaftlichen Forschung im Zusammenhang mit Produktivitätsüberlegungen und konzeptionellen Ansätzen der Dienstleistungs- bzw. Pflegeproduktivität Erkenntnisse der Personalforschung berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund besteht das Ziel des vorliegenden Arbeitspapiers darin, konzeptionelle Grundlagen der Krankenhauspflegeproduktivität zu ermitteln und ein integriertes Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege zu entwickeln. Mit Bezug zur Dienstleistung „Krankenhauspflege“ werden die relevanten Prozesse abgebildet, patienten- und krankenhausbazogene Input- und Outputfaktoren identifiziert sowie in ihrer quantitativen und qualitativen Dimension erfasst. Der interdisziplinäre Forschungsansatz basiert auf dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Forschung, der Dienstleistungs- sowie der Personalforschung.

Als Grundlage der Konzeptionierung eines solchen interdisziplinären Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege werden in Kapitel 2 die in der Dienstleistungsforschung vorherrschenden konzeptionellen Ansätze der Dienstleistungsproduktivität aufgearbeitet. Zunächst werden hier begriffliche und konzeptionelle Grundlagen der Dienstleistungsproduktivität dargestellt, bevor anschließend dezidierte Anforderungen abgeleitet werden, die ein dienstleistungsspezifisches Produktivitätsmodell erfüllen soll. Darauf aufbauend werden die zuvor identifizierten konzeptionellen Ansätze der Dienstleistungsproduktivität dahingehend analysiert, ob und inwieweit sie die aufgestellten Anforderungen an ein Produktivitätsmodell erfüllen.

In Kapitel 3 erfolgt sodann eine Analyse des Forschungsstands zur Produktivität in der Krankenhauspflege in der pflegewissenschaftlichen Literatur. Analog zu Kapitel 2 werden die begrifflichen und konzeptionellen Grundlagen der Krankenhauspflegeproduktivität präsentiert, bevor

⁵ Vgl. hierzu z.B. den Literaturüberblick bei Baumgärtner/Bienzeisler (2006).

⁶ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004).

⁷ Vgl. Vuorinen et al. (1998).

⁸ Vgl. Pringle/Doran (2003), S. 13; Curtin (1995), S. 25ff.

unter Berücksichtigung der ermittelten Anforderungen an ein Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege eine Analyse der pflegewissenschaftlichen Produktivitätsansätze erfolgt.

Darauf aufbauend wird schließlich in Kapitel 4 das interdisziplinäre Produktivitätsmodell für die Krankenhauspflege konzipiert. Dabei werden die in den drei Teildisziplinen der Pflegewissenschaft, der Dienstleistungs- und der Personalforschung identifizierten Input-, Prozess- und Outputelemente der Krankenhauspflege abgebildet. Darüber hinaus werden die zwischen diesen Modellelementen bestehenden Wirkungsbeziehungen erörtert. Besondere Beachtung in diesem integrierten, interdisziplinären Modell der Krankenhauspflegeproduktivität finden die bisher von der Pflegeproduktivitätsdefinition losgelöste Dienstleistungsqualität, die Integration von Patienten und deren Angehörigen in die Pflegeprozesse sowie die dabei ablaufenden Interaktionen mit dem Pflegepersonal und mitarbeiterbezogene Outputelemente. Insgesamt werden somit sowohl objektive als auch subjektive Input- und Ergebnisgrößen sowie unterschiedliche Teilprozesse der Krankenhauspflege identifiziert und im Produktivitätsmodell abgebildet.

Die Ausführungen enden mit einer kritischen Diskussion der Ergebnisse sowie einem Fazit und einem Ausblick für weitere Forschungsaktivitäten in Kapitel 5.

2 Stand der Forschung zur Dienstleistungsproduktivität

Ziel dieses Kapitels ist es, den gegenwärtigen Stand der Forschung zur Dienstleistungsproduktivität aufzuzeigen. Hierfür wird zunächst der zentrale Begriff „Dienstleistung“ systematisch betrachtet und das dieser Arbeit zugrunde liegende Produktivitätsverständnis dargelegt. Im Anschluss werden ausgehend von den konstitutiven Dienstleistungsmerkmalen die spezifischen Anforderungen an Produktivitätsmodelle abgeleitet, bevor die in der Literatur verfügbaren dienstleistungsspezifischen Produktivitätskonzepte dargestellt werden. Abschließend erfolgen eine Bewertung dieser Konzepte und die Zusammenfassung der relevanten Erkenntnisse dieses Kapitels.

2.1 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen der Dienstleistungsproduktivität

Um sich den konzeptionellen Grundlagen der Dienstleistungsproduktivität zu nähern, scheint es zunächst angezeigt, sich kritisch mit dem Dienstleistungsbegriff auseinander zu setzen.

Dienstleistungsbegriff und -merkmale als Basis der Dienstleistungsproduktivität

In der wissenschaftlichen Literatur besteht kein Konsens über den Dienstleistungsbegriff.⁹ Angesichts der Heterogenität des Dienstleistungssektors findet sich eine Vielzahl von Systematisierungsversuchen sowie Definitionsansätzen.¹⁰ Als ungeeignet haben sich *enumerative Definitionsansätze* (Aufzählungen verschiedener Dienstleistungen) und *Negativdefinitionen in Abgrenzung zu Sachgütern* aus wissenschaftlicher Sicht erwiesen, da sie keine hinreichende Trennschärfe aufweisen, nicht das gesamte Spektrum an Dienstleistungen abzudecken vermögen und zudem keine Ableitung von Implikationen für die Erfassung der Dienstleistungsproduktivität ermöglichen.¹¹ Diesen Kritikpunkten im Sinne von Anforderungen an einen Definitionsansatz wird jedoch die Definition anhand *konstitutiver Merkmale* gerecht. Daher wird dieser Definitionsansatz im Folgenden verwendet. Die Dienstleistungsliteratur diskutiert eine Vielzahl vermeintlich konstitutiver Merkmale.¹² Inzwischen hat sich jedoch gezeigt, dass die Intangibilität und die Integrativität die konstitutiven Dienstleistungsmerkmale sind, deren Berücksichtigung unter Managementgesichtspunkten unerlässlich ist.

⁹ Vgl. Maleri (1997), S. 1; Gerhardt (1987), S. 2.

¹⁰ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 9; Lasshof (2006), S. 47; Bezold (1996), S. 26f.

¹¹ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 21; Bialk (2006), S. 7f.; Scheer et al. (2006), S. 23f.; Burr et al. (2005), S. 288; Kleinaltenkamp (2001), S. 30.

¹² In der angloamerikanischen Literatur werden bspw. vier konstitutive Merkmale diskutiert: Intangibilität, Heterogenität, Simultanität von Produktion und Konsum, Vergänglichkeit. Vgl. Lovelock/Wirtz (2007), S. 9; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 9ff.; Lasshof (2006): 47; Ramme (2003), S. 7.

Die *Intangibilität* oder *Immaterialität* resultiert daraus, dass Dienstleistungen als Aktivitäten, Interaktionen, Prozesse und Lösungen für Kundenprobleme angesehen werden und in der Regel kein körperlich greifbares Leistungsergebnis generiert wird. Ein Dienstleistungsproduzent zielt also nicht auf die Herstellung eines physischen Objektes ab, sondern auf die Ausführung einer dienstleistenden Verrichtung an einem gegebenenfalls materiellen Objekt des Kunden oder an dem Kunden selbst. Das Dienstleistungsergebnis beinhaltet intangible Bestandteile, wobei der Grad der Intangibilität zwischen unterschiedlichen Dienstleistungen variieren kann.¹³ Aufgrund dieser intangiblen Bestandteile ist die objektive und subjektiv wahrgenommene Qualität der Dienstleistung schwierig zu bestimmen.¹⁴ So können intangible Ergebnisse vielfach nicht durch objektive Größen erfasst werden.¹⁵ Ferner hängt die kundenseitige Qualitätswahrnehmung dieser intangiblen Aspekte immer von subjektiven Wahrnehmungen des Kunden ab, so dass selbst objektiv identische Leistungsergebnisse subjektiv zu unterschiedlichen Qualitätswahrnehmungen bei verschiedenen Kunden führen können.¹⁶

Das Merkmal der *Integrativität* gilt in der Literatur als das konstitutive Dienstleistungsmerkmal, das die umfassendsten Managementimplikationen beinhaltet.¹⁷ Die Integrativität bedeutet, dass der Leistungserstellungsprozess von Dienstleistungen unabdingbar die Einbindung des Kunden oder eines von ihm eingebrachten Objektes erfordert.¹⁸ Der Kunde bzw. das von ihm zur Verfügung gestellte Objekt werden als externer (Produktions-) Faktor bezeichnet, der im Unterschied zu internen Produktionsfaktoren nicht der vollständigen Steuerung und Kontrolle des Anbieters unterliegt.¹⁹ Daher bedingt die Integration des externen Faktors aus Anbietersicht einen gewissen Unsicherheitsgrad.²⁰ Im Zusammenhang mit der Integrativität wird vielfach das Uno-Actu-Prinzip genannt. Gemeint ist die Untrennbarkeit und Simultanität von Produktion und Absatz bzw. Konsum, die die unmittelbare Beteiligung des Kunden am Leistungserstellungsprozess (externer Faktor) und damit seine beiden Rollen als Produktionsfaktor sowie Nachfrager unterstreicht.²¹

¹³ Vgl. Meffert/Bruhn (2009), S. 43; Bieger (2007), S. 11; Lasshof (2006), S. 47; 51; Ramme (2003), S. 8f.; Maleri (1997), S. 109.

¹⁴ Vgl. Haller (2010), S. 7; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 11. Bei fehlender näherer Spezifizierung des Begriffs der Qualität ist im weiteren Verlauf des Diskussionsbeitrags sowohl die objektive als auch die subjektiv wahrgenommene Qualität gemeint.

¹⁵ Vgl. Heskett et al. (1990), S. 116.

¹⁶ Vgl. Höck (2007), S. 720.

¹⁷ Vgl. bspw. Fließ (2009), S. 11.

¹⁸ Vgl. Bieger (2007), S. 11; Lasshof (2006), S. 47; Klose (1999), S. 6.

¹⁹ Vgl. Bruhn/Stauss (2009), S. 6; Büttgen (2009), S. 106.

²⁰ Vgl. Haller (2010), S. 8; Meffert/Bruhn (2009), S. 42; Corsten/Gössinger (2007), S. 119.

²¹ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 22; 27; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 9ff.; Klose (1999), S. 6.

Begriffliche und konzeptionelle Basis der Dienstleistungsproduktivität

Trotz inzwischen intensivierter Forschung zur Dienstleistungsproduktivität²² existiert kein allgemein anerkanntes Begriffsverständnis.²³ Zunächst ist daher zu prüfen, inwieweit das klassische Produktivitätsverständnis der Sachgüterproduktion auch für die Dienstleistungsproduktion genutzt werden kann. Das klassische Produktivitätsverständnis fasst Produktivität als Verhältniszahl auf, die die erzielten Leistungsergebnisse (Outputs) in Relation zu den genutzten Produktionsfaktoren (Inputs) setzt.²⁴

Konzeptionell ist unbestritten, dass auch die Bewertung der Dienstleistungsproduktivität auf einer vergleichenden Gegenüberstellung von Outputs/Outcomes als Leistungsergebnisse und Inputs der Leistungserstellung basiert.²⁵ Outputs werden dabei als unmittelbare Ergebnisse des Prozesses verstanden. Outcomes stellen hingegen die mittelbaren Ergebnisse der Prozesse, d.h. die Konsequenzen der Outputs, dar.²⁶ Im weiteren Verlauf wird der Begriff Outputs jedoch gleichermaßen für mittelbare und unmittelbare Leistungsergebnisse genutzt. Sofern die Ausführungen nicht für mittelbare und unmittelbare Leistungsergebnisse gleichermaßen gelten, wird dies jeweils begründend explizit dargelegt. Im Unterschied zum klassischen Produktivitätsverständnis ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eine valide Messung der Leistungsergebnisse (Outputs) durch die quantitative Erfassung qualitativ homogener Größen jedoch nicht möglich. Intangibilität und Integrativität als konstitutive Dienstleistungsmerkmale bewirken, dass die Annahme qualitativ homogener Leistungsergebnisse nicht durchgängig gerechtfertigt ist.²⁷ Daher müssen auch qualitative Aspekte bei der Bewertung der Leistungsergebnisse berücksichtigt werden. Vergleichbares gilt für die zu berücksichtigenden Inputs, die ebenfalls in ihrer Qualität variieren können.²⁸ Die quantitative Erfassung der Inputs setzt daher zusätzlich ihre qualitative Bewertung voraus. Ergänzend ist im Unterschied zum Sachgüterbereich zu erörtern, wie die Integration des Kunden und die von ihm zur Verfügung gestellten Inputs in die Dienstleistungsproduktivität eingehen sollen.

Zunächst ist es notwendig, eine Abgrenzung der Begriffe Produktivität, Effektivität und Effizienz vorzunehmen. Dies ist dadurch zu begründen, dass diese Begriffe in der Literatur generell in einem engen Wechselverhältnis gesehen werden, wobei unterschiedliche Ansichten bezüglich ihrer

²² Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 8. Vgl. hinsichtlich verschiedener Arbeiten zur Dienstleistungsproduktivität bspw. Parasuraman (2010); Lasshof (2006); Grönroos/Ojasalo (2004); Johnston/Jones (2004); Corsten (1994).

²³ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 146; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 8.

²⁴ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 139; Krajewski/Ritzman (1993), S. 7.

²⁵ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 139; Johnston/Jones (2004), S. 202; Krajewski/Ritzman (1993), S. 7.

²⁶ Vgl. bspw. Scheer et al. (2006), S. 25; Sink (1985), S. 24.

²⁷ Vgl. Backhaus et al. (2011), S. 230; Grönroos (2007), S. 14; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 414.

²⁸ Vgl. Bienzeisler/Löffler (2005), S. 213ff.

hierarchischen Ordnung bestehen und teilweise die Begriffe synonym verwendet werden.²⁹ Hier wird im Folgenden erläutert, dass es sinnvoll erscheint, die Effektivität als eine der Produktivität vorgelagerte Größe und die Effizienz als eine der Produktivität nachgelagerte Größe aufzufassen.

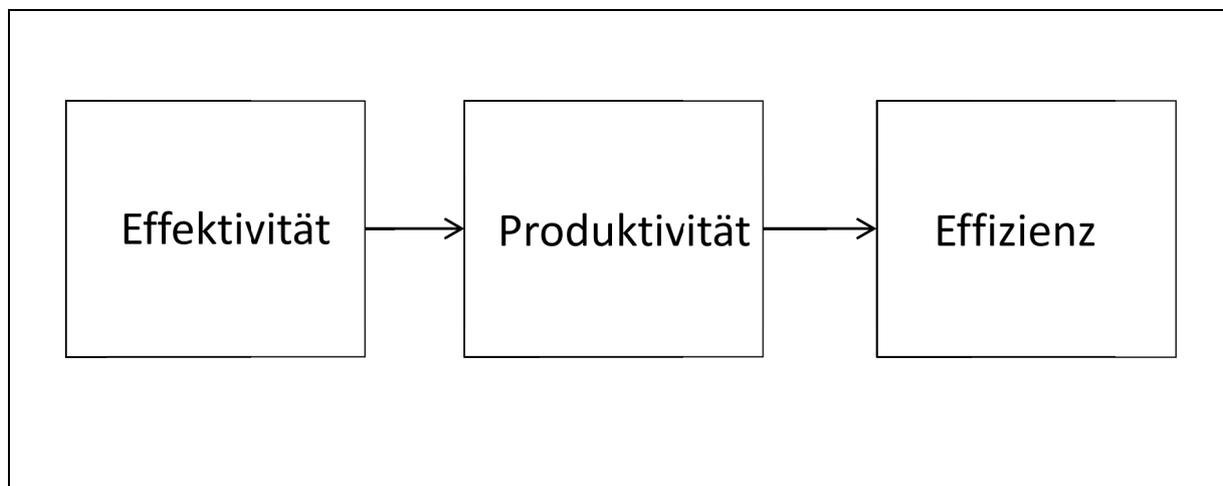


Abbildung 1: Verhältnis von Effektivität, Produktivität und Effizienz von Dienstleistungen³⁰

Im Zusammenhang mit der Effektivität erfolgt traditionell eine Konzentration auf die erzielten Leistungsergebnisse, ohne zu berücksichtigen, welche Einsatzfaktoren zur Erstellung der Leistungsergebnisse erforderlich sind.³¹ Da die Leistungsergebnisse des Dienstleistungserstellungsprozesses keine qualitativ homogenen Größen darstellen, müssen die angestrebten Leistungsergebnisse in einem ersten Schritt nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht definiert werden. Daran anknüpfend kann die *Effektivität* des Dienstleistungserstellungsprozesses ermittelt werden. Die Effektivität ist ein Maß für den Zielerreichungsgrad und beschreibt als Kennzahl die Relation aus:³²

$$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse}}{\text{Angestrebte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse}}$$

Abbildung 2: Kennzahl zur Effektivität von Dienstleistungen³³

Diese Kennzahl erfasst folglich, in welchem Ausmaß die „richtigen Dinge“ getan werden. Insofern ist im Rahmen von Effektivitätsanalysen in Dienstleistungsunternehmen zu erfassen, ob und inwieweit in einem Dienstleistungsunternehmen die anfallenden Tätigkeiten nicht nur objektiv korrekt ausgeführt

²⁹ Vgl. Lehmann/Koelling (2010), S. 2; Canter et al. (2007), Corsten (2007), S. 139; S. 3; Lasshof (2006), S. 11ff.; Johnston/Jones (2004), S. 202; Klassen et al. (1998), S. 3; Armistead (1988), S. 96. Vgl. auch Sumanth (1998): 11ff.; Sink (1985), S. 40f.

³⁰ Eigene Darstellung.

³¹ Vgl. Sumanth (1998), S. 12; Vuorinen et al. (1998), S. 379.

³² Vgl. Lasshof (2006), S. 16.

³³ Eigene Darstellung.

werden, sondern auch, wie der Kunde die Qualität der erbrachten Tätigkeiten im Rahmen der Dienstleistungserbringung subjektiv wahrnimmt. Dies bedeutet bspw., dass nur dann Effektivität vorliegt, wenn die richtigen Tätigkeiten während des Dienstleistungserstellungsprozesses erbracht werden. Effektivität kann bspw. auch dadurch erreicht werden, dass die vom Kunden wahrgenommene Qualität der Dienstleistungserbringung als gut bezeichnet wird. Je mehr Leistungsergebnisse insgesamt erreicht werden, umso höher ist der Zielerreichungsgrad. Dabei kann das verfehlte Leistungsergebnis darin bestehen, dass sich bei der Dienstleistungserbringung ungeschickte Verhaltensweisen bemerkbar machen, so dass Fehler auftreten, die für den Kunden negative Konsequenzen nach sich ziehen und die Dienstleistungserbringung somit als nicht gelungen angesehen wird.

Die korrekte Ausführung von Dienstleistungsaktivitäten sagt jedoch nichts darüber aus, wie wirtschaftlich im Dienstleistungsprozess mit den einzubringenden Ressourcen umgegangen wird. Bspw. besteht die Möglichkeit, dass bei der Dienstleistungserbringung unnötig viel Material verbraucht wird oder die Kundenkontaktmitarbeiter dadurch stark belastet werden, dass sie zu viele Mühen und Emotionen in der Kundeninteraktion aufwenden. Die Effektivität der Dienstleistungserstellung ist somit nur eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung der Dienstleistungsproduktivität. Analog zum klassischen Produktivitätsverständnis erfordert die Bewertung der Dienstleistungsproduktivität einen Vergleich mit den quantitativ erfassten und qualitativ bewerteten Inputs, die sich als Kennzahl folgendermaßen darstellt:

$$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse}}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren}}$$

Abbildung 3: Kennzahl zur Dienstleistungsproduktivität³⁴

Demnach ist ein Dienstleistungsunternehmen A bspw. produktiver als Dienstleistungsunternehmen B, wenn Dienstleistungsunternehmen A mit den gleichen Inputs mehr Kunden betreut und eine höhere subjektiv wahrgenommene Qualität aus Kundensicht erzielt als Dienstleistungsunternehmen B. Dementsprechend gilt auch, dass ein Dienstleistungsunternehmen A produktiver ist als ein Dienstleistungsunternehmen B, wenn Dienstleistungsunternehmen A mit weniger Inputs die gleiche Kundenzahl betreut und die gleiche subjektiv wahrgenommene Qualität aus Kundensicht erzielt als Dienstleistungsunternehmen B. Aber auch bei einer größeren Inputmenge kann A produktiver als B sein, wenn die Leistungsergebnisse überproportional größer sind.

Der Dienstleistungsproduktivität nachgelagert ist die Effizienz.³⁵ Die Effizienz resultiert aus einem Vergleich der erzielten Dienstleistungsproduktivität des Anbieters A mit der

³⁴ Eigene Darstellung.

Dienstleistungsproduktivität eines Referenzdienstleistungsproduzenten B, welcher einen im Vorhinein festgelegten Standard bzw. Idealpunkt oder die höchste real ermittelbare Produktivität erreicht (vgl. Abbildung 4).³⁶

Demnach ist ein Dienstleistungsunternehmen A effizient, wenn Dienstleistungsunternehmen A eine im Vorhinein festgelegte Standard- bzw. ideale Produktivität oder im Vergleich zu allen Wettbewerbern die höchste Produktivität erreicht.

$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse}_A}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren}_A} > \frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse}_B}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren}_B}$

Abbildung 4: Kennzahl zur Effizienz³⁷

Die Produktivität kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. In einer Makroperspektive werden nationale, regionale, staatliche und branchenbezogene Produktivitäten unterschieden. In einer Mikroperspektive werden traditionell auf gesamte Unternehmen oder auf einzelne Betriebe oder Betriebsteile bezogene Produktivitäten analysiert.³⁸ In der Dienstleistungsforschung wird aufgrund der hohen Bedeutung des Kunden bei der Dienstleistungserstellung zusätzlich die kundenseitige Betrachtungsperspektive berücksichtigt. Hinsichtlich der Erfassung der kundenseitigen Inputs sind unterschiedliche Vorgehensweisen in Abhängigkeit von der gewählten Betrachtungsperspektive denkbar. Aus einer Makroperspektive werden alle Inputs (quantitativ und qualitativ) erfasst, unabhängig davon, von wem sie in den Dienstleistungserstellungsprozess eingebracht werden. Die unternehmerische bzw. betriebliche Perspektive beschränkt sich hingegen auf die Erfassung der vom Unternehmen bzw. vom Betrieb eingebrachten Inputs (quantitativ und qualitativ),³⁹ wohingegen die Kundenperspektive ausschließlich

³⁵ Der Effizienzbegriff wird in der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur häufig in technische und allokativer Effizienz unterteilt. Dabei wird von technischer Effizienz gesprochen, wenn aus einem gegebenen Input der höchstmögliche Output hergestellt wird bzw. ein gegebener Output mit dem geringstmöglichen Input erreicht wird. Allokative Effizienz beschreibt das optimale Input-Output-Verhältnis bei quantitativ- und qualitativ variablen Inputs und Outputs. In der vorliegenden Untersuchung wird bei nicht näher spezifizierter Angabe von allokativer Effizienz ausgegangen. Vgl. Schlander (2009), S. 119f.

³⁶ Vgl. Vuorinen et al. (1998), S. 379f. sprechen in diesem Zusammenhang von „overall efficiency“, wenn das höchste überhaupt erreichbare Produktivitätslevel erreicht wird. Wird im Vergleich die beste Produktivität erzielt, wird von „observable efficiency“ gesprochen. Vgl. zum Effizienzverständnis auch Xue et al. (2005), S. 185ff. Klassen et al. (1998), S. 2, Sumanth (1998), S. 11ff.

³⁷ Eigene Darstellung.

³⁸ Vgl. Sink (1985): 2ff.

³⁹ Vgl. Parasuraman (2010), S. 278.

die kundenseitig eingebrachten Inputs darstellt, die den kundenseitig angestrebten Leistungsergebnissen vergleichend gegenübergestellt werden.⁴⁰

Je nach Aggregationsebene können zudem auch im Dienstleistungssektor zunächst grundsätzlich Gesamt- und Teilproduktivitäten unterschieden werden. Die Ermittlung einer Gesamtproduktivität als Summe aller Inputs und Outputs (quantitativ und qualitativ) stellt die wissenschaftliche Forschung aufgrund unterschiedlicher Dimensionen der Inputs und Outputs schon im Sachgüterbereich vor große Probleme. Diese Probleme dürften sich im Dienstleistungssektor durch die hier vorgenommene Erweiterung des Produktivitätsbegriffs um qualitative Inputs und Outputs eher noch verschärfen.⁴¹ Zur Umgehung der Aggregationsprobleme wird im Sachgüterbereich häufig auf Teilproduktivitäten übergegangen. Dabei wird jeweils nur das Verhältnis des Outputs zu einer Art von Input berücksichtigt, z.B. Output pro Arbeitsstunde als Arbeitsproduktivität oder Output pro Maschinenstunde als Anlagenproduktivität. Die Verwendung solcher Teilproduktivitäten ist generell aber kritisch zu sehen, weil sämtliche Produktivitätsveränderungen vollständig dem jeweils berücksichtigten Input zugeschrieben werden, ohne andere Einflüsse zu erfassen.⁴² Wird jedoch der jeweils berücksichtigte Input mit einer quantitativen Größe zutreffend erfasst und bildet dieser die relevante Grundlage für mengenmäßige Produktivitätssteigerungen, z.B. bei Rationalisierungen über Maschinen, erscheint die Verwendung von Teilproduktivitäten sinnvoller, als häufig angenommen wird.⁴³ Mit der Wahl des hier charakterisierten erweiterten Produktivitätsverständnisses, welches quantitative und qualitative Outputs sowie Inputs erfasst, sind jedoch im Dienstleistungssektor häufig vollkommen andere Rahmenbedingungen vorhanden. Folglich verwundert es nicht, dass bislang im Dienstleistungssektor das Konzept der Teilproduktivitäten eher zurückhaltend Verwendung findet.

Die Zusammenhänge zwischen Inputs und Outputs im Dienstleistungssektor, die als Grundlage für die Ermittlung der Dienstleistungsproduktivität auf Basis der aufgestellten Produktivitätsdefinition dienen, sollen im Rahmen dieser Arbeit in einem Produktivitätsmodell zusammenfassend dargestellt werden. Dazu bedarf es zunächst der Bestimmung der Anforderungen an ein Produktivitätsmodell, bevor im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche der derzeitige Stand der Forschung in diesem Themenfeld analysiert wird. Dies wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt.

⁴⁰ Vgl. Parasuraman (2010), S. 279; Johnston/Jones (2004), S. 205f.

⁴¹ Vgl. Sumanth (1998), S. 5ff.; Gutenberg (1975), S. 29ff.

⁴² Vgl. Lashhof (2006), S. 28ff.; Sumanth (1998), S. 4ff.

⁴³ Vgl. Gutenberg (1975), S. 30.

2.2 Anforderungen an ein dienstleistungsspezifisches Produktivitätsmodell

In konzeptioneller Hinsicht weisen Sachgüter- und Dienstleistungsproduktivitätsverständnis als Kennzahlen keine Unterschiede auf, was ergänzend ebenfalls für die Zusammenhänge zwischen Dienstleistungsproduktivität, Effektivität und Effizienz gilt. Die Unterschiede zwischen Sachgüter- und Dienstleistungsproduktivität ergeben sich aus der Erfassung und Aggregation der Input- und Outputgrößen. Die Komplexität der Messung und darauf aufbauend der Steuerung der Dienstleistungsproduktivität resultiert aus der durch die konstitutiven Dienstleistungsmerkmale bewirkten Notwendigkeit, relevante Outputs wie Inputs zu bestimmen sowie nicht nur in quantitativer Hinsicht zu erfassen, sondern auch qualitativ zu bewerten. Im Folgenden soll diese „Notwendigkeit“ konkretisiert werden, indem Anforderungen an ein dienstleistungsspezifisches Produktivitätsmodell aus den konstitutiven Dienstleistungsmerkmalen abgeleitet werden.

In der Sachgüterproduktion ist das Produktionsergebnis trotz möglicher abweichender Input-Ressourcen homogen, so dass qualitative Aspekte bei der Produktivitätsbestimmung unberücksichtigt bleiben.⁴⁴ Bei Dienstleistungen kann jedoch infolge der Intangibilität und der damit einhergehenden Variabilität des Outputs keine konstante Outputqualität angenommen werden.⁴⁵ Somit besteht bei Dienstleistungen die Notwendigkeit, die Qualität des Outputs in ein Produktivitätsmodell zu integrieren. Zudem kann aufgrund der Intangibilität des Dienstleistungsergebnisses die Qualität nicht ausschließlich durch objektive Kriterien beschrieben werden, sondern muss ebenfalls subjektive Qualitätsaspekte aus der Kundenperspektive berücksichtigen.⁴⁶ Somit besteht eine elementare Anforderung an ein Produktivitätsmodell für Dienstleistungen darin, die kundenseitige Bewertung der Outputs zu integrieren.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass sich aufgrund des aus der Integrativität resultierenden Uno-Actu-Prinzips auch der Leistungserstellungsprozess auf das Qualitätsurteil des Kunden auswirkt.⁴⁷ Dementsprechend müssen ebenfalls die verschiedenen Teilprozesse der Leistungserstellung (jeweils mit und ohne Beteiligung von Kunden und Mitarbeitern) und ihre qualitätsgerichtete Wirkung im Produktivitätsmodell Berücksichtigung finden.

Ebenfalls ist in diesem Kontext auf die besondere Bedeutung des Kundenkontaktpersonals hinzuweisen. Aufgrund der Integrativität der Dienstleistungserstellung werden Mitarbeiter als

⁴⁴ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 20; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 414; Ojasalo (1999), S. 59f.; Gutenberg (1975), S. 30.

⁴⁵ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 20f.; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 414; Ojasalo (1999), S. 59f.; Backhaus et al. (2011), 230; Grönroos (2007), 14.

⁴⁶ Die kundenseitige Qualitätsbewertung ist aufgrund der Subjektivität ebenfalls mit gewissen Problemen verbunden. Vgl. Grönroos (2007), S. 14.

⁴⁷ Vgl. Grönroos (2007), S. 54; Höck (2005), S. 182; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418; Ojasalo (1999), S.108.

erfolgsentscheidende anbieterseitige Ressource angesehen.⁴⁸ Mitarbeiter beeinflussen durch ihr Verhalten im Kundenkontakt während der Dienstleistungserstellung direkt die Qualitätsbewertung des Kunden.⁴⁹ Umgekehrt nehmen auch Kunden durch das in der Interaktion gezeigte Verhalten Einfluss auf die Einstellungen des Kundenkontaktpersonals.⁵⁰ Somit führt die direkte Interaktion mit dem Kunden ebenfalls zu produktivitätsrelevanten Einstellungen auf Mitarbeiterseite.⁵¹ Wurde traditionell schon in der industriell geprägten Literatur zur Produktivität von Unternehmen auf die Bedeutung von mitarbeiterbezogenen Output- bzw. Outcomegrößen hingewiesen, unterblieb in der Regel jedoch eine weitere Konzeptualisierung und Operationalisierung.⁵² Aufgrund der erörterten Interaktionsbeziehungen zwischen Kunden und Mitarbeitern im Dienstleistungsbereich ergibt sich jedoch die unabdingbare Notwendigkeit der Berücksichtigung von Mitarbeiteroutputs. Deshalb sollte ein umfassendes Dienstleistungsproduktivitätsmodell neben dem für den Kunden relevanten Output ebenfalls relevante Mitarbeiteroutputs enthalten.

Die Sachgutproduktion ist durch die *Geschlossenheit des Produktionsprozesses* gekennzeichnet, wohingegen bei der Dienstleistungsproduktion bedingt durch die Integrativität ein offenes Produktionssystem besteht.⁵³ In einem geschlossenen Produktionssystem findet die Leistungserstellung vor dem Konsum statt. Es besteht kein direkter Kontakt mit dem Kunden und dieser ist auch nicht an der Leistungserstellung beteiligt, wohingegen in offenen Produktionssystemen die Produktions- und Konsumptionsphase zusammenfallen, Kunden in direktem Mitarbeiterkontakt stehen und bei der Leistungserstellung mitwirken.⁵⁴ Die Integration des Kunden ist ein wesentliches Charakteristikum im Dienstleistungserstellungsprozess⁵⁵ und so beeinflussen die Quantität und Qualität der kundenseitig eingebrachten Inputs den Dienstleistungserstellungsprozess und die notwendigen anbieterseitigen Inputs unmittelbar.⁵⁶ Daher resultiert als weitere Anforderung an ein Produktivitätsmodell die Abbildung von Kundeninputs.

Bedingt durch die Offenheit des Produktionssystems können Kunden ebenfalls auf die Dienstleistungserstellung und -konsumption anderer Kunden produktivitätsrelevanten Einfluss nehmen.⁵⁷ Dies ist insbesondere bei Kollektivdienstleistungen relevant, bei denen eine gemeinsame und gleichzeitige Leistungserstellung für mehrere Kunden erfolgt (bspw. Bildungsdienstleistungen),

⁴⁸ Vgl. Sergeant/Frenkel (2000), S. 18.

⁴⁹ Vgl. Gruber et al. (2009), S. 424; Büttgen (2007), S. 33.

⁵⁰ In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Führungsersatzfunktion von Kunden hinzuweisen. Vgl. Dullinger (2001); Lehmann (1998); Bowen (1983).

⁵¹ Vgl. Wang et al. (2007), S. 67; Bell/Luddington (2006), S. 223; Bailey (1994), S. 27.

⁵² Vgl. Sink (1985), S. 40, 44, 64, sowie die dort zitierten Hawthorne-Experimente, in denen Zusammenhänge zwischen der Beachtung von Mitarbeiterbedürfnissen und der Produktivität nachgewiesen wurden.

⁵³ Vgl. Grönroos (2007), S. 19.

⁵⁴ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004), S. 416.

⁵⁵ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 20f.; Ojasalo (1999), S. 59f.

⁵⁶ Vgl. Haller (2010), S. 18ff.; Bieger (2007), S. 123; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 22; Lashof (2006), S. 97.

⁵⁷ Vgl. Büttgen (2007), S. 202; Ojasalo (1999), S. 98.

aber auch bei Dienstleistungen, bei denen Kunden aufeinandertreffen und den Leistungserstellungsprozess anderer beeinflussen können.⁵⁸ Deshalb ergibt sich die Notwendigkeit, auch Inputs anderer Kunden darzustellen.

Zusammenfassend bestehen somit folgende Anforderungen an ein dienstleistungsspezifisches Produktivitätsmodell:

Abbildung der

- kundenseitigen Bewertung der Outputs,
- verschiedenen Teilprozesse der Leistungserstellung,
- Mitarbeiteroutputs,
- Kundeninputs,
- Inputs anderer Kunden.

Im Folgenden ist zu klären, inwieweit existierende konzeptionelle Ansätze der Dienstleistungsproduktivität diesen Anforderungen genügen.

2.3 Konzeptionelle Ansätze der Dienstleistungsproduktivität

Nachdem in den beiden vorigen Abschnitten der Begriff der Dienstleistung geklärt, das Produktivitätsverständnis dargelegt und die produktivitätsrelevanten Dienstleistungsaspekte aus den konstitutiven Merkmalen abgeleitet wurden, dient dieser Abschnitt dazu, einen Überblick über die konzeptionellen Grundlagen zu verschaffen. Hierzu wurden basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche fünf konzeptionelle Ansätze der Dienstleistungsproduktivität identifiziert. Diese werden im Folgenden jeweils kurz vorgestellt und anschließend anhand der herausgestellten Anforderungen auf ihre Eignung überprüft.

Auch wenn das Thema Dienstleistungsproduktivität aus der Perspektive der Dienstleistungsforschung gesehen noch in den Anfängen steckt, existiert bereits „eine breite, wenn auch heterogene Basis theoretisch-konzeptioneller Ansätze zur Produktivität von Dienstleistungen“.⁵⁹ Um den gegenwärtigen Wissensstand systematisch aufzuarbeiten, wurde eine Literaturanalyse durchgeführt, die sich insbesondere auf die Identifikation von Dienstleistungsproduktivitätsmodellen bezog.

Hierfür wurde auf die EBSCO-Datenbanken Business Source Premier & EconLit zurückgegriffen, da hier die höchste Abdeckung der A- und B-Zeitschriften gemäß VHB-Ranking vorliegt. Berücksichtigung erfuhren ausschließlich wissenschaftliche Zeitschriften mit peer-review Verfahren im Zeitraum 1996 bis 2011. Um die relevanten Artikel zu identifizieren, wurde im Abstract immer

⁵⁸ Vgl. Lasshof (2006), S. 158f.

⁵⁹ Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 8.

nach „service“ und „productivity“ sowie jeweils „model“ oder „concept“ oder „framework“ bzw. ergänzend im Text nach „Input“ oder „Output“ oder „Outcome“ gesucht. Diese Abfrage führte zu insgesamt 222 Artikeln. Im Anschluss erfolgte von zwei Autoren unabhängig voneinander eine Einschätzung der Relevanz der Artikel anhand von Überschrift, Abstract und Keywords. So konnten 178 Artikel direkt ausgeschlossen werden. Da in den EBSCO-Datenbanken nicht alle potentiell relevanten Zeitschriften repräsentiert sind, wurden zusätzlich ausgewählte Zeitschriften aus den Bereichen Dienstleistungsmanagement, Personal und Marketing in die Recherche integriert und manuell durchsucht. Ebenfalls erfolgte eine manuelle Ergänzung um deutschsprachige Monografien zur Dienstleistungsproduktivität. Letztendlich konnten 65 potentiell relevante Artikel und Monografien identifiziert werden. Die Auswertung führte abschließend zur Identifikation von fünf verschiedenen konzeptionellen Ansätzen der Dienstleistungsproduktivität.

Im Folgenden werden diese fünf Ansätze der Dienstleistungsproduktivität in chronologischer Reihenfolge ihrer Veröffentlichung dargestellt, um die Entwicklung hin zum gegenwärtigen Forschungsstand zur Dienstleistungsproduktivität zu reflektieren. Unter konzeptionellen Ansätzen der Dienstleistungsproduktivität werden Untersuchungen verstanden, die sich mit der Konkretisierung der Inputs und Outputs bei Dienstleistungen und/oder der Abbildung möglicher Wirkungsbeziehungen zwischen Inputs und Outputs beschäftigen. Die Autoren bezeichnen ihre Untersuchungsergebnisse uneinheitlich und unbegründet als konzeptionelle Ansätze, Modelle oder Bezugsrahmen. Im Folgenden werden in der Darstellung der Untersuchungsergebnisse die Bezeichnungen der Autoren beibehalten. Wird zusammenfassend auf die Untersuchung von allen Autoren Bezug genommen, findet die Bezeichnung „konzeptionelle Ansätze der Dienstleistungsproduktivität“ Anwendung. Alle vorgestellten Ansätze sind, auch wenn es sich nicht um krankenhausspezifische Ansätze handelt, für die Zielsetzung dieser Arbeit relevant. So versprechen die vorgestellten Ansätze jeweils unterschiedliche Lösungshinweise, wie sich die dienstleistungsspezifischen Anforderungen, die aus der Intangibilität und der Integrativität resultieren, in einem Produktivitätsmodell integrieren lassen.⁶⁰

CORSTEN betrachtet im Rahmen der Darstellung einer grundsätzlichen Struktur der Produktivitätsermittlung bei Dienstleistungen primär personenbezogene bilaterale Dienstleistungen, die durch eine hohe Integrativität und einen hohen Personaleinsatz gekennzeichnet sind.⁶¹ Indem zwei unterschiedliche Produktivitäten (Vor- und Endkombination) eine separate Erfassung erfahren, werden zum einen die Mehrstufigkeit des Dienstleistungserstellungsprozesses und zum anderen die Einflussnahme des externen Faktors auf das Leistungsergebnis gewürdigt.⁶² Wie in Abbildung 5

⁶⁰ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 22.

⁶¹ Vgl. zum Begriff personenbezogener bilateraler Dienstleistungen die weiterführende Literatur, z.B. Corsten (1994).

⁶² Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 146.

dargestellt, wird in der Vorkombinationsproduktion die Integration des externen Faktors nicht berücksichtigt. In dieser Produktionsphase erfolgt erst die vom Anbieter autonome Bereitstellung des sofort verfügbaren Leistungspotenzials zur Dienstleistungserstellung, welches als Leistungsbereitschaft bezeichnet wird.⁶³ So ist bspw. für das Eindecken aller Tische als Vorbereitung für die abendlich erwarteten Gäste eines Restaurants eine Integration des externen Faktors nicht erforderlich.⁶⁴

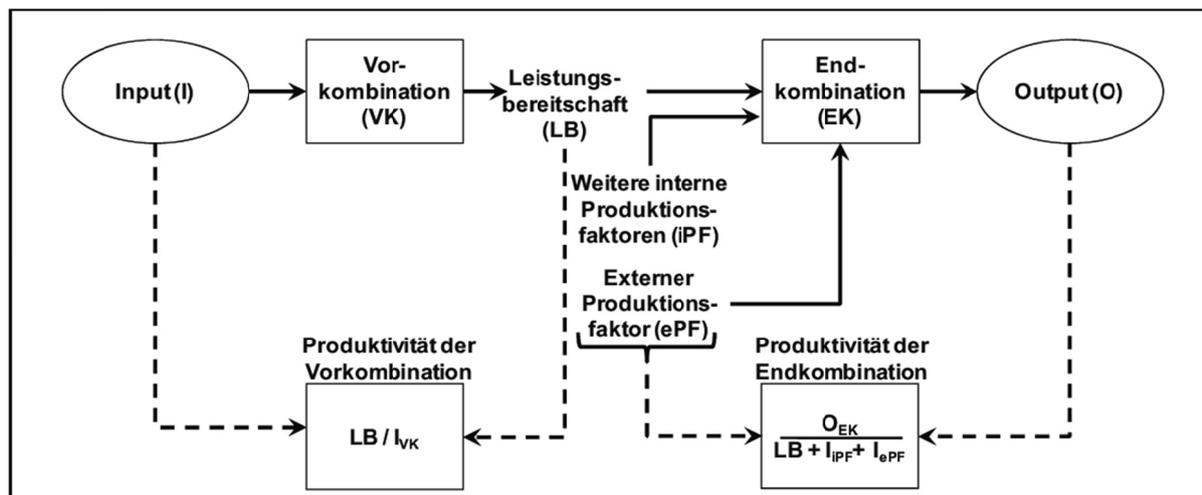


Abbildung 5: Grundsätzliche Struktur der Produktivitätsermittlung bei Dienstleistungen nach Corsten⁶⁵

Entsprechend fließt ausschließlich der anbieterseitige Input als Input der Vorkombination (I_{VK}) in die Erstellung der Leistungsbereitschaft (LB) ein. Hinsichtlich der Leistungsbereitschaft gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass diese nicht unbedingt gänzlich durch die Kunden genutzt werden muss. Aufgrund dessen erfolgt im Rahmen der Vorkombination schlussendlich eine Berücksichtigung der Leistungsbereitschaft, die auch tatsächlich von den Kunden in Anspruch genommen wird.⁶⁶ Die Produktivität dieser Vorkombination ergibt sich somit durch Division des Outputs in Form der Leistungsbereitschaft (LB) durch die anbieterseitigen Inputs als Inputs der Vorkombination (I_{VK}) zur Bereitstellung der Leistungsbereitschaft des Anbieters.⁶⁷

Die Produktivität der Endkombination ist nicht durch den Dienstleistungsanbieter autonom gestaltbar, sondern direkt von der Integration des externen Faktors abhängig.⁶⁸ Diese Produktivität trägt explizit der Integrativität der Dienstleistungserstellung Rechnung, indem die Produktivität der

⁶³ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 128.

⁶⁴ Vgl. Lasshof (2006), S. 121.

⁶⁵ Vgl. Corsten (1994), S. 61; Bartsch et al. (2011), S. 41.

⁶⁶ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 147.

⁶⁷ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 128; 146.

⁶⁸ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 128ff.; 146ff.; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 22ff.; Corsten (1994), S. 60ff.

Endkombination unter Einbezug des externen Faktors bewertet wird.⁶⁹ So berechnet sich die Produktivität der Endkombination durch Division des nicht näher spezifizierten Outputs der Endkombination (O_{EK}) durch die Summe der Anbieterinputs (bestehend aus der Leistungsbereitschaft (LB) und weiteren internen Produktionsfaktoren (I_{IPF})) und der vom Kunden eingebrachten externen Inputs (I_{ePF}). Generell wird im Produktivitätsansatz von CORSTEN eine Abhängigkeit des Anbieterinputs vom kundenseitig eingebrachten externen Input angenommen, die durch eine substitutive Beziehung zueinander gekennzeichnet sind. Eine identische Leistung kann mit reduziertem Anbieterinput erstellt werden, sofern von Kundenseite mehr externe Inputs eingebracht werden.⁷⁰ Der Kunde bringt darüber hinaus nicht nur seinen eigenen Input ein und trägt so zur Produktivität der Endkombination bei, sondern übt darüber hinaus auf den interaktiven Dienstleistungserstellungsprozess Einfluss aus.⁷¹ Dadurch, dass kundenseitige externe Inputs, die sich durch eine hohe Variabilität auszeichnen, in den Leistungserstellungsprozess integriert werden und diesen damit beeinflussen, stellt sich jedoch insbesondere die Erhebung der Produktivität der Endkombination als problematisch dar.⁷²

Hinsichtlich der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell ist festzuhalten, dass die grundsätzliche Struktur der Produktivitätsermittlung von Dienstleistungen nach CORSTEN Inputs des Kunden explizit berücksichtigt. Zudem werden die Leistungserstellungsprozesse dahingehend differenziert, ob sie mit oder ohne den Kunden erfolgen.⁷³ Darüber hinaus erfolgt jedoch keine Berücksichtigung der kundenseitigen Bewertung der Outputs.⁷⁴ Ebenfalls erfahren die Inputs und Outputs keine Konkretisierung und Mitarbeiteroutputs sowie Inputs anderer Kunden werden nicht abgebildet.

JOHNSTON/JONES unterscheiden zwei unterschiedliche Produktivitäten - zum einen die Anbieter- und zum anderen die Kundenproduktivität (siehe Abbildung 6).⁷⁵

$\text{Operational productivity} = f^n \frac{\text{used resources, customers, revenue, ...}}{\text{materials, customers, staff, costs, ...}}$ $\text{Customer productivity} = f^n \frac{\text{experience, outcome, value, ...}}{\text{time, effort, costs, ...}}$

Abbildung 6: Anbieter- und Kundenproduktivität nach Johnston/Jones⁷⁶

⁶⁹ Vgl. Bartsch et al. (2011), S. 42.

⁷⁰ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 24.

⁷¹ Vgl. Lasshof (2006), S. 119ff.

⁷² Vgl. Bartsch et al. (2011), S. 41.

⁷³ Vgl. Bartsch et al. (2011), S. 43.

⁷⁴ Vgl. Bartsch et al. (2011), S. 43; Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 24.

⁷⁵ Vgl. Johnston/Jones (2004), S. 206.

⁷⁶ Vgl. Johnston/Jones (2004), S. 206.

Die Anbieterproduktivität wird mittels Division der Outputgrößen wie genutzte Ressourcen, Kunden und Gewinn durch Inputgrößen wie Materialien, Kunden, Personal und Kosten bestimmt. Die Kundenproduktivität ergibt sich aus den Kundenoutputs (u.a. Erfahrung, Resultat, Wert) und Kundeninputs (u.a. Zeit, Aufwand und Kosten). Ausgehend von diesen zwei Produktivitäten verdeutlichen die Autoren, dass verschiedene, mit dem klassischen, industriell geprägten Produktivitätsverständnis nur schwer zu vereinbarende Produktivitätsphänomene im Dienstleistungsbereich existieren. Zu den so genannten Produktivitätsphänomenen zählen z.B., dass eine größere Varianz des Angebotes nicht zwangsläufig auch die Skaleneffekte minimiert und die Anbieterproduktivität reduziert, bzw. dass vermehrte Standardisierung und Automatisierung zwar die Anbieterproduktivität erhöhen, aber auch die Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit verringern können. Ein weiteres Paradoxon der Dienstleistungsproduktivität ist in so genannten Flaschenhalseffekten zu beobachten, d.h. Produktionsengpässe können sowohl die Anbieter- als auch die Kundenproduktivität erhöhen.⁷⁷

Hinsichtlich der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell ist zum einen festzuhalten, dass Kundeninputs explizit berücksichtigt werden. Zudem erfolgt eine explizite Abbildung der kundenseitigen Bewertung des Outputs, wobei rationale/kognitive Aspekte, Verhaltensaspekte und darüber hinaus auch emotionale Aspekte berücksichtigt werden.⁷⁸ Allerdings findet sich keine Aggregation der kundenseitigen In- und Outputs. Darüber hinaus erfolgt keine Differenzierung verschiedener Dienstleistungserstellungsprozesse und Mitarbeiteroutputs sowie Inputs anderer Kunden werden nicht berücksichtigt.

GRÖNROOS/OJASALO teilen im Rahmen der Entwicklung eines Dienstleistungsproduktivitäts-modells zunächst die Dienstleistungserstellung in die Dimensionen Input, Prozesse und Output. Wie in Abbildung 7 dargestellt, besteht der Input sowohl aus den Inputs des Anbieters (z.B. Mitarbeiter, Technologie, Systeme, Informationen und Zeit) als auch aus den Inputs des Kunden, der sich aus dem eigenen, individuellen Input und dem von anderen Kunden zusammensetzt.⁷⁹ Der Dienstleistungserstellungsprozess wird in drei Teilprozesse zerlegt, womit sie an die spezifischen Charakteristika eines Dienstleistungsprozesses anknüpfen.

Dabei werden folgende Teilprozesse unterschieden:⁸⁰

- Leistungen, die der Anbieter autonom erbringt (Backoffice)
- Leistungen, die der Kunde isoliert vom Anbieter erbringt
- Leistungen, die Anbieter und Kunde in direkter Interaktion erbringen (Service Encounter)

⁷⁷ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 28f.

⁷⁸ Vgl. Johnston/Jones (2004), S. 201ff.

⁷⁹ Vgl. Ojasalo (1999), S. 201.

⁸⁰ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 25ff.; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 414ff.

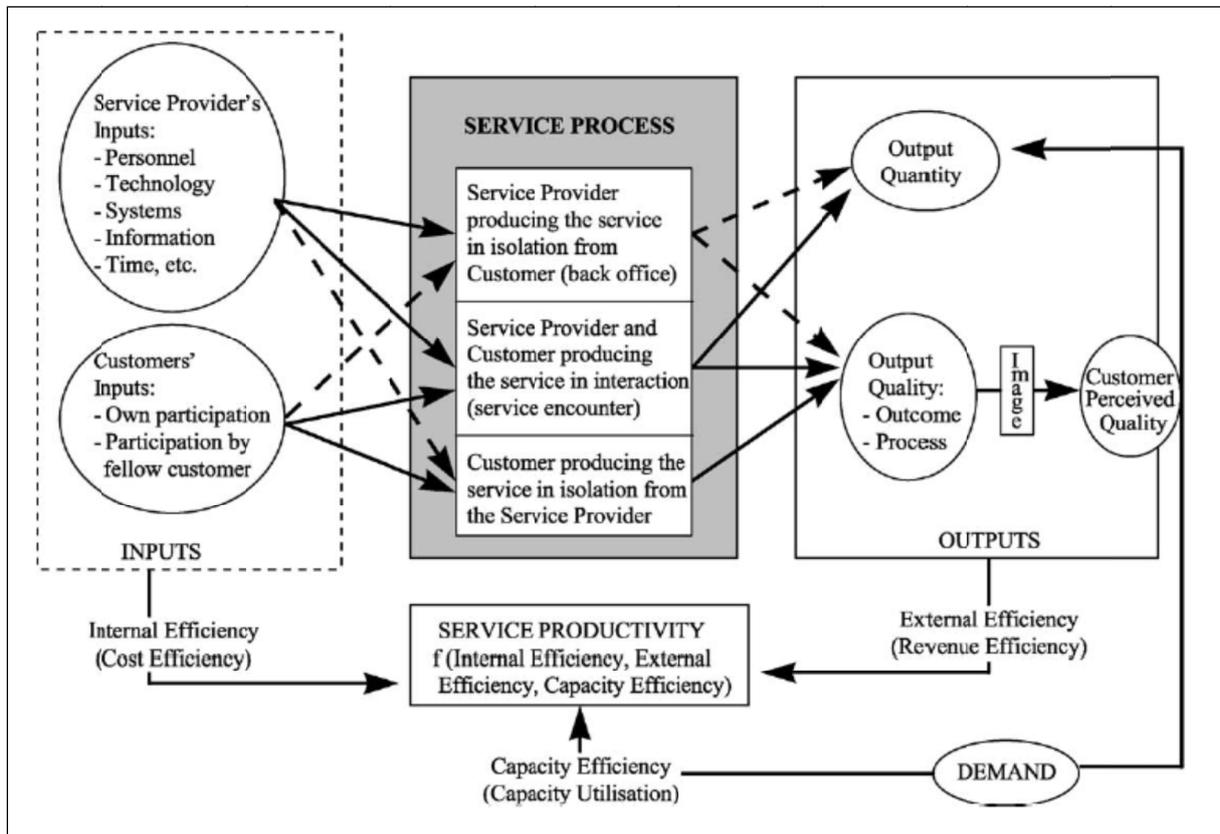


Abbildung 7: Dienstleistungsproduktivitätsmodell nach Grönroos/Ojasalo⁸¹

Kunden und Anbieter beeinflussen die Prozesse, an denen sie direkt beteiligt sind. Allerdings weisen GRÖNROOS/OJASALO darauf hin, dass Kunden die autonomen Anbieterprozesse ebenfalls durch ihre vorab zur Verfügung gestellten Inputs indirekt beeinflussen, ohne dass es während der autonomen Anbieterprozesse zu weiteren Interaktionen zwischen dem Anbieter und dem Kunden kommt. Ebenfalls beeinflusst der vorab geleistete Anbieterinput die autonomen Kundenprozesse indirekt durch steuernde Informationen und räumlich-technische Strukturen, die er den Kunden zur Verfügung stellt. So nutzen bspw. zwei Personen im Rahmen eines Telefonats die vom Anbieter bereitgestellte Telekommunikationsinfrastruktur.⁸² Als Ergebnis dieser Leistungserstellungsprozesse resultiert der Output, der sich in eine quantitative und eine qualitative Dimension differenzieren lässt.⁸³ Die Outputquantität wird durch die kundenseitige Nachfrage determiniert. Die Outputqualität auf Kundenseite ist hingegen sowohl von der Interaktion während des Dienstleistungserstellungsprozesses als auch von dessen Ergebnis abhängig. Über das kundenseitig wahrgenommene Image des Anbieters mündet die Dienstleistungsqualität in der kundenseitig wahrgenommenen Dienstleistungsqualität.⁸⁴

⁸¹ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

⁸² Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004), S. 417.

⁸³ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

⁸⁴ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 26; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

Die Autoren betrachten die Produktivität von Dienstleistungen als Funktion aus mehreren Produktivitätsdimensionen. In diesem Ansatz gilt Dienstleistungsproduktivität als Funktion der internen Effizienz, der externen Effizienz sowie der Kapazitätseffizienz.⁸⁵ Während die interne Effizienz angibt, wie effizient der Input in einen Output transformiert werden kann, zeigt die externe Effizienz, inwiefern der produzierte Output den Zielen der Dienstleistungsproduktion - der Erfüllung von Kundenbedürfnissen - gerecht wird, also den Erreichungsgrad einer hohen Dienstleistungsqualität.⁸⁶ Somit entspricht die externe Effizienz dem in Kapitel 2.1 dargelegten Effektivitätsverständnis. Die Kapazitätseffizienz schließlich beschreibt die Effizienz der Produktionskapazität anhand der Auslastung durch den Kunden.⁸⁷

Im Hinblick auf die dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell kann abschließend festgehalten werden, dass Kundeninputs sowie die kundenseitige Bewertung der Outputs explizit berücksichtigt werden. Zudem erfolgt eine Abbildung der verschiedenen Dienstleistungsprozesse. Darüber hinaus berücksichtigt das Modell von GRÖNROOS/OJASALO als einziges Modell die Inputs anderer Kunden für die Dienstleistungserstellung. Kritisch anzumerken bleibt allein, dass auch dieses Modell die Mitarbeiteroutputs nicht erfasst.

Das Produktivitätsmodell von LASSHOF, das in Abbildung 8 dargestellt ist, integriert die Mehrstufigkeit der Dienstleistungsproduktion ähnlich dem Modell von CORSTEN, indem eine Vorkombinations- und eine Endkombinationsphase differenziert werden.⁸⁸

⁸⁵ Vgl. Grönroos (2007), S. 244.

⁸⁶ Vgl. Ojasalo (1999), S. 147ff.

⁸⁷ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

⁸⁸ Vgl. Lashof (2006), S. 176f.

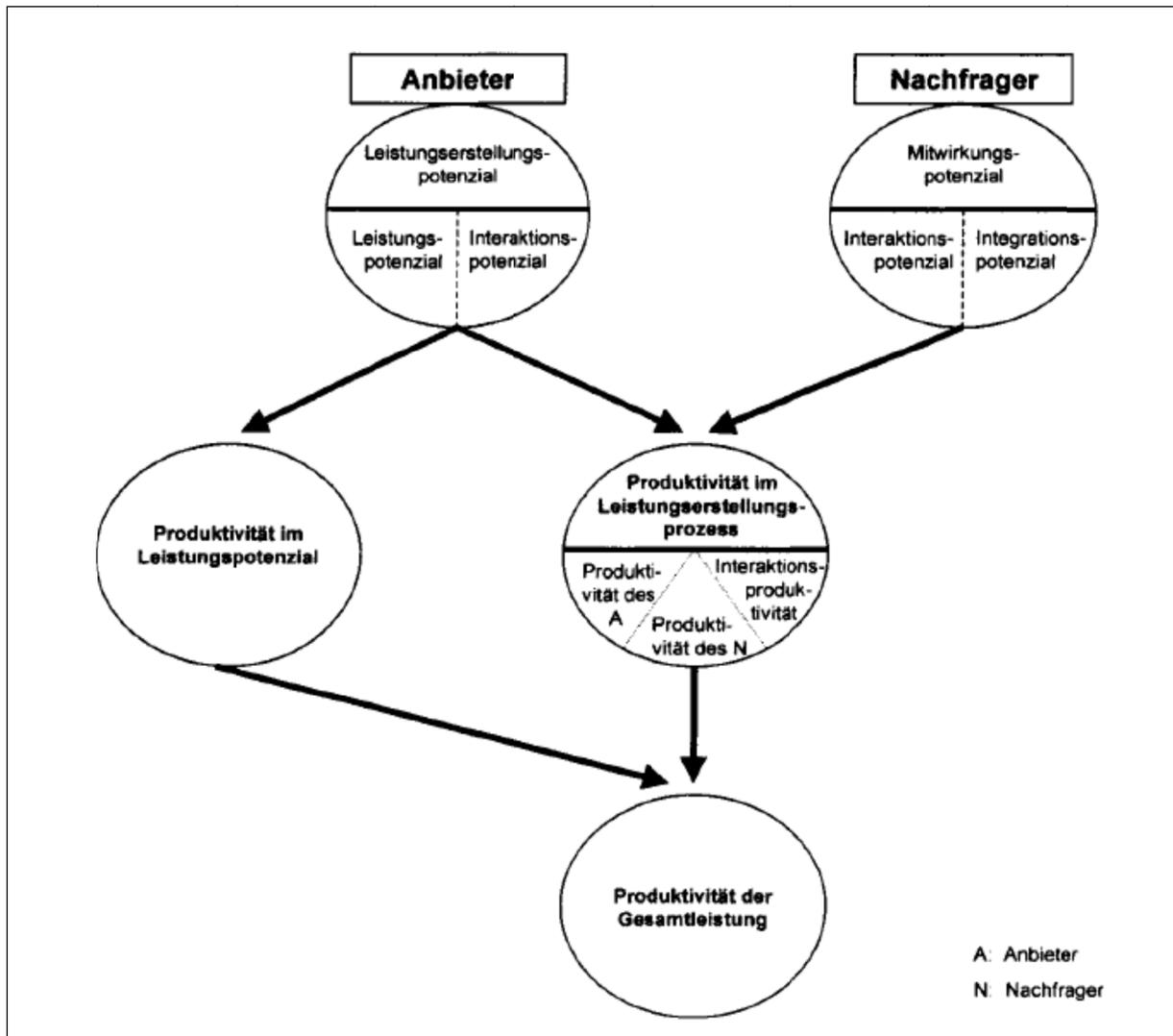


Abbildung 8: Produktivitätsmodell nach Lasshof⁸⁹

Sowohl der Anbieter als auch der Kunde bringen bestimmte Potenziale in die Dienstleistungserstellung ein. Auf Anbieterseite handelt es sich hierbei um das Leistungserstellungspotenzial. Dieses umfasst einerseits das Leistungspotenzial, verstanden als Bereitschaft und Fähigkeit des Anbieters zur Leistungserbringung, und andererseits das Interaktionspotenzial, welches kommunikative Fähigkeiten und angemessenes Verhalten des Kundenkontaktpersonals beinhaltet. Diese anbieterseitigen Potenziale konkretisieren sich in der Produktivität des Leistungspotenzials, das eine Teildimension der Gesamtproduktivität darstellt.⁹⁰

Der Kunde besitzt in diesem Produktivitätsmodell ein Potenzial zur Mitwirkung bei der Leistungserstellung, das die Güte seiner Integration determiniert. Dieses Mitwirkungspotenzial teilt sich in das Integrations- und das Interaktionspotenzial auf. Das Integrationspotential beschreibt, zu

⁸⁹ Vgl. Lasshof (2006), S. 176.

⁹⁰ Vgl. Lasshof (2006), S. 176f.

welchem Grad der Kunde die Fähigkeit, Bereitschaft und das Prozesswissen bzgl. der an ihn gestellten Anforderungen besitzt, um sich effizient und effektiv in die Dienstleistungserstellung einzubringen. Mit Hilfe des Interaktionspotenzials hat der Kunde die Möglichkeit, die Abläufe des Anbieters zu beeinflussen.⁹¹ So stellt der Kunde in der Interaktion mit dem Anbieter bspw. Informationen zur Verfügung und externe Faktoren bereit, wodurch sich eine Einflussnahme ergibt. Ein derartiges Verhalten des Kunden setzt allerdings entsprechende Fähigkeiten voraus, die als Interaktionspotenzial bezeichnet werden können.⁹²

Die Produktivität im Leistungserstellungsprozess wird durch das Leistungs- und Interaktionspotenzial des Anbieters sowie durch das Interaktions- und Integrationspotenzial des Kunden determiniert. Sie setzt sich aus der Produktivität der Aktivitäten, die der Anbieter autonom durchführt, die der Kunde autonom erstellt und die in Interaktion zwischen Anbieter und Kunde generiert werden, zusammen. Somit wird der Leistungserstellungsprozess in drei verschiedene Produktionsprozesse eingeteilt. Während die Produktivität von autonomen Anbieterprozessen alleine durch das anbieterseitige Leistungspotenzial bestimmt wird, hängt die Produktivität von autonomen Kundenprozessen ausschließlich vom Integrationspotenzial ab. Die Produktivität des interaktiven Erstellungsprozesses wird hingegen durch das beiderseitige Leistungs- bzw. Integrationspotenzial und zusätzlich durch das jeweilige Interaktionspotenzial determiniert. Die kommunikativen Fähigkeiten von Kunden und Mitarbeitern und die Art und Weise, wie in der Interaktion kommuniziert wird, wirken auf Leistungserstellungsprozess und -ergebnis und somit auch auf die Produktivität im Leistungserstellungsprozess ein.⁹³

Im Hinblick auf die dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell lässt sich zusammenfassend festhalten, dass auch, wenn keine explizite Konkretisierung von Kundeninputs erfolgt, die Kundenperspektive berücksichtigt wird. Die Erfassung des kundenseitigen Einflusses erfolgt differenziert über den Einfluss des Mitwirkungspotenzials auf die Produktivität im Leistungserstellungsprozess. Es erfolgt jedoch keine Aufnahme der kundenseitigen Bewertung des Outputs in das Modell, ebenso wie keine Abbildung von Mitarbeiteroutputs und Inputs anderer Kunden vorgenommen wird. Die Anforderung der differenzierten Betrachtung verschiedener Dienstleistungsprozesse erfüllt das Modell jedoch umfassend.

PARASURAMAN entwickelte einen dual-perspektivischen Bezugsrahmen der Dienstleistungsqualität, welcher die Kundenperspektive neben der Anbieterperspektive als separaten Bestandteil herausstellt. Die Notwendigkeit hierfür sieht er in zwei Aspekten begründet. Zum einen wird bei einer rein anbieterorientierten Sichtweise die kundenseitig wahrgenommene Qualität nicht ausreichend

⁹¹ Vgl. Lashof (2006), S. 177.

⁹² Vgl. Lashof (2006), S. 176.

⁹³ Vgl. Lashof (2006), S. 176f.

berücksichtigt. Zum anderen erfolgt eine Realisation vermeintlicher Produktivitätssteigerungen oft zu Lasten der Dienstleistungsqualität.⁹⁴

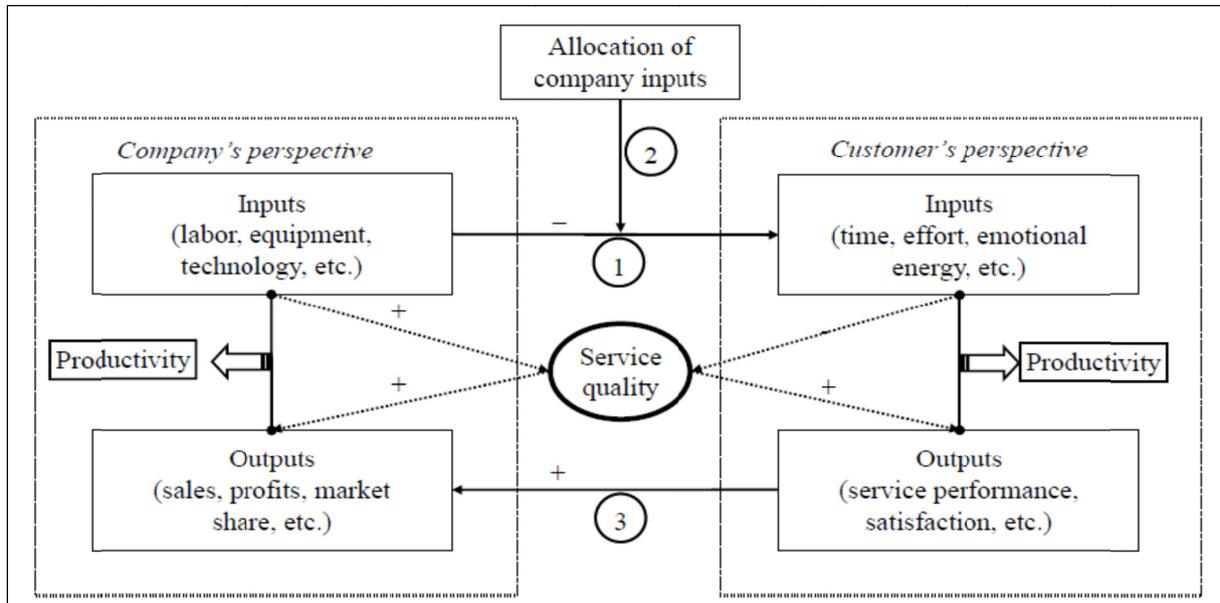


Abbildung 9: Dual-perspektivischer Bezugsrahmen der Dienstleistungsqualität nach Parasuraman⁹⁵

Das in Abbildung 9 dargestellte Modell beinhaltet deshalb die Dienstleistungsqualität als zentralen Bestandteil, der die Anbieter- und Kundenperspektive verbindet.⁹⁶ Sowohl Anbieter als auch die Kunden bringen Inputs in den Dienstleistungserstellungsprozess ein und beeinflussen auf diesem Wege die Dienstleistungsqualität.⁹⁷ Hinsichtlich der Beeinflussung der Dienstleistungsqualität wird angenommen, dass die Dienstleistungsqualität umso höher ist, je mehr Inputs des Anbieters und je weniger Inputs des Kunden anteilmäßig in die Dienstleistungserstellung eingehen (und umgekehrt). Eine niedrigere Dienstleistungsqualität kommt hingegen zu Stande, je höher die Inputanteile des Kunden und je niedriger die Inputanteile des Anbieters sind.⁹⁸ Somit besteht unter der Voraussetzung der zielführenden Allokation der Anbieterinputs eine substitutive Beziehung zwischen den Anbieterinputs und den Kundeninputs, so dass bspw. ein erhöhter und zielführend allozierter Anbieterinput den Umfang der erforderlichen Kundeninputs reduziert.⁹⁹ Der Anbieter bringt dabei in den Leistungserstellungsprozess seine Arbeitskraft, Ausstattung und Technologie ein. Der Kunde beteiligt sich durch Bereitstellung seiner Zeit, durch den physischen Aufwand und die emotionale Energie, die ihm durch seine Beteiligung abgefordert werden. Darüber hinaus hängt das notwendige

⁹⁴ Vgl. Parasuraman (2002), S. 7.

⁹⁵ Vgl. Parasuraman (2010), S. 280.

⁹⁶ Vgl. Parasuraman (2010), S. 280.

⁹⁷ Vgl. Parasuraman (2002), S. 7.

⁹⁸ Vgl. Parasuraman (2010), S. 280; Parasuraman (2002), S. 7.

⁹⁹ Vgl. Parasuraman (2002), S. 7.

Ausmaß an Kundeninputs auch davon ab, wie der Anbieter seine Inputs allokiert.¹⁰⁰ So ist der kundenseitig einzubringende Input bspw. höher, wenn der Anbieter im Zuge einer Reduzierung seiner Inputs Ressourceneinsparungen in essentiellen Bereichen vornimmt anstatt im Fall einer Ressourceneinsparung in weniger wesentlichen Bereichen. Dieser moderierende Zusammenhang führt zu der wichtigen Implikation, dass nicht alleine die Menge der Anbieterinputs für die Produktivität aus Kundensicht ausschlaggebend ist, sondern insbesondere deren effektive Allokation.¹⁰¹

Auf Outputseite ergeben sich dahingehend Unterschiede zu anderen Vorgehensweisen zur anbieterseitigen Produktivitätsermittlung, dass das Verständnis des Outputs weit gefasst wird und Größen wie Umsatz, Marktanteile und Gewinne umfasst, anstatt sich auf Größen wie bspw. die Anzahl der Kunden zu beziehen.¹⁰² Des Weiteren wirken die Kundenoutputs (z.B. die Kundenzufriedenheit) positiv auf die Anbieteroutputs (z.B. den Marktanteil), was ebenfalls den direkten Zusammenhang von Produktivität aus Anbieter- und aus Kundensicht unterstreicht.¹⁰³

Hinsichtlich der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sowohl Kundeninputs als auch die kundenseitige Bewertung der Outputs berücksichtigt werden. Allerdings erfolgt auch hier keine Abbildung der verschiedenen Dienstleistungsprozesse. Zudem erfahren Mitarbeiteroutputs sowie Inputs anderer Kunden keine Berücksichtigung. Darüber hinaus wird in dem Modell unterstellt, dass kundenseitige Inputs die Dienstleistungsqualität negativ beeinflussen.¹⁰⁴ Ein zusammenfassender Überblick über die Vor- und Nachteile der fünf identifizierten und vorgestellten Dienstleistungsproduktivitätsansätze ist der nachstehenden Tabelle I zu entnehmen.

Studie	Gegenstand	Vorteile	Nachteile
Corsten (1994)	- Produktivitätskonzept mit primär personenbezogenen bilateralen Dienstleistungen	- Dienstleistungserstellungsprozess mehrstufig dargestellt (Vor- und Endkombination) - Je eine Produktivitätsdimension für Vor- und Endkombination) - Mitarbeiterinput (implizit) berücksichtigt - Kundeninput explizit gewürdigt	- Output nicht spezifiziert - Dienstleistungsqualität stellt keinen expliziten Bestandteil dar - Mitarbeiteroutputs nicht erfasst - Inputs nur kategorisiert (intern, extern), keine Spezifizierung - Betrachtung des Leistungserstellungsprozesses zu undifferenziert, Interaktion mit Kunden nur implizit abgebildet - Inputs anderer Kunden nicht abgebildet

¹⁰⁰ Vgl. Parasuraman (2010), S. 280.

¹⁰¹ Vgl. Parasuraman (2010), S. 280f.

¹⁰² Vgl. Parasuraman (2002), S. 7.

¹⁰³ Vgl. Parasuraman (2010), S. 281.

¹⁰⁴ Vgl. Parasuraman (2002), S. 7.

<p>Johnston/ Jones (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Produktivitätskonzept, welches zwischen Anbieter- und Kundenproduktivität unterscheidet 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterinputs implizit berücksichtigt - Kundeninputs explizit gewürdigt - Kundenseitige Bewertung des Outputs abgebildet 	<ul style="list-style-type: none"> - Enumerative Darstellung der Inputs und Outputs bleibt unvollständig - Dienstleistungserstellungsprozess nicht abgebildet und differenziert - Keine Berücksichtigung von Mitarbeiteroutputs - Inputs anderer Kunden nicht abgebildet
<p>Grönroos/ Ojasalo (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Produktivitätskonzept, welches den Dienstleistungserstellungsprozess in Input, Prozesse und Output teilt 	<ul style="list-style-type: none"> - Differenzierte Betrachtung des Dienstleistungserstellungsprozesses - Berücksichtigung weiterer Kunden - Unterscheidung von verschiedenen Produktivitätsdimensionen (Effizienz, Effektivität, Kapazitätsauslastung) - Kundeninputs explizit integriert - Mitarbeiterinputs explizit dargestellt - Dienstleistungsqualität als Kundenoutput explizit berücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Berücksichtigung von Mitarbeiteroutputs
<p>Lasshof (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Produktivitätskonzept, welches die Mehrstufigkeit der Dienstleistungsproduktion, mittels der Differenzierung in eine Vorkombinationsphase und eine Endkombinationsphase, berücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungserstellungsprozess mehrstufig dargestellt (sowohl Vor- und Endkombination, als auch die verschiedenen Prozesse) - Kundeninputs explizit berücksichtigt (unterteilt in Interaktions- und Integrationspotential) - Mitarbeiterinputs implizit dargestellt 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Berücksichtigung von Kunden- oder Mitarbeiteroutputs - Inputs anderer Kunden nicht abgebildet - Dienstleistungsqualität stellt keinen Bestandteil dar
<p>Parasuraman (2002, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Produktivitätskonzept, welches die Kundenperspektive neben der Anbieterperspektive als separaten Bestandteil herausstellt 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungsqualität als zentraler Bestandteil des Produktivitätsmodells - Berücksichtigung weiterer Kundenoutputs - Kundeninputs explizit berücksichtigt - Mitarbeiterinputs implizit gewürdigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungserstellungsprozess nicht differenziert dargestellt - Keine Festlegung auf konkrete Inputs und Outputs - Keine Berücksichtigung von Mitarbeiteroutputs - Inputs anderer Kunden nicht abgebildet - Die Annahme, dass Kundenbeteiligung grundsätzlich die Qualität negativ beeinflusst, ist im Einzelnen zu prüfen

Tabelle 1: Überblick über Vor- und Nachteile der konzeptionellen Dienstleistungsproduktivitätsansätze¹⁰⁵

¹⁰⁵ Eigene Darstellung.

2.4 Zwischenergebnis

Die Analyse der in Abschnitt 2.3 dargestellten konzeptionellen Ansätze der Dienstleistungsproduktivität zeigt, dass kein gegenwärtig verfügbarer konzeptioneller Ansatz die dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell, die in Abschnitt 2.2 aus den konstitutiven Dienstleistungsmerkmalen abgeleitet wurden, in Gänze abzubilden vermag (vgl. Tabelle 1). Dennoch lässt sich die in der Literatur vertretene Meinung bestätigen, dass das Produktivitätsmodell von GRÖNROOS/OJASALO gegenwärtig das umfassendste Modell darstellt.¹⁰⁶ Wie in Tabelle 2 dargestellt, berücksichtigt dieses Modell als einziges den Einfluss von Inputs anderer Kunden auf die Produktivität des Dienstleistungserstellungsprozesses. Ferner bildet es als einziges Modell die Outputqualität aus Kundensicht zusammen mit der prozessualen Betrachtung der Leistungserstellung ab. Allerdings werden mitarbeiterbezogene Outputs in diesem Ansatz nicht beachtet. Dieses Defizit besteht jedoch bei sämtlichen konzeptionellen Ansätzen der Dienstleistungsproduktivität. Weiterhin ist allen betrachteten konzeptionellen Ansätzen gemein, dass keine nähere Spezifizierung der Mitarbeiterinputs vorgenommen wird. Im Rahmen der Dienstleistungsproduktivitätsforschung erfolgt somit lediglich eine globale Betrachtung erforderlicher Mitarbeiterinputs, die es im entsprechenden Anwendungsfall zu konkretisieren gilt. Ebenso handelt es sich bei allen betrachteten Modellen um konzeptionelle Ansätze zur Dienstleistungsproduktivität, die bisher noch nicht hinreichend operationalisiert wurden.¹⁰⁷ Somit ergibt sich auch hinsichtlich dieses Aspektes keine zusätzliche Vorteilhaftigkeit eines Ansatzes. Infolgedessen bildet das Produktivitätsmodell von GRÖNROOS/OJASALO die zentrale Grundlage aus der Dienstleistungsforschung für die Entwicklung eines Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege in Kapitel 4.

Die Erfüllung der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell durch die identifizierten und dargestellten konzeptionellen Ansätze der Dienstleistungsproduktivität kann zusammenfassend der nachstehenden Tabelle entnommen werden:¹⁰⁸

¹⁰⁶ Vgl. Bartsch et al. (2011), S. 44.

¹⁰⁷ Vgl. Homburg/Giering (1996), S. 5. Vgl. für einen ersten Operationalisierungsansatz des Produktivitätsmodells von Grönroos/Ojasalo (2004) und López et al. (2011).

¹⁰⁸ Legende: (+) erfüllt (-) nicht erfüllt

Autor(en)	Erscheinungs-jahr	Kunden-seitige Bewertung der Outputs	Verschiede-ne Dienst-leistungs-prozesse	Mitarbeiter-Outputs	Kunden-inputs	Inputs anderer Kunden
Corsten	1994	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
Johnston/ Jones	2004	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Grönroos/ Ojasalo	2004	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)
Lasshof	2006	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
Parasura-man	2002/2010	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)

Tabelle 2: Erfüllungsgrad der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell durch die konzeptionellen Dienstleistungsproduktivitätsansätze¹⁰⁹

¹⁰⁹ Eigene Darstellung.

3 Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege

Die bisherige Untersuchung hat die Grundlagen des Begriffs der Dienstleistungsproduktivität sowie die verschiedenen konzeptionellen Ansätze der Produktivitätsermittlung vor dem Hintergrund der spezifischen Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell aufgezeigt. Diese Überlegungen gilt es im Folgenden auf die Situation der speziellen Dienstleistung Krankenhauspflege zu übertragen. Dazu erfolgen in den nachfolgenden Ausführungen zunächst eine Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands sowie eine Erläuterung des Begriffs der Krankenhauspflegeproduktivität (Kapitel 3.1), bevor im Anschluss die spezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell für die Krankenhauspflege aufgezeigt werden (Kapitel 3.2). Ausgehend von diesen Anforderungen wird der derzeitige Stand der Forschung zur Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege aufgezeigt (Kapitel 3.3) und in einem Zwischenfazit der gegenwärtige Erkenntnisstand zusammengefasst (Kapitel 3.4). In den Ausführungen zum Zwischenfazit wird ebenfalls berücksichtigt, ob bzw. inwieweit die konzeptionellen Ansätze zur Dienstleistungsproduktivität aus Kapitel 2 den Anforderungen der spezifischen Gegebenheiten in der Krankenhauspflege entsprechen und welche Anpassungen notwendig sind, um die Produktivität in der Krankenhauspflege in einem Modell zu erfassen.

3.1 Begriff der Krankenhauspflegeproduktivität

Analog zu der Diskussion um eine Definition des Begriffs Dienstleistungsproduktivität gibt es in der wissenschaftlichen Literatur ebenfalls keinen Konsens über eine einheitliche Definition des Begriffs Krankenhauspflegeproduktivität. Um sich einer Definition zu nähern, bedarf es zunächst der klaren Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands Krankenhauspflege. Diese Abgrenzung wird in den nachfolgenden Ausführungen dargestellt.

Definition der Pflege

Im allgemeinen Sprachgebrauch umfasst die Pflege sowohl die professionelle, als auch die Laien- und die Selbstpflege im stationären und im ambulanten Bereich. Dabei wird die professionelle Pflege durch Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen¹¹⁰ vom *International Council of Nurses (ICN)* wie folgt definiert:

¹¹⁰ Unterstützt werden diese Berufsgruppen in der täglichen Praxis durch Krankenpflegehelfer - die eine verkürzte Ausbildungszeit durchlaufen - sowie durch Auszubildende, Praktikanten oder Absolventen von Freiwilligendiensten.

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.“¹¹¹

Davon abzugrenzen sind die Laienpflege und die Selbstpflege. Laienpflege zeichnet sich durch Aktivitäten aus, die vor allem über soziale Kontakte erlernt und innerhalb eines kleinen Personenkreises, z.B. innerhalb der Familie, aus der Bereitschaft gegenseitiger Unterstützung heraus angewendet werden.¹¹² Bei der Selbstpflege handelt es sich bei Pfleger und Pflegebedürftigem um ein und dieselbe Person, die soweit es ihr möglich ist, selbst für die Erfüllung der eigenen pflegerischen Bedürfnisse sorgt.¹¹³

Pflegerische Tätigkeiten können im Wesentlichen in drei Teilbereiche eingeordnet werden: die Grundpflege, die Behandlungspflege und Verwaltungstätigkeiten. Dabei beschreibt die Grundpflege die Unterstützung der zu pflegenden Person bei alltäglichen Aktivitäten. Hierzu zählt bspw. die Körperpflege, das Ankleiden oder die Nahrungsaufnahme. Zur Behandlungspflege, zählen alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, wie bspw. Verbandswechsel oder Wundversorgung. Verwaltungstätigkeiten beziehen sich letztlich auf Aspekte wie z.B. die Aufnahme des Patienten oder die Planung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen.¹¹⁴ In welchem Verhältnis grundpflegerische zu behandlungspflegerischen Maßnahmen anfallen ist im Wesentlichen beeinflusst durch den individuellen Pflegebedarf des Patienten. Der Pflegebedarf beschreibt den Bedarf an pflegerischer Unterstützung (in Bezug auf Art, Häufigkeit und Dauer der Unterstützung), der sich aus dem Vergleich der Beeinträchtigungen und der Ressourcen des Patienten vor dem Hintergrund der Pflegeziele und weiterer Kontextfaktoren ergibt.¹¹⁵

In Anlehnung an die Ausführungen zum Dienstleistungsbegriff aus Kap. 2.1, stellt die Pflege somit eine klassische Dienstleistung dar, die sich durch die konstitutiven Merkmale der Intangibilität bzw. Immaterialität und der Integrativität auszeichnet. Die Intangibilität resultiert daraus, dass im Rahmen der Pflege nicht um die Erzeugung physischer Produkte, sondern es um die Ausführung dienstleistender – also pflegerischer – Verrichtungen an einem Patienten geht. Das Merkmal der Integrativität ist für die Pflege ebenfalls erfüllt, da die Dienstleistungserstellung sowohl die physische

¹¹¹ International Council of Nurses (2010); Übersetzung bei DBfK (2010).

¹¹² Vgl. Arets et al. (1996), S. 28f.

¹¹³ Vgl. Arets et al. (1996), S. 19.

¹¹⁴ Vgl. Schönherr (2005), S. 83.

¹¹⁵ Vgl. Wingenfeld (2011), S. 263; Bartholomeyczik, Hunstein (2000), S. 107.

Präsenz als auch die Mitwirkung des Patienten im Leistungserstellungsprozess erfordert, womit auch das Uno-actu-Prinzip ein wesentliches Merkmal der Dienstleistung Pflege darstellt.

Die oben dargestellte Begriffsdefinition des ICN bezieht sich auf sämtliche Formen der Pflege, unabhängig vom Setting. Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht jedoch die professionelle Pflege im Krankenhaus.¹¹⁶ Eine eindeutige Begriffsdefinition der Pflege, die ausschließlich auf den Krankenhaussektor ausgerichtet ist, ist gegenwärtig nicht existent. Da es jedoch durchaus nennenswerte Unterschiede zwischen der Pflege im Krankenhaus und der Pflege in anderen Einrichtungen gibt, erscheint eine Abgrenzung der Krankenhauspflege von anderen Pflegeformen für den weiteren Untersuchungsverlauf erforderlich.

Abgrenzung der Krankenhauspflege von anderen Pflegeformen

Die professionelle Pflege bewegt sich in Deutschland grundsätzlich im ordnungspolitischen Rahmen des Sozialrechts.¹¹⁷ Dabei gibt es verschiedene Formen der Pflege, wie z.B. die häusliche Pflege, die Kurzzeitpflege oder die Teil- und Vollstationäre Pflege nach SGB XI¹¹⁸ oder auch die häusliche Krankenpflege sowie die Pflege im Krankenhaus nach SGB V¹¹⁹. Dabei wird ersichtlich, dass es verschiedene Institutionen gibt, in denen pflegerische Leistungen erbracht werden. In den unterschiedlichen Institutionen liegen in der Regel verschiedene Behandlungsanlässe der Pflegeleistung zugrunde. So werden Pflegemaßnahmen nach SGB V meist aufgrund akuter Erkrankungen oder anderweitiger akuter Einschränkungen notwendig, während Leistungen nach SGB XI eher langfristigen Charakter besitzen. Anhand der beiden Dimensionen **Behandlungsanlass** und **Ort der Leistungserbringung** lässt sich somit eine Abgrenzung der Pflege im Krankenhaus von anderen (professionellen) Pflegeformen darstellen. Veranschaulicht wird dies in Abbildung 10. Diese Einteilung entspricht u.a. den Anforderungen an die Pflegekräfte nach MENCHE. Danach müssen Pflegekräfte zum einen den individuellen Bedürfnissen eines jeden Patienten gerecht werden (Dimension Behandlungsanlass). Zum anderen müssen die Pflegekräfte sich den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung, sei es nun ambulant oder stationär (Dimension Ort der Leistungserbringung), anpassen und diese mit den Bedürfnissen der Patienten überein bringen.¹²⁰

¹¹⁶ Laienpflege und Selbstpflege werden als unterstützende Leistungen durch Patienten oder Angehörige in der Untersuchung mitberücksichtigt.

¹¹⁷ Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich dabei auf die Pflege im Rahmen der Kranken- und der Pflegeversicherung. Weitere Formen der Pflege, wie bspw. Heilerziehungspflege oder die Behindertenhilfe sind nicht Gegenstand der Betrachtung.

¹¹⁸ Elftes Sozialgesetzbuch (Soziale Pflegeversicherung); siehe insbesondere die §§28 bis 45c für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

¹¹⁹ Fünftes Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung); siehe zu häuslicher Krankenpflege §37 SGB V und zur Pflege im Krankenhaus §39 SGB V.

¹²⁰ Vgl. Menche (2011), S. 48.

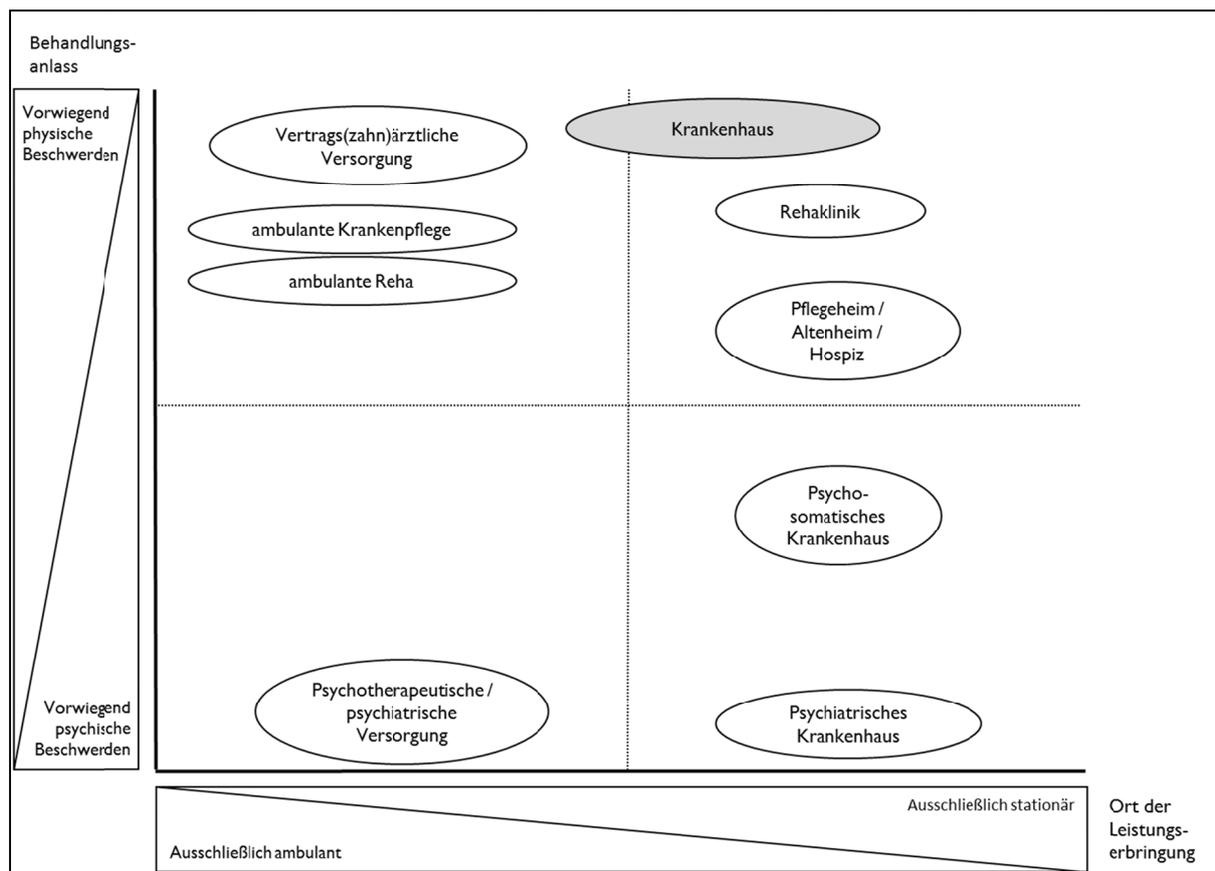


Abbildung 10: Pflege in den Institutionen des Gesundheitswesens¹²¹

Die Dimension *Behandlungsanlass* kann neben der Abgrenzung durch den ordnungspolitischen Rahmen, im Wesentlichen anhand der Unterscheidung in vorwiegend physische Beschwerden und vorwiegend psychische Beschwerden differenziert werden. Dabei unterliegt die Pflege psychischer Erkrankungen zahlreichen Besonderheiten. Im Zentrum der Pflege eines psychisch Kranken steht weder die Grundpflege noch die Behandlungspflege, sondern vielmehr der Beziehungsaufbau zum Patienten und seine Sozialtherapie. Im Rahmen einer Produktivitätsermittlung ergeben sich somit wesentliche Unterschiede. Diese Unterschiede beziehen sich sowohl auf die Betrachtung der Inputs (Verwendung alternativer materieller Ressourcen, Beteiligung anderer Berufsgruppen etc.), als auch auf die Prozesse sowie die Identifikation der Outputs. So ist bei der Pflege psychischer Erkrankungen nicht ausschließlich die kurative physische Genesung das relevante Ziel sondern vielmehr das individuelle Wohlbefinden des Patienten.¹²² Dies kann die Betrachtung unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Outputs erfordern. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf Krankenhausleistungen, bei

¹²¹ Eigene Darstellung. Die Grafik stellt ein vereinfachtes Abbild der Realität dar. Empirische Belege für den Anstieg psychischer Beschwerden der Patienten zwischen den Einrichtungen (bspw. zwischen Krankenhaus und Rehaklinik) liegen nur bedingt vor. Die Differenzierung in der Darstellung dient im Wesentlichen der Übersichtlichkeit.

¹²² Vgl. Menche (2011), S. 1263.

denen primär physische Leiden behandelt werden. Psychische Erkrankungen können aber im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung der Patienten als relevante Nebendiagnosen berücksichtigt werden.

Die Abgrenzung der Krankenhauspflege zu anderen Pflegeformen kann des Weiteren anhand der Dimension *Ort der Leistungserbringung* differenziert werden. Die inhaltliche Unterteilung der Dimension erfolgt durch die Trennung der beiden Versorgungssektoren *ambulant* und *stationär*. Zu den ambulanten Einrichtungen der Pflege zählen die ambulante Krankenpflege sowie pflegerische Leistungen im Rahmen der Vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung.¹²³ Dabei werden ambulante Pflegeeinrichtungen definiert als „selbständig wirtschaftende Einrichtungen [...], die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Zusätzlich gehört üblicherweise die medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der Einrichtungen“¹²⁴. Hinzu kommen die ständige Erreichbarkeit sowie das Vorhandensein von Geschäftsräumen des Pflegedienstes.¹²⁵ Wie der aufgeführten Definition entnommen werden kann, verbleibt der Patient in seiner häuslichen Umgebung und bleibt weitestgehend selbstständig. Das bedeutet für die Pflegekräfte, dass diese sich den häuslichen Gegebenheiten des Patienten anpassen müssen. Dies schließt ein, dass Ressourcen zur pflegerischen Leistungserbringung nicht in dem Maße vorhanden sind und durch den Leistungserbringer kontrolliert werden können, wie dies in einer stationären Einrichtung der Fall ist. Folglich müssen die Bedingungen der häuslichen Umgebung auf den Behandlungsbedarf des Patienten angepasst werden (bspw. durch elektrische Betten, Infusionszubehör, Beatmungsgeräte), um eine ausreichende Pflege zu gewährleisten.¹²⁶

Demgegenüber steht die pflegerische Versorgung eines Patienten in stationären Einrichtungen.¹²⁷ Darunter ist die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen sowie Einrichtungen der stationären (Alten-)Pflege, aber auch Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation zu fassen.¹²⁸ Die Pflege in stationären Einrichtungen unterscheidet sich von ambulanten Einrichtungen vornehmlich in vier Punkten: *Räumlichkeiten, Abläufe, Versorgungszeit und Arbeitsbewältigung*. Die inhaltlichen Unterschiede lassen sich Tabelle 3 entnehmen.

¹²³ Ambulante Leistungen der Pflege im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind z.B. die häusliche Krankenpflege nach §37 SGB V.

¹²⁴ Vgl. Gbe-Bund (2012a).

¹²⁵ Vgl. Menche (2011), S. 49.

¹²⁶ Vgl. Büscher (2011), S. 498f.

¹²⁷ Auf Pflege in teilstationären Einrichtungen, Praxiskliniken, Tageskliniken und ähnlichen Einrichtungen, die teilweise Merkmale der ambulanten Pflege und der stationären Pflege erfüllen, wird hier zur Vereinfachung nicht weiter eingegangen.

¹²⁸ Vgl. Gbe-Bund (2012b).

	Ort der Leistungserbringung	
	Ambulant	Stationär
Räumlichkeiten	Häusliches Wohnumfeld des Patienten	Räumlichkeiten des Leistungserbringers
Abläufe	Durch den Tagesablauf und räumliche Gegebenheiten des Patienten vorgegeben	Durch die institutionellen Organisationsabläufe sowie strukturelle Gegebenheiten der Einrichtung vorgegeben
Versorgungszeit	Pflege nur zu abgesprochenen Zeiten	Pflegerische (und medizinische) Vollversorgung (24 Stunden pro Tag)
Arbeitsbewältigung	Erfolgt i.d.R. durch eine Pflegekraft allein vor Ort	Versorgung erfolgt durch gesamtes Team der Einrichtung bzw. Station (Pflegekräfte, Mediziner, Therapeuten, etc.)

Tabelle 3: Abgrenzung der Pflege in ambulanten und stationären Einrichtungen¹²⁹

Innerhalb des stationären Sektors unterscheidet sich das Krankenhaus weiterhin von den anderen stationären Einrichtungen. Im Krankenhaus liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistung, um Krankheiten und Leiden zu heilen bzw. zu lindern.¹³⁰ Die übrigen stationären Einrichtungen besitzen einen anderen Fokus. So dient eine Reha-Klinik der Behandlung sowie Förderung der verbliebenen Fähigkeiten des Patienten bzw. deren Wiederherstellung nach einer Erkrankung. Durch die World Health Organisation (WHO) wird diese wie folgt definiert: *„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“*¹³¹ Dies erfolgt i.d.R. in Form einer Anschlussheilbehandlung, die an einen Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus anschließt.¹³² Der Schwerpunkt für pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation liegt somit weniger als im Krankenhaus auf symptom-/krankheitsspezifischen Pflegehandlungen und arztorientierten (Pflege-) Handlungen, sondern stärker im kommunikativen Bereich. Folglich überprüft die Pflege die Fortschritte der Rehabilitationsmaßnahmen und sorgt für therapeutische Kontinuität.¹³³ Des Weiteren gehören auch Pflege- und Altenheime zur Gruppe der vollstationären Einrichtungen. Hier „werden alte Menschen, chronisch kranke sowie geistig oder körperlich schwerstbehinderte Menschen gepflegt und versorgt.“¹³⁴ Der Schwerpunkt dieser Einrichtungen liegt nicht wie im Krankenhaus im Bereich der Kuration (und somit der medizinisch

¹²⁹ Eigene Darstellung.

¹³⁰ Vgl. Menche (2011), S. 48.

¹³¹ Vgl. WHO (1981).

¹³² Vgl. Menche (2011), S. 48.

¹³³ Vgl. Hotze/Winter (2011), S. 552.

¹³⁴ Gbe-Bund (2012b).

ausgerichteten Behandlungspflege), sondern eher in der Erleichterung der Verrichtungen des täglichen Lebens (und somit eher in der Grundpflege im Rahmen des individuellen Gesundheitszustands des Patienten¹³⁵). I.d.R. werden die Patienten von Alten- und Pflegeheimen auch als Bewohner bezeichnet, da diese häufig ohne zeitliche Begrenzung in der Einrichtung untergebracht werden.¹³⁶ Eine weitere stationäre Einrichtung stellt das Hospiz dar, in dem Schwerstkranke und Sterbende betreut und versorgt werden.¹³⁷ Im Vergleich zum Krankenhaus, in welchem die Kuration als Ziel angesehen wird, liegt der Behandlungsschwerpunkt in einem Hospiz¹³⁸ in der Leidenslinderung sowie der Betreuung der Angehörigen des Patienten. Darüber hinaus steht auch die Trauerbegleitung und -bewältigung im Fokus.¹³⁹

Ein weiterer wesentlicher Punkt, der das Krankenhaus von anderen ambulanten und stationären Einrichtungen unterscheidet, ist die Interdisziplinarität der Ärzteschaft. Im Krankenhaus können Mediziner mehrerer Fachrichtungen ohne größeren Aufwand hinzugezogen werden. Diese Vorzüge sind in anderen stationären Einrichtungen ebenfalls realisierbar, jedoch müssten entsprechende Mediziner aus einer niedergelassenen Praxis bzw. einem Krankenhaus hinzugeholt werden, was wiederum mit einem größeren organisatorischen Aufwand verbunden ist. Im ambulanten Sektor besteht eine ärztliche Versorgung dieser Art nicht. Hier müssen die Patienten den Weg zum Arzt eigenständig auf sich nehmen oder werden durch Hausbesuche betreut.¹⁴⁰

Im Hinblick auf eine Produktivitätsbetrachtung der Krankenhauspflege unterscheiden sich die diversen stationären Einrichtungen demnach in den zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen sowie den Inhalten und Abläufen der pflegerischen Leistungsprozesse. Somit kann die vorliegende Untersuchung zur Krankenhauspflegeproduktivität nicht ohne Anpassungen auf die Pflege in anderen ambulanten und stationären Einrichtungen übertragen werden.

Abgrenzung der Pflege innerhalb des Krankenhauses

Die vorangehenden Ausführungen haben aufgezeigt, dass es durchaus nennenswerte Unterschiede der Leistung *Pflege* zwischen verschiedenen Institutionen und aufgrund unterschiedlicher Behandlungsanlässe gibt. Darüber hinaus ist die Leistung *Pflege* auch innerhalb eines Krankenhauses

¹³⁵ Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Zustand des Patienten die medizinische Behandlungspflege selbstverständlich Teil der pflegerischen Versorgung ist; jedoch mit dem Fokus des alltäglichen Umgangs mit einem Gesundheitszustand und nicht mit dem Ziel der Kuration.

¹³⁶ Vgl. Gbe-Bund (2012b).

¹³⁷ Vgl. Menche (2011), S. 48.

¹³⁸ Hospize stellen in der Gesundheitsversorgung ein Konzept dar, welches sowohl stationär, teilstationär aber auch ambulant umgesetzt werden kann. An dieser Stelle wurde das Hospiz als stationäre Einrichtung beschrieben, da hier die größten Überschneidungen zu pflegerischen Leistungen im Krankenhaus vorliegen und diese somit die größte Relevanz für eine Abgrenzung aufweisen.

¹³⁹ Vgl. Jaspers/Schindler (2004), S. 129f.

¹⁴⁰ Vgl. Bundesärztekammer (2008).

nicht in jedem Bereich identisch, was im Rahmen einer Produktivitätsbetrachtung berücksichtigt werden muss. Im Fokus der vorliegenden Produktivitätsbetrachtung steht die Pflege auf Normal-/Bettenstationen. Daher erscheint es notwendig, die pflegerischen Leistungen dieser Stationen von anderen Leistungsbereichen abzugrenzen und so den Untersuchungsgegenstand weiter zu spezifizieren. Die weitere Eingrenzung soll anhand der zwei Dimensionen *Art der pflegerischen Leistung* und *Vitalzeichenkontrolle* erfolgen (siehe Abbildung 11).

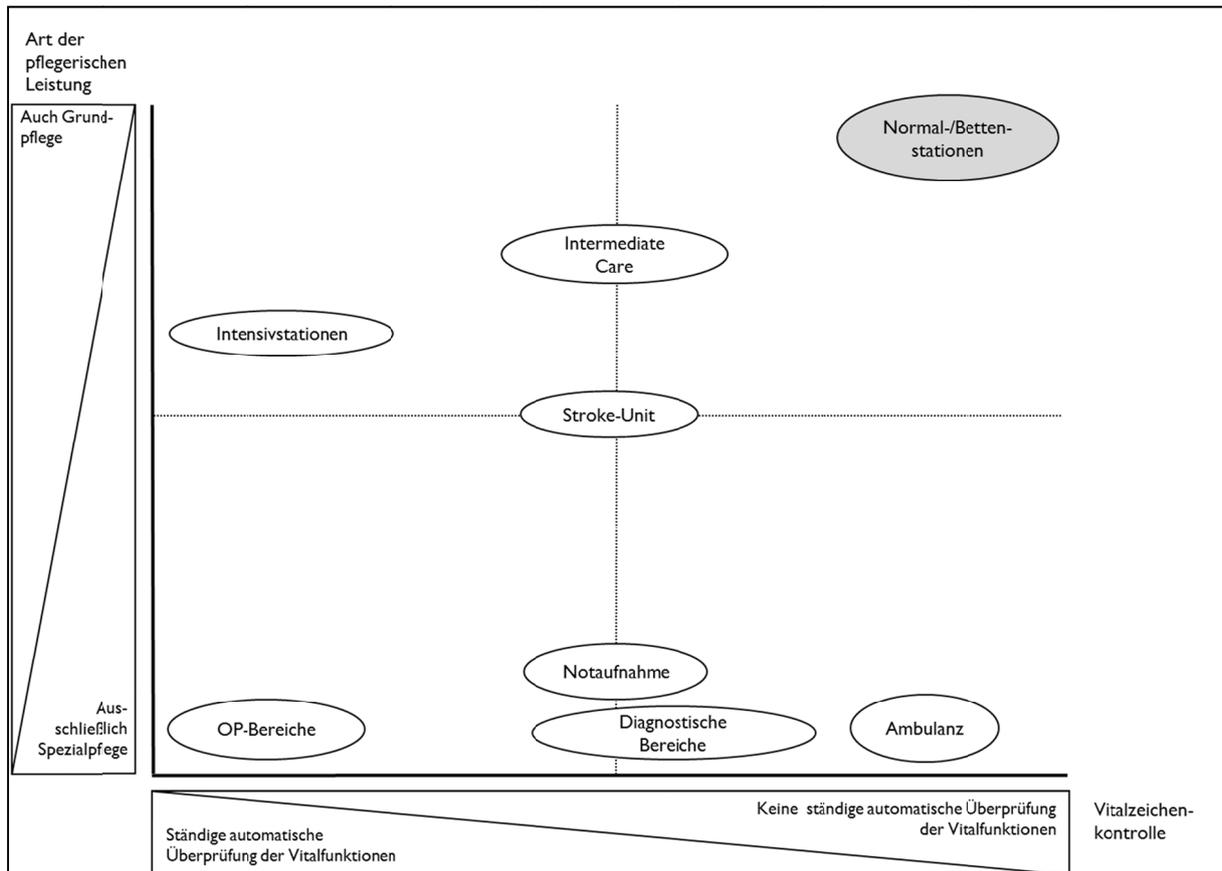


Abbildung 11: Pflegerische Stationen im Krankenhaus

Zu unterscheiden sind Normal- bzw. Bettenstationen von anderen medizinischen Funktionsbereichen, wie Ambulanzen, OP-Bereiche, Notaufnahmen, Stroke Units¹⁴¹, Intermediate Care Stationen¹⁴², diagnostische Bereiche oder Intensivstationen. In der Dimension *Art der pflegerischen Leistung* erfolgt eine Unterscheidung der Pflege nach den unterschiedlichen Pflegesystemen der Grund- bzw. Basispflege und der Behandlungspflege. Der Schwerpunkt der pflegerischen Versorgung auf Normal-/ Bettenstationen liegt sowohl in der Grundpflege als auch in Maßnahmen der Behandlungspflege, wie z.B. der Wundversorgung, der Kontrolle von Vitalfunktionen,

¹⁴¹ Stroke Units sind Stationen zur speziellen Versorgung von Schlaganfallpatienten.

¹⁴² Intermediate Care Stationen sind liegen mit ihrer technischen und personellen Ausstattung zwischen Intensivstationen und Normal-/Bettenstationen und ermöglichen eine differenziertere Unterteilung der Patienten nach Schweregraden.

der Durchführung von Injektionen oder der Blutzuckerkontrolle.¹⁴³ Demgegenüber stehen die pflegerischen Maßnahmen der Notaufnahme, des OP-Bereichs oder der Ambulanz. Hier sind die pflegerischen Tätigkeiten nahezu ausschließlich auf Maßnahmen der Behandlungspflege ausgelegt.

Die zweite Dimension bildet die *Kontrolle der Vitalzeichen* ab. Diese gibt Auskunft über die überlebenswichtigen Körperfunktionen des menschlichen Körpers. Zu den Vitalzeichen zählen Kreislauf (Puls und Blutdruck), Atmung und Körpertemperatur.¹⁴⁴ Die Notwendigkeit der Vitalzeichenkontrolle ist abhängig vom Gesundheitszustand des Patienten. Sie kann automatisch oder manuell erfolgen. Als Beispiel hierzu kann die Pulskontrolle angeführt werden. Wird ein Patient auf Grund seines Gesundheitszustands durch ein EKG überwacht, wird hier automatisch der aktuelle Herzschlag i.d.R. auf einem Überwachungsmonitor angezeigt. Erfolgt dieses bei „gesünderen“, normal zu überwachenden Patienten, ist die Pflegekraft dazu angehalten den Puls manuell (Technik des Pulstastens) zu überprüfen. Eine automatische Vitalzeichenkontrolle ist auf Normal-/Bettenstationen im Krankenhaus im Gegensatz zum OP oder der Intensivstation i.d.R. nicht vorgesehen.

Somit ergeben sich sowohl aus der Dimension Art der pflegerischen Leistung, als auch aus der Dimension Kontrolle der Vitalzeichen Unterschiede in den Aufgabenbereichen, Ressourcen und Prozessabläufen der Pflegekräfte, die im Rahmen einer Produktivitätsermittlung berücksichtigt werden müssen. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Krankenhauspflegeproduktivität auf Normal-/Bettenstationen. Eine Produktivitätsermittlung für andere Funktionsbereiche würde somit entsprechender Anpassungen bedürfen.

Begriff der Krankenhauspflege

Aufbauend auf der Abgrenzung der Krankenhauspflege auf Normal-/Bettenstationen von anderen Pflegeformen ist nun auch eine genauere Begriffsdefinition möglich:

Die Krankenhauspflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen mit einer akuten Erkrankung, allein oder in Kooperation bzw. mit Unterstützung anderer (Berufs-)Angehöriger oder des Patienten selbst, im spezifischen Setting Krankenhaus. Die Tätigkeiten der Krankenhauspflege setzen sich aus der Grund- und Behandlungspflege sowie Verwaltungstätigkeiten zusammen. Ziel der Krankenhauspflege ist die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, die Vorbeugung gesundheitlicher Schäden und die Unterstützung von Menschen im Umgang mit den Auswirkungen von Krankheiten.

¹⁴³ Vgl. Seddin (2011).

¹⁴⁴ Vgl. Menche (2011), S. 297.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhauspflege analog der Erkenntnisse aus Kap. 2.1, eine klassische Dienstleistung darstellt, die sich durch die Merkmale der Intangibilität bzw. Immaterialität und der Integrativität auszeichnet.

Begriff der Krankenhauspflegeproduktivität

Nach der Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands auf die Pflege auf Normal-/Bettenstationen im Krankenhaus und die Spezifikation des Pflegebegriffs gilt es im Folgenden, das Konzept der Dienstleistungsproduktivität auf die Krankenhauspflege zu übertragen. Der Begriff der Pflegeproduktivität¹⁴⁵ taucht in der pflegewissenschaftlichen Literatur häufig auf, meistens jedoch ohne klar definiert zu sein. Am häufigsten sind Darstellungen als Verhältnis von Outputs¹⁴⁶ zu Inputs¹⁴⁷ oder als Zusammenhang von Inputs und Outputs¹⁴⁸. Davon abweichend existieren zahlreiche Abwandlungen der Input-Output-Relation sowie Begriffsüberschneidungen mit den Begrifflichkeiten Effektivität und Effizienz.¹⁴⁹

Vor dem Hintergrund, dass es analog zum allgemeinen Begriff der Dienstleistungsproduktivität keine anerkannte Definition des Begriffs Pflegeproduktivität bzw. Krankenhauspflegeproduktivität gibt, werden die in Kapitel 2.1 dargestellten Überlegungen zur Dienstleistungsproduktivität für die vorliegende Untersuchung auf die Krankenhauspflege adaptiert. Somit ergibt sich als Kennzahl der Effektivität in der Krankenhauspflege die Relation aus:

$$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege}}{\text{Angestrebte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege}}$$

Abbildung 12: Kennzahl zur Effektivität der Krankenhauspflege¹⁵⁰

¹⁴⁵ In den Arbeiten, die sich mit der Produktivität von Pflege beschäftigt haben, wurde meist nicht genauer differenziert, um welche Form der Pflege es sich handelt. Es gibt verschiedene Studien, die die Pflege im Krankenhaus untersucht haben, in der Regel sprechen die Studien jedoch von Pflegeproduktivität allgemein. Darüber hinaus stammen nahezu sämtliche identifizierten Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum und sind daher nicht ohne Probleme auf das deutsche System übertragbar.

¹⁴⁶ Analog zu den Erkenntnissen der Dienstleistungsproduktivitätsforschung werden Outputs als unmittelbares Ergebnis des Leistungserstellungsprozesses definiert und Outcomes als mittelbare Ergebnisse des Prozesses. Das bedeutet, dass Outputs die konkret erbrachte Versorgungsleistung, im Sinne der durchgeführten Behandlungs-, Pflege-, Diagnose- und Beratungsleistung, erfassen. Outcomes hingegen beschreiben die Wirkung dieser Leistungen auf den Patienten und das Pflegepersonal. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird mit Blick auf eine Produktivitätsbetrachtung einheitlich der Begriff Output verwendet, die dargestellten Verständnisse von Outputs und Outcomes sind darin gleichermaßen inkludiert.

¹⁴⁷ Siehe hierzu bspw. Finkler/Kovner (2000), S. 153ff.; Benfield (1996), S. 233ff. oder McConnell (1986).

¹⁴⁸ Siehe hierzu bspw. Hilsenrath et al. (1997), S. 208ff.; Griffith (1995), oder Jordan (1994), S. 58ff.

¹⁴⁹ Vgl. Holcomb et al. (2002), S. 379f.

¹⁵⁰ Eigene Darstellung.

Die Effektivität drückt damit den Zielerreichungsgrad der für die Pflege im Krankenhaus gesetzten Ziele aus. Diese werden anhand verschiedener Pflege-Outputs gemessen, die es im Rahmen einer Produktivitätsbetrachtung im Krankenhaus zu identifizieren gilt. Die Outputs sollen dabei sowohl quantitative als auch qualitative Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege berücksichtigen und idealerweise eine eindeutige Pflegesensitivität¹⁵¹ aufweisen. Die Effektivität der Krankenhauspflege wird als notwendige,¹⁵² aber nicht als hinreichende Bedingung der Produktivität angesehen. Die Ermittlung der Produktivität in der Krankenhauspflege bedarf der Gegenüberstellung der Outputs mit den quantitativ und qualitativ erfassten Inputs, die für die Erbringung der Pflegeleistung relevant sind. Als Kennzahl stellt sich die Produktivität in der Krankenhauspflege somit folgendermaßen dar:

$$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege}}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren der Krankenhauspflege}}$$

Abbildung 13: Kennzahl zur Produktivität der Krankenhauspflege¹⁵³

Die Produktivität in der Krankenhauspflege ist somit eine Verhältniszahl der Outputs und der Inputs. Diese Definition stimmt sowohl mit den Produktivitäts-Definitionen der Dienstleistungsforschung im Allgemeinen überein, als auch mit den Definitionen aus Forschungsarbeiten, die sich mit der Produktivität der Pflege auseinandergesetzt haben.¹⁵⁴ Dabei ist zu beachten, dass qualitative Aspekte in den bisherigen Forschungsarbeiten zur Produktivität in der Pflege kaum Berücksichtigung fanden. Insbesondere im Rahmen der Inputbetrachtung wurden weitestgehend rein quantitative Größen erfasst.¹⁵⁵

Der Krankenhauspflegeproduktivität nachgelagert ist, analog zu den Ausführungen in Kapitel 2.1, die Effizienz der Krankenhauspflege. Effizienz der Krankenhauspflege bedeutet dementsprechend das Verhältnis von Krankenhauspflege-Outputs zu Krankenhauspflege-Inputs im Vergleich zu einer Referenzgröße (stärkster Wettbewerber, andere Stationen des Krankenhauses oder ein gesetzter Standard).

¹⁵¹ Der Begriff „Pflegesensitivität“ wird in der Literatur zur Verdeutlichung eines Zusammenhangs zwischen pflegerischen Maßnahmen und der Veränderung von Ergebnissen (Outputs) verwendet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass an der Behandlung eines Patienten mehrere Berufsgruppen beteiligt sind, was den Nachweis eines Zusammenhangs zwischen pflegerischen Maßnahmen und tatsächlichen Statusveränderungen des Patienten erschwert. Vgl. Wingenfeld et al. (2011), S. 14 mit Bezug auf Doran et al. (2006), S. 77.

¹⁵² Darüber hinaus gilt es Mindestanforderungen an den Zielerreichungsgrad quantitativ zu bestimmen, um die Bedingung der Effektivität als erfüllt anzusehen.

¹⁵³ Eigene Darstellung.

¹⁵⁴ Vgl. Finkler/Kovner (2000), S. 153ff.; Benefield (1996), S. 233ff.; McConnell (1986).

¹⁵⁵ Vgl. Holcomb et al. (2002), S. 381.

$\frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege}_A}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren der Krankenhauspflege}_A} > \frac{\text{Tatsächlich erreichte objektive und subjektiv wahrgenommene Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege}_B}{\text{Eingesetzte quantitative und qualitative Produktionsfaktoren der Krankenhauspflege}_B}$

Abbildung 14: Kennzahl zur Effizienz in der Krankenhauspflege¹⁵⁶

Von großer Bedeutung bei der Ermittlung der Krankenhauspflegeproduktivität ist die Wahl der Betrachtungsperspektive. Auch hier können die grundlegenden Erkenntnisse der Dienstleistungsforschung übertragen werden. Somit sind die möglichen zu betrachtenden Perspektiven die Krankenhausperspektive, die Patientenperspektive und die gesellschaftliche Perspektive. Innerhalb eines Krankenhauses kommt darüber hinaus noch die Stationsperspektive in Betracht. In der vorliegenden Arbeit wird analog zur bisherigen Pflege-/Dienstleistungsforschung die Krankenhausperspektive¹⁵⁷ gewählt. Dies ist darin begründet, dass im Rahmen einer Produktivitätsermittlung die Möglichkeit bestehen sollte, produktivitätsrelevante Substitutionseffekte innerhalb der Inputs zu berücksichtigen. Diese Überlegung sei an folgenden Beispielen verdeutlicht:

Zu den Inputs der Krankenhauspflege gehören sowohl Pflegekräfte als auch Angehörige.¹⁵⁸ Gelingt es einem Krankenhaus durch vermehrten Einbezug der Angehörigen in die Pflege, eine Einheit Pflegekraft durch zwei Einheiten Angehörige zu ersetzen, so kann dies für das Krankenhaus eine Steigerung der Produktivität bedeuten. Aus gesellschaftlicher Perspektive wäre dies jedoch unter Umständen mit einem Rückgang der Produktivität verbunden. Die Patientenperspektive würde in diesem Zusammenhang die Wirkung auf die Mitarbeiter vernachlässigen.

Die Stationsperspektive bietet sich ebenfalls nicht an, um Substitutionseffekte zu erfassen. Als Beispiel dazu sei angeführt: Eine Normalstation erhält eine zusätzliche Pflegekraft zur Betreuung von Patienten, die von der Intensivstation verlegt werden. Die Normal-Station wird dadurch unproduktiver. Wenn es aber möglich wird, dadurch den Personalbedarf der Intensivstation um 2 Pflegekräfte zu senken, weil die Patienten früher verlegt werden können, so würde dies eine Überkompensation des Effekts auf der Normalstation bedeuten. Das Krankenhaus wäre produktiver geworden. Die Stationsperspektive würde zu dem Ergebnis führen, dass eine Station produktiver und eine Station unproduktiver geworden ist und somit kein eindeutiges Gesamtergebnis hervor bringen.

¹⁵⁶ Eigene Darstellung.

¹⁵⁷ Gesellschaftlich relevante Aspekte, wie der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser oder ethische Hintergründe, die eine rein krankenhausbegogene Betrachtung der Pflege kritisch erscheinen lassen, werden in der Untersuchung mitberücksichtigt.

¹⁵⁸ Nähere Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 4 dieser Arbeit.

Die Zusammenhänge zwischen Inputs und Outputs innerhalb der Krankenhauspflege, die als Grundlage für die Ermittlung der Krankenhauspflegeproduktivität auf Basis der aufgestellten Produktivitätsdefinition dienen, sollen im Rahmen dieser Arbeit in einem Produktivitätsmodell zusammenfassend dargestellt werden. Dazu bedarf es zunächst der Bestimmung der speziellen Anforderungen an ein krankenhauspflagespezifisches Produktivitätsmodell, bevor im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche der derzeitige Stand der Forschung in diesem Themenfeld analysiert wird. Dies wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt.

3.2 Anforderungen an ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege

Ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege muss zunächst den gleichen Anforderungen genügen, wie auch andere Modelle der Dienstleistungsproduktivitätsermittlung.¹⁵⁹ Dementsprechend gilt es, die allgemein formulierten Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell an die Rahmenbedingungen der Krankenhauspflege anzupassen. Darüber hinaus gilt es zu analysieren, ob die Besonderheiten der Dienstleistung *Krankenhauspflege* zu weiteren Anforderungen führen, die in einem entsprechenden Modell Berücksichtigung finden müssen.

Die Adaption der dienstleistungsspezifischen Anforderungen an die Gegebenheiten der Krankenhauspflege erfordert zunächst eine Anpassung der Begrifflichkeiten. Folglich werden im weiteren Verlauf der Arbeit die Begriffe Krankenhaus, Pflegekraft und Patient anstelle der allgemeinen Formulierungen Anbieter, Mitarbeiter und Kunde verwendet. Darüber hinaus gilt es, die dargestellten dienstleistungsspezifischen Anforderungen auf die Notwendigkeit zur Anpassung im Rahmen der Krankenhauspflege hin zu untersuchen. Eine Angleichung erscheint insbesondere im Hinblick auf die Prozessdarstellung und die Integration der Kunden-Inputs notwendig.

In Anlehnung an die Ausführungen des Kapitels 2.2 zu den Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell soll ein Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege eine differenzierte Darstellung des Dienstleistungserstellungsprozesses ermöglichen. Der Prozess der Leistungserstellung wird im Bereich der Pflegewissenschaften durch den Pflegeprozess abgebildet. Es gibt zahlreiche Darstellungen und Definitionen des Pflegeprozesses, die sich im internationalen Kontext im Laufe von Jahrzehnten entwickelt haben.¹⁶⁰ Dabei wird der Pflegeprozess in der pflegewissenschaftlichen Literatur häufig als Abfolge von aufeinander aufbauenden Tätigkeiten beschrieben.¹⁶¹

¹⁵⁹ Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel 2.2.

¹⁶⁰ Vgl. Mahler (2007), S. 21.

¹⁶¹ Vgl. Hölzl-Seipp (1969), S. 202; Lungen/ Zluhan (2010), S. 75; Zapp et al. (2010), S. 19.

International hat sich ein 4-schrittiges Prozessmodell etabliert.¹⁶² Dieses geht zurück auf die Arbeit von YURA und WALSH aus dem Jahre 1967.¹⁶³ Dieses Modell wurde 1975 von der WHO in leicht modifizierter Art übernommen und gilt seitdem als eine der wenigen international anerkannten und standardisierten Verfahrensweisen der Pflege.¹⁶⁴ In Deutschland ist der Pflegeprozess seit 1985 ein Bestandteil der Krankenpflegeausbildung.¹⁶⁵ Dabei gliedern sich die vier Schritte des Pflegeprozesses wie folgt auf:

Prozessschritt	Inhalt	Beispielhaft aufgeführte Tätigkeiten
Assessment	Phase der Informationssammlung	<ul style="list-style-type: none"> - Ermittlung des physischen und psychischen Zustands des Patienten und dem daraus abgeleiteten individuellen und krankheitsbedingten Pflegebedarf (Anamnese) - Erfassung individueller Gewohnheiten
Planning	Festlegung der Pflegeziele Planung der Pflegemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation der notwendigen Pflegemaßnahmen sowie - Abstimmung von Essens-, Ruhe-, Therapie- und Pflegezeiten - Planung und Organisation notwendiger Gerätschaften
Intervention	Durchführung der geplanten Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation - Beratung, Anleitung und Unterstützung der Patienten - Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen
Evaluation	Ergebnisbewertung der durchgeführten Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation und Auswertung in Form eines Soll-Ist Vergleichs anhand der vorab definierten Pflegeziele

Tabelle 4: Der Prozess der Krankenhauspflege¹⁶⁶

Die Darstellung des Pflegeprozesses als Abfolge von Tätigkeiten beschreibt jedoch nur unzureichend den komplexen Charakter der Pflege im Hinblick auf eine Produktivitätsbetrachtung.¹⁶⁷ Insbesondere die Zuordnung von Inputs und Outputs zu einzelnen Teilprozessen des Pflegeprozesses wäre bei dieser Darstellungsweise wesentlich erschwert. Daher wird als eine der krankenhauspflugespezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell die *differenzierte Darstellung des Pflegeleistungserstellungsprozesses* gesetzt, mit Schwerpunkt auf der Zuordnung von Inputs und Outputs zu einzelnen Teilprozessen.

Eine weitere krankenhauspflugespezifische Anpassung ist hinsichtlich der Kundeninputs notwendig. Auf das Krankenhaus bezogen müssen in einem Produktivitätsmodell nicht nur die Patienteninputs

¹⁶² Neben dem 4-Schritt Prozessmodell werden in der Literatur weitere Modelle diskutiert. Diese unterscheiden sich im Wesentlichen in der Anzahl der Prozessschritte, jedoch nur geringfügig in den Inhalten. Am weitesten verbreitet sind das 6-Schritt Modell nach FIECHTER/MEIER (1981) sowie das überwiegend in Nordamerika anerkannte 5-Schritt Modell, das eine von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) erweiterte Variante zum 4-schrittigen WHO-Modell darstellt.

¹⁶³ Vgl. Yura/Walsh (1967); YURA und WALSH publizierten 1967 das erste umfassende Werk zum Pflegeprozess. Sie greifen dabei insbesondere auf Ideen der Arbeit von IDA JEAN ORLANDO (1961) „The Dynamic Nurse-Patient Relationship“ zurück.

¹⁶⁴ Vgl. WHO (1987), S. 35ff.

¹⁶⁵ Vgl. §3 Abs. 2 Nr. 1a) KrPflG. Gelehrt wird in der Pflegewissenschaft in Deutschland jedoch nicht das 4-Schritt Modell der WHO sondern das 6-Schritt Modell nach FIECHTER/MEIER (1981). Dieses sieht, in Ergänzung zum Ursprungsmodell nach YURA und WALSH (1967), eine Aufteilung der ersten beiden Schritte in 4 Teilschritte vor und beruht somit auf einem kleinschrittigeren Prozessverlauf.

¹⁶⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an Menche (2011), S. 267ff. und Seel (1993), S. 14ff.

¹⁶⁷ Vgl. Graudnetz (2008), S. 15.

berücksichtigt werden, sondern es muss eine *erweiterte Kundenbetrachtung* erfolgen. Dies gilt insbesondere für die Berücksichtigung von Angehörigen als Input-Faktor in der Produktivitätsbetrachtung. Angehörige können von enormer Bedeutung im Versorgungsprozess eines Patienten sein. METZIG hat in einer Untersuchung belegt, dass Angehörige durch ihren emotionalen und praktischen Beistand eine existenzielle Rolle bei der Genesung von Patienten einnehmen können.¹⁶⁸ Diese Ergebnisse werden von weiteren Studien gestützt.¹⁶⁹ Daraus ergibt sich, dass der Einfluss von Angehörigen auf den Leistungserstellungsprozess neben den Inputs, die vom Patienten bereitgestellt werden, in einem Produktivitätsmodell für die Krankenhauspflege berücksichtigt werden muss.

Des Weiteren muss im Rahmen der Kundenbetrachtung beachtet werden, dass sich die Patienten im Krankenhaus in einer speziellen Nachfragesituation befinden. Sie erwerben nicht freiwillig ein Produkt, sondern sind aufgrund einer Erkrankung zur Inanspruchnahme der Dienstleistungen gezwungen¹⁷⁰. Ebenfalls erfolgt die Nachfrage in einem Zustand, der durch krankheitsbedingte gesundheitliche Einschränkungen gekennzeichnet ist. Somit kommt dem physischen und dem psychischen Zustand eines Patienten eine besondere Bedeutung zu, was die Notwendigkeit der *Berücksichtigung von qualitativen Inputs und Outputs* in einem Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege nochmals unterstützt.

Die spezielle Situation eines Patienten hat wiederum produktivitätsrelevante Auswirkungen auf die Mitarbeiter. Demzufolge stehen Pflegekräfte durch den ständigen Umgang mit Erkrankten unter einem besonderen emotionalen Druck. Dem *Einbezug relevanter Outputs der Mitarbeiter* kommt somit in der Krankenhauspflege ein anderer Stellenwert zu, als dies bei sonstigen Arten von Dienstleistungen der Fall ist.

Im folgenden Kapitel gilt es zu prüfen, wie sich der aktuelle Stand der Forschung zur Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege darstellt. Abschließend erfolgt eine Bewertung der identifizierten Studien im Hinblick auf die definierten Anforderungen an ein Krankenhauspflegeproduktivitätsmodell.

¹⁶⁸ Vgl. Metzиг (2003), S. 270ff. METZIG hat in dieser Studie die Bedeutung der Angehörigen für Patienten auf Intensivstationen untersucht. Eine große Bedeutung der Angehörigen soll an dieser Stelle auch für Patienten auf Normalstationen angenommen werden.

¹⁶⁹ Siehe hierzu die Ausführungen in Ihle (2008), S. 68f.

¹⁷⁰ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 111ff. Dieser Umstand gilt auch für die meisten Elektiveingriffe. Der wesentliche Unterschied zur Akutbehandlung liegt hier in der möglichen Planung einer Maßnahme.

3.3 Stand der Forschung

In den nachfolgenden Ausführungen wird der aktuelle Stand der Forschung in der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Literatur zur Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege dargestellt. Um dieses Vorhaben umzusetzen, wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche unter Rückgriff auf die Datenbanken Embase, Medline und Econlit durchgeführt. Ausgehend von dem Begriff der *Krankenhauspflegeproduktivität*, wurden zunächst die Begrifflichkeiten für eine systematische Suche konkretisiert. Diese untergliedern sich in drei Themenblöcke:

- Block 1: hospital/inpatient/clinical setting
- Block 2: productivity/efficiency
- Block 3: nurse/nursing

Innerhalb der Themenblöcke wurden die Begriffe mit dem Booleschen-Operator *ODER* verknüpft und die drei Themenblöcke durch den Operator *UND* miteinander verbunden. In die Auswertung der Rechercheergebnisse wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die alle der folgenden Einschlusskriterien und keines der folgenden Ausschlusskriterien erfüllten (siehe Tabelle 5).

Einschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Pflege physischer Krankheiten - Krankenhaussetting - Publikationsjahre zwischen 1996-2011 - Bezug zur Krankenhaus(-pflege-)produktivität
Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Pflege psychischer Krankheiten - Studien nicht über Krankenhauspflege, sondern andere Pflegeformen (bspw. stationäre Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Pflege in ambulanten Arztpraxen etc.) - Beschränkung auf eine medizinische Indikation oder eine einzelne organisatorische Einheit (bspw. OP, Notaufnahme) oder einzelne Prozeduren (bspw. Endoskopien) - Mehrfachpublikationen ohne relevanten Zusatznutzen - Beschränkung auf OECD-Länder - Keine Volltext-Publikation verfügbar - Keine Relevanz - Weder Deutsch noch Englisch

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche zur Krankenhauspflegeproduktivität¹⁷¹

Insgesamt ergab die Recherche eine Trefferzahl von 3.419 Publikationen. Nach Ausschluss der Duplikate wurde im ersten Auswahlschritt anhand von Titel- und Abstract der Publikationen entschieden, welche der Studien als potentiell relevant eingeschätzt wurden. Diese wurden als

¹⁷¹ Eigene Darstellung.

Volltexte beschafft und gesichtet. Insgesamt wurden so 101 Volltextpublikationen analysiert und auf ihre Eignung für den Untersuchungskontext geprüft.

Bei der Auswertung konnten zahlreiche Studien identifiziert werden, die die Begriffe Produktivität, Effizienz oder Effektivität verwendet haben.¹⁷² Eine eindeutige Begriffsdefinition lag i.d.R. jedoch nicht vor und es wurde deutlich, dass die Begriffe häufig synonym verwendet werden.¹⁷³ Darüber hinaus haben verschiedene Studien Input-Output Zusammenhänge untersucht. Dabei hat jedoch keine der identifizierten Studien einen multifaktoriellen Ansatz verfolgt, was bedeutet, es wurden lediglich eindimensionale Wirkungen der Veränderung eines Inputs auf einen oder mehrere Output-Parameter betrachtet.

Als einzige Studie, die sich umfassend mit der Thematik der Produktivität der Pflege auseinandergesetzt hat, wurde die Übersichtsarbeit von HOLCOMB ET AL. aus dem Jahre 2002 identifiziert. In dieser Studie wurden verschiedene Begriffsdefinitionen sowie Ansätze zur Produktivitätsbetrachtung und -messung dargestellt. Einen umfassenden konzeptionellen Ansatz für ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege haben auch HOLCOMB ET AL. in der Literatur nicht ermitteln können und darüber hinaus auch nicht selber entwickelt.

Um weitere Erkenntnisse zur Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege zu generieren und den gegenwärtigen Forschungsstand aufzuarbeiten, wurden in Ergänzung zu der systematischen Literaturrecherche Handsuchen in pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften und -büchern sowie Schneeballsuchen anhand der Literaturverzeichnisse relevanter Publikationen durchgeführt. Dabei wurden zwei weitere relevante Publikationen identifiziert. Die erste ist eine Publikation von PRINGLE/DORAN, die auf einer Studie von IRVINE ET AL. aufbaut. Unter dem Begriff *The Nursing Role Effectiveness Model*¹⁷⁴ (siehe Abbildung 15) wurden in der Studie Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Komponenten zusammengetragen, die als relevant erachtet wurden, um den Beitrag der Pflege am Patientenergebnis zu ermitteln. Dabei wurden sowohl mehrdimensionale Struktur-Komponenten berücksichtigt, als auch eine differenzierte Prozessdarstellung integriert. Ebenso wurden patientenseitige Outputs bzw. Outcomes¹⁷⁵ berücksichtigt, die eine qualitative Dimension aufweisen. Allerdings wurden nur bedingt subjektiv wahrgenommene Outputs bzw. Outcomes betrachtet. Insbesondere fehlte hierbei die Berücksichtigung mitarbeiterbezogener Outputs. Auch wenn weder PRINGLE/DORAN noch IRVINE ET AL. das Modell als Grundlage einer Produktivitätsbetrachtung nutzen,

¹⁷² Vgl. Schanz (2011), S. 150; Eastaugh (2007), S. 41.

¹⁷³ Vgl. Hollingsworth (2003), S. 204; Holcomb et al. (2002), 378ff.

¹⁷⁴ Vgl. Pringle/Doran (2003), S. 13f.; Irvine et al. (1998), S. 59f.

¹⁷⁵ Bei der Darstellung von Untersuchungsergebnissen werden die Originalbezeichnungen beibehalten. Somit wird im Hinblick auf die hier dargestellten pflegespezifischen Studien der Outcome-Begriff verwendet. Wird zusammenfassend auf den vorliegenden Untersuchungskontext Bezug genommen, wird weiterhin einheitlich die Bezeichnung Output angewandt.

finden sich verschiedene Elemente der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in der Dienstleistungsproduktivitätsforschung wieder.

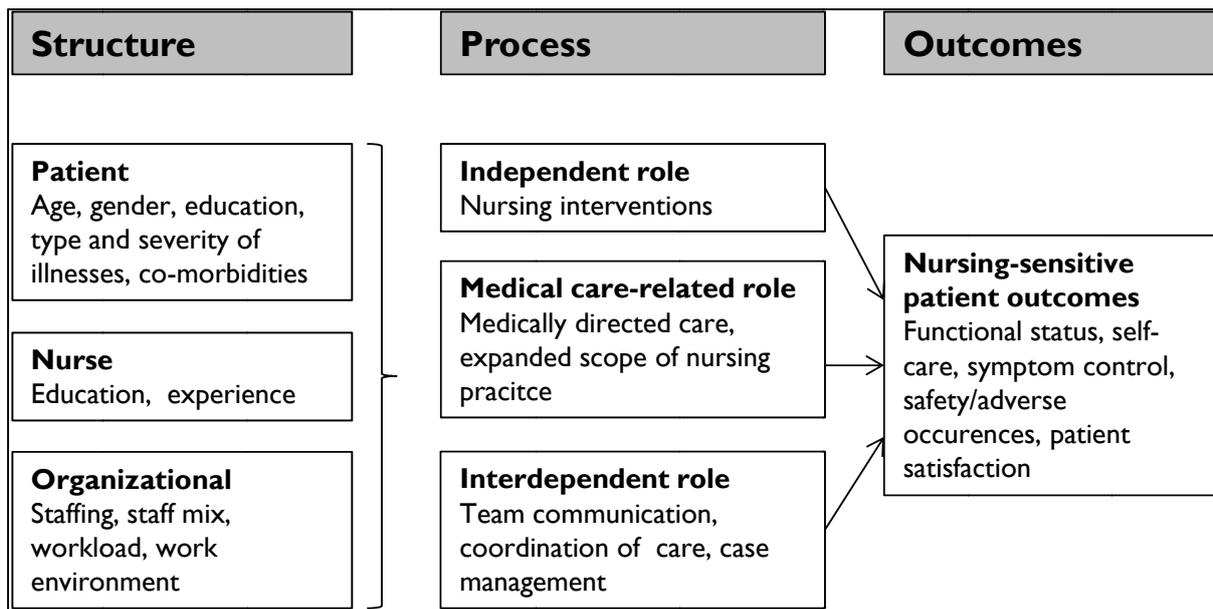


Abbildung 15: The Nursing Role Effectiveness Model nach Pringle/Doran¹⁷⁶

Ein weiteres konzeptionelles Modell, das im Rahmen der Handsuche identifiziert werden konnte, basiert auf den Ausführungen von CURTIN¹⁷⁷. CURTIN hat im Rahmen einer Produktivitätsbetrachtung der Krankenhauspflege ein umfassendes Modell entwickelt, das Inputs, Prozesse und Outputs/Outcomes der Krankenhauspflege darstellt. Es werden analog zu PRINGLE/DORAN mehrdimensionale Inputs und Outcomes aufgeführt und in einer wesentlich größeren Detailtiefe erfasst und dargestellt. Dabei werden auch qualitative Inputs der Patienten und der Pflegekräfte berücksichtigt. Ebenso erfolgt ein Einbezug von qualitativen Kunden- und Mitarbeiteroutputs. Die größte Schwäche des Modells liegt in der nicht detaillierten Darstellung der Prozesse¹⁷⁸ sowie der Vernachlässigung der Auswirkungen von anderen Patienten oder Angehörigen.

¹⁷⁶ Vgl. Pringle/Doran (2003), S. 13.

¹⁷⁷ Vgl. Curtin (1995), S. 25ff.

¹⁷⁸ CURTIN zeigt in ihrem Modell verschiedene Details zu den Prozessen (Throughputs) auf, die jedoch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als nicht relevant erachtet wurden und somit keine Berücksichtigung in der Ausarbeitung bzw. in der nachfolgenden Grafik gefunden haben.

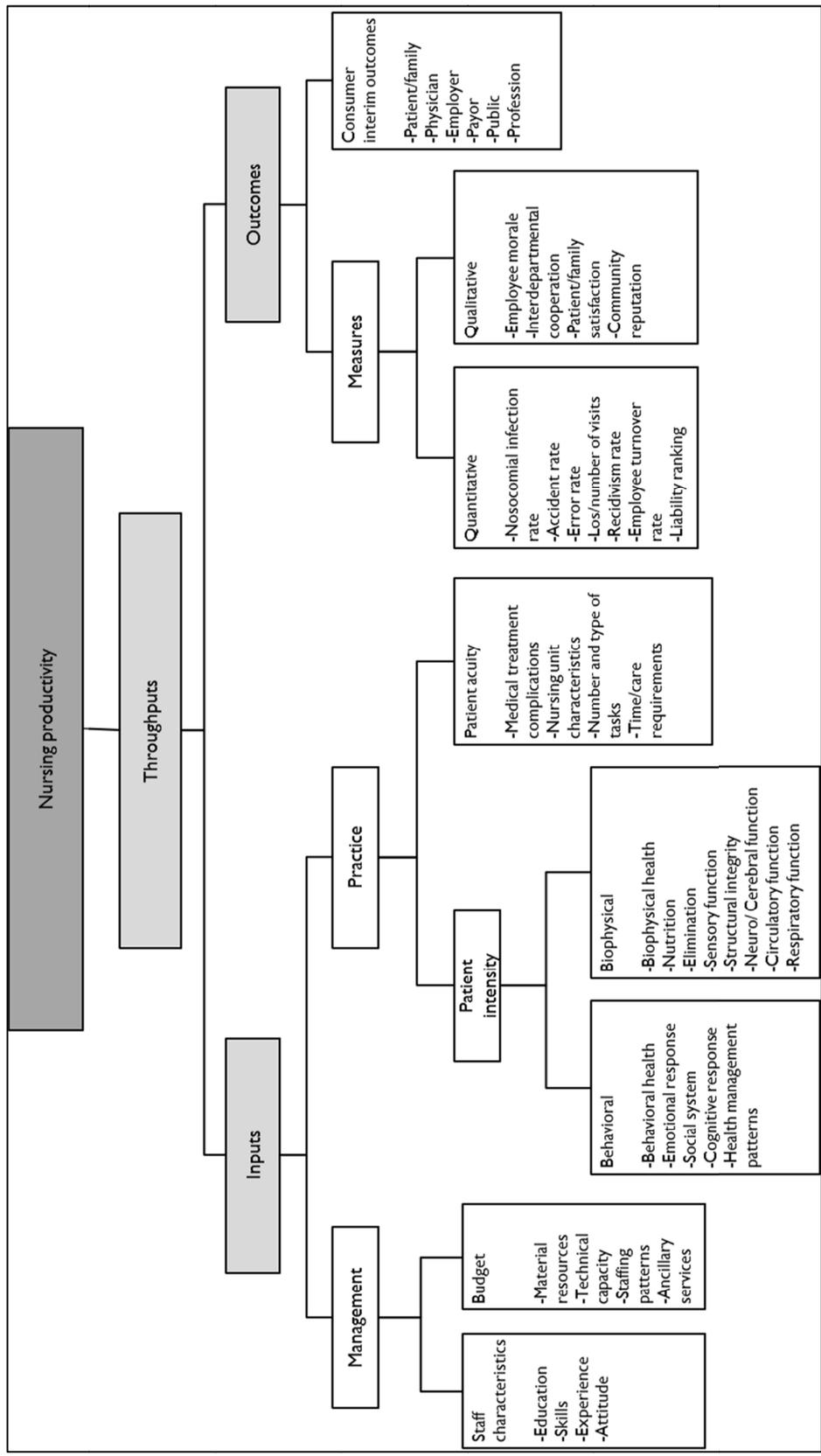


Abbildung 16: Nursing productivity nach Curtin¹⁷⁹

¹⁷⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an Curtin (1995), S. 32f.

3.4 Zwischenfazit

Die Erkenntnisse aus dem vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass die pflegewissenschaftliche Forschung zur Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege eine relativ junge Forschungsdisziplin darstellt, in der es noch wesentlichen Forschungsbedarf gibt. Bisher hat sich weder eine eindeutige Begriffsdefinition der Krankenhauspflegeproduktivität etabliert, noch gibt es allgemein anerkannte Modelle der Krankenhauspflegeproduktivität. Erste umfassende Erkenntnisse über krankenhauspflagespezifische Inputs, Prozesse und Outputs liefern die konzeptionell-theoretischen Ansätze von PRINGLE/DORAN und CURTIN. Darüber hinaus wurden in zahlreichen Studien eindimensionale Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten dieser Inputs, Prozesse und Outputs untersucht und nachgewiesen. Jedoch ist es bisher noch nicht gelungen, eine integrierte Produktivitätsermittlung für die Krankenhauspflege vorzunehmen bzw. einen integrativen Ansatz in einem Modell zu manifestieren.

Um eine integrierte Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege vorzunehmen, scheint es daher geboten, die Erkenntnisse aus der Dienstleistungsproduktivitätsforschung mit den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zur Krankenhauspflegeproduktivität zu kombinieren. Ein darauf aufbauendes Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege hat somit den Anspruch, sowohl den allgemeinen Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell (Kapitel 2.2), als auch den darüber hinausgehenden krankenhauspflagespezifischen Anforderungen (Kapitel 3.2) zu genügen. Das Modell von GRÖNROOS/OJASALO wurde als das Modell identifiziert, das den allgemeinen Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell in der umfassendsten Art und Weise entspricht. Zwischen dem Modell von GRÖNROOS/OJASALO und dem pflegespezifischen Modell von PRINGLE/DORAN bestehen auffällige strukturelle Überschneidungen, insbesondere im Hinblick auf die Abbildung der Inputs bzw. Struktur-Komponenten und der Prozesse. Diese Überschneidungen sollen bei der Entwicklung eines integrierten Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege genutzt werden, so dass das Modell von GRÖNROOS/OJASALO, ergänzt um die pflegespezifischen Aspekte von PRINGLE/DORAN, als grundlegende Architektur verwendet werden soll. Darüber hinaus sollen die Erkenntnisse aus dem Produktivitätsmodell von CURTIN, insbesondere im Hinblick auf die Ausgestaltung der Inputs und Outputs der Krankenhauspflege, in das integrierte Produktivitätsmodell einbezogen werden. Im Hinblick auf die krankenhauspflagespezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell muss das zu entwickelnde integrierte Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege darüber hinaus um die Aspekte erweitert werden, die weder bei GRÖNROOS/OJASALO noch bei PRINGLE/DORAN Berücksichtigung finden. Dies sind die erweiterte Kunden-/Patientenbetrachtung, durch Einbezug der Angehörigen als Input-Faktor, sowie die Berücksichtigung von mitarbeiterbezogenen (pflegekraftbezogenen) Outputs.

4 Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege

Nachdem der Stand der Forschung zum Thema Dienstleistungsproduktivität aufgearbeitet und die konzeptionellen Grundlagen zur Krankenhauspflege dargestellt wurden, welche die Basis für die Entwicklung eines Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege bilden, wird im Folgenden das im Rahmen dieser Untersuchung entwickelte Produktivitätsmodell vorgestellt. Dafür wird zunächst die Grundarchitektur des Modells beschrieben, um im Anschluss daran die einzelnen Bestandteile (Inputs, Einflussfaktoren und Outputs) näher erörtern zu können. Nachdem anschließend die zwischen den Modellbestandteilen bestehenden Wirkungsbeziehungen aufgezeigt werden, erfolgt abschließend eine Diskussion des entwickelten Modells.

4.1 Die Grundarchitektur des Modells

Zur Modellierung und Operationalisierung der Produktivität in der Krankenhauspflege wird das Modell von GRÖNROOS/OJASALO als grundlegender Bezugsrahmen verwendet.¹⁸⁰ Die Grundarchitektur des Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege orientiert sich demnach an dem Aufbau des Produktivitätsmodells von GRÖNROOS/OJASALO und erfährt Erweiterungen um relevante krankenhausspezifische und pflegespezifische Aspekte aus den Modellen von PRINGLE/DORAN und CURTIN sowie um wichtige Anhaltspunkte zur Ausgestaltung des Modells, welche die produktionswirtschaftliche Literatur¹⁸¹ liefert.

Die Modellelemente Inputs, Prozesse und Outputs werden analog zur Grundarchitektur von GRÖNROOS/OJASALO auch im Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege betrachtet. Unter *Inputs* werden alle diejenigen Produktionsfaktoren verstanden, die tatsächlich oder potenziell in den Prozess einfließen. Gemeint sind Produktionsfaktoren, mit denen ein Prozess (überhaupt) vollziehbar wird oder besser vollzogen werden kann.¹⁸² Unter einem *Prozess* wird das Zusammenwirken von Menschen, Maschinen und Material verstanden, das darauf ausgerichtet ist, eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen.¹⁸³ Die quantitativ und qualitativ zu bewertende Menge des Produktes eines Prozesses, also das sogenannte Leistungsergebnis, wird nachfolgend als *Output* charakterisiert.¹⁸⁴ Da vormalig im Rahmen von Produktivitätsanalysen zumeist quantitative Größen in

¹⁸⁰ Vgl. zum Modell von GRÖNROOS/OJASALO die Ausführungen in Kapitel 2.4. Das Modell von GRÖNROOS/OJASALO fand bereits krankenhausspezifische Verwendung im Bereich der Organspende (vgl. hierzu López et al. (2001), S. 223ff.). In diesem Zusammenhang fand auch eine Operationalisierung der Modellgrößen statt, ohne jedoch die einzelnen Teilprozesse zu bewerten.

¹⁸¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 2.2.

¹⁸² In Anlehnung an RAUSCH, die Input als den „mengen- und/oder wertmäßige[n] Einsatz von Faktoren, Mitteln und Ressourcen“ (Rausch (2007), S. 50) sieht, mit denen ein Ziel erreicht werden kann.

¹⁸³ Vgl. Haist/Fromm (1991), S. 93.

¹⁸⁴ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 2.1.

Relation gesetzt wurden und nun zusätzlich auch qualitative Modellkomponenten berücksichtigt werden sollen, werden zusätzlich produktivitätsrelevante Einflussfaktoren¹⁸⁵ berücksichtigt und in das Modell integriert, um der Komplexität der Qualitätsgrößen gerecht zu werden. Mit *Einflussfaktoren* sind schließlich all diejenigen Faktoren gemeint, die auf die Inputs wirken und deren Ausprägung beeinflussen (vgl. Abbildung 17).¹⁸⁶

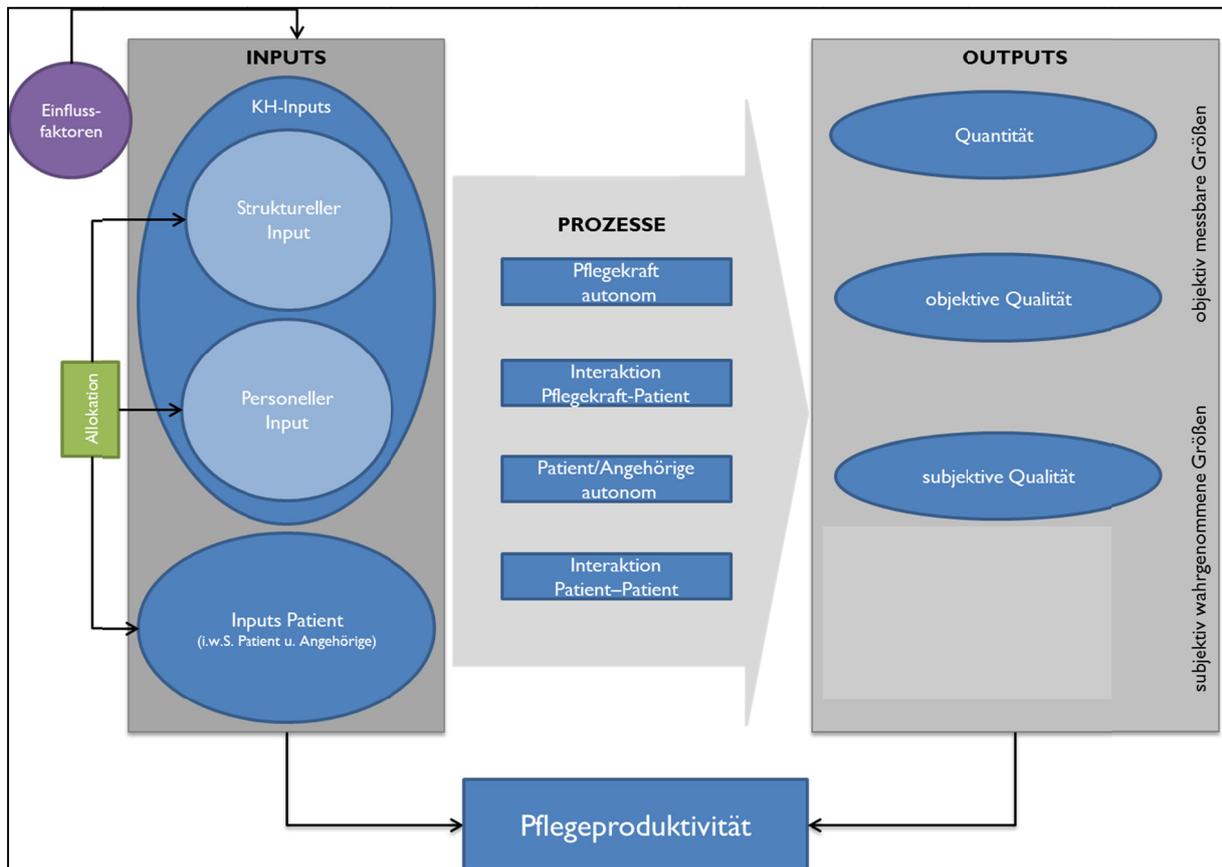


Abbildung 17: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – vereinfachte Darstellung¹⁸⁷

In Abbildung 17 wird der allgemeine Aufbau des entwickelten Produktivitätsmodells dargestellt. Analog zum GRÖNROOS/OJASALO-Modell wird im ersten Schritt der Modellentwicklung zwischen

¹⁸⁵ Im Unterschied zum klassischen GRÖNROOS/OJASALO-Grundmodell wird im Produktivitätsmodell für die Krankenhauspflege die Kapazitätseffizienz (Vgl. zur Kapazitätseffizienz die Ausführungen in Kapitel 2.3 oder Grönroos/Ojasalo (2004), S. 417ff.) bzw. Auslastung als Einflussgröße auf den Input betrachtet, nicht aber als eigenständige Dimension der Produktivität im Modell.

¹⁸⁶ In Anlehnung an KIESER (2006). KIESER geht im Rahmen des *Situativen Ansatzes* davon aus, dass es bestimmte Einflussgrößen gibt, die für Unterschiede in Organisationsstrukturen verantwortlich sind (vgl. Kieser (2006), S. 218). Daran anlehnend lässt sich für den vorliegenden Untersuchungskontext ableiten, dass Einflussfaktoren solche Faktoren sind, die für Unterschiede in der Ausprägung der Inputs verantwortlich sind. Vgl. des Weiteren auch WELGE/AL-LAHAM, die Einflussfaktoren des strategischen Managements untersuchen (vgl. Welge/Al-Laham (2008), S. 241f.); WERNER, der Einflussfaktoren des Wissenstransfers untersucht (vgl. Werner (2004), S. 117). Häufig werden Einflussfaktoren im Rahmen der Erfolgsfaktorenforschung thematisiert (vgl. z.B. Trommsdorf (1990); vgl. zu kritischen Stimmen bezüglich der Erfolgsfaktorenforschung die Ausführungen von NICOLAI/KIESER (2002)).

¹⁸⁷ Eigene Darstellung in Anlehnung an Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

Anbieter- und Kundeninputs unterschieden, wobei aufgrund des Untersuchungskontextes zwischen Krankenhausinputs und Patienteninputs differenziert wird. Analysiert man die Krankenhausinputs genauer, so stellt sich heraus, dass diesen zwei Subkategorien von Inputs zugeordnet werden können. Im Hinblick auf die Heterogenität der Krankenhausinputs und der besonderen Bedeutung der an der Pflege beteiligten Mitarbeiter ist demnach eine weitere Unterteilung in strukturellen und personellen Input des Krankenhauses sinnvoll. Unter Patienteninputs werden im weiteren Sinne nicht nur die Inputs des Patienten, sondern auch die Inputs von deren Angehörigen gefasst. Da sich neben den Patienten auch Angehörige in die Erbringung von Pflegeleistungen einbringen können und somit ebenfalls Inputs zur Verfügung stellen, können Angehörige des Patienten neben den Patienten selbst im weiteren Sinne zur Kundenseite gezählt werden.¹⁸⁸ Durch diese Berücksichtigung der Inputs von Patienten und Angehörigen, die entsprechend des in dieser Arbeit angewandten weiteren Kundenverständnisses im weiteren Verlauf auch zusammenfassend als Pflegekunden bezeichnet werden, wird einer Abdeckung der nicht vom Anbieter bereitgestellten Inputs Rechnung getragen.

Die erforderlichen Leistungsbeiträge zur Dienstleistungserstellung können in unterschiedlichen Anteilen vom Krankenhaus und den Patienten erbracht werden.¹⁸⁹ Daher müssen, wie in Abbildung 17 zu sehen, in Anlehnung an das Modell von PARASURAMAN¹⁹⁰ außerdem Substitutionseffekte der Krankenhaus- und Patienteninputs explizit berücksichtigt werden. Konkret gemeint ist, dass ein Patient umso mehr Ressourcen einbringen müsste, je weniger Ressourcen das Krankenhaus zur Verfügung stellt. Umgekehrt reduziert ein erhöhter Krankenhausinput den Umfang der erforderlichen Patienteninputs.¹⁹¹ In Anlehnung an PARASURAMAN hängt das notwendige Ausmaß an Patienteninputs jedoch nicht von der absoluten Höhe der Krankenhausinputs ab, sondern maßgeblich davon, wie das Krankenhaus seine Inputs letztendlich allokiert.¹⁹² Bei genauerer Analyse der Patienteninputs ist somit festzustellen, dass die Art und Höhe der Patienteninputs nicht nur von den Patienten, sondern auch von den spezifischen Gegebenheiten des Krankenhauses abhängen. Dabei spielen die Ausstattung des Krankenhauses mit Personal sowie die räumlichen Gegebenheiten eine große Rolle. Eine Entlastung der Pflegekräfte und somit eine Reduzierung der pflegekraftbezogenen Inputs erfolgt z.B. dann, wenn die Patienten selbst zusätzliche Inputs liefern. So können Patienten die

¹⁸⁸ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 422.

¹⁸⁹ Vgl. Frietzsche/Maleri (2006), S. 208.

¹⁹⁰ Vgl. die Ausführungen zur Allokationseffizienz im Modell von Parasuraman in Kapitel 2.3.

¹⁹¹ Vgl. Parasuraman (2002), S. 7. In der allgemeinen Dienstleistungsliteratur werden im Hinblick auf Substitutionseffekte und -beziehungen zwischen einzubringenden Produktionsfaktoren Externalisierung und Internalisierung unterschieden. Im Rahmen einer Externalisierung werden anbieterseitige Aktivitäten des Leistungserstellungsprozesses auf den Kunden übertragen. Dies hat zur Folge, dass der Anbieter weniger Inputs einbringen muss, der Kunde hingegen mehr. Im Rahmen einer Internalisierung greift der umgekehrte Fall. Kundenseitige Aktivitäten der Leistungserstellung überträgt der Anbieter auf sich selbst, wodurch der Input des Anbieters steigt, während der Input des Kunden sinkt (Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 149; Lasshof (2006), S. 150ff.; Corsten (1994), S. 66f.)

¹⁹² Vgl. Parasuraman (2010), S. 280f.

Pflegekräfte bspw. dadurch entlasten, dass sie die Körperhygiene selbst übernehmen. Die Mitwirkung des Patienten und dessen Angehörigen könnte demnach umso höher ausfallen, je geringer die Ressourcenausstattung des Krankenhauses ist. Das Ausmaß an Patienteninputs hängt somit davon ab, wie das Krankenhaus seine Inputs gestaltet bzw. allokiert. Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass es weitere Substitutionseffekte zwischen personellen und strukturellen Inputs (z.B. im Sinne der technischen Ausstattung) geben kann. Denn auch in der Krankenhauspflege werden durch Mechanisierung und Automatisierung bisher von Pflegekräften erbrachte Leistungsbeiträge von Maschinen erbracht. Im Krankenpflegebereich gewinnt bspw. der Einsatz von sogenannten Health Information Technologies (HIT) zunehmend an Bedeutung, zu denen neben der Möglichkeit des Einsatzes der elektronischen Patientenakte (EPA) auch Dokumentations- und Datenaustauschsysteme, sowie die computerbasierte Medikation und Vitaldatenerfassung (Telemonitoring) gehören. Neben rein administrativen Betriebsabläufen können mit Hilfe des Einsatzes der HIT vor allem medizinisch-pflegerische Versorgungsprozesse durch die Überwindung von räumlichen und zeitlichen Distanzen zwischen Patient und Pflegekraft, sowie zu weiteren externen Gesundheitsdienstleistern unterstützt werden. Durch den verstärkten Einsatz solcher Technologien im Krankenhaus können somit die von den Pflegekräften zu erbringenden personellen Inputs reduziert werden.¹⁹³ Somit determiniert der Mechanisierungs- bzw. Automatisierungsgrad von Arbeitsmitteln die Aufgabenteilung und damit die Allokation personeller und struktureller Inputs.¹⁹⁴ Daher wird die Allokation der Inputs im Produktivitätsmodell berücksichtigt.¹⁹⁵ Substitutionseffekte bieten somit Anknüpfungspunkte für produktivitätsrelevante Überlegungen. Durch die Möglichkeit der Substitution ergeben sich für das Krankenhaus Chancen für Externalisierungen, indem einzelne Pflegeaktivitäten im Rahmen der Prozesse auf die Patienten übertragen werden.

Im Dienstleistungsbereich ist im Unterschied zum Sachgüterbereich zu berücksichtigen, dass der Transformationsprozess der Inputs in Outputs unter Beteiligung des Kunden erfolgt und somit je nach Intensität der Kundenintegration und Kundeninteraktion unterschiedlich durchgeführt wird. Folglich ist im Dienstleistungsbereich auch eine differenziertere Analyse des Transformationsprozesses als im Sachgüterbereich erforderlich, in dem der Transformationsprozess in der Regel als „black box“ betrachtet wird.¹⁹⁶ Vergleichbar mit dem Grundmodell von GRÖNROOS/OJASALO, die einen Prozess in drei Teilprozesse (anbieterautonom, kundenautonom und Interaktion Kunde-Anbieter) unterteilen, und der differenzierten Prozessdarstellung im von

¹⁹³ Vgl. Koczula et al. (2012), S. 31.

¹⁹⁴ Vgl. Hacker (2005), S. 116.

¹⁹⁵ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 149; Lashhof (2006), S. 150ff.; Corsten (1994), S. 66f. Eine nähere Überprüfung gilt es in den nächsten Arbeitsschritten vorzunehmen.

¹⁹⁶ Zum Transformationsprozess als „black box“ vgl. z. B. Sink (1985), S. 29 i.V.m. S. 55, Sumanth (1998), S. 27 i.V.m. S. 100.



PRINGLE/DORAN entwickelten pflegespezifischen Modell¹⁹⁷, wird der Prozess zur Dienstleistungserstellung demnach im vorliegenden Produktivitätsmodell in verschiedene Teilprozesse zerlegt und auf die Dienstleistung Pflege im Krankenhaus übertragen. Infolge der Besonderheit, dass Patienten im Rahmen der Dienstleistung Pflege im Krankenhaus auch untereinander interagieren können, kommt jedoch zusätzlich ein vierter Teilprozess hinzu. Somit werden zum einen die Teilprozesse betrachtet, bei denen die *Pflegekraft autonom*, d.h. unabhängig vom Patienten, die Leistung erbringen kann.¹⁹⁸ Bspw. wird die Dokumentation der Pflege oder das Vorbereiten der Medikamente selbstständig vom Pflegepersonal durchgeführt und auch die Übergabe bei Schichtwechsel zählt zu den autonomen Teilprozessen. Während die Pflege diese Teilprozesse direkt plant und ausführt, kann der Patient auf diese Teilprozesse nur indirekt durch die von ihm bereitgestellten Informationen Einfluss nehmen. Zum anderen werden die Teilprozesse berücksichtigt, in denen eine *Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft* stattfindet. Zu diesen Teilprozessen zählen sowohl nahezu sämtliche medizinische und pflegerische Interventionen, wie bspw. Verbandswechsel, Injektionen oder Medikamentengabe, als auch die grundpflegerischen Tätigkeiten des täglichen Bedarfs, wie Körperpflege oder Nahrungsaufnahme, sofern es der Zustand des Patienten erfordert.¹⁹⁹ Der dritte zu betrachtende Teilprozess ist der, bei dem die *Patienten oder ihre Angehörigen autonom Pflegeleistungen erbringen*, wobei sie hierzu auf die vom Krankenhaus bereitgestellte Infrastruktur zurückgreifen.²⁰⁰ Während der Patient und seine Angehörigen direkten Einfluss auf diese Teilprozesse nehmen, kann das Krankenhaus bzw. das Pflegepersonal nur über steuernde Informationen oder vorhandene räumlich-technische Strukturen versuchen, diese Teilprozesse indirekt zu beeinflussen. Der vierte relevante Teilprozess ergibt sich aus der Gegebenheit, dass im Krankenhausalltag auch die *Patienten* untereinander – z.B. dadurch bedingt, dass sie über Tage hinweg zusammen auf einem Zimmer liegen – häufig *interagieren*.²⁰¹ So können sich Patienten bspw. gegenseitig beim Anreichen von Gegenständen oder der Mobilisation unterstützen.

Als Ergebnis der einzelnen Teilschritte resultiert letztendlich der Output. Bezogen auf den Output müssen verschiedene Aspekte des GRÖNROOS/OJASALO-Grundmodells schließlich bei der Entwicklung des Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege modifiziert werden, während andere Bereiche übernommen werden können. Bezogen auf die entwickelten Anforderungskriterien²⁰² an ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege wurde insbesondere darauf geachtet, die Kriterien, die vom GRÖNROOS/OJASALO-Grundmodell nicht erfüllt werden

¹⁹⁷ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 3.3.

¹⁹⁸ Vgl. Baumgärtner/Bienzeisler (2006), S. 26.

¹⁹⁹ Vgl. Brieskorn-Zinke (2006), S. 11.

²⁰⁰ Vgl. Zerbe/Heisterkamp (1995), S. 24f.

²⁰¹ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 114; Martin/Pranter (1989), S. 6.

²⁰² Vgl. zu den Anforderungskriterien Kapitel 2.2 und 3.2.

konnten, zu berücksichtigen und in dem entwickelten Modell entsprechend zu integrieren.²⁰³ Als relevante, d.h. die Produktivität determinierende, Outputs im Rahmen der Produktivitätsbestimmung in der Krankenhauspflege werden sowohl objektiv messbare Output-Größen (i.S.v. Quantität und objektiver Qualität), als auch subjektiv wahrgenommene Output-Größen berücksichtigt. Auf die Produktivität in der Krankenhauspflege bezogen konnten nicht nur die wahrgenommene Pflegequalität sowie die Patienten-/Angehörigenbindung, sondern auch die Qualität des Arbeitslebens und die Mitarbeiterbindung als relevante subjektiv wahrgenommene qualitative Outputs identifiziert werden. Weiterhin sollen mögliche zwischen den Outputs bestehende Wirkungsbeziehungen berücksichtigt werden.

4.2 Inputs

Inputs sind Produktionsfaktoren, die tatsächlich oder potentiell in den Prozess der Krankenhauspflege eingehen und durch die der Prozess vollziehbar wird oder mit denen er besser vollzogen werden kann.²⁰⁴ Die Leistung der Krankenhauspflege, als personenbezogene bilaterale Dienstleistung, ergibt sich aus dem Zusammenwirken struktureller Inputs, der pflegerischen Leistung und dem externen Faktor Patient.²⁰⁵ Dabei werden strukturelle und personelle Inputs zu einem gemeinsamen *Krankenhausinput* zusammengefasst. Dem gegenüber steht der externe Faktor *Patient*, welcher um den Faktor *Angehörige* erweitert wird und als separater Faktor *Inputs Patient* in den Pflegeprozess einght (siehe Abbildung 18). Die einzelnen Input-Faktoren werden in den nachfolgenden Ausführungen näher erläutert. Dabei werden zunächst die Krankenhausinputs (Kapitel 4.2.1) und anschließend die Patienteninputs (Kapitel 4.2.2) dargestellt.

²⁰³ Insbesondere wurde auf die Integration von mitarbeiterbezogenen Outputs Wert gelegt (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 2.2).

²⁰⁴ Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel 4.1.

²⁰⁵ Personenbezogene Dienstleistungen werden in Anlehnung an die klassischen Produktionsfaktoren nach GUTENBERG (1983) als Zusammenwirken der Produktionsfaktoren Arbeitsleistung und Betriebsmittel, ergänzt um den Faktor Kunde, beschrieben. Übertragen auf den Untersuchungskontext der Krankenhauspflege werden entsprechend die Begrifflichkeiten *struktureller Input* des Krankenhauses, *personeller Input* des Krankenhauses und *Input Patient* verwendet.

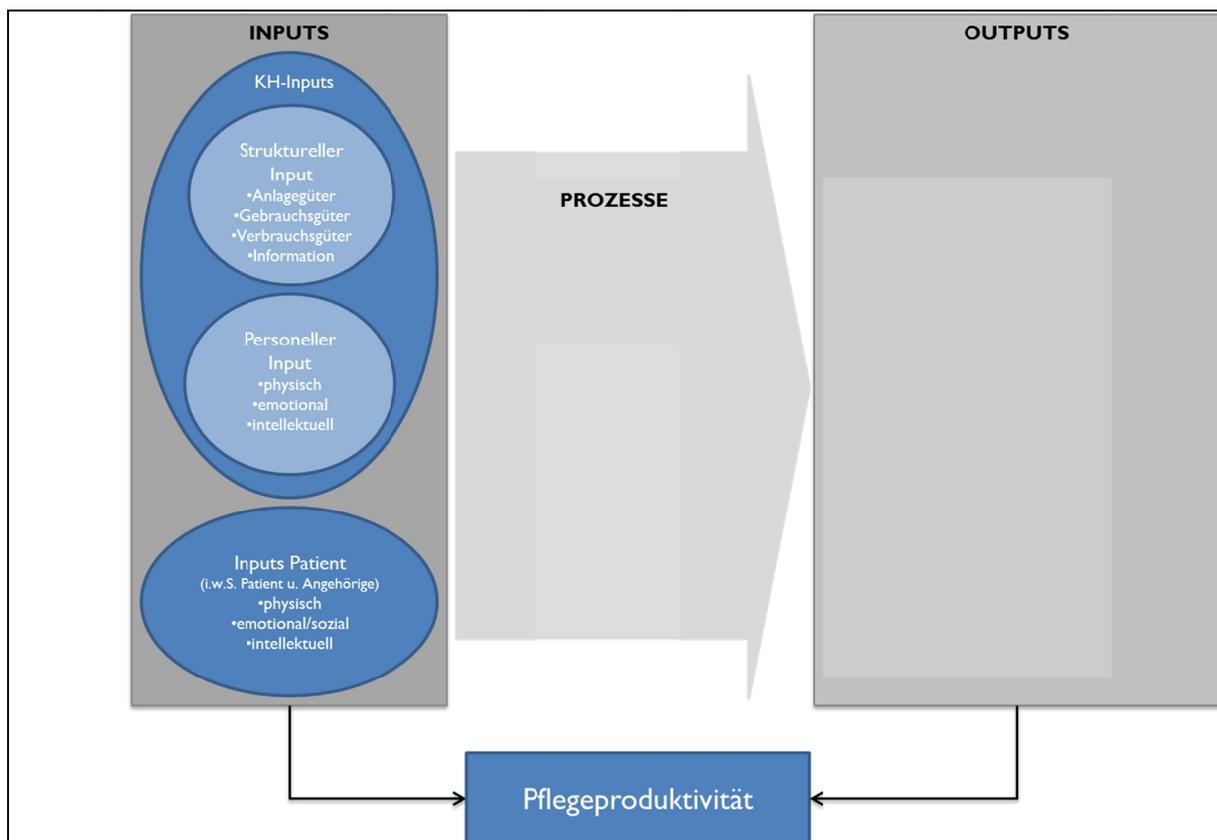


Abbildung 18: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Input-Betrachtung²⁰⁶

4.2.1 Krankenhausinputs

Die Krankenhausinputs umfassen sämtliche strukturellen Input-Faktoren der Pflege, wie bspw. Anlagegüter, Verbrauchs- und Verbrauchsgüter oder Informationen sowie sämtliche pflegerische (Arbeits-) Leistungen, im Wesentlichen erbracht durch professionelle Pflegekräfte. Im Folgenden werden zunächst die strukturellen Inputs (Kapitel 4.2.1.1) und anschließend die personellen Inputs (Kapitel 4.2.1.2) des Krankenhauses eingehend beschrieben.

4.2.1.1 Struktureller Input

Damit in einem Krankenhaus Pflegedienstleistungen angeboten werden können, müssen durch das Krankenhaus notwendige strukturelle Rahmenbedingungen gegeben sein. Dazu gehören unter anderem bauliche Gegebenheiten, eine umfangreiche medizinisch-technische Ausstattung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, um eine umfassende stationäre medizinische und pflegerische

²⁰⁶ Eigene Darstellung.

Versorgung der Patienten zu gewährleisten.²⁰⁷ Die Bereitstellung solcher Ressourcen bildet eine grundlegende Voraussetzung für die Erbringung einer guten Qualität im Pflegeleistungsprozess.²⁰⁸ Im Krankenhaus werden diese Ressourcen in Anlage-, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter unterteilt.²⁰⁹ Diese Einteilung wird aufgrund der dualen Systematik der Krankenhausfinanzierung²¹⁰ und der damit verbundenen Einteilung der Kosten eines Krankenhauses in pflegesatzfähige Kosten und nicht im Pflegesatz zu berücksichtigende Investitionskosten vorgenommen.²¹¹ Die Abgrenzung der einzelnen Güter beruht auf der Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser.²¹²

Zu den *Anlagegütern* des Krankenhauses zählen alle Güter, die dem Anlagevermögen zuzuordnen sind. Darunter fallen Sachanlagen, wie Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte, Betriebs- und Wohnbauten sowie technische Anlagen.²¹³ Ebenso zählen zum Anlagevermögen Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände (z.B. Instrumente, Apparate und Maschinen), sonstige Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände des medizinischen Bedarfs (z.B. Extensionsbügel, Röntgenfilm-Kassetten) sowie sonstige Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände des Wirtschafts- und Verwaltungsbedarfs (hierzu zählen u.a. Datenverarbeitungsanlagen).²¹⁴

Gebrauchsgüter sind „Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren“.²¹⁵ U.a. führt die Abgrenzungsverordnung als Beispiele für Gebrauchsgüter Dienst- und Schutzkleidung, Geschirr, sonstige Gebrauchsgüter des medizinischen Bedarfs wie Beatmungsbeutel, Schienen und Venendruckmesser sowie sonstige Gebrauchsgüter des Wirtschafts- und Verwaltungsbedarfs auf.²¹⁶

Eine hohe Bedeutung im Rahmen der strukturellen Inputs wird der technischen Ausstattung des Krankenhauses beigemessen. Die technische Ausstattung umfasst sowohl Hardware-Komponenten (wie z.B. medizin-technische Geräte, Computer im Schwesternzimmer oder Rohrpostsysteme zur schnellen Weiterleitung von z.B. Laborproben) als auch Software-Komponenten (wie z.B.

²⁰⁷ Vgl. Klaue (2006), S. 19.

²⁰⁸ Vgl. Schröder (2010), S. 270.

²⁰⁹ In den vorhandenen Studien zur Produktivität der Pflege werden die strukturellen Inputs häufig in Form von wirtschaftlichen Ressourcen, Budgets, Kosten des Kaufs und der Instandhaltung notwendiger materieller Ressourcen eingesetzt. Im vorliegenden Produktivitätsmodell der Krankenhauspflege wirken finanzielle Rahmenbedingungen als Einflussfaktoren auf den strukturellen Input (siehe Kapitel 4.3.1). Als eigenständiger Input sind sie nicht im Modell zu berücksichtigen, da sie nicht unmittelbar in den Pflegeprozess eingehen und somit keine notwendige Bedingung zur Vollziehung des Pflegeprozesses darstellen. Vgl. Holcomb et al. (2002), S. 378ff. sowie die Ausführungen in Kapitel 3.3 dieser Arbeit.

²¹⁰ Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) von 1972 unterliegen deutsche Krankenhäuser der dualen Finanzierung. Das bedeutet, dass die Investitionskosten eines Krankenhauses aus öffentlichen Mitteln (seit 1985: durch die Bundesländer) finanziert werden und pflegesatzfähige Kosten von den Versicherten bzw. deren Krankenkassen zu tragen sind.

²¹¹ Vgl. Behrends (2009), S. 43f.

²¹² Häufig bekannt unter dem Begriff Abgrenzungsverordnung (AbgrV).

²¹³ Vgl. Anlage I der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV).

²¹⁴ Vgl. Verzeichnis II der Anlage zur Abgrenzungsverordnung.

²¹⁵ AbgrV § 2 Nr. 2.

²¹⁶ Verzeichnis I der Anlage zur Abgrenzungsverordnung.

Krankenhausinformationssysteme, Zugang zu medizinischen und pflegerischen Datenbanken (Internetverbindung) oder elektronische Patientenakten). Somit zählen bspw. auch die bereits angesprochenen HIT, sämtliche Informations- und Kommunikationstechnologien oder auch innovative Technologien (wie bspw. EDV-Schrankverwaltungssysteme, Self-service Technologien für Patienten oder RFID-Technologien) als Anlage- und Gebrauchsgüter zu den strukturellen Inputs des Krankenhauses.

Wie in der klassischen Betriebswirtschaftslehre auch, werden im Krankenhaus zu den *Verbrauchsgütern* solche Wirtschaftsgüter gezählt, „die durch ihre bestimmungsgemäße Verwendung aufgezehrt oder unverwendbar werden“.²¹⁷ Dazu zählen bspw. Arzneimittel, Verbandsmaterial, Desinfektionsmittel, Einwegspritzen und viele weitere.²¹⁸ Hinzu kommt, dass auch Güter, „die ausschließlich von einem Patienten genutzt werden“ und Güter, die „üblicherweise bei ihm [dem Patienten] verbleiben“ als Verbrauchsgüter bezeichnet werden.²¹⁹ In die letzte Kategorie fallen somit auch Güter, die längerfristig verwendet werden können, wie Prothesen und Implantate, da sie zur Verwendung durch nur einen Patienten bestimmt sind.²²⁰

Ein weiterer zentraler Input-Faktor des Krankenhauses, der in den Pflegeprozess eingeht, ist das Vorhandensein prozessrelevanter *Informationen*. Informationen sind laut ZAPP/OSWALD die Basis für Entscheidungen in Unternehmen und dienen der Vernetzung sämtlicher Prozesse.²²¹ Ein reibungsloser Prozessablauf wird daher auch in der Krankenhauspflege wesentlich von der Gestaltung der Informations- und den damit verbundenen Kommunikationsbeziehungen beeinflusst.²²² Dabei gilt es in einer arbeitsteiligen Organisation wie dem Krankenhaus nicht nur Informationen zu generieren und zu speichern, sondern sie in der richtigen Quantität und Qualität, zu der richtigen Zeit an den richtigen Ort zu transferieren.²²³ Vor allem der Informationstransport und die Kooperation zwischen den in den Pflegeprozess eingebundenen Personen und Fachabteilungen sind unabdingbare Grundvoraussetzungen für eine gute Qualität und ein produktives Arbeiten.

Dabei zeichnen sich die unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus einerseits in der Erzeugung und in der Nutzung von Informationen durch weitgehende Autonomie aus. Andererseits sind sie gleichzeitig auf die Informationen anderer Berufsgruppen angewiesen.²²⁴ Dieser Umstand führt dazu, dass der Informationsaustausch zwischen den direkt an der Krankenhauspflege beteiligten Personengruppen, folglich im Wesentlichen Ärzte und Pflegekräfte, durch eine hohe Fehler- und

²¹⁷ § 2 Nr. 3 AbgrV. Vgl. auch Wöhe/Döring (2008), S. 36 sowie S. 321.

²¹⁸ Vgl. Haubrock (2009), S. 467.

²¹⁹ AbgrV § 2 Nr. 3 sowie Fleßa (2008), S. 91.

²²⁰ Vgl. Fleßa (2008), S. 91.

²²¹ Vgl. Zapp/Oswald (2010), S. 64.

²²² Vgl. Vahs (2007), S.180.

²²³ Vgl. Fleßa (2008), S. 193.

²²⁴ Vgl. Stausberg (2004), S. 256.

Konflikthanfälligkeit geprägt ist. Viele Studien belegen, dass Krankenhäuser durch eine starke berufsbezogene Hierarchie und dadurch wenig ausgebildete Kooperationskultur geprägt sind.²²⁵ Ebenso gibt es Untersuchungen, die festgestellt haben, dass zahlreiche behandlungs- und somit auch pflegerelevante Informationen aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeit und Bereitschaft zur kommunikativen Zusammenarbeit zwischen den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen verloren gehen.²²⁶ Weitere Studien haben analysiert, dass der Austausch patientenbezogener Information zwischen Ärzten und Pflegekräften in vielen Fällen nicht strukturiert und systematisch, sondern eher zufällig erfolgt.²²⁷ Dabei ist zu bedenken, dass ärztliche und pflegerische Arbeitsabläufe einer unterschiedlichen zeitlichen und inhaltlichen Logik unterliegen, die in der Praxis dazu führt, dass sich die Pflegenden vor allem stark auf die Erfordernisse des ärztlichen Dienstes einstellen und die eigenen Arbeitsabläufe danach ausrichten müssen.²²⁸ Bei PESCHKE wird in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass eine zunehmende Spezialisierung der Berufsgruppen, eine Anhäufung von medizinischem und therapeutischem Wissen sowie vermehrte berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Strukturen und Prozesse eine gute Kommunikationsfähigkeit und -kultur erfordern²²⁹, um notwendige Informationen zu generieren und zu transferieren. Somit erscheint der Faktor Informationen als ein bedeutender Bestandsfaktor eines Krankenhauses und daher als relevanter Input für erfolgreiche Prozessverläufe, den es im Rahmen der vorliegenden Produktivitätsbetrachtung der Krankenhauspflege zu berücksichtigen gilt.

Während das Vorhandensein verschiedener Inputs, wie bspw. Anlagegüter in Form von Räumlichkeiten oder Betten, unzweifelhaft erscheint, ist die Input-Zusammensetzung insbesondere der Gebrauchs- und Verbrauchsgüter oder die notwendige technische Ausstattung von verschiedenen internen und externen Einflüssen abhängig. Diese Erkenntnis gilt gleichermaßen für den Input Informationen. Generell gehören zu den für den Pflegeprozess relevanten Informationen bspw. die Patientenstammdaten, die Anamnese, Informationen zur Krankengeschichte oder die Einweisungsdiagnose des Hausarztes²³⁰. Ebenso sind Informationen aus ärztlichen Anweisungen im Rahmen der einrichtungsinternen Delegation eine notwendige Bedingung für die Durchführung der Krankenhauspflegedienstleistung. Welche Informationen darüber hinaus in den Pflegeprozess einfließen müssen, welche Form diese haben müssen (z.B. mündliche oder schriftliche Anweisungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten) und wie sie übermittelt werden, hängt wiederum von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Im Rahmen einer Produktivitätsermittlung für die Krankenhauspflege bedarf es somit neben der Bestimmung notwendiger Inputs auch der Analyse

²²⁵ Siehe hierzu bspw. Schmerfeld/Schmerfeld (2000), S. 94ff.; Henning et al. (1998); Badura (1993).

²²⁶ Vgl. Eggenhofer (1995), S. 8f.

²²⁷ Vgl. bspw. Braun et al. (2008), S. 46ff.

²²⁸ Vgl. Bartholomeyczik (2011a), S. 319; Schmidt et al. (2008), S. 102ff.

²²⁹ Vgl. Peschke (1999), S. 89.

²³⁰ Vgl. Herbig/Büssing (2006), S. 7.

möglicher Einflussfaktoren der Krankenhauspflege. Diese Analyse erfolgt im Anschluss an die Darstellung der personellen Inputs des Krankenhauses sowie der Inputs, die durch die Patienten in den Pflegeprozess eingebracht werden.

4.2.1.2 Personeller Input

Die Darstellungen zu den Produktivitätsmodellen haben gezeigt, dass der personelle Input i.d.R. sehr allgemein über den Begriff „Arbeit“ erfasst wird, ohne dass weitergehende Operationalisierungen dazu vorgenommen werden.²³¹ Diese Darstellungen knüpfen an den Produktionsfaktor-Ansatz von GUTENBERG an, der darauf verweist, dass Sachgüter oder Dienstleistungen²³² nur dann hergestellt bzw. bereitgestellt werden können, wenn menschliche Arbeitsleistungen mit Arbeits- und Betriebsmitteln zu einer produktiven Kombination verbunden werden. Ohne diese beiden Faktoren ist eine betriebliche Leistungserstellung nicht möglich.²³³ Analysiert man betriebswirtschaftliche Produktivitätsbetrachtungen im Hinblick auf die Art und Weise der Erfassung menschlicher Arbeitsleistungen genauer, wird deutlich, dass diese bislang im Rahmen der Arbeitsproduktivität in der Regel quantitativ über Mitarbeiterzahlen und geleistete Arbeitsstunden erfasst werden.²³⁴ Im pflegewissenschaftlichen Ansatz von CURTIN ist zwar erkennbar geworden, dass im Rahmen der Inputs weitere mitarbeiterbezogene Merkmale von Bedeutung sind, wie z.B. Ausbildung, Fähigkeiten, Erfahrungen, Einstellungen, diese Größen werden aber nicht weiter spezifiziert.²³⁵ Insofern ist festzustellen, dass es zur Durchführung von Produktivitätsanalysen in der Krankenhauspflege angemessen und notwendig erscheint, nicht nur objektiv erfassbare quantitative Größen des personellen Inputs zu berücksichtigen. Vielmehr sind ebenfalls qualitative Inputs in die Betrachtungen einzubeziehen.

Um die tatsächlich relevanten personellen Inputs der Krankenhauspflege ableiten zu können, bietet sich zunächst ein Rückgriff auf den Begriff der Arbeitsleistung an. Dabei soll das in der Betriebswirtschaftslehre häufig verbreitete ergebnisorientierte Leistungsverständnis²³⁶ jedoch nicht verwendet werden, da Ergebnisse Outputs von Arbeitsprozessen darstellen.²³⁷ Sinnvoller erscheint

²³¹ Vgl. Grönroos/Ojasalo (2004); Parasuraman (2002).

²³² Krankenhäuser als Anbieter von Gesundheitsleistungen werden als Dienstleistungsunternehmen charakterisiert (vgl. Bornemeier (2002), S. 162). Es ist demnach zwingend erforderlich, die Arbeitsleistung als einen Inputfaktor im Rahmen der Dienstleistungserstellung zu berücksichtigen.

²³³ Vgl. Gutenberg (1968), S. 2f.

²³⁴ Vgl. Wöhe/Döhring (2010), S. 38; Ebel (2009), S. 371; Nebl (2007), S. 19; Gutenberg (1958), S. 29f.

²³⁵ Vgl. zum Ansatz von CURTIN die Ausführungen in Kapitel 3.3.

²³⁶ Vgl. für eine grundsätzliche und ausführliche Auseinandersetzung mit dem Leistungsbegriff: Becker (2009a), S. 1 ff.

²³⁷ Vgl. Becker (2009a), S. 47,54; Böhrs (1958), S. 9. Im Fokus der ergebnisbezogenen Betrachtung von Leistung steht demnach die mit dem Ergebnis erbrachten Wertschöpfungsbeiträge, die für die Organisation generiert werden können (vgl. Becker (2009a), S. 74).

die Verwendung des verhaltensbezogenen Leistungsbegriffs, weil dabei das Verhalten zur Tätigkeitsausübung als Leistung bezeichnet wird und der Input der Mitarbeiter von den konkreten Tätigkeiten abhängt.²³⁸ Im Vordergrund steht bei der Leistung von Arbeit demnach, ob die Verhaltensweise einen positiven Einfluss auf die Zielerreichung hat.²³⁹ Das bedeutet, dass nicht das letztendlich erreichte Ergebnis, sondern das von den Mitarbeitern realisierte Verhalten als Leistung verstanden wird.²⁴⁰ *Arbeitsleistung* ist demnach die von den Mitarbeitern durch ihr Verhalten angestrebte Aufgabenerfüllung, die auf die Erreichung von Unternehmens- bzw. Organisationszielen ausgerichtet ist und diese verwirklicht bzw. zu verwirklichen hilft. In der Krankenhauspflege ist die Arbeitsleistung schließlich als *Pflegeleistung*²⁴¹ zu verstehen. Dies ist darin begründet, dass das Pflegepersonal durch die angestrebte Erfüllung seiner Pflegeaufgaben hilft, die Hauptaufgabe eines Krankenhauses zu realisieren. Hierdurch wird eine Erreichung der Krankenhausziele ermöglicht.²⁴² Pflegeleistung kann vor diesem Hintergrund definiert werden als die Summe von Leistungsbeiträgen des Pflegepersonals, die notwendig sind, um die Tätigkeiten der Pflege²⁴³ verrichten zu können. Die Pflegetätigkeiten beziehen sich auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten.²⁴⁴ Um diese Pflegeleistungen erbringen zu können, sind die Pflegekräfte gefordert, unterschiedliche Arten von Leistungsbeiträgen zu erbringen,²⁴⁵ welche auf die vielfältigen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind.²⁴⁶ Während in der betriebswirtschaftlichen Literatur häufig nur eine Differenzierung zwischen physischer (bzw. körperlicher) und intellektueller (bzw. geistiger) Arbeitsleistung vorgenommen wird,²⁴⁷ zeigt die Dienstleistungsliteratur auch die Besonderheit und die Notwendigkeit der Betrachtung von Emotions- und Gefühlsarbeit auf.²⁴⁸ So verweist KOCH explizit darauf, dass es im Rahmen von Dienstleistungsarbeit nicht ausreicht, sich lediglich mit der körperlichen und geistigen Arbeit auseinander zu setzen.²⁴⁹ Um die mitarbeiterseitigen Leistungsbeiträge möglichst vollständig und differenziert zu erfassen, wird es hier als zielführend

²³⁸ In Anlehnung an Berthel/Becker (2010), S. 94; Becker (2009a), S. 51.

²³⁹ Vgl. Blickle (2011), S. 257.

²⁴⁰ In Anlehnung an Berthel/Becker (2010), S. 94; Becker (2009a), S. 51.

²⁴¹ Vgl. zur Definition von Pflege 3.1.

²⁴² Die Hauptaufgabe eines Krankenhauses besteht dabei in der stationären Behandlung von Patienten, wobei diese durch Diagnose, Therapie, Unterkunft und Pflege der Patienten erfolgt. Das primäre Ziel ist die Gesundheit des Patienten durch die Deckung des Bedarfs an spezifischen Dienstleistungen. Siehe dazu Schär (2009a), S. 134.

²⁴³ Vgl. zu den Tätigkeiten in der Pflege Kapitel 3.1.

²⁴⁴ In Anlehnung an Peil (2008), S. 311.

²⁴⁵ Vgl. Baines et al. (1999), S. 3; Dunn/Schmitz (2005), S. 34, 39. Auch ELKELES verweist im Zusammenhang von Anforderungen an das Pflegepersonal auf drei unterschiedliche Dimensionen der Anforderungen, welche er jedoch als physische, intellektuell-kognitive und psychisch-affektive Dimension bezeichnet (vgl. Elkeles (1994), S. 41f.).

²⁴⁶ Vgl. Dunn/Schmitz (2005), S. 34. Vgl. zu den Bedürfnissen der Patienten auch die Definition von Pflegeleistung in diesem Kapitel.

²⁴⁷ Vgl. Kußmaul (2011), S. 42; Mertens/Bodendorf (2005), S. 29; Korndörfer (2003), S. 53. Vgl. auch Gutenberg (1983): 2f., der zwischen objektbezogener und dispositiver Arbeitsleistung differenziert.

²⁴⁸ Vgl. z. B. Nerdinger (2001a), S. 503ff.

²⁴⁹ Vgl. Koch (2010), S. 94. Vgl. auch ausführlich zur Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich Rastetter (2008).

angesehen, zwischen physischen, intellektuellen und emotionalen Leistungsbeiträgen zu unterscheiden.

Physische Leistungsbeiträge umfassen zum einen die während der Arbeitszeit gegebene physische Präsenz²⁵⁰ und müssen zum anderen bei körperlichen Tätigkeiten erbracht werden.²⁵¹ Pflegetätigkeiten, die dieser Kategorie zugeordnet werden können, sind im weitesten Sinne die Aufgaben, die im Rahmen der Unterstützung der zu pflegenden Patienten anfallen.²⁵² Diese Aufgaben umfassen die täglichen Aufgabenfelder wie Körperpflege, Hygiene, Mobilisation²⁵³ oder auch notwendige Behandlungsmaßnahmen (z. B. Verbandswechsel, Gabe von Medikamenten) und liefern einen Ausgangspunkt für die Tätigkeiten, die intellektuelle oder emotionale Leistungsbeiträge erfordern.²⁵⁴

Intellektuelle Leistungsbeiträge sind im Gegensatz zu physischen Leistungsbeiträgen im weitesten Sinne bei solchen Tätigkeiten zu erbringen, die den Pflegekräften kognitive Fähigkeiten abverlangen.²⁵⁵ So müssen Pflegekräfte regelmäßig auf ihr erworbenes Fachwissen zurückgreifen. Solche Leistungsbeiträge äußern sich bspw. in der korrekten Ausführung pflegerischer Tätigkeiten, in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes des jeweiligen Patienten, im richtigen Beobachten des Krankheitszustandes des Patienten,²⁵⁶ aber auch in der Bedienung medizinischer Gerätschaften wie z.B. Blutzuckermessinstrumente, Spritzenpumpen und ähnliches.²⁵⁷ Ebenso werden intellektuelle Leistungsbeiträge auch in der Planung und Organisation pflegerischer Tätigkeiten eingebracht.

Emotionale Leistungsbeiträge können mit Hilfe der Konzepte der Emotions- und Gefühlsarbeit²⁵⁸ erläutert werden. Unter Emotionsarbeit wird grundsätzlich das Management von Gefühlen der Pflegekraft verstanden.²⁵⁹ Es geht um das Hervorrufen oder die Unterdrückung von Gefühlen gemäß

²⁵⁰ In Anlehnung an die Dienstleistungsliteratur vgl. Meyer (1983), S. 86.

²⁵¹ Vgl. Schanz (2000), S. 11. Ein hoher Anteil der Pflegeleistung liegt in körperlicher Arbeit (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007)). In einer repräsentativen Erwerbstätigenumfrage in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung im Jahr 2006 wurden 20.000 Erwerbstätige befragt. Es stellte sich heraus, dass Pflegeberufe durch besonders hohe körperliche Belastungen gekennzeichnet sind. Typische Belastungen sind langes Stehen, schweres Heben und Zwangshaltungen. Vgl. dazu auch Estryng-Behar et al. (2005), S. 101ff.

²⁵² Vgl. § 3 Abs. 2 KrPflG.

²⁵³ Aktivitäten, die sich auf tägliche Verrichtungen beziehen und sich aus den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen ableiten, werden in der Literatur als „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) bezeichnet (vgl. Kollak (2011), S. 14).

²⁵⁴ Vgl. James (1992), S. 496.

²⁵⁵ Vgl. Kleinfeld (2002), S. 156f. Diese Dimension wird in der Literatur teils – synonym zum Begriff der intellektuellen Arbeit – auch als *mentale Arbeit* bezeichnet. Siehe dazu Chaboyer/Creamer (1999), S. 66; Liaschenko/Peter (2004), S. 488.

²⁵⁶ Vgl. Elkeles (1994), S. 41f.

²⁵⁷ Vgl. Kleinfeld (2002), S. 157.

²⁵⁸ Vgl. Nerdinger (2001b), S. 504f. Diese explizite Unterscheidung ist insbesondere auf die deutschsprachige Literatur zurückzuführen.

²⁵⁹ Vgl. Hochschild (1990), S. 30.

entsprechender Normen und Erwartungen.²⁶⁰ Dies bedeutet, dass Emotionsarbeit vor allem dann geleistet werden muss, wenn sich die inneren Gefühle nicht mit denen decken, die nach außen kommuniziert werden müssen bzw. sollen.²⁶¹ Insbesondere im Pflegebereich kann Emotionsarbeit als ein wesentlicher Teil der Arbeit angesehen werden. Im unmittelbaren Kontakt zwischen Patienten/Angehörigen und Pflegepersonal ergeben sich häufig emotional belastende Momente für das Pflegepersonal. Daran sollen jedoch die Patienten und deren Angehörigen möglichst keinen Anteil nehmen, um den Gesundungsprozess nicht zu gefährden. Das Konzept der Gefühlsarbeit hingegen beschäftigt sich mit der Darstellung von Gefühlen, mit Hilfe derer die Gefühle des Patienten beeinflusst werden sollen, damit die Durchführung von geplanten instrumentellen Handlungen vollzogen werden kann.²⁶² Bezogen auf die Krankenhauspflege umfasst das Konzept der Gefühlsarbeit die Darstellung von Gefühlen, um den Patienten z. B. kooperationswillig und -fähig zu machen,²⁶³ wie bspw. das Trösten oder Beruhigen eines ängstlichen Patienten. Darüber hinaus hat Gefühlsarbeit einen positiven therapeutischen Einfluss auf das Wohlergehen der Patienten und ist deshalb unerlässlich.²⁶⁴

In der englischsprachigen Literatur wird im Rahmen einer Thematisierung der emotionalen Leistungsbeiträge häufig ausschließlich der Begriff der Emotionsarbeit²⁶⁵ genutzt. Teilweise ist dies darauf zurückzuführen, dass oft lediglich Emotionsarbeit betrachtet wird.²⁶⁶ Es existieren jedoch ebenfalls Ausarbeitungen, die sowohl Emotions- als auch Gefühlsarbeit berücksichtigen, diese aber begrifflich nicht ausdrücklich voneinander unterscheiden.²⁶⁷ BROTHERIDGE und GRANDEY unterscheiden bspw. nicht explizit zwei Begriffe, sondern betrachten Emotionsarbeit aus „Aufgabensicht“ und aus „Personensicht“.²⁶⁸ Darüber hinaus gibt es aber auch in der englischsprachigen Literatur Ausarbeitungen, die vor dem theoretischen Hintergrund des Konzepts der Gefühlsarbeit den Begriff *sentimental work* nutzen und somit, wie auch in der deutschsprachigen Literatur, explizit zwischen Emotions- und Gefühlsarbeit unterscheiden.²⁶⁹ Im Untersuchungskontext scheint es hier angemessen, die Konzepte der Emotions- und Gefühlsarbeit getrennt zu betrachten

²⁶⁰ Vgl. Koch (2010), S. 59, 71 sowie Rastetter (2001), S. 111.

²⁶¹ Vgl. Glomb et al. (2004), S. 700f.

²⁶² Vgl. Nerdinger (2001b), S. 504.

²⁶³ Vgl. Koch (2010), S. 59.

²⁶⁴ Vgl. Gray (2009), S. 169.

²⁶⁵ Vgl. Henderson (2001), S. 130ff.; Smith/Gray (2001), S. 230; Soares (2003), S. 36ff.; Glomb et al. (2004), S. 701; Mazhindu (2009), S. 91ff.; Gray (2009), S. 169; Kumar et al. (2010), S. 84. Der begriffliche Unterschied zwischen *emotional labour* und *emotional labor* ist dabei lediglich auf die verschiedene Schreibweise der britischen und amerikanischen Rechtschreibung zurückzuführen.

²⁶⁶ Vgl. Henderson (2001), S. 130ff.; Soares (2003), S. 36ff.; Mazhindu (2009), S. 91ff.

²⁶⁷ Vgl. Smith/Gray (2001), S. 230; Glomb et al. (2004), S. 701; Gray (2009), S. 169; Kumar et al. (2010), S. 84.

²⁶⁸ Vgl. Brotheridge/Grandey (2002), S. 18. Im Original wird zwischen *job-focused emotional labor* und *employee-focused emotional labor* unterschieden.

²⁶⁹ Vgl. Strauss et al. (1997), S. 129ff.; Hansen (2009), S. 43.

und der emotionalen Dimension zuzuordnen, da sowohl Emotions- als auch Gefühlsarbeit innerhalb verschiedenster Pflgetätigkeiten eine bedeutende Rolle spielen.²⁷⁰

4.2.2 Inputs Patient

Nachdem im Vorigen differenziert die anbieterseitigen Inputs herausgearbeitet wurden, sollen nun die vom Patienten einzubringenden Inputs dargelegt werden. Hierbei ist zu beachten, dass ebenfalls die Inputs der Angehörigen berücksichtigt werden, da diese, wie in Abschnitt 4.1 dargestellt, im hier angewandten weiteren Kundenverständnis, das in dieser Arbeit vertreten wird, inkludiert sind.

Zur Systematisierung kundenseitiger Inputs liegen in der Dienstleistungsforschung zahlreiche Ansätze vor.²⁷¹ Inzwischen zeichnet sich jedoch ab, dass eine Differenzierung in *physische, intellektuelle und emotionale Inputs* alle Formen kundenseitiger Beiträge zum Leistungserstellungsprozess gleichermaßen umfassend wie trennscharf erfasst.²⁷² Der Systemisierungsansatz wird zudem der abgeleiteten Anforderung gerecht, kundenseitige Inputs nicht nur quantitativ zu messen, sondern auch qualitativ zu erfassen. Diese Anforderungen erfüllen andere häufig genutzte Systemisierungsansätze, wie z.B. das Beteiligungsausmaß²⁷³, die Eingriffsdauer und -häufigkeit²⁷⁴ nicht, da sie nur auf die quantitative Dimension kundenseitiger Inputs abstellen. Weitere vielfach in diesem Zusammenhang genannte Merkmale, wie z.B. die Eingriffstiefe und -intensität,²⁷⁵ sind auf die Beschreibung der jeweiligen Kundenintegration ausgerichtet, ohne die erforderlichen Inputs zu benennen.

Kunden bringen somit je nach Dienstleistungsart in ihrer Rolle als Co-Produzent physische, intellektuelle und emotionale Inputs in unterschiedlichem Umfang (Quantität) und unterschiedlicher Art (Qualität) in den Leistungserstellungsprozess ein.²⁷⁶ Die kundenseitigen Inputs beeinflussen den Ablauf der Leistungserstellungsprozesse und nachgelagert die erzielten Outputs.²⁷⁷ Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Kunden- und Anbieterinputs in einem substitutionalen Verhältnis zueinander stehen können.²⁷⁸

²⁷⁰ Vgl. Glomb et al. (2004), S. 701; Theodosius (2008), S. 63.

²⁷¹ Vgl. Büttgen (2009), S. 107.

²⁷² Vgl. Kurzmann/Reinecke (2011), S. 357f; Uzkurt (2010), S. 21; Bateson (2002), S. 110; Meyer et al. (2000), S. 54; Risch-Rodie/Schultz-Kleine (2000), S. 112; Ennew/Binks (1999): 122; Bitner et al. (1997), S. 195; Meyer/Westerbarkey (1995), S. 94; Meyer/Mattmüller (1987), S. 193; Langeard (1981), S. 236f. Hierbei sind gewisse Unterschiede in der Terminologie zu beachten und ferner, dass einzelne Autoren die emotionale Leistung vernachlässigt haben. Bspw. Büttgen (2007), S. 27, sieht ferner die soziale Beteiligung als weitere Form an.

²⁷³ Vgl. Bitner et al. (1997), S. 194.

²⁷⁴ Vgl. Bruhn/Stauss (2009), S. 13.

²⁷⁵ Vgl. Büttgen (2009), S. 112; Engelhard/Freiling (1995), S. 41.

²⁷⁶ Vgl. Büttgen (2007), S. 22.

²⁷⁷ Vgl. Ojasalo (2003), S. 15ff.; Ennew/Binks (1999), S. 121.

²⁷⁸ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 149.

Die physischen Inputs umfassen den zeitlichen Aufwand, die physische Präsenz und die Körperkraft, die notwendig ist, um pflegerische Tätigkeiten durchführen zu können (z.B. Lagerung oder Umbetten eines Patienten), unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitszustandes des Patienten.²⁷⁹ Die intellektuellen Inputs manifestieren sich primär in der Aufnahme, Verarbeitung und Weiterleitung leistungsrelevanter Informationen und der geistigen Mitarbeit.²⁸⁰ Die emotionalen Inputs umschreiben den affektiven Umgang mit bestimmten Situationen und Gefühle der Zugehörigkeit.²⁸¹ Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass bei jeder Dienstleistungsart physische, intellektuelle und emotionale Kundeninputs eine unterschiedliche Relevanz für den Leistungserstellungsprozess besitzen und sich in bestimmten Situationen aus Sicht des Anbieters auch negativ auf die Dienstleistungsproduktion auswirken können (z.B. Kunde leistet zu großen intellektuellen Input und überdenkt wiederholt Spezifikationen der von ihm nachgefragten Dienstleistung).²⁸²

Auch Pflegedienstleistungen erfordern physische, intellektuelle und emotionale Inputs des Patienten.²⁸³ So ist es im Hinblick auf physische Inputs notwendig, dass der Patient sowohl am Ort der Erbringung der Pflegedienstleistung als auch während der Leistungserstellung physisch präsent ist. Ohne diese physische Präsenz wäre eine Erbringung der Pflegedienstleistung nicht möglich, da diese am Patienten selbst erbracht wird.²⁸⁴ Des Weiteren dauert der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt etwa acht Tage, was im Vergleich zu vielen anderen Dienstleistungen einen extrem hohen zeitlichen Aufwand als physischen Input darstellt.²⁸⁵ Auch ist der Patient seinem gegenwärtigen Leistungsvermögen entsprechend in die physische Erbringung von Teilprozessen wie u.a. der Mobilisation, Körperhygiene oder auch Nahrungsaufnahme eingebunden.²⁸⁶ Ferner sind die Informationen, die von den Patienten bereitgestellt werden, relevant für die medizinische und pflegerische Versorgung. So werden Patienten aufgefordert, differenzierte Auskünfte über ihr Wohlbefinden zu geben, um eine zielführende Durchführung des Pflegeprozesses zu gewährleisten.²⁸⁷ Ebenfalls erfordert der Ausnahmecharakter des Krankenhausaufenthaltes, der durch einen geschwächten Gesundheitszustand, Verlust der Privatsphäre und verringerte Autonomie gekennzeichnet ist,²⁸⁸ vom Patienten einen adäquaten emotionalen Umgang mit dieser Situation. Aufgrund von Schmerzen, Angst- und Unsicherheitsgefühlen sowie der außergewöhnlichen, belastenden Situation infolge des Ausnahmecharakters des Krankenhausaufenthaltes sind die

²⁷⁹ Vgl. Meyer (2001), S. 86.

²⁸⁰ Vgl. Büttgen (2007), S. 26.

²⁸¹ Vgl. Meyer (2001), S. 86.

²⁸² Vgl. Meyer/Mattmüller (1987), S. 193.

²⁸³ Vgl. Dullinger (2001), S. 132ff.

²⁸⁴ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 395.

²⁸⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011), S. 1.

²⁸⁶ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 395f.

²⁸⁷ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 396.

²⁸⁸ Vgl. Nordgren (2008), S. 510; Berry/Bendapudi (2007), S. 114f.

Patienten mit andauerndem Stress konfrontiert.²⁸⁹ Um diesen zu bewältigen, können sich Patienten sogenannter Coping-Strategien bedienen.²⁹⁰ Unter Coping werden dabei kognitive oder verhaltensbezogene Maßnahmen verstanden, die von der dem Stress ausgesetzten Person ergriffen werden, um mit diesem umgehen zu können und das eigene Wohlbefinden zu verbessern.²⁹¹

Ferner ist zu berücksichtigen, dass nicht nur der Patient selbst, sondern auch seine Angehörigen im weiteren Sinne zur Kundenseite gezählt werden, und sich ebenfalls in die Erstellung von Pflegeleistungen einbringen können.²⁹² So können die Angehörigen punktuell gewisse Aufgaben im Pflegeprozess übernehmen, dadurch das Pflegepersonal entlasten und somit die notwendigen Anbieterinputs reduzieren sowie dabei helfen, die Pflegequalität zu steigern.²⁹³ Deshalb könnten die Angehörigen einen relevanten physischen, intellektuellen oder emotionalen Input in dem pflegerischen Leistungserstellungsprozess erbringen und sollten explizit im Produktivitätskonzept berücksichtigt werden. Ihre Inputs stehen teilweise in einem substitutionalen Verhältnis zu den patienten- und anbieterseitigen Inputs. Auch wenn in der Literatur die verschiedenen Inputs von Angehörigen bislang nicht direkt analysiert wurden, erbringen Angehörige physische, intellektuelle und emotionale Inputs im Rahmen der Leistungserstellungsprozesse, die im Untersuchungskontext der Pflegedienstleistungen zu berücksichtigen sind.²⁹⁴

So verbringen die Angehörigen teilweise viel Zeit mit dem Patienten und unterstützen ihn physisch bei der Durchführung von Aktivitäten, die alltäglich anfallen und die der Patient aufgrund eines eingeschränkten Gesundheitszustandes nicht selbst erledigen kann (z.B. Körperhygiene, Nahrungsaufnahme etc.). Ebenfalls liefern sie in bestimmten Situationen (ergänzende) Informationen zum Krankheitsbild, zum Wohlbefinden des Patienten, zu weiteren leistungserbringungsrelevanten Aspekten und übernehmen eine Koordinationsfunktion. Ferner können sie sich auch emotional einbringen, indem sie bspw. dem Patienten für die Behandlung Mut zusprechen oder ihn in seiner Hoffnung auf Genesung bestärken.²⁹⁵

4.3 Einflussfaktoren

Eine zentrale Erweiterung des vorliegenden Produktivitätsmodells im Vergleich zu den bereits existierenden konzeptionellen Ansätzen in der Dienstleistungs- und Krankenhauspflegeproduktivitätsforschung, ist die Berücksichtigung von Einflussfaktoren. Mit

²⁸⁹ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 114; Bendapudi et al. (2006), S. 340.

²⁹⁰ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 114; Duhachek/Iacobucci (2005): 52.

²⁹¹ Vgl. Folkman et al. (1986), S. 572.

²⁹² Vgl. Fließ et al. (2005), S. 422.

²⁹³ Vgl. Anderson/Heinlein (2004), S. 44, George/George (2003), S. 19ff.

²⁹⁴ Vgl. Petronio et al. (2004), S. 34ff.

²⁹⁵ Vgl. Petronio et al. (2004), S. 34ff, Srirangam et al. (2003), S. 367.

Einflussfaktoren sind all diejenigen Faktoren gemeint, die auf die Inputs wirken und deren Ausprägung beeinflussen. Die Integration von Einflussfaktoren in ein krankenhauspflagespezifisches Produktivitätsmodell ist angezeigt, um die Komplexität der qualitativen Ausprägung der Inputfaktoren im Detail besser erfassen zu können. Einflussfaktoren können sowohl auf die einzelnen Komponenten der anbieterseitigen Inputs wirken, also auf die Ausgestaltung der Inputs des Krankenhauses, als auch auf die Ausgestaltung der kundenseitigen Inputs, also auf die Inputs von Patienten und Angehörigen. Es ist eine Vielzahl möglicher Einflussfaktoren denkbar, die die Ausgestaltung der Inputs des Pflegeprozesses determinieren. Diese können grob in die zwei Kategorien organisationale und personelle Einflussfaktoren eingeteilt werden (siehe Abbildung 19) und werden in den nachfolgenden Ausführungen anhand exemplarischer Zusammenhänge beschrieben.

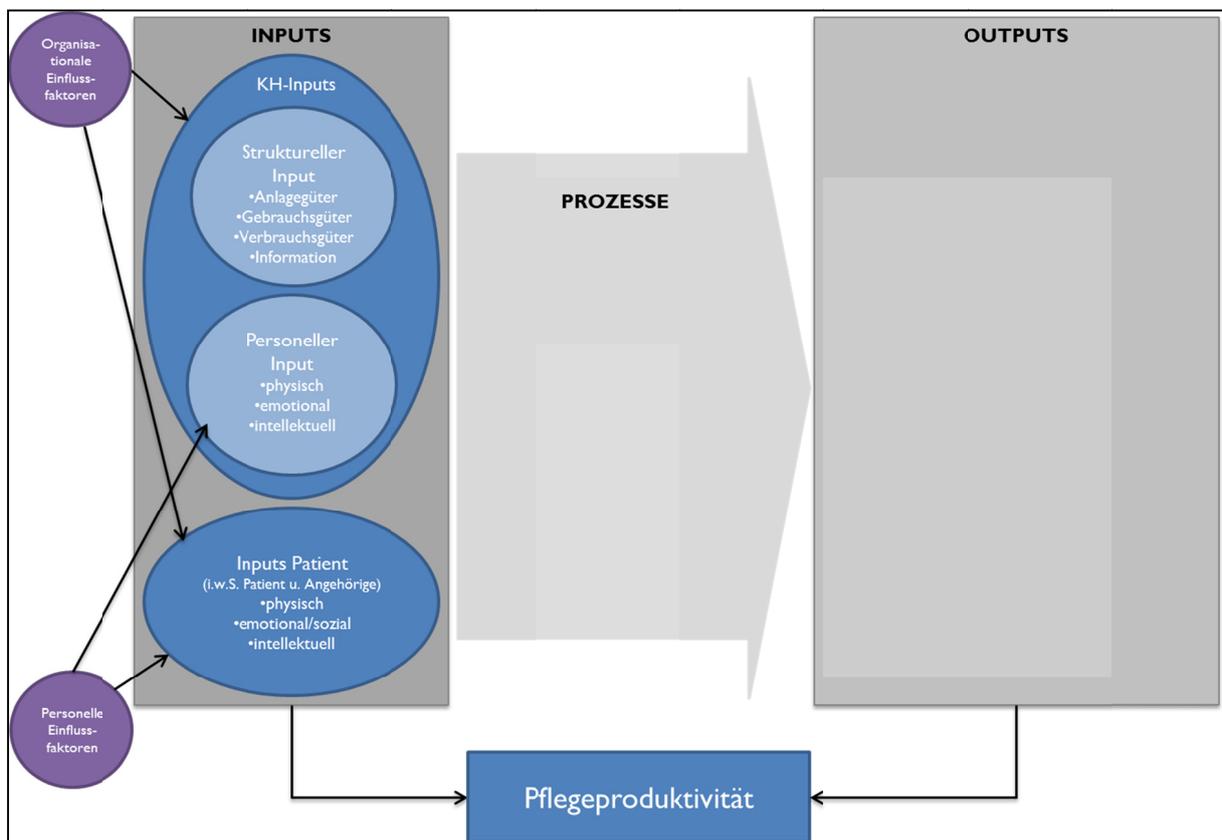


Abbildung 19: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Einflussfaktoren

4.3.1 Organisationale Einflussfaktoren

Zu den *organisationalen Einflussfaktoren* zählen alle internen und externen Einflüsse²⁹⁶ der Organisation Krankenhaus, die die Rahmenbedingungen des Pflegeprozesses beeinflussen können.²⁹⁷ Zu den externen Einflussfaktoren können bspw. rechtliche Vorgaben des Krankenhauses zählen, während zu den internen Einflussfaktoren z.B. die finanziellen Ressourcen eines Krankenhauses gerechnet werden. Ebenso können bspw. die Ausgestaltung des Pflegeleitbildes²⁹⁸, das zugrundeliegende Pflegesystem²⁹⁹ oder die gelebte Organisationskultur zu den internen organisationalen Einflussfaktoren der Krankenhauspflege gehören.

Organisationale Einflussfaktoren mit Wirkung auf den strukturellen Input

Die Ausgestaltung typischer Anlage-, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, wie die bauliche Struktur, die medizinisch-technische Ausstattung oder die medizinisch-pflegerischen Produkte (wie z.B. Verbandsmaterial, Arzneimittel oder Körperpflegeprodukte) sind Gegenstand von strategischen und operativen Entscheidungen des Krankenhausmanagements (z.B. im Rahmen des Facility-Managements oder des Einkaufsmanagements) und als solche abhängig von den *finanziellen Ressourcen* des Krankenhauses. Finanzielle Spielräume ermöglichen z.B. bauliche Umstrukturierungen (wie z.B. neue Aufzüge oder der Einbau barrierefreier Duschen) oder den Einsatz innovativer Materialien (wie z.B. elektrisch verstellbare Pflegebetten, Gegensprechanlagen in den Patientenzimmern oder innovative Beleuchtungskonzepte). Auch die Qualität der eingesetzten Materialien hängt wesentlich von den finanziellen Mitteln des Krankenhauses ab. Dies gilt insbesondere für die technische Ausstattung. Exemplarisch seien in diesem Zusammenhang einige Beispiele für den Einsatz innovativer Technologien im Krankenhaus genannt. Dazu zählen z.B. EDV-basierte Schrankverwaltungssysteme, elektronische Patientenakten, elektronische Pflegedokumentationssysteme oder der Einsatz von

²⁹⁶ Die Einteilung der Einflussfaktoren in interne und externe Einflüsse beruht auf den Grundlagen der klassischen Krankenhausbetriebslehre. Siehe hierzu bspw. Hofmann (2010) oder Zemke (2009).

²⁹⁷ In Anlehnung an identifizierte Einflussfaktoren auf strategische Managemententscheidungen im Krankenhaus nach GREILING/MUSZYNSKI (2008) oder HOFMANN (2010), Einflussfaktoren auf personalwirtschaftliche Entscheidungen in Wirtschaftsunternehmen nach RIDDER (2007) sowie Einflussfaktoren auf personalwirtschaftliche Entscheidungen in Gesundheitseinrichtungen nach SCHÄR (2009b) und mit Bezug auf den situativen Ansatz der Organisationstheorie nach KIESER (2006). Der Auswahl der Einflussfaktoren liegt die Annahme zugrunde, dass die Ausgestaltung der Krankenhauspflege-Inputs Grundlage von strategischen Unternehmensentscheidungen ist und somit von den Einflussfaktoren solcher Entscheidungen beeinflusst wird.

²⁹⁸ Insbesondere sei auch die zugrundeliegende Pflegelehre genannt (bspw. die Bedürfnistheorien nach HENDERSON, ROPER ET AL., JUCHLI oder KROHWINKEL). Vgl. Menche (2011), S. 94ff.

²⁹⁹ Angeführt seien dazu bspw. die Funktionspflege, die Bereichspflege sowie das Primary Nursing. Vgl. Menche (2011), S. 58.

„point-of-care“ Technologien (wie z.B. RFID-Technologien, Nutzung von PDAs oder Bedside-Terminals).³⁰⁰

Zentralen Einfluss auf die Ausgestaltung der strukturellen Inputs hat auch die *Art der Station bzw. die Art der Fachabteilung*, der die Station zugehörig ist. Der Gegenstand dieser Untersuchung wurde in Kapitel 3.1 auf die Pflege auf Normal-/Bettenstationen im Krankenhaus eingegrenzt. Die medizinische Fachrichtung der bettenführenden Stationen (z.B. Chirurgie, Kardiologie, Orthopädie etc.) kann aber dennoch wesentlichen Einfluss auf die technische Ausstattung sowie die Ausgestaltung der Gebrauchs- und Verbrauchsgüter haben.

Weitere interne Faktoren, die als Einflussfaktoren des strukturellen Inputs genannt werden können sind, abgeleitet aus der Kontingenz-Theorie nach KIESER, z.B. die *Krankenhausgröße* oder das *Alter der Organisation*.³⁰¹ So kann die Krankenhausgröße bspw. Einfluss auf die Ausgestaltung der Patientenzimmer haben (Einbett-, Zweibett oder Mehrbettzimmer) oder auf das Vorhandensein von Sanitäreinrichtungen (z.B. im Sinne von Duschen und Toiletten im Patientenzimmer oder auf dem Gang). Ebenso kann das Alter einer Einrichtung Einfluss auf die Ausgestaltung der strukturellen Inputs haben. So könnten z.B. eine schlechte Wärme- und Schallisolierung die Qualität der Patientenzimmer reduzieren und letztlich zu unruhigem Schlaf der Patienten führen.

Neben den internen Einflussfaktoren können auch verschiedene externe Einflussfaktoren die Ausprägung der strukturellen Inputs determinieren. Dies sei exemplarisch an dem Einflussfaktor *rechtliche Vorgaben* dargestellt. Rechtliche Vorgaben mit Auswirkung auf die Inputs der Krankenhauspflege können z.B. Dokumentationsverpflichtungen, Vorgaben zum Qualitätsmanagement oder Hygienevorschriften sein. Diese Vorgaben erfordern eine gewisse Grundausstattung des Krankenhauses sowohl im Hinblick auf die Ausgestaltung von Anlage-, Gebrauchs- und Verbrauchsgütern (z.B. Ausgestaltung von Arbeits- und Schutzkleidung, Vorhandensein von Händedesinfektionsspendern, separate Unterbringung von Arzneimitteln), als auch im Hinblick auf die Dokumentation, Verfügbarkeit und Vorhaltung gewisser Informationen (z.B. Dokumentation von Dekubiti als BQS-Generalindikator Pflege).

Organisationale Einflussfaktoren mit Wirkung auf den Input Patient

Organisationale Einflussfaktoren können neben den bereits dargestellten Wirkungen auf den Input Patient Einfluss nehmen. Bspw. kann die Nutzung der vom Anbieter zur Verfügung gestellten technischen Ausstattung einen Einfluss auf die Art und den Umfang kundenseitiger Inputs ausüben, sofern sie vom Kunden genutzt werden. Die *Nutzung der technischen Ausstattung* des Anbieters,

³⁰⁰ Vgl. dazu bspw. Trill (2010), S. 452.

³⁰¹ Vgl. Kieser (2006), S. 222.

insbesondere von Self-Service Technologien, wurde in der Dienstleistungsforschung bereits umfassend thematisiert.³⁰² Self-Service Technologien stellen materielle oder immaterielle Technologien dar, die vom Anbieter bereitgestellt werden, damit Kunden eine Leistung ohne Beteiligung des Personals eigenständig erstellen können.³⁰³ Stehen Self-Service Technologien zur Verfügung und werden diese tatsächlich genutzt, ergibt sich für den Kunden keine Interaktion mit dem Personal mehr.³⁰⁴ Es kommt zu einer produktivitätsrelevanten Veränderung bzw. Verschiebung der Prozesse. Infolgedessen verändern sich auch Art und Umfang der kundenseitigen Inputs. So steigen im Sinne der Möglichkeit einer Externalisierung die Inputs des Kunden, während anbieterseitige Inputs reduziert werden.³⁰⁵ Diese produktivitätsrelevanten Veränderungen stellen sich jedoch nur dann ein, wenn es zu einer kundenseitigen Nutzung der Self-Service Technologien kommt. Diese Technologienutzung setzt jedoch voraus, dass Kunden dazu motiviert und fähig sind. Kunden, die zur Technologienutzung motiviert sind und die zudem über die dazu notwendigen Fähigkeiten verfügen, weisen eine sogenannte „Technology-Readiness“ auf.³⁰⁶ Infolgedessen erkennen sie den Technologieeinsatz als Möglichkeit, die Leistungserstellung schneller und flexibler zu vollziehen.³⁰⁷

Auch das Krankenhaus stellt vielfach technologische Ressourcen im Sinne von Self-Service Technologien zur Verfügung, die im Rahmen von Pflegeleistungen durch die Patienten eigenständig genutzt werden können. Als Beispiel ist der Einsatz eines Pflegeroboters anzuführen. Dieser ersetzt die Pflegekraft und übernimmt ihre Aufgaben, wie bspw. das Holen von Getränken für den Patienten. Weitere Beispiele stellen in diesem Zusammenhang elektrisch verstellbare Pflegebetten oder Rollstühle dar, die der Patient ohne Hilfe der Pflegekraft einstellen bzw. benutzen kann. Wird die durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellte technische Ausstattung durch die Patienten genutzt, tritt eine produktivitätsrelevante Verschiebung im Hinblick auf die Prozesse im Rahmen der Pflegeleistung ein. Patienten agieren nicht mehr mit der Pflegekraft (*Teilprozess Interaktion Pflegekraft-Patient*), sondern autonom, gestützt auf die Self-Service Technologien, die durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden (*Teilprozess Patient autonom*).³⁰⁸ Infolge der produktivitätsrelevanten Verschiebung kommt es zu einer Veränderung patientenseitiger Inputs. Agiert der Patient autonom, verändern sich Art und Umfang seiner erforderlichen Inputs. Damit es zu einer produktivitätsrelevanten Verschiebung hinsichtlich der Prozesse der Pflegeleistung kommt, bedarf es einer patientenseitigen Nutzung der Self-Service Technologien. Patienten müssen dazu die Nutzung der Self-Service Technologien als Möglichkeit erkennen, die Pflegeleistung autonom schneller und

³⁰² Vgl. bspw. Pezoldt/Schlieve (2012), S. 205; Parasuraman (2000), S. 308f.

³⁰³ Vgl. Pezoldt/Schlieve (2012), S. 206; Zeithaml/Bitner (2000), S. 329.

³⁰⁴ Vgl. Meuter et al. (2000), S. 51.

³⁰⁵ Vgl. Corsten/Gössinger (2007), S. 149; Lasshof (2006), S. 150ff.; Corsten (1994), S. 66f.

³⁰⁶ Vgl. Lam et al. (2008), S. 20; Parasuraman (2000), S. 308.

³⁰⁷ Vgl. Davis (1989), S. 320.

³⁰⁸ Vgl. Kapitel 4.1. Im Rahmen der Outputs sind darüber hinaus die Wirkungen einer Nutzung von Self-Service-Technologien durch den Patienten hinsichtlich der wahrgenommenen Pflegequalität zu analysieren.

flexibler zu erbringen als in Interaktion mit einer Pflegekraft.³⁰⁹ Dies setzt jedoch voraus, dass auch Patienten über eine oben angesprochene „Technology-Readiness“ verfügen.³¹⁰ Die „Technology-Readiness“ des Patienten setzt sich aus drei Dimensionen zusammen und umfasst dabei die zur Technologienutzung notwendige Motivation (Ist die Nutzung der Self-Service Technologie für mich persönlich überhaupt vorteilhaft?), Fähigkeit (Bin ich überhaupt in der Lage, diese Technologie zu bedienen?) und Kenntnisse (Besitze ich das notwendige Wissen, um die Self-Service Technologie nutzen zu können?).³¹¹

Organisationale Einflussfaktoren mit Wirkung auf den personellen Input

Im Bereich der organisationalen Einflussfaktoren, die sich auf den personellen Input auswirken, ist zunächst die *Art, Komplexität und Gestaltung der Aufgabe* zu nennen. Durch unterschiedliche *Aufgabenarten*³¹² werden unterschiedliche psychische und physische Anforderungen an Pflegekräfte im Krankenhaus gestellt, z.B. erfordert das Lagern von Patienten eine höhere muskuläre Beanspruchung als ein Verbandswechsel und die Pflege von Krebspatienten eine andere Form der Unterstützung als die Pflege von Patienten, welche sich einer Blinddarm- oder Mandeloperation unterziehen müssen.

Neben der Art der Aufgabe beeinflusst die *Aufgabenkomplexität* die durch die Pflegekraft erbrachte Pflegeleistung. Für diese Art von Einflussfaktor sei exemplarisch an dieser Stelle die Funktionspflege genannt, die vor der Bezugs-/Bereichspflege gängige Praxis war und nun bereits von einigen Krankenhäusern wieder eingeführt wurde. Funktionspflege bedeutet, dass eine Pflegekraft lediglich eine Tätigkeit (z.B. Vitalzeichenkontrolle, Verabreichung von Medikamenten) für alle Patienten einer Station durchführt.³¹³ Der Spezialisierungsvorteil der Pflegekräfte kann einerseits aufgrund von Lerneffekten zu Zeitgewinnen und damit zu reduzierten physischen Leistungsbeiträgen führen. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass diese Art der Aufgabenteilung zu sehr einseitigen Arbeitsaufgaben der Pflegekräfte führt³¹⁴ und daher ggf. größere emotionale Leistungsbeiträge erforderlich werden. Neben dieser plausiblen Erklärung kann auch ein theoretischer Ansatz herangezogen werden, um die Relevanz der Aufgabenkomplexität als Einflussfaktor auf den personellen Input zu begründen. Nach der Zielsetzungs-Theorie von LOCKE/LATHAM wirkt die Aufgabenkomplexität moderierend auf den Zusammenhang zwischen Zielsetzung und Leistung ein.³¹⁵

³⁰⁹ Vgl. Davis (1989), S. 320.

³¹⁰ Vgl. Lam et al. (2008), S. 20; Parasuraman (2000), S. 308.

³¹¹ Vgl. Zeithaml et al. (2006), S. 403; Meuter et al. (2000), S. 60ff.

³¹² Vgl. für einen Überblick zu unterschiedlichen Aufgabenarten Pfeiffer et al. (1977), S. 57.

³¹³ Vgl. Fleßa (2010), S. 190.

³¹⁴ Vgl. Schäfer/Jacobs (2009), S. 117; Fleßa (2010), S. 190; Herbig/Büssing (2006), S. 35.

³¹⁵ Vgl. Locke/Latham (2002), S. 709.

Die Vermutungen, dass die *Art* sowie die *Aufgabenkomplexität* und damit die *Arbeitsgestaltung* relevante Einflussfaktoren auf den personellen Input darstellen, werden zudem durch das „Job Characteristics Model“ von HACKMAN/OLDHAM gestützt. Demnach sind die Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und Autonomie der Aufgabe bedeutsame Tätigkeitsmerkmale (Job Characteristics), die sich auf die Leistung von Mitarbeitern auswirken, welche durch die individuellen Leistungsbeiträge der Mitarbeiter entsteht.³¹⁶ Die genannten Kerndimensionen werden auch im Rahmen von tätigkeits- und handlungstheoretischen Ansätzen bestätigt.³¹⁷

Ferner ist die *Arbeitsmethodik*, die „die Art, Schnelligkeit und Reihenfolge von Teiltätigkeiten, bis hin zur Abfolge von Handgriffen“³¹⁸ umfasst, als Einflussfaktor auf den personellen Input zu berücksichtigen. Unter die Arbeitsmethodik fallen darüber hinaus auch alle Regeln und Hilfsmittel, derer sich eine Arbeitskraft während ihrer Arbeitsdurchführung bedient.³¹⁹ Einerseits können durch eine geeignete Arbeitsmethodik physische und intellektuelle Leistungsbeiträge reduziert werden, weil Vorgehensweisen bei bestimmten Pflegeaktivitäten nicht ständig neu durchdacht und ausprobiert werden müssen, z.B. beim Verbandswechsel. Andererseits ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass eine zunehmende Durchdringung des Arbeitsfelds mit arbeitsmethodischen Vorgaben, z.B. im Bereich der Dokumentation, das Zeitbudget von Pflegekräften stark belasten kann. Dadurch kann die Arbeit mit den Patienten aus Sicht der Pflegekräfte in den Hintergrund geraten, so dass zur Aufgabenerledigung verstärkte emotionale Leistungsbeiträge erforderlich werden.³²⁰ Diese Argumentation wird ebenfalls durch das „Job Characteristics Model“ von HACKMAN/OLDHAM gestützt.³²¹ Demnach kann argumentiert werden, dass mit einer zunehmenden Vorgabe von Arbeitsmethodiken die Autonomiespielräume der Pflegekräfte reduziert werden und sich dies negativ auf die Leistung auswirken kann.³²²

³¹⁶ Vgl. Hackman/Oldham (1980), S. 90. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die erfassten Tätigkeitsmerkmale auch auf die Motivation der Arbeitskräfte auswirken. Auf die motivationale Komponente als Einflussfaktor des personellen Inputs vgl. den Abschnitt „personelle Einflussfaktoren“.

³¹⁷ Vgl. Hackman/Oldham (1980), S. 90, sowie die Anmerkungen und zitierte Literatur bei Weibler (2012), S. 203ff.

³¹⁸ Fleßa (2010), S. 191.

³¹⁹ Vgl. Günther/Tempelmeier (2009), S. 125; Corsten (2004), S. 309. In diesem Kontext sind krankenhausspezifisch z.B. eine leitliniengetreue Behandlung oder der Einsatz von klinischen Behandlungspfaden zu nennen.

³²⁰ HACKER ET AL. (1997) weisen darauf hin, dass der wachsende Anteil an administrativen Tätigkeiten eine Zunahme an patientenfernen Tätigkeiten, wie z.B. der Dokumentation bewirkt und somit zu einer Belastungssteigerung für die Pflegekräfte führen kann. Eine Kompensation der physischen und emotionalen Beanspruchung der Pflegekräfte durch weniger beanspruchende Aufgabe wie Schreibarbeiten, „wird durch eine Leistungsverdichtung das anschließend aufwandsmäßig gleichgebliebenen pflegerischen Aufgaben wieder wettgemacht“ (Hacker et al. (1997), S.26).

³²¹ Vgl. Hackman/Oldham (1980), S. 90.

³²² Vgl. Weibler (2012), 203ff.

Auch ist die *Auslastung bzw. die Bettenbelegung*³²³ auf der jeweiligen Station als Einflussfaktor auf die Pflegeleistung der Pflegekräfte anzusehen.³²⁴ Tendenziell ist davon auszugehen, dass mit zunehmender Auslastung bzw. Bettenbelegung eine größere Patientenzahl einhergeht, die nicht nur von Ärzten, sondern auch vom Pflegepersonal höhere personelle Leistungsbeiträge einfordern.³²⁵

Neben der Anzahl der Patienten auf der jeweiligen Station hat auch die *Personalstruktur*, d.h. die qualitative und quantitative Zusammensetzung des Pflegepersonals einen Einfluss auf die zu erbringenden Leistungsbeiträge. Je nach Anteil von Voll- und Teilzeitpflegekräften, Relation Ärzten zu Pflegekräften, Anteil von examinierten Pflegekräften und unterstützenden Mitwirkenden in der Pflege, z.B. grüne Damen, Praktikanten, Hol- und Bringdiensten und Bettenaufbereitern, ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen auf die physischen, intellektuellen und emotionalen Leistungsbeiträge der Pflegekräfte. Aktuelle Erhebungen zeigen zwar, dass in 63 % der großen Krankenhäuser ab 600 Betten vermehrt nicht-pflegerische Berufsgruppen auf den Stationen eingesetzt werden, jedoch ist erkennbar, dass hinsichtlich der Auswirkungen dieser Entwicklung noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.³²⁶ In diesem Zusammenhang spielt im Rahmen der Pflege auch die Koordination mit Angehörigen der gleichen Berufsgruppe und anderer Berufsgruppen des Krankenhauses eine Rolle, so dass die Krankenhauspflege nicht losgelöst von der Personalstruktur betrachtet werden darf.³²⁷

Zusätzlich sind die *sozialen Arbeitsbedingungen* zu berücksichtigen, die auf die Pflegeleistung wirken.³²⁸ Damit sind Gruppendynamik und -einflüsse innerhalb einer Station und stationsübergreifend sowie das Verhältnis zum Vorgesetzten und dessen Führungsstil zu beachten.³²⁹ Bspw. hat eine uneingespielte Arbeitsgruppe hemmende Wirkung auf die Gruppendynamik und folglich oftmals negativen Einfluss auf die Pflegeleistung,³³⁰ weil mit diesen Problemen hohe physische, emotionale und intellektuelle Leistungsbeiträge einhergehen. Diese Argumentation wurde schon in den traditionellen Ansätzen der Human-Relations-Bewegung angeführt, die die Forschung im Bereich der Industriesoziologie und der Sozialpsychologie maßgeblich beeinflusst hat.³³¹ Nun wird auch in der neueren Work Design-Forschung erkannt, dass die sozialen Merkmale von Arbeit und die Qualität

³²³ Vgl. auch die Ausführung zur Kapazitätseffizienz in Kapitel 2.3 und 4.1.

³²⁴ Vgl. Glaser/Höge (2004), S. 53f.; vgl. Kane et al. (2007), S. 1200f.

³²⁵ Verwiesen wird in diesem Zusammenhang insbesondere auch auf die Gefahr größeren Stresses und einer höheren Burnout-Gefahr. Vgl. hierzu Zimbardo/Gerrig (2004), S. 59 ff., sowie die dort zitierte Literatur.

³²⁶ Vgl. zur Delegation pflegerischer Aufgaben an Dritte die Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (vgl. Offermanns/Bergmann (2010), S. 116ff.)

³²⁷ Vgl. Kossbiel (2004), S. 1641. HACKER ET AL. (1997) weisen darauf hin, dass sich die Pflegekräfte bei einer knappen Personalbesetzung stärker durch Ereignisse belastet fühlen, die einem gewohnten Stationsablauf entgegenwirken und zu Unterbrechungen führen (vgl. Hacker et al. (1997), S. 27).

³²⁸ Vgl. Kowalski et al. (2010), S. 1654.

³²⁹ Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die allgemeine Bedeutung der Führungskraft-Mitarbeiter-Beziehung auf die Leistung des Mitarbeiters (vgl. beispielsweise Gerstner/Day (1997), S. 832). Zu den Auswirkungen des Führungsverhaltens auf das Pflegepersonal vgl. de Casterlé et al. (2008), S. 753.

³³⁰ Vgl. Fleßa (2010), S. 191.

³³¹ Vgl. Berthel/Becker (2010), S. 38ff., sowie die dort zitierte Literatur.

der Interaktionsbeziehungen adäquat zu erfassen sind. Dabei geht es nicht nur um den sozialen Austausch, sondern ebenfalls um die Einbettung von Arbeit in Teamarbeit und in komplexe organisationale Prozesse.³³² Zu berücksichtigen ist jedoch, dass diesbezüglich komplexe Wirkmechanismen vermutet werden, die weiterer Forschung bedürfen.³³³

Darüber hinaus wirken insbesondere im 24-Stunden-Betrieb Krankenhaus zeitliche Arbeitsbedingungen auf die Pflegeleistung der Pflegekräfte.³³⁴ Da es im Laufe eines Arbeitstages im Rahmen der menschlichen Leistungskurve zu Schwankungen kommt,³³⁵ spielen Dauer und Lage der Arbeitszeit, Pausenregelungen sowie arbeitsfreie Zeiten eine große Rolle.³³⁶ Das übliche Arbeitszeitmodell in der Krankenhauspflege ist die Wechselschicht, welche mit einer Dreischichtenregelung (Früh-, Spät und Nachtdienst) einhergeht.³³⁷ Häufig wechselnde Schichten oder eventuell auftretende kurzfristige Dienstplanänderungen führen dazu, dass das Pflegepersonal mit unregelmäßigen Arbeitszeiten konfrontiert wird.³³⁸ Neben den Arbeitszeiten sind auch die Pausenregelungen im Rahmen der zeitlichen Arbeitsbedingungen zu beachten. Pausen während der Arbeitszeit dienen grundsätzlich der Erholung und Regeneration und sollen den durch Ermüdung resultierenden Leistungsrückgang ausgleichen.³³⁹ Im Krankenpflegebereich ist jedoch zu beobachten, dass Pausenzeiten regelmäßig aufgrund des Arbeitsanfalls unterbrochen werden oder erst gar nicht einzuhalten sind.³⁴⁰ So haben beispielsweise BARKER/NUSSBAUM (2011) gezeigt, dass Müdigkeit während der Pflēgetätigkeit die Pflegeleistung beeinträchtigen kann.³⁴¹

Auch *politisch-rechtliche* Arbeitsbedingungen wirken auf die Pflegeleistung der Pflegekräfte. Beispielhaft sei hier die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) genannt. Nach §2 Abs. 2 Satz 3 KrPflAPrV müssen ausbildende Einrichtungen ein angemessenes Verhältnis zwischen Schülerinnen und Schülern zu der Zahl der Praxisanleiterinnen und –leiter sicherstellen. Zur Praxisanleitung sind Personen befugt, die die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/-in tragen dürfen, über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügen und eine

³³² Vgl. Weibler (2012): 205f.

³³³ Vgl. auch Grandey/Diamond (2010) sowie Grant/Parker (2009).

³³⁴ Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes einzuhalten sind (vgl. zur Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung Kelm (2011)).

³³⁵ Vgl. Günther/Tempelmeier (2009), S. 126; Niermeyer (2007), S. 97f.

³³⁶ Vgl. Albert (1998), S. 13.

³³⁷ Vgl. Glaser/Höge (2005), S. 55. Zur Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen existiert neben dieser klassischen Dreischichtteilung häufig ein sogenannter Zwischendienst (vgl. zur Dienstplangestaltung Kelm (2011)).

³³⁸ Vgl. Albert (1998), S. 14; Büssing/Glaser (1994), S. 130f.; Pröll/Streich (1984), S. 161.

³³⁹ Vgl. Berthel/Becker (2010); S. 525, Corsten (2004), S. 307.

³⁴⁰ Vgl. Pröll/Streich (1984), S. 64. Durch den sich seit Jahren abzeichnenden Personalmangel im Krankenhauspflegebereich ergeben sich zudem regelmäßig Überstunden für das Pflegepersonal. Eine weitere Folge der Personalknappheit sowie der kürzeren Verweildauern von Patienten und des erhöhten Technikaufwands ist der Anstieg der Arbeitsintensität, d.h. dass ein stetig zunehmender Pflegeaufwand in immer kürzerer Zeit erledigt werden muss (vgl. Albert (1998), S. 14f.).

³⁴¹ Vgl. Barker/Nussbaum (2011), S. 815.

Berufspädagogische Zusatzqualifikation vorweisen.³⁴² Das bedeutet, dass Einrichtungen, die Pflegenachwuchs ausbilden unter Umständen eine andere Personalstruktur aufweisen müssen bzw. können als Einrichtungen, die nicht ausbilden.

Zudem sind *finanzielle* Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen. Im Fokus steht dabei die Entlohnung der Pflegekräfte, da die Pflegeleistung auch von der Höhe des Entgelts abhängig ist, welches für die Arbeit bezahlt wird.³⁴³ Das Entgelt fungiert dabei als materieller Anreiz.³⁴⁴ Der Lohn im Bereich der Krankenhauspflege ist i.d.R. der Zeitlohn,³⁴⁵ d.h. die Entlohnung erfolgt nach der Dauer der Arbeitszeit, abhängig von den jeweiligen Schichten, ohne dabei die tatsächlich geleistete Arbeit zu berücksichtigen.³⁴⁶ Die Forschung im Bereich leistungsorientierter Anreizsysteme liefert Belege dafür, dass eine Beeinflussung des Umfangs und der Qualität von personellen Inputs durch eine leistungsorientierte Gestaltung der Bemessungsgrößen und der Verknüpfung zwischen Bemessungsgrößen und Anreizen grundsätzlich möglich ist.³⁴⁷ Jedoch werden diese Möglichkeiten auch in der Krankenhauspflege durch tarifliche Regelungen begrenzt.³⁴⁸

Schließlich ist davon auszugehen, dass die Pflegeleistung der Pflegekräfte auch von den in einer Organisation vorhandenen Einstellungen, Normen und Werten sowie Denk- und Verhaltensmustern und damit von der *Organisationskultur* abhängt. Beispielsweise können ein gemeinsames Pflegeverständnis³⁴⁹ sowie gemeinsam getragene Vorstellungen über Abläufe, Regeln und Verhaltensweisen im Umgang mit den Patienten dazu beitragen, dass im Sinne einer Produktivitätskultur ein positiver Effekt auf die physischen, emotionalen und intellektuellen Leistungsbeiträge resultiert.³⁵⁰ Umgekehrt können aus der Organisationskultur auch Reibungsverluste entstehen, die die Inputs und Outputs von Pflegekräften negativ verändern und somit produktivitätsrelevant werden.

³⁴² Vgl. §2 Abs. 2, S. 4 KrPflAPrV.

³⁴³ Vgl. Stajkovic/Luthans (2003): 171; Gutenberg (1971), S. 40.

³⁴⁴ Vgl. Jung (2011), S. 562; Wickel-Kirsch et al. (2008), S. 177.

³⁴⁵ Vgl. Fleßa (2010), S. 192. In Krankenhäusern erfolgt die Festsetzung des Lohns häufig durch den Abschluss von Tarifverträgen zwischen Tarifparteien (vgl. Fleßa (2010), S.192). Neben dem Zeitlohn existieren grundsätzlich auch andere Lohnformen. Zu den Hauptlohnformen zählen des Weiteren der Akkordlohn und der Prämienlohn (vgl. Jung (2011), S. 585). Diese finden jedoch i.d.R. im Krankenhaus keine Anwendung (vgl. Fleßa (2010), S. 192).

³⁴⁶ Vgl. Kußmaul (2011), S. 68; Jung (2011), S. 585; Hentze/Graf (2005), S. 116.

³⁴⁷ Vgl. hierzu Wehling (1999).

³⁴⁸ Vgl. Eiff/Stachel (2009), S. 113ff.

³⁴⁹ Beispielhaft seien hier genannt, die kurative Pflege, die kompensatorische Pflege oder die aktivierende Pflege. Vgl. Menche (2011), S. 32f.

³⁵⁰ Vgl. Dobni et al. (2000), S. 91ff.; Akin/Hopelain (1986), S. 19ff.

4.3.2 Personelle Einflussfaktoren

Personelle Einflussfaktoren liegen in den beteiligten Akteuren (Patienten, Angehörige, Pflegekräfte,) selbst begründet. Für die Patienten und Angehörigen sind in erster Linie die Integrationskompetenz sowie das Vertrauen von Bedeutung. Im Hinblick auf die Pflegekraft spielen zusätzlich die eigene Leistungsbereitschaft und die eigene Leistungsfähigkeit eine wichtige Rolle.

Personelle Einflussfaktoren mit Wirkung auf den Input Patient

Damit die dargestellten patienten- und angehörigenseitigen Inputs überhaupt in der benötigten Quantität und Qualität erbracht werden können, müssen Patienten und ihre Angehörigen über die dafür notwendigen Kompetenzen³⁵¹ verfügen. In der Literatur zur Kundenintegration wird die *Integrationskompetenz* als grundlegender Einflussfaktor für die kundenseitige Erbringung von Inputs angesehen.³⁵² Da die Integrationskompetenz einen Einflussfaktor darstellt, der in der jeweiligen Person begründet ist und individuell unterschiedlich ausgestaltet sein kann, ist diese den personellen Einflussgrößen zuzuordnen. Die Integrationskompetenz setzt sich aus den drei Dimensionen Integrationsbereitschaft (Wollen), Integrationsfähigkeit (Können) und Integrationswissen (Wissen) zusammen.³⁵³ Unter Integrationsbereitschaft wird die grundsätzliche Motivation des Kunden zur Erbringung von Inputs verstanden.³⁵⁴ Die Integrationsfähigkeiten des Kunden umfassen alle aufgabenbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Ausübung der erforderlichen Kundenrollen erforderlich sind.³⁵⁵ Das Integrationswissen beschreibt den Grad, in dem der Kunde Kenntnis über die unternehmens- und dienstleistungsspezifischen Leistungen und Abläufe besitzt.³⁵⁶ Die Ausprägung dieser Dimensionen determiniert die Quantität und Qualität der kundenseitig erbrachten Inputs.³⁵⁷ Empirisch wurde nachgewiesen, dass andere potentielle Einflussfaktoren der kundenseitigen Inputs (wie Commitment, interne Kontrollüberzeugung, positive Konsequenzerfahrung und Qualifizierung) sich weitgehend über die Integrationskompetenz, insbesondere über die Dimension der Integrationsbereitschaft, auf die Inputs auswirken. Diese Konstrukte stellen somit eher

³⁵¹ Der Begriff Kompetenz ist in Abgrenzung zum Begriff der Qualifikation breiter gefasst, da er sowohl eine grundsätzliche Qualifikation abdeckt als auch einen konkreten Aufgabenbezug beinhaltet. Vgl. Ritter (1998), S. 53.

³⁵² Vgl. Büttgen (2007), S. 97f.

³⁵³ Vgl. Büttgen (2007), S. 97ff.; Müller (2007), S. 88; Gouthier (2003), S. 93ff. Andere Autoren wie bspw. Dullinger (2001), S. 154ff. oder Risch-Rodie/Schulze-Kleine (2000), S. 117ff. fassen Können und Wissen zu einer Dimension zusammen.

³⁵⁴ Vgl. Büttgen (2007), S. 98.

³⁵⁵ Vgl. Müller (2007), S. 84ff.

³⁵⁶ Vgl. Gouthier (2003), S. 92.

³⁵⁷ Vgl. Büttgen (2007), S. 98.

Determinanten der Integrationskompetenz dar und werden deswegen im Folgenden nicht beachtet.³⁵⁸

Zur Erbringung der erforderlichen Inputs in die Teilprozesse der Leistungserstellung der Pflege müssen Patienten ebenfalls über eine spezifisch ausgeprägte Integrationskompetenz verfügen. So stellt DULLINGER die besondere Bedeutung der Integrationskompetenz für die Compliance heraus. Unter Compliance versteht man „den Grad, in dem das Verhalten einer Person [...] mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert“.³⁵⁹ Um die unterschiedlichen medizinisch-pflegerischen Anforderungen im Rahmen einer Gesundheitsdienstleistung erfüllen zu können, müssen Patienten über verschiedene Kompetenzen verfügen. Dabei sollten Patienten die grundsätzliche Motivation (Integrationsbereitschaft) aufbringen, die notwendigen physischen, intellektuellen und emotionalen Inputs zu erbringen und sich durch ihre Beteiligung in den Pflegeprozess zu integrieren. Da die medizinische und pflegerische Versorgung jedoch oft auch mit gewissen Vorgaben verbunden sind, die den eigenen Zielen und Bedürfnissen möglicherweise widersprechen (z.B. Bettruhe, Diät, Rauchverbot),³⁶⁰ ist fehlende patientenseitige Integrationsbereitschaft dennoch ein häufig anzutreffendes Phänomen bei Gesundheitsdienstleistungen.³⁶¹ Patienten können jedoch auch infolge von psychischen Belastungen aufgrund ihrer Krankheit oder des emotional belastenden Krankenhausaufenthalts wenig motiviert sein, die erforderlichen physischen, intellektuellen und emotionalen Inputs zu erbringen. Daher ist eine fehlende patientenseitige Integrationsbereitschaft auch in Relation zum Pflegebedarf und dem damit im Zusammenhang stehenden Gesundheitszustand des Patienten zu sehen. Zudem ist es in der Krankenhauspflege bspw. erforderlich, dass Patienten über die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten (Integrationsfähigkeit) verfügen, um leistungserstellungsrelevante Informationen an die Pflegekräfte zu kommunizieren, also intellektuelle Inputs liefern zu können. So müssen sie ihre Gesundheitsbeschwerden und ihre akuten Bedürfnisse möglichst präzise beschreiben können. Ferner sind emotionale und physische Fähigkeiten als Bestandteile der Integrationsfähigkeit notwendig, um in emotionaler Hinsicht adäquat mit der aus dem Krankenhausaufenthalt resultierenden belastenden Situation umzugehen sowie die nötigen physischen Inputs überhaupt erbringen zu können. Der Pflegebedarf bzw. der Gesundheitszustand des Patienten spielt gleichwohl hinsichtlich der Integrationsfähigkeit des Patienten eine Rolle. So sind Patienten aufgrund körperlicher Einschränkungen, z.B. in der Form eines Gipsverbandes oder einer Bettlägerigkeit, nicht dazu in der Lage, sich physisch an der Leistungserstellung der Pflege zu beteiligen. Auch intellektuelle und emotionale Inputs können infolge des Gesundheitszustandes vom Patienten teilweise nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn diese sich bspw. in einem komatösen

³⁵⁸ Vgl. Büttgen (2007), S. 325.

³⁵⁹ Haynes (1986), S. 12.

³⁶⁰ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 115.

³⁶¹ Vgl. Guiffrida/Torgerson (1997), S. 706.

Zustand befinden. Die Erbringung der erforderlichen Inputs verlangt zudem von den Patienten ein dementsprechend ausgeprägtes Integrationswissen. So können sich Patienten durch die Kenntnis von Tagesabläufen besser auf die Schritte des Pflegeprozesses einstellen und an diesem aktiv mitwirken.³⁶² Die entstehende Transparenz fördert das Verständnis des Patienten dafür, an welchen Stellen im Pflegeprozess physische Inputs, beispielsweise die Medikamenteneinnahme, oder intellektuelle Inputs, beispielsweise gesundheitsbezogene Informationen, eingebracht werden müssen.³⁶³

Zwischen den drei Dimensionen Integrationsbereitschaft (Wollen), Integrationsfähigkeit (Können) und Integrationswissen (Wissen) der Integrationskompetenz von Patienten und den drei Dimensionen der patientenseitigen „Technology-Readiness“ im Rahmen der Nutzung von Self-Service Technologien im Krankenhaus ist eine Parallelität erkennbar.³⁶⁴ So müssen Patienten die grundsätzliche Motivation (Integrationsbereitschaft) aufbringen, autonome, auf Self-Service Technologien des Krankenhauses gestützte Leistungsbeiträge zu erbringen. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit, dass die Patienten über die erforderlichen kognitiven, physischen und technischen Fähigkeiten (Integrationsfähigkeit) verfügen, um die Self-Service Technologien bedienen zu können. Weiterhin bedarf es auf Patientenseite eines entsprechenden Wissens zum Umgang mit den Self-Service Technologien (Integrationswissen). Entsprechend dieser Parallelität ist die „Technology-Readiness“ als ein spezifischer Bestandteil der Integrationskompetenz des Patienten zu betrachten. Die Konkretisierung der spezifischen Ausprägungen einer „Nursing Technology-Readiness“ in den einzelnen Dimensionen der patientenseitigen Integrationskompetenz bedarf allerdings weiterer theoretischer und empirischer Analysen.

Dadurch, dass die Angehörigen ebenfalls zur Kundenseite gezählt werden und sich in die Erstellung von Pflegeleistungen integrieren können,³⁶⁵ kann des Weiteren angenommen werden, dass auch die Erbringung der Inputs der Angehörigen, analog zu den Patienten, durch deren Integrationskompetenz beeinflusst wird. Auch bei diesen Akteuren scheint es zunächst grundsätzlich erforderlich zu sein, dass entsprechend der Integrationsbereitschaft die Bereitschaft zur Unterstützung des Patienten und der Pflegekräfte vorhanden ist. Ebenfalls wird basierend auf der Kundenintegrationsliteratur angenommen, dass die Ausprägung verschiedener aufgabenbezogener Fähigkeiten analog zur Integrationsfähigkeit für die Übernahme von bestimmten Inputs erforderlich ist.³⁶⁶ Auch erscheint es

³⁶² Vgl. Fließ et al. (2005), S. 403.

³⁶³ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 395 u. 404.

³⁶⁴ Vgl. zur näheren Erläuterung der patientenseitigen „Technology-Readiness“ und deren Dimensionen die Ausführungen zu den organisationalen Einflussfaktoren mit Wirkung auf den Input Patient in Kap. 4.3.1.

³⁶⁵ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 422.

³⁶⁶ Vgl. Eisingerich/Bell(2008), S. 261; Büttgen (2007), S. 361f.

erforderlich, dass die Angehörigen vergleichbar zum Integrationswissen über ausreichendes Wissen der Abläufe und Teilprozesse³⁶⁷ verfügen, um sich ggf. gezielt einbringen zu können.

Die Erbringung patienten- und angehörigenseitiger Inputs wird neben der Integrationskompetenz auch durch die Beziehungen des Patienten bzw. der Angehörigen zu Ärzten und Pflegekräften als Bezugspersonen beeinflusst.³⁶⁸ Die Relevanz von Beziehungen zwischen Austauschpartnern für das Zustandekommen und den Ablauf von Leistungsprozessen wurde in der Dienstleistungsforschung bereits umfassend betont.³⁶⁹ Um Beziehungen zu erfassen, gilt Vertrauen als Schlüsselkonstrukt,³⁷⁰ da Vertrauen einen Erklärungsbeitrag liefert, wie sich Personen in Beziehungen verhalten.³⁷¹ Vertrauen ist immer dann relevant, wenn eine Situation vorliegt, die durch unsichere Erwartungen gekennzeichnet ist.³⁷² Diese unsicheren Erwartungen treten ein, wenn die Möglichkeit besteht, dass sich einer der Austauschpartner opportunistisch verhält.³⁷³ Geht ein Austauschpartner jedoch davon aus, dass sich der andere Austauschpartner in der Interaktion durch Zuverlässigkeit und Integrität auszeichnet und eben dieses opportunistische Verhalten unterlässt, besteht Vertrauen.³⁷⁴ Die Erwartung opportunistischen Verhaltens reduziert sich somit infolge der Existenz von Vertrauen, wodurch es zu einer Stabilisierung unsicherer Erwartungen kommt.³⁷⁵ Bezieht sich das Vertrauen auf die persönliche Beziehung zwischen den Austauschpartnern, bspw. zwischen Kunden und Mitarbeitern, wird von interpersonellem Vertrauen gesprochen, welches überwiegend im Forschungsfokus steht.³⁷⁶ Hat ein Kunde interpersonelles Vertrauen zu einem Mitarbeiter, steigt folglich die Kooperationsbereitschaft des Kunden in der Interaktion.³⁷⁷

Auch zwischen Patienten und Ärzten bzw. Pflegekräften kommt es infolge der hohen Kontakthäufigkeit während des Krankenhausaufenthalts zu einem Beziehungsaufbau.³⁷⁸ Somit kann ebenfalls das Konstrukt Vertrauen herangezogen werden, um Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten bzw. Pflegekräften zu erfassen und das Verhalten von Patienten in den entsprechenden Beziehungen zu erklären.³⁷⁹ Die Relevanz von Vertrauen lässt sich dadurch begründen, dass für Patienten die Schwierigkeit besteht, die Notwendigkeit und Qualität ärztlicher und pflegerischer

³⁶⁷ Vgl. hierzu Kapitel 4.1.

³⁶⁸ Vgl. Erdwien (2005), S. 66f. u. 81.

³⁶⁹ Vgl. für einen Überblick bspw. Rossmann (2010), S. 16.eIff.

³⁷⁰ Vgl. Fischer/Tewes (2001), S. 304; Swan et al. (1998), S. 93; Morgan/Hunt (1994), S. 23ff.

³⁷¹ Vgl. Schmitz (2001), S. 10.

³⁷² Vgl. Fischer/Tewes (2001), S. 306f.

³⁷³ Vgl. Schmitz (2001), S. 10.

³⁷⁴ Vgl. Morgan/Hunt (1994), S. 23.

³⁷⁵ Vgl. Fischer/Tewes (2001), S. 307.

³⁷⁶ Vgl. Enke/Greschuchna (2005), S. 4, Ahlert et al. (2001), S. 285.

³⁷⁷ Vgl. Ahlert et al. (2001), S. 284; Morgan/Hunt (1994), S. 26 u. 29f.

³⁷⁸ Vgl. Erdwien (2005), S. 66f. u. 81.

³⁷⁹ Vgl. Fischer/Tewes (2001), S. 304; Schmitz (2001), S. 10; Swan et al. (1998), S. 93; Morgan/Hunt (1994), S. 23ff.

Leistungen vorab zu beurteilen.³⁸⁰ Ärzte und Pflegekräfte verfügen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten über bessere und umfassendere Informationen als der Patient.³⁸¹ Ärztliche und pflegerische Leistungen beinhalten somit aus Patientensicht so genannte „hidden characteristics“, die sich durch einen hohen Anteil an Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften auszeichnen.³⁸² Da die Patienten zahlreiche Eigenschaften erst nach der Leistungsanspruchnahme (Erfahrungseigenschaften) oder gar nicht (Vertrauenseigenschaften) beurteilen können, sehen sie sich einer hohen Unsicherheit gegenüber.³⁸³ Des Weiteren besteht grundsätzlich – wie in allen Austauschbeziehungen – die Gefahr opportunistischen Verhaltens der Pflegekraft in den Pflegeprozessen. Ein Patient kann z.B. nicht abschließend beurteilen, ob eine Pflegekraft die Erbringung bestimmter Pflegeleistungen unterlässt, damit sie schneller fertig ist oder ob dies für ihn vorteilhaft ist. Daher können Pflegekräfte so genannte „hidden actions“ im Rahmen des Pflegeprozesses vollziehen.³⁸⁴ Da während der Erbringung der Pflegedienstleistung aus Patientensicht opportunistisches Verhalten der Ärzte und Pflegekräfte nicht auszuschließen ist, sehen sich Patienten unsicheren Erwartungen gegenüber. Haben Patienten jedoch ein Vertrauensverhältnis zur Pflegekraft als zentraler Bezugsperson oder zum behandelnden Arzt aufgebaut,³⁸⁵ reduziert sich die wahrgenommene Unsicherheit, da Patienten nun subjektiv sicher sind, dass Pflegekraft und Arzt sich trotz dazu vorhandener Möglichkeiten nicht opportunistisch verhalten werden.³⁸⁶ Der Einfluss von Vertrauen, insbesondere in der Arzt-Patienten-Beziehung, aber auch in der Pflegekräfte-Patienten-Beziehung, ist bereits Gegenstand wissenschaftlicher Forschung.³⁸⁷ Insbesondere die Compliance-Forschung stellt heraus, dass Patienten eine höhere Kooperationsbereitschaft aufweisen, wenn ein Vertrauensverhältnis vorliegt.³⁸⁸ Die Existenz von Vertrauen übt demzufolge einen Einfluss auf die patientenseitige Bereitstellung physischer, intellektueller und emotionaler Inputs aus. So sind Patienten eher bereit, die notwendigen physischen Inputs im Rahmen der Pflegeleistung zu erbringen, wenn auf ihrer Seite Vertrauen besteht.³⁸⁹ Zudem fördert Vertrauen die Bereitstellung intellektueller Patienteninputs, insbesondere der Informationsweitergabe. Des Weiteren kann Vertrauen die Erbringung emotionaler Inputs beeinflussen. Aufgrund der Existenz eines Vertrauensverhältnisses, bspw. zur Pflegekraft, sind Patienten eher dazu bereit, ihre Gefühle und Gedanken mitzuteilen.³⁹⁰ Des Weiteren erleichtert Vertrauen einen adäquaten emotionalen Umgang mit bestimmten Situationen während des

³⁸⁰ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 113; Fließ et al. (2005), S. 398.

³⁸¹ Vgl. Ziesche (2008), S. 21.

³⁸² Vgl. Fließ et al. (2005), S. 400; Dullinger (2001), S. 77, Schmitz (2001), S. 7.

³⁸³ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 398 u. 400.

³⁸⁴ Vgl. Schmitz (2001), S. 8.

³⁸⁵ Vgl. Erdwin (2005), S. 66ff. u. 81.

³⁸⁶ Vgl. Enke/Greschuchna (2005), S. 4; Fischer/Tewes (2001), S. 307.

³⁸⁷ Vgl. bspw. Hessenkamp (2007), S. 867; Kassebaum (2004), S. 314.

³⁸⁸ Vgl. Dullinger (2001), S. 77; Weinberg (1998), S. 41.

³⁸⁹ Vgl. Erdwin (2005), S. 334; Fließ et al. (2005), S. 398.

³⁹⁰ Vgl. Leisen/Hyman (2004), S. 992.

Krankenhausaufenthaltes. So ist es denkbar, dass der Patient weniger Scham empfindet, wenn er der Pflegekraft vertraut, die ihn bei der Körperhygiene unterstützt.

Da Angehörige als Patienten im Sinne der erweiterten Patientenbetrachtung zur Kundenseite gezählt werden und im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes viel Zeit bei den Patienten verbringen,³⁹¹ können sie ebenfalls Beziehungen und damit einhergehend Vertrauen zu den Ärzten oder Pflegekräften aufbauen. In Analogie zu den Patienten kann die Existenz von Vertrauen auch bei den Angehörigen die Bereitstellung physischer, intellektueller und emotionaler Inputs positiv beeinflussen. So sind Angehörige ggf. eher dazu bereit, sich durch die Bereitstellung physischer Inputs in die Erstellung von Pflegeleistungen zu integrieren oder auch ergänzende Informationen bzgl. des Gesundheitszustandes des Patienten preiszugeben, also intellektuellen Input zu liefern sowie die Pflegekräfte durch Freundlichkeit und positive Rückmeldungen zu unterstützen, d.h. emotionale Inputs zu leisten.

Personelle Einflussfaktoren mit Wirkung auf den personellen Input

In der personalwirtschaftlichen Literatur werden verschiedene Einflussfaktoren diskutiert, die die Arbeitsleistung von Menschen determinieren. Bislang wurden die im Zusammenhang mit den personellen Einflussfaktoren von Patienten und Angehörigen diskutierten Einflussfaktoren der Integrationskompetenz und des Vertrauens aber noch nicht genauer analysiert. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass traditionell personalwirtschaftliche Analysen eher vor dem Hintergrund produktionswirtschaftlicher Analysen entstanden sind, in denen solche Einflussgrößen keine Rolle spielten. Wie im Rahmen der organisationalen Einflussfaktoren bereits angesprochen, wird in der neueren Work Design Forschung jedoch die Bedeutung der sozialen Merkmale von Arbeit und die Qualität der Interaktionsbeziehungen erkannt.³⁹² Zu solchen sozialen Merkmalen von Arbeit gehören auch die spezifischen Merkmale von Pflegekunden, die von Pflegekräften betreut werden und damit unweigerlich die personellen Inputs beeinflussen. So leuchtet unmittelbar ein, dass sich die physischen, intellektuellen und emotionalen Inputs bei gleichem Krankheitsbild von Patienten extrem voneinander unterscheiden können, weil auch die Integrationskompetenz sowie das Vertrauen des Patienten zu berücksichtigen sind. Ein Patient mit geringer Integrationskompetenz und geringem Vertrauen wird der Pflegekraft sehr viel mehr und andere Inputs als ein Patient mit einer ausgeprägten Integrationskompetenz und hohem Vertrauen in die Pflegekraft abverlangen.

³⁹¹ Vgl. George (2006), S. 66; Fließ et al. (2005), S. 422.

³⁹² Vgl. Abschnitt 4.3.1.

Zu den klassischen personellen Einflussfaktoren zählen vor allem die Leistungsfähigkeit, welche die Komponente des „Könnens“ eines Menschen abbildet und die Leistungsbereitschaft, welche das „Wollen“ einer Person repräsentiert.³⁹³

Die *Leistungsfähigkeit* drückt das maximale Leistungsvolumen im Sinne einer Maximalkapazität³⁹⁴ von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnissen und Kompetenzen³⁹⁵ eines Menschen aus, welche maßgeblich durch angeborene psychische und physische *Anlagen* sowie die *Entfaltung dieser Anlagen* durch Wachstum, Übung und Lernen, Aus- und Weiterbildung bestimmt wird.³⁹⁶ Durch die Krankenhausleitung unbeeinflussbar sind dabei die angeborenen Anlagen,³⁹⁷ wohingegen auf die Entwicklung der Anlagen z.B. durch Trainings und Weiterbildung Einfluss genommen werden kann.³⁹⁸

Die Pflegeleistung einer Pflegekraft ist jedoch nicht ausschließlich von ihrer jeweiligen Fähigkeit zur Leistungserbringung abhängig, sondern auch von ihrer jeweiligen *Leistungsbereitschaft*,³⁹⁹ welche die Leistungsintensität und die Leistungsdauer determiniert.⁴⁰⁰ In diesem Zusammenhang wird zwischen *körperlicher Disposition* (physische Leistungsbereitschaft) und dem *Leistungswillen* (psychische Leistungsbereitschaft) differenziert.⁴⁰¹ Die körperliche Disposition wird vor allem durch den Tagesrhythmus und den Erholungs- bzw. Ermüdungsgrad bestimmt.⁴⁰² Die körperliche Disposition

³⁹³ Bereits BRAMESFELD/GRAF diskutieren vor dem Hintergrund der menschlichen Arbeitsleistung die Faktoren der Leistungsfähigkeit und –bereitschaft (vgl. Bramesfeld/Graf (1949), S. 45-51). Vgl. zudem Graf (1960), S. 10; Pfeiffer et al. (1977), S. 19; Reichwald (1977), S. 24; Günther/Tempelmeier (2009), S. 123; Fleßa (2010), S. 181. MARX subsumiert die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft unter den Begriff der „individuellen Leistungsdeterminanten“ (vgl. Marx (1969), S. 24f.). CORSTEN spricht in diesem Zusammenhang von „individuellen“ Einflussgrößen (vgl. Corsten (2004), S. 268).

³⁹⁴ Vgl. Graf (1960), S. 11; Lehmann (1962), S. 80; Wagner (1975), S. 1187; Pfeiffer et al. (1977), S. 19; Günther/Tempelmeier (2009), S. 123.

³⁹⁵ Vgl. zur Abgrenzungproblematik der Begriffe Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen Becker (2009b): 7ff.

³⁹⁶ Vgl. Pfeiffer et al. (1977), S. 21; Borchert (2004), S. 1083; Fleßa (2010), S. 181.

³⁹⁷ Angeborene Anlagen können jedoch durch eine entsprechende Personaleinstellungspolitik Berücksichtigung finden (vgl. Wagner (1975), S. 1187; Pfeiffer et al. (1977), S. 23).

³⁹⁸ Vgl. Wagner (1975), S. 1187. Ein Krankenhaus hat die Möglichkeit, die Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte mittels guter Einweisung und ausreichender Übung zu verbessern. An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass die Beeinflussungsmöglichkeiten des Krankenhauses auf einzelne Pflegekräfte eher als gering einzuschätzen sind. Hingegen bieten sich bessere Möglichkeiten hinsichtlich der Steuerung der Leistungsfähigkeit von ganzen Teams, z.B. durch die Zusammensetzung dieser. FLEBA erachtet es als sinnvoll, ein gemischtes Team aus tendenziell körperlich beanspruchbaren, jüngeren und tendenziell erfahrenen, älteren Pflegekräften zusammenzustellen (vgl. Fleßa (2010), S. 182). Vgl. dazu die Personalstruktur als organisationalen Einflussfaktor.

³⁹⁹ Vgl. Pfeiffer et al. (1977), S. 38; Günther/Tempelmeier (2009), S. 123. BERTHEL/BECKER beschreiben, dass erst durch das Zusammenwirken von Determinanten des „Könnens“ und des „Wollens“ menschliche Arbeitsleistung erbracht werden kann (vgl. Berthel/Becker (2010), S. 77).

⁴⁰⁰ Vgl. Fleßa (2010), S. 182.

⁴⁰¹ Vgl. Graf (1960); Pfeiffer et al. (1977), S. 38.

⁴⁰² Vgl. Wagner (1975), S. 1187; Günther/Tempelmeier (2009), S. 123; Wannenwetsch (2010), S. 407. Vgl. vertiefend zur Tagesrhythmik Graf (1960), S. 14ff. und zum Erholungs- und Ermüdungsgrad Pfeiffer et al. (1977), S. 40ff.

hängt aber auch vom Gesundheitszustand⁴⁰³ sowie von der Gewöhnung (Übung) des Menschen ab.⁴⁰⁴ Der Leistungswille berücksichtigt eine Willenskomponente, durch die das menschliche Verhalten und letztendlich die Bereitschaft zur Leistungsabgabe im Betrieb bestimmt werden.⁴⁰⁵ Vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig, auch die motivationale und volitionale Dimension des menschlichen Leistungsverhaltens zu berücksichtigen.⁴⁰⁶

4.4 Outputs

In der klassischen Betriebswirtschaftslehre wird der Output eines Produktionsprozesses häufig rein quantitativ gemessen. Die Gesamtleistung von Dienstleistungsprozessen setzt sich jedoch aus zwei Komponenten zusammen, der Quantität und der Qualität.⁴⁰⁷ Nach FLEßA sind dies auch die beiden Basisdimensionen des Outputs von Krankenhäusern.⁴⁰⁸ Für das vorliegende Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege werden diese Überlegungen übernommen und an die spezifischen Gegebenheiten der Krankenhauspflege angepasst. Dabei wird jedoch aufgrund der Erweiterung der Krankenhauspflegeproduktivität um bislang nicht berücksichtigte qualitative Größen eine differenziertere Erfassung der Outputs vorgenommen. So kommt es abweichend von der klassischen Unterteilung in quantitative und qualitative Outputs zu der Einteilung in objektiv messbare Output-Größen und subjektiv wahrnehmbare Output-Größen (siehe Abbildung 20). Diese werden in den nachfolgenden Ausführungen näher beschrieben.

⁴⁰³ Studien konnten insgesamt einen positiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und der Arbeitsleistung nachweisen (vgl. Binnewies/Sonnentag (2006), S. 61 sowie die dort zitierte Literatur).

⁴⁰⁴ Vgl. Wagner (1975), S. 1187.

⁴⁰⁵ Vgl. Pfeiffer et al. (1977), S. 43. Verschiedene Mitarbeiter können demnach bei identischer Ausprägung der Leistungsfähigkeit unterschiedliche Arbeitsleistungen aufweisen (vgl. Borchert (2004), S. 1084). Diese Abweichungen lassen sich mit Hilfe von volitionstheoretischen Ansätzen erklären. Demnach können Menschen z.B. trotz gleicher Absicht eine Handlung aufzunehmen, verschiedene Willensstärken aufweisen, diese Handlung auch zu realisieren (vgl. Weibler (2012), S. 227 ff. sowie die dort zitierte Literatur).

⁴⁰⁶ Vgl. Schanz (2000), S. 145, Weibler (2012), S. 227 ff.

⁴⁰⁷ Vgl. Fleßa (2010), S. 285.

⁴⁰⁸ Vgl. Fleßa (2010), S. 243.

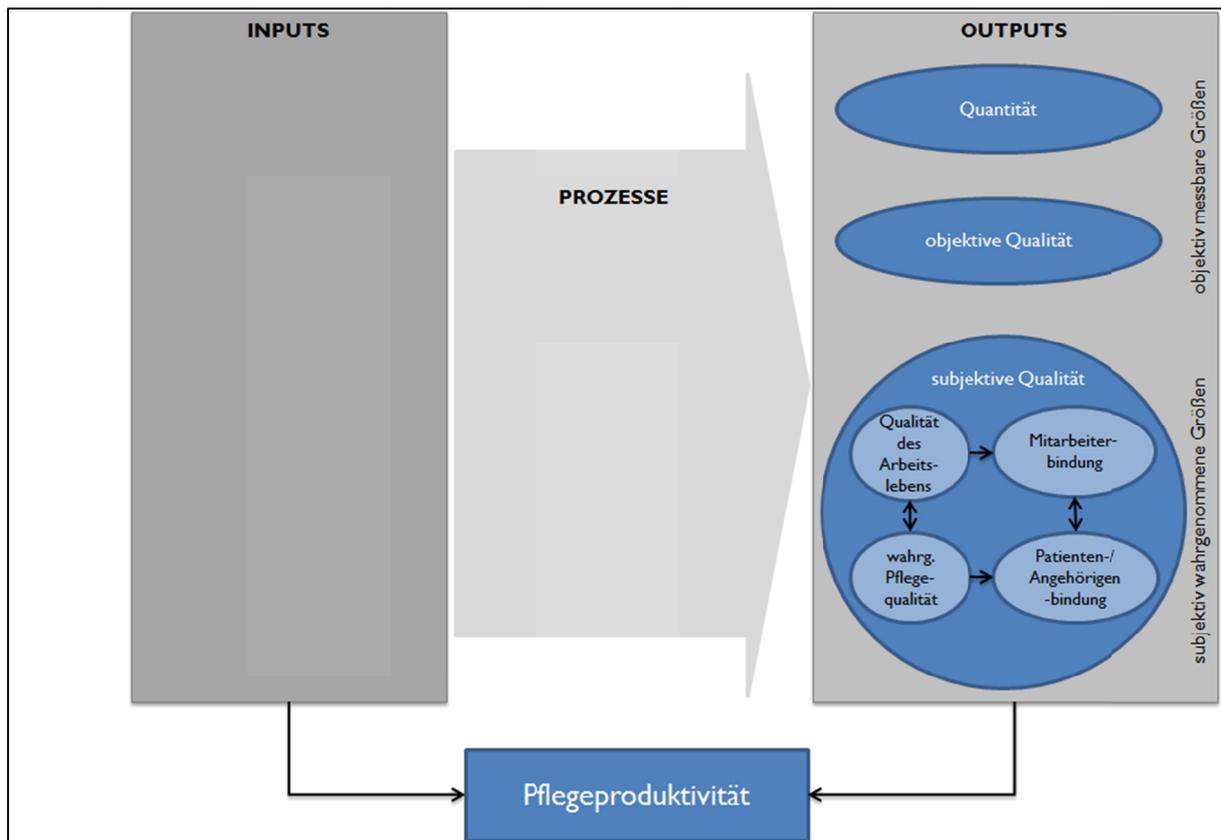


Abbildung 20: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Output-Betrachtung⁴⁰⁹

4.4.1 Objektiv messbare Größen

Nach HAUBROCK ist die primäre Leistung eines Krankenhauses, und damit der Primär-Output, die Veränderung des Gesundheitszustandes (Statusveränderung) des Patienten. Als Sekundärleistungen bzw. Sekundär-Outputs stehen die Einzelleistungen der Diagnostik, Therapie, Pflege und Versorgung.⁴¹⁰ Obwohl diese qualitativen Leistungsziele demnach an erster Stelle stehen, ist die Qualitätskomponente im derzeitigen Finanzierungssystem von Krankenhäusern nur eine Nebenbedingung. Die Erläsoptimierung im Krankenhaus erfolgt meist ausschließlich über die Quantität anhand der Anzahl der erlösrelevanten Fälle.⁴¹¹ Diese Situation kann auch auf die Teilleistung Pflege im Krankenhaus übertragen werden. Die Pflege gilt im Krankenhaus als einer der wichtigsten Leistungserbringer, aber auch als wesentlicher Kostenverursacher. Der wirtschaftliche Druck im Krankenhaussektor führt dazu, dass auch die Pflege in der Verantwortung steht, ihre Leistungen, Kosten und Ergebnisse transparent zu machen.⁴¹² Es gilt folglich, im Rahmen einer

⁴⁰⁹ Eigene Darstellung.

⁴¹⁰ Vgl. Haubrock (2009), S. 464.

⁴¹¹ Vgl. Fleßa (2010), S. 285.

⁴¹² Vgl. Bechtel (2009), S. 519.

Produktivitätsbetrachtung der Krankenhauspflege die Leistung der Pflege zum einen quantitativ, im Hinblick auf Leistungsbeiträge der Pflege am finanziellen Ergebnis, und zum anderen qualitativ, in Bezug auf das Primärziel (Statusveränderung des Patienten), zu erfassen. In den folgenden Ausführungen werden in der Pflegewissenschaft etablierte Überlegungen zur objektiven Bewertung der Leistung der Pflege dargestellt.

4.4.1.1 Quantität

Die Pflege gilt als ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Gesamtergebnis eines Krankenhauses. Diesen Erfolg gilt es insbesondere mit Blick auf ein medizinfokussiertes Vergütungssystem anhand von Zahlen, Daten und Fakten nachzuweisen.⁴¹³ Im Rahmen der Produktivitätsermittlung sollten daher als quantitative Outputs insbesondere solche gewählt werden, die sowohl einen Bezug zur Leistung der Pflege aufweisen, als auch maßgeblich für das Krankenhaus als wirtschaftendes Unternehmen sind. Für das Krankenhaus als Unternehmen wird in Zeiten knapper werdender Ressourcen die Wirtschaftlichkeit von immer größerer Bedeutung, um langfristig die Versorgung der Patienten zu ermöglichen.⁴¹⁴ Wirtschaftlichkeit ist ein Maß für den rationalen Umgang mit knappen Ressourcen.⁴¹⁵ Im Kontext des strengen ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser bedeutet das vereinfacht, dass die Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen zumindest nicht geringer sein dürfen als die im Krankenhaus anfallenden Kosten.⁴¹⁶ Wird diese Situation auf die Produktivitätsermittlung in der Krankenhauspflege übertragen, so erscheinen als quantitative Outputs solche pflegebezogenen Daten relevant, die entweder direkten Erlösbezug (Abrechnungsrelevanz) haben oder intern der Ermittlung bzw. Transparenz der Kosten dienen. Dadurch besteht die Möglichkeit, Kostenoptimierungspotenziale zu identifizieren. Solche Daten können in Anlehnung an RAPP anhand von *externen (abrechnungsrelevanten)* und *internen Leistungskennzahlen* abgebildet werden.⁴¹⁷ Kennzahlen werden dabei definiert als numerische Zahlen, die quantitativ erfassbare Sachverhalte in konzentrierter Form aufführen.⁴¹⁸

⁴¹³ Vgl. Bechtel (2009), S. 519.

⁴¹⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012); Salfeld et al. (2010), S. 19.

⁴¹⁵ Vgl. Kletti (2007), S. 176; Gronau (2007), S. 361.

⁴¹⁶ Vgl. Salfeld et al. (2010), S. 19. Die Finanzierung von Investitionen im Krankenhaus wird an dieser Stelle ausgeklammert.

⁴¹⁷ Vgl. Rapp (2010), S. 213ff.

⁴¹⁸ Vgl. Reichmann, Lachnit (1976), S. 705ff.

Im Mittelpunkt der Betrachtung DRG-basierter und damit *abrechnungsrelevanter Kennzahlen* stehen nach ZAPP ET AL. vor allem die folgenden Kennzahlen:⁴¹⁹

- Fallzahl
- Case-Mix⁴²⁰
- Case-Mix-Index
- Verweildauer
- Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)⁴²¹ zur Kodierung von Nebendiagnosen

Ebenso werden der Anteil der Kurz- und Langlieger⁴²² sowie die Anzahl der verlegten Patienten den abrechnungsrelevanten Kennzahlen zugeschrieben. Auch Zusatzentgelte und ggf. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind unmittelbar erlösrelevant. Seit 2012 wird erstmals auch die Pflege explizit im deutschen DRG-Katalog berücksichtigt. Und zwar können auf der Grundlage der OPS-Codes⁴²³ 9-200 bis 9-202, basierend auf der Fassung des OPS-Katalogs von 2012, zwei Zusatzentgelte für „Hochaufwändige Pflege von Erwachsenen“ (Zusatzentgelt 130) und für „Hochaufwändige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“ (Zusatzentgelt 131) abgerechnet werden. Hintergrund ist, dass das deutsche Vergütungssystem (G-DRG System) im Wesentlichen auf ärztlichen Diagnosen und Maßnahmen beruht und pflegerische Tätigkeiten im DRG-System nicht direkt berücksichtigt werden. Pflegerische Leistungen wurden im Zuge der DRG-Kalkulation pauschal eingerechnet. Diese pauschale Berücksichtigung basiert auf durchschnittlich geleisteten Minutenwerten, bemessen anhand der Systematik der Pflegepersonalregelung (PPR⁴²⁴) von 1993.⁴²⁵ Als Begründung für eine pauschale Aufwandsentschädigung der Pflege wurde angeführt, dass

⁴¹⁹ Vgl. Zapp et al. (2010), S. 4f.

⁴²⁰ Der Case Mix ist die Addition der Relativgewichte aller in einer Organisationseinheit in einem bestimmten Zeitraum behandelten Fälle. Dividiert durch die Fallzahl ergibt sich der Case Mix Index und somit die durchschnittliche Fallschwere der in der Organisationseinheit behandelten Fälle. Vgl. Schröder (2010), S. 269.

⁴²¹ Eine Nebendiagnose ist eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhauses entwickelt und hieraus ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsbedarf resultiert. Der behandlungsbezogene Schweregrad-Wert PCCL (engl. Patient Clinical Complexity Level) bewertet die verschiedenen abrechnungsrelevanten Nebendiagnosen hinsichtlich eines Mehraufwandes an Ressourcen in Bezug auf die Hauptdiagnose und im Vergleich zu einem ansonsten vergleichbaren Patienten ohne Nebendiagnose. Vgl. Fischer (2002), S. 42f.

⁴²² Damit sind solche Patienten gemeint, deren Aufenthaltsdauer sich nicht innerhalb der unteren und der oberen Grenzverweildauer bewegt.

⁴²³ Der OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) ist die offizielle Klassifikation zur Verschlüsselung/Dokumentation von Operationen und medizinischen Prozeduren in der stationären Versorgung.

⁴²⁴ Die PPR wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 eingeführt und galt insgesamt 3 Jahre. Ziel war es eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Pflege stationär behandelter Patienten zu gewährleisten. Daher wurde die PPR als gesetzliche Basis für die Bestimmung der Anzahl von Pflegekräften in Krankenhäusern eingesetzt und führte in den drei Jahren ihrer Umsetzung zu ca. 10-20 Prozent mehr Planstellen für die Pflege. Aufgrund der daraus entstandenen Kostenproblematik wurde die PPR Ende 1996 wieder aufgehoben, als internes Steuerungsinstrument in vielen Häusern aber weiter verwendet. Vgl. Keun/Prott (2008), S. 11; Bartholomeyczik (2003), S. 307.

⁴²⁵ Vgl. Hunstein (2003), S. 30.

viele der pflegerischen Tätigkeiten routinemäßig erbracht werden und der Aufwand bereits anhand der Diagnose bestimmbar ist und demzufolge über die diagnosebezogene Fallpauschale abgegolten werden kann.⁴²⁶ Studien sowohl aus Deutschland als auch international zeigen jedoch, dass der pflegerische Aufwand innerhalb einzelner DRGs nicht homogen ist, so dass es regelmäßig zu einer Über-/Unterbewertung der Pflege bei der Erlöszuteilung kommt.⁴²⁷ Bisher konnte unterschiedlicher Pflegeaufwand lediglich durch die Kodierung von Nebendiagnosen⁴²⁸ berücksichtigt werden. Durch die Einführung der neuen Zusatzentgelte ab 2012 gibt es erstmals die Möglichkeit, überdurchschnittlich hohe Ressourcenverbräuche der Pflege erlösrelevant abzurechnen. Damit dies geschehen kann, müssen die Bedingungen des PKMS, des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores, erfüllt werden. Im PKMS wird der pflegerische Aufwand, aufbauend auf der Systematik der PPR, anhand von Aufwandspunkten bewertet. Wird eine gewisse Punktzahl in einem oder mehreren Bereichen überschritten, kann der OPS kodiert werden und die Zusatzentgelte können generiert werden.⁴²⁹ Infolgedessen gilt es, im Rahmen der Produktivitätsbetrachtung der Krankenhauspflege, als quantitativen Output die PPR-Minuten bzw. die PKMS Aufwandspunkte zu erfassen. Darüber hinaus können auch die DRG-Erlöse einer Station als Output-Größe angesetzt werden.

Zu den *internen Leistungskennzahlen* zählen alle pflegerelevanten Kennzahlen, die der internen Kosten- und Leistungstransparenz der pflegerischen Tätigkeiten dienen. Zur internen Aufwandsermittlung verwenden zahlreiche Krankenhäuser nach wie vor die PPR als Steuerungsinstrument.⁴³⁰ Als Problem der PPR wird vielfach gesehen, dass sie nur einen Teil der pflegerischen Leistungen erfasst und keine Begründungen für die Auswahl der Leistungen hervorbringt. Daher wird in einigen Krankenhäusern das differenzierte Schweizer System LEP (Leistungserfassung in der Pflege) verwendet. Es ist ähnlich der PPR mit Zeitnormwerten hinterlegt und kann das tatsächlich geleistete Aufgabenspektrum besser abbilden.⁴³¹ Die PPR und LEP Daten sind somit im Sinne der internen Leistungsdarstellung als quantitativer Output im vorliegenden Produktivitätsmodell zu hinterlegen.

Weitere interne Leistungskennzahlen der Pflege sind nach THIELE ET AL. bspw. die Anzahl an Patientenentlassungen, die Anzahl der Belegungs-/Pflegetage oder der Pflegeaufwand.⁴³² Der Pflegeaufwand kann bspw. anhand der Anzahl pflegerischer Maßnahmen, der Anzahl von ärztlichen Tätigkeiten durch die Pflegekraft oder aber anhand von zeitlichen Komponenten, wie den bereits erwähnten Pflegeaufwandswerten, basierend auf Zeiteinheiten aus PPR oder LEP, ermittelt werden.

⁴²⁶ Vgl. Hammerich (2006), S. 46.

⁴²⁷ Vgl. Haasenritter et al. (2009), S. 669.

⁴²⁸ Da es sich auch bei der Kodierung von Nebendiagnosen um medizinische handelt, wird der tatsächlich höhere pflegerische Aufwand durch die Kodierung einer Nebendiagnose jedoch ebenfalls nicht exakt berücksichtigt.

⁴²⁹ Vgl. DIMDI (2012).

⁴³⁰ Vgl. Keun/Protz (2008), S. 11.

⁴³¹ Vgl. Bartholomeyczik (2011b), S. 516f.

⁴³² Vgl. Thiele et al. (2010), S. 208.

Darüber hinaus können im Rahmen der internen Leistungskennzahlen relevante Mitarbeiterkennzahlen als quantitative Outputs erfasst werden. Hier sind im Wesentlichen die Fluktuationsquote und die Fehlzeitenquote zu nennen. Die *Fluktuationsquote* gibt Aufschluss über den Anteil der Mitarbeiter, die freiwillig über einen festgelegten Zeitraum, i.d.R. von einem Jahr, ihre Beschäftigung gekündigt haben. Dies kann als Indiz für mangelnde Verbundenheit dem Krankenhaus gegenüber der Mitarbeiter dienen. Das Wissen um unzufriedene Arbeitskräfte ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da bei Unzufriedenheit das Risiko steigt, dass gerade hochqualifizierte Mitarbeiter den Betrieb bzw. das Krankenhaus verlassen.⁴³³ Die *Fehlzeitenquote* setzt die Anzahl der Fehlerarbeitstage, abgesehen von Urlaubs- und Feiertagen, mit der Anzahl aller maximal möglichen Arbeitstage ins Verhältnis.⁴³⁴ Je nach Bedarf kann die Fehlzeitenquote für jeden einzelnen Mitarbeiter, eine Gruppe, das gesamte Krankenhaus, eine Station und durch weitere Gliederung auch hinsichtlich verschiedener Ursachen wie Unfall, Krankheit, Weiterbildung ermittelt werden. Daneben gibt die Fehlzeitenquote Hinweise auf das Betriebsklima und mögliche psychische und physische Schwächen des Pflegepersonals.

Zusammenfassend werden die Kennzahlen zur Erfassung des quantitativen Outputs in der nachfolgenden Tabelle nochmals dargestellt.

Abrechnungsrelevante Kennzahlen	Interne Leistungskennzahlen
Fallzahl	PPR/LEP Daten
Case-Mix	Belegungs-/Pflegetage
Case-Mix Index	Anzahl pflegerischer Maßnahmen
Verweildauer	Anzahl ärztlicher Tätigkeiten durch die Pflegekräfte
PCCL	Fluktuationsquote
PKMS	Fehlzeitenquote
DRG-Erlöse	

Tabelle 6: Zusammenfassung der Kennzahlen des quantitativen Outputs

4.4.1.2 Objektive Qualität

Das Wort *Qualität* ist lateinischen Ursprungs und bedeutet so viel wie „wie beschaffen“ und meint folglich im allgemeinen Sprachgebrauch die *Beschaffenheit* oder *Güte* eines Objekts.⁴³⁵ In der betriebswirtschaftlichen Literatur findet sich eine Vielzahl von Ansätzen zur Begriffsdefinition, von denen sich in der internationalen Fachsprache das folgende Verständnis etabliert hat.⁴³⁶ Demnach ist Qualität ein „[...] Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt.“⁴³⁷ Dementsprechend steht die Bedeutung des Wortes Qualität für die „realisierte Beschaffenheit einer

⁴³³ Vgl. Weber (2001), S. 134.

⁴³⁴ Vgl. Weber (2001), S. 132f.

⁴³⁵ Vgl. Bruhn (2008), S. 33.

⁴³⁶ Vgl. Scharnbacher/Kiefer (2003), S. 26.

⁴³⁷ DIN EN ISO 9000 (2005), Nr. 3.1.1.

Einheit bezüglich der Qualitätsanforderung.“⁴³⁸ Viele Autoren unterscheiden in der Betriebswirtschaftslehre einen subjektiven und einen objektiven Qualitätsbegriff. Objektive Qualität wird durch exakte Leistungsmerkmale eines Produktionsergebnisses bestimmt.⁴³⁹ Subjektive Qualität ist hingegen ein nicht objektivierbares, allein vom Individuum abhängiges Phänomen.⁴⁴⁰

Die Darstellung, Bewertung und Messung der objektiven Qualität als Output-Größe des Produktionsprozesses *Krankenhauspflege* ist ein hoch komplexes und kontrovers diskutiertes Themenfeld. In Deutschland hat die Umsetzung der Bestimmung und Ermittlung pflegebezogener Outputs kaum begonnen.⁴⁴¹ Daher beziehen sich die folgenden Darstellungen im Wesentlichen auf Inhalte der anglo-amerikanischen Pflegewissenschaften.

Die Bestimmung pflegesensitiver objektiver Qualitätskriterien ist aufgrund der multidisziplinären und multifaktoriellen Einflüsse auf den Status eines Patienten nur über die Abbildung von Indikatoren möglich. Als Indikatoren werden messbare Ereignisse herangezogen, die positiv oder negativ auf den Status des Patienten wirken.⁴⁴² Faktisch hat eine Literaturrecherche von SAVITZ ET AL. jedoch aufgezeigt, dass in der Literatur nur sehr wenige Studien vorhanden sind, die eine Bestimmung positiver objektiver Qualitätsindikatoren für die Krankenhauspflege aufweisen.⁴⁴³ Im Idealfall wäre als positiver Qualitätsindikator die Statusveränderung (Verbesserung) des Patienten zu sehen. In der Regel werden Zustandsverbesserungen jedoch nicht dem Pflegepersonal, sondern den ärztlichen Maßnahmen zugeschrieben. Daher berücksichtigt die Zusammenstellung von objektiven Pflegequalitätsindikatoren vor allem negativ belastete Ereignisse.

Verschiedene Indikatoren wurden bislang entwickelt oder befinden sich im Status der Entwicklung und werden auf ihre Güte und Pflegesensitivität geprüft. In einer Literaturrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurden die folgenden Zielgrößen als häufigste Indikatoren für objektive Pflegequalität identifiziert,⁴⁴⁴ die auch im vorliegenden Produktivitätsmodell als objektive Qualitäts-Outputs adaptiert werden und im Rahmen von empirischen Forschungsarbeiten zu prüfen sind: Mortalität, Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall, Dekubitus, Nosokomiale Infektionen, Stürze.

Die einzelnen Indikatoren werden aber insbesondere im Hinblick auf ihre Pflegesensitivität kontrovers diskutiert. Dies gilt im speziellen für die Pflegesensitivität des Indikators *Mortalität*. So

⁴³⁸ Geiger (2001), S. 803; Zollondz (2006), S. 166.

⁴³⁹ Vgl. Fleßa (2010), S. 86.

⁴⁴⁰ Vgl. Fleßa (2010), S. 244.

⁴⁴¹ Vgl. Stemmer (2009), S. 79. STEMMER spricht in Anlehnung an Grundsätze des Qualitätsmanagements von Ergebnisqualität bzw. pflegebezogener Outcomemessung. Diese Überlegungen wurden auf die Anforderungen des vorliegenden Produktivitätsmodells übertragen.

⁴⁴² Vgl. Thiele (2010), S. 163; Stemmer (2009), S. 93.

⁴⁴³ Vgl. Savitz et al. (2005), S. 380. SAVITZ ET AL. verweisen dabei auf eine Studie von LICHTIG ET AL. aus dem Jahre 1999 mit dem Titel „Some Impacts of Nursing on Acute Care Hospital Outcomes“.

⁴⁴⁴ Vgl. IQWiG (2006), S. 5ff.

haben KAZANJIAN ET AL. in einem systematischen Review aus dem Jahre 2005 untersucht, ob es Zusammenhänge gibt zwischen der Mortalität und verschiedenen organisatorischen Variablen, die die stationäre Pfl egetätigkeit beeinflussen. Dabei konnten Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung der Pflegekräfte und der Mortalität der Patienten ermittelt werden, jedoch ohne eindeutige Bestimmung der Richtung und der Signifikanz der jeweiligen Zusammenhänge.⁴⁴⁵ Ein weiterer systematischer Review von LANG ET AL. konnte einen möglichen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und der Mortalität identifizieren.⁴⁴⁶ Die Ergebnisse dieser Studien lassen jedoch keinen allgemeinen Schluss zu, ob die Mortalität als pflegesensitive Output-GröÙe geeignet ist, da lediglich eine Input-Variable oder ein Einflussfaktor (Pflegekapazität bzw. Arbeitsbelastung) in die Untersuchung eingegangen ist.⁴⁴⁷ Auch andere systematische Übersichtsarbeiten teilen die Einschätzung, dass Mortalität nicht eindeutig als pflegesensitiver Qualitätsindikator identifiziert werden kann, da keine ausreichenden Kenntnisse über die Wirkungsweise verschiedenster Einflüsse auf die Mortalität bekannt sind und somit eine Validität von empirischen Studien zu dieser Thematik nur eingeschränkt gegeben ist.⁴⁴⁸

Die *Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall* als pflegesensitiver Qualitätsindikator beruht auf einem Konzept von SILBER ET AL. aus dem Jahre 1992. Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall bedeutet, dass Patienten aufgrund von Komplikationen ihrer Erkrankung versterben, von denen sie sich hätten erholen können, wenn sie rechtzeitig erkannt und behandelt worden wären.⁴⁴⁹ In zahlreichen empirischen Studien wurden Zusammenhänge zwischen pflegebezogenen Determinanten (wie z.B. Pflegekapazität oder der Skill-Mix) und dem Risiko für Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall identifiziert.⁴⁵⁰ Die genaue Wirkung und Signifikanz der Zusammenhänge ist jedoch nach wie vor Gegenstand der Forschung. Dennoch ist die Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall, der so genannte *failure to rescue*, in der anglo-amerikanischen Pflegeforschung allgemein als pflegesensitiver Qualitätsindikator etabliert.⁴⁵¹

Ebenfalls als pflegesensitiver Qualitätsindikator etabliert ist das Auftreten eines Druckgeschwürs (*Dekubitus*). Ein Dekubitus ist eine lokale Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes, die sich aufgrund von überhöhtem Druck auf die GefäÙe über einen längeren Zeitraum entwickelt.⁴⁵² Dabei kommt der Pflege bei der Vorbeugung von Dekubiti eine groÙe Bedeutung zu. Die Pflegekraft kann im Rahmen des Pflegeprozesses durch eine regelmäßige Hautkontrolle, Hautreinigung,

⁴⁴⁵ Vgl. Kazanjian et al. (2003), S. 149ff.

⁴⁴⁶ Vgl. Lang et al. (2004), S. 326ff.

⁴⁴⁷ Vgl. IQWiG (2006), S. 20.

⁴⁴⁸ Vgl. Pringle/Doran (2003), S. 3; White/McGillis Hall (2003), S. 216ff.; Aiken et al. (1997), S. NS6ff.

⁴⁴⁹ Vgl. Pringle/Doran (2003), S. 3; Silber et al. (1992).

⁴⁵⁰ Vgl. IQWiG (2006), S. 27ff.

⁴⁵¹ Vgl. Stemmer (2009), S. 94.

⁴⁵² Vgl. Agostini et al. (2001); Seel (1993), S. 175.

Mobilisation, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie die Lagerung des Patienten wesentlichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus nehmen.⁴⁵³ Das Auftreten eines Dekubitus kann somit ein Pflegefehler sein und ist sowohl im anglo-amerikanischen Raum als auch in Deutschland als pflegebezogenes Qualitätsmerkmal etabliert. Aufgrund dessen hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) seit 2006 alle Kliniken zur Meldung der Dekubitus-Inzidenz aller Krankenhauspatienten über 75 Jahre verpflichtet und somit erstmalig einen Generalindikator für die Bestimmung der Pflegequalität etabliert.⁴⁵⁴

*Nosokomiale Infektionen*⁴⁵⁵ werden allgemein in der pflegewissenschaftlichen Literatur als Qualitätsindikator für die Pflegeleistung angesehen. Allerdings führen häufig methodische Probleme bei der Durchführung empirischer Studien dazu, dass Zusammenhänge, Signifikanz und Pflegesensitivität des Indikators nicht abschließend geklärt sind. Folglich entstehen vor allem Probleme aufgrund von großen Unterschieden in der Dokumentation und Meldung von nosokomialen Infektionsraten zwischen unterschiedlichen Kliniken sowie einer hochkomplexen Risikoadjustierung.⁴⁵⁶ Dennoch sind in zahlreichen Studien Zusammenhänge zwischen pflegerelevanten Determinanten und dem Auftreten von nosokomialen Infektionen nachgewiesen.⁴⁵⁷ Die häufigsten nosokomialen Infektionen, deren Auftreten als objektive Qualitätsmerkmale dienen, sind Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen, Pneumonie, Sepsis, Postoperative Infektionen und Atemwegsinfektionen.⁴⁵⁸ Der Einfluss der Pflegekräfte bei der Vermeidung von nosokomialen Infektionen liegt im Wesentlichen in der konsequenten Anwendung von Hygienevorschriften (Händehygiene, Desinfektion, Sterilisation) sowie der Überwachung des Patienten. Nach WEINSTEIN sind rund ein Drittel aller nosokomialen Infektionen vermeidbar und die AMERICAN NURSE ASSOCIATION sieht in dem Auftreten solcher Infektionen ein Indiz für die Verfügbarkeit und Qualität der Pflegeleistung.⁴⁵⁹ Daher wird das Auftreten von nosokomialen Infektionen auch im vorliegenden Produktivitätsmodell als objektiver qualitativer Output der Pflege eingeschlossen.

Auch *Patientenstürze* werden im vorliegenden Produktivitätsmodell als Indikator für einen objektiven Qualitäts-Output eingeschlossen. Ein Sturz wird in der Pflege definiert als plötzliches unbeabsichtigtes und unkontrolliertes Fallen eines Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene.⁴⁶⁰ Die Problematik und das Risiko von Stürzen bestehen vor allem bei älteren Patienten. Die Eingriffsmöglichkeiten der Pflegekräfte liegen dabei in einer adäquaten Lagerung, Mobilisation und

⁴⁵³ Vgl. Seel (1993), S. 180ff.

⁴⁵⁴ Vgl. Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (2009); Stemmer (2009), S. 96.

⁴⁵⁵ Unter einer nosokomialen Infektion wird eine Infektion verstanden, die durch den Aufenthalt oder die Behandlung im Krankenhaus verursacht wurde.

⁴⁵⁶ Vgl. White/McGillis Hall (2003), S. 215; Flood/Diers (1988); Larson et al. (1988).

⁴⁵⁷ Vgl. Lang et al. (2004); White/McGillis Hall (2003), S. 216.

⁴⁵⁸ Vgl. White/McGillis Hall (2003), S. 215; Weinstein (1998); Seel (1993), S. 141.

⁴⁵⁹ Vgl. Weinstein (1998); American Nurses Association (1995).

⁴⁶⁰ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2004), S. 7.

Überwachung der Patienten. Ebenso obliegt die Aufklärung über Risikofaktoren (wie z.B. Medikamentennebenwirkungen, Dehydratation) häufig der Pflegekraft. Verschiedene empirische Arbeiten⁴⁶¹ konnten Zusammenhänge zwischen den personellen Leistungsbeiträgen von Pflegekräften und der Anzahl von Stürzen identifizieren. Eindeutige Zusammenhänge sind jedoch nicht abschließend geklärt und es besteht weiterer Forschungsbedarf zur Eignung von Stürzen als pflegesensitives Qualitätsmerkmal.⁴⁶²

In Ergänzung zu diesen vom IQWiG dargestellten pflegesensitiven Indikatoren wird im vorliegenden Produktivitätsmodell der Qualitätsindikator *Medikationsfehler* als Output herangezogen. Medikationsfehler zählen zu den so genannten „Patient Safety Outputs“⁴⁶³, wie auch die nosokomialen Infektionen, Stürze und Dekubiti.⁴⁶⁴ Medikationsfehler können zu verschiedenen Zeitpunkten einer Arzneimitteltherapie auftreten. Während Fehler bei der Verschreibung von Medikamenten meist dem Arzt zuzuordnen sind, wird die Abgabe bzw. Verabreichung von Medikamenten in Krankenhäusern dem Tätigkeitsfeld der Pflegekräfte zugesprochen.⁴⁶⁵ Somit sind Fehler bei der Medikamentengabe häufig ein Indikator für die Qualität der Pflege. ⁴⁶⁶ LEAPE ET AL. haben in einer Studie festgestellt, dass rund ein Drittel aller Medikationsfehler auf falsche Verabreichung durch Pflegekräfte zurückzuführen sind.⁴⁶⁷ Die AMERICAN NURSE ASSOCIATION ermittelte bereits 1995, dass Medikationsfehler mit Unterbesetzung, Überlastung, Unerfahrenheit sowie Einschränkungen bei Wissen oder Fähigkeiten der Pflegekräfte korrelieren können.⁴⁶⁸ Andere Studien haben Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen von Pflegekräften und der Anzahl an Medikationsfehlern festgestellt.⁴⁶⁹ Mit Blick auf die Wirkungszusammenhänge vielfältiger Input-Konstellationen auf pflegerelevante Outputs, die Gegenstand des vorliegenden Produktivitätsmodells sind, erscheint die Aufnahme von Medikationsfehlern als objektives Qualitätsmerkmal sinnvoll.

Die Auswahl der objektiven Qualitäts-Outputs stützt sich im Wesentlichen auf die Arbeit des IQWiG und wurde ergänzt um weitere pflegesensitive Outputs aus der anglo-amerikanischen Pflegeforschung. Aus dem aktuellen Stand der Forschung gehen dabei noch keine standardisierten Indikatorensets für die Ermittlung der Pflegeleistung hervor. Demonstriert werden soll dieser

⁴⁶¹ Siehe hierzu bspw. Whedon/Sheppard (1989), Morse et al. (1987), Taunton et al. (1994) oder Tutuarima et al. (1993).

⁴⁶² Vgl. White/McGillis Hall (2003), S. 217.

⁴⁶³ In Anlehnung an die Gliederung von WHITE/MCGILLIS HALL (2003). Diese sprechen jedoch aufgrund unterschiedlicher Begriffsdefinitionen von „Patient Safety Outcomes“.

⁴⁶⁴ Vgl. White/McGillis Hall (2003), S. 213ff.

⁴⁶⁵ Dies trifft nur auf die Verabreichung von Medikamenten zu, die durch Pflegekräfte zu verabreichen sind. Ausgenommen davon sind bspw. Chemotherapeutika.

⁴⁶⁶ Vgl. American Nurse Association (1995).

⁴⁶⁷ Vgl. Leape et al. (2000).

⁴⁶⁸ Vgl. American Nurse Association (1995).

⁴⁶⁹ Vgl. McBride-Henry/Foureur (2006), S. 35f.

Umstand anhand einer Untersuchung von SAVITZ ET AL., die die Indikatorensets von drei bedeutenden US-amerikanischen Institutionen gegenübergestellt haben, wie Tabelle 7 zu entnehmen ist.⁴⁷⁰

	Agency for Healthcare Research and Quality	National Quality Forum	American Nurses Association
Todesfälle bei DRGs mit geringer Mortalität	X		
Dekubitus	X	X	X
Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall	X	X	X
Nosokomiale Infektion	X		
Prävalenz von Harnwegsinfektionen		X	X
ZVK ⁴⁷¹ -assoziierte Sepsis		X	
Harnwegskatheter-assoziierte Harnwegsinfektion von Patienten einer Intensivstation		X	
Septikämie ⁴⁷²	X		
Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	X	X	
Beatmungs-assoziierte Pneumonie		X	
Patientenstürze		X	X
Prävalenz von bewegungseinschränkenden Maßnahmen		X	
Raucherentwöhnungsberatung		X	
Postoperative pulmonale Embolie oder tiefe Beinvenenthrombose	X		

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren in der anglo-amerikanischen Pflegeforschung

Auch wenn die Pflegewissenschaft im anglo-amerikanischen Raum wesentlich weitreichendere Erkenntnisse hervorgebracht hat, als dies in Deutschland gegenwärtig der Fall ist, zeigt sich anhand vorangegangener Tabelle 7, dass lediglich eine übereinstimmende Einschätzung hinsichtlich der Pflegesensitivität von zwei Indikatoren (Dekubitus und Mortalität durch verspätete Hilfe im Notfall) vorherrscht. Es besteht demnach weiterhin nennenswerter Forschungsbedarf, der auch die zukünftige Anpassung der für das vorliegende Produktivitätsmodell gewählten objektiven Qualitäts-Outputs erfordern könnte.

⁴⁷⁰ Vgl. Savitz et al. (2005), S. 381. Übersetzung in Anlehnung an Stemmer (2009), S. 94. SAVITZ ET AL. listen noch weitere Ergebnisindikatoren auf, die aufgrund der Struktur des vorliegenden Produktivitätsmodells im Rahmen der quantitativen Outputs bzw. der subjektiven Qualitäts-Outputs analysiert werden.

⁴⁷¹ ZVK=Zentraler Venenkatheter.

⁴⁷² Als Septikämie bezeichnet man das im Zusammenhang mit einer schweren Allgemeininfektion (Sepsis) – labordiagnostisch nachweisbare – Auftreten von Bakterien oder deren Toxinen im Blut.

4.4.2 Subjektiv wahrgenommene Größen

Die subjektive Bewertung von Outputs ist im Kontext von Gesundheitsdienstleistungen ergänzend zu den bereits in Kapitel 2.2 genannten Gründen im Besonderen erforderlich. Da die herangezogenen objektiven und subjektiven Bewertungskriterien häufig auf vollkommen unterschiedliche Leistungsaspekte abstellen, weicht die Bewertung der intangiblen Ergebnisse von Gesundheitsdienstleistungen durch die Leistungserbringer einerseits und die Leistungsempfänger, hier Patienten bzw. Angehörigen, andererseits teilweise erheblich ab. Somit ist die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen bzw. Pflegeleistungen im Speziellen nicht ausschließlich durch objektive Bewertungskriterien beschreibbar, sondern muss subjektive Qualitätsaspekte, insbesondere aus Kunden-, also Patienten- bzw. Angehörigensicht, berücksichtigen. Darüber hinaus bedarf es einer Betrachtung bisher vernachlässigter subjektiver Qualitätsaspekte aus Mitarbeiter-, also Pflegekraftsicht. Dies ist dahingehend sinnvoll und notwendig, als dass das Pflegepersonal im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses und somit auch im Kontext der Krankenhauspflegeproduktivität eine besondere Bedeutung einnimmt.

4.4.2.1 Patientenbezogene Outputgrößen

Eine vollständige Erfassung der Outputs der Teilprozesse erfordert zunächst die Berücksichtigung ihrer *subjektiven Bewertung aus Patienten- und Angehörigensicht*. Infolge der Unterschiedlichkeit der herangezogenen objektiven und subjektiven Kriterien zur Ergebnisbewertung durch die Leistungserbringer und die Leistungsempfänger, in diesem Fall Patienten bzw. Angehörige, treten gerade bei Gesundheitsdienstleistungen oftmals Bewertungskonflikte auf. So besteht häufig der Fall, dass aus medizinisch-pflegerischer Sicht bestimmte Verhaltensweisen des Patienten oder gezielte Interventionen erforderlich sind, die vom Patienten als unangenehm, lästig oder anstrengend angesehen werden.⁴⁷³ In solchen Situationen stellt es sich schwierig dar, die Bedürfnisse des Patienten und gleichzeitig die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse zu vereinbaren. Ferner können Abweichungen zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Pflegebewertung angenommen werden, da Pflegeleistungen Leistungsbündel darstellen, die einen hohen Intangibilitätsgrad aufweisen,⁴⁷⁴ was mit gewissen Problemen bei ihrer patientenseitigen Bewertung verbunden ist. So wird bei nicht greifbaren Eigenschaften von Kunden oft auf Surrogate (z.B. Ausstattung, Freundlichkeit etc.) zur Beurteilung der Qualität zurückgegriffen.⁴⁷⁵ Häufig werden daher von Patienten im Rahmen der Bewertung die interaktiven Aspekte stärker als die technischen Aspekte

⁴⁷³ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 115.

⁴⁷⁴ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 402; Thiele (2004): 17.

⁴⁷⁵ Vgl. Lasshof (2006), S. 51.

der Leistung gewichtet.⁴⁷⁶ Demzufolge sind die persönlichen Interaktionen von Pflegepersonal und Patient oft von größerer Bedeutung für die subjektive Bewertung der Pflegequalität als die fachlich korrekte Leistungserbringung.⁴⁷⁷ Vor diesem Hintergrund gewährleistet die Integration der Patienten- und Angehörigenperspektive in die Outputbewertung eine differenziertere Sichtweise und ermöglicht einen Zugang zu Bewertungsaspekten, die durch die genannten objektiven Kennzahlen nur unzureichend abgedeckt werden können.⁴⁷⁸

Zur Erfassung der patientenseitigen Bewertung der Pflegequalität bieten sich grundsätzlich die Konstrukte Kundenzufriedenheit und kundenseitig subjektiv wahrgenommene Dienstleistungsqualität, d.h. im vorliegenden Untersuchungskontext die subjektiv wahrgenommene Pflegequalität, an. Generell weisen beide Konstrukte eine hohe Ähnlichkeit auf,⁴⁷⁹ die sich in hohen Korrelationswerten empirisch manifestiert hat.⁴⁸⁰ Zudem gelten sowohl die Kundenzufriedenheit als auch die subjektiv wahrgenommene Dienstleistungsqualität als zentrale Wettbewerbsfaktoren, die den Unternehmenserfolg nachhaltig beeinflussen.⁴⁸¹ Obwohl einige Autoren bewusst auf eine Differenzierung verzichten,⁴⁸² bestehen gewisse konzeptuelle Unterschiede zwischen den Konstrukten. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass sich beide Konstrukte hinsichtlich relevanter Einflussgrößen unterscheiden.⁴⁸³ Zudem gilt die wahrgenommene Dienstleistungsqualität als eine Einflussgröße der Kundenzufriedenheit und damit als ein der Kundenzufriedenheit vorgelagertes Konstrukt.⁴⁸⁴

Der zentrale Unterschied zwischen beiden Konstrukten besteht jedoch darin, dass die wahrgenommene Dienstleistungsqualität – im Unterschied zur Kundenzufriedenheit – als einstellungsorientiertes Konstrukt betrachtet wird.⁴⁸⁵ Die subjektive Bewertung der Dienstleistungsqualität ist demzufolge möglich, ohne die jeweilige Dienstleistung selbst in Anspruch genommen zu haben.⁴⁸⁶ In diesem Fall entwickelt der Kunde durch die Bewertung der einzelnen, ihm unterschiedlich wichtigen Eigenschaften einer Dienstleistung eine kognitiv geprägte Einstellung, die als

⁴⁷⁶ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 113.

⁴⁷⁷ Vgl. Entwistle et al. (2005), S. 1.

⁴⁷⁸ Zu solchen Qualitätsaspekten, die sich schwer durch objektive Kennzahlen darstellen lassen, gehören beispielsweise Freundlichkeit des Personals, die Hilfsbereitschaft oder die respektvolle Umgang mit dem Patienten. Vgl. Eckhardt-Abdulla et al. (2008), S. 181; Hartwig et al. (2008), S. 160; Lee/Yom (2007), S. 548ff.; Eriksen (2003), S. 223.

⁴⁷⁹ Vgl. Kaiser (2004b), S. 40.

⁴⁸⁰ Vgl. Nerdinger (2011), S. 532; Ranaweera/Neely (2003), S. 239.

⁴⁸¹ Vgl. Bruhn (2011): 3ff; Kaiser (2004a): 8ff.

⁴⁸² Vgl. Gehring/Hertel (2011), S. 58.

⁴⁸³ Vgl. Nerdinger (2011), S. 532.

⁴⁸⁴ Vgl. Heskett et al. (1997), S. 19. Dass die wahrgenommene Dienstleistungsqualität ein der Kundenzufriedenheit vorgelagertes Konstrukt darstellt, wurde auch in der Service Profit Chain herausgearbeitet. Vgl. Heskett et al. (1990).

⁴⁸⁵ Vgl. Nerdinger (2011), S. 532; Benkenstein (1993), S. 1101.

⁴⁸⁶ Vgl. Benkenstein (1993), S. 1101f.

wahrgenommene Dienstleistungsqualität bezeichnet wird.⁴⁸⁷ Ein Zufriedenheitsurteil setzt dagegen die Inanspruchnahme einer Dienstleistung voraus,⁴⁸⁸ da die gemachten Erfahrungen den vorher gebildeten Erwartungen vergleichend gegenübergestellt werden. Dieser sogenannte Soll-Ist-Vergleich ist somit nur möglich, wenn eigene Erfahrungen tatsächlich vorliegen.⁴⁸⁹

Zur Abbildung der kundenseitigen Bewertung der Outputs wird die *wahrgenommene Pflegequalität* in das Modell integriert. Die wahrgenommene Pflegequalität ermöglicht die Erfassung der Pflegequalität aus Patientensicht und aus Sicht der Angehörigen. Dies erfordert ein Verständnis der wahrgenommenen Pflegequalität als so genanntes aggregiertes⁴⁹⁰ Konstrukt, das aus den Komponenten der patientenseitig wahrgenommenen Pflegequalität und der angehörigenseitig wahrgenommenen Pflegequalität gebildet wird. Auf diese Weise kann dem erweiterten Kundenverständnis, das Patienten und ihre Angehörigen gleichermaßen umfasst, auch bei der Bewertung der Outputs Rechnung getragen werden. Durch diese Integration der Outputbewertung der Angehörigen in das Produktivitätsmodell wird die bisherige Berücksichtigung der Bewertungen von Angehörigen erweitert. Bislang wird die Angehörigenperspektive primär im Kontext der Altenpflege⁴⁹¹ und Psychiatrie⁴⁹² sowie in den Krankenhausbereichen Intensivstation⁴⁹³ und Pädiatrie⁴⁹⁴ berücksichtigt, da in diesen speziellen Situationen die Angehörigen stellvertretend für einen nur begrenzt mündigen Patienten die Leistungsqualität beurteilen sollen. Da die Angehörigen die Pflegedienstleistung nicht unmittelbar selbst in Anspruch genommen haben, eignet sich das Zufriedenheitskonstrukt nicht zur Abbildung ihrer subjektiven Bewertung der Pflegedienstleistung (d.h. der Outputs).

Die Verwendung der wahrgenommenen Pflegequalität anstelle des Zufriedenheitskonstrukts trägt auch der Grundstruktur des Modellvorschlags von GRÖNROOS/OJASALO Rechnung. Zudem thematisieren verschiedene Autoren die zentrale Bedeutung der patientenseitig wahrgenommenen Pflegequalität als Zielgröße von Krankenhäusern.⁴⁹⁵ Ein weiteres Argument für die Verwendung der wahrgenommenen Pflegequalität besteht in ihrem unmittelbaren und ausschließlichen Bezug zur Bewertung der Pflegedienstleistung. Im Unterschied dazu umfasst der Gegenstandsbereich der Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit auch die Bewertung weiterer Leistungen des Krankenhauses sowie der erforderlichen Gegenleistungen der Patienten bzw. ihrer Angehörigen.⁴⁹⁶ Dazu kann z.B.

⁴⁸⁷ Vgl. Nerdinger (2011), S. 532, Benkenstein (1993), S. 1101.

⁴⁸⁸ Vgl. Nerdinger (2011), S. 532, Benkenstein (1993), S. 1101f.

⁴⁸⁹ Vgl. Scharnbacher/Kiefer (2003), S. 10f.

⁴⁹⁰ Vgl. zur Konzeptualisierung aggregierter Konstrukte bspw. Diamantopolous et al. (2008).

⁴⁹¹ Vgl. Wagner/Abholz (2003), S. 596; Schindler et al. (2000), S. 47.

⁴⁹² Vgl. Spießl et al. (2004), S. 475; Konopka et al. (2002), S. 85.

⁴⁹³ Vgl. Myhren et al. (2004), S. 1791; Wahl et al. (2000), S. 206.

⁴⁹⁴ Vgl. Hays et al. (2006), S. 716.

⁴⁹⁵ Vgl. Helmig (2005), S. 183; Fließ et al. (2005), S. 394, Krentz/Olandt (2001), S. 323.

⁴⁹⁶ Vgl. Krentz/Olandt (2001), S. 323f.



die Bewertung der gastronomischen Einrichtungen ebenso gehören wie die Bewertung der Erreichbarkeit des Krankenhauses oder die Bewertung des Parkplatzangebots. Demzufolge ist die Bewertung der Pflegedienstleistung „nur“ ein zufriedenheitsrelevanter Aspekt.

In bisherigen empirischen Arbeiten zur Pflegequalität im stationären Bereich haben sich verschiedene Facetten der pflegerischen Versorgung als qualitätsrelevant herausgestellt. So stellen das pflegerische Fachwissen, die Aufrichtigkeit des Pflegepersonals, der Respekt gegenüber dem Patienten, die Versorgung mit Speisen und Getränken, die aktive Beteiligung des Patienten, die Möglichkeit für Nachfragen, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Reaktionszeit und Verfügbarkeit wichtige Qualitätsaspekte der Krankenhauspflege dar.⁴⁹⁷ Als weiterer wichtiger Qualitätsindikator der pflegerischen Versorgung kann der subjektiv wahrgenommene Schmerz angesehen werden.⁴⁹⁸ Da diese genannten Aspekte vielfach den Gegenstand von Patientenbeschwerden bilden, können derartige Beschwerden ebenfalls als Indikatoren der subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität genutzt werden.⁴⁹⁹ JOHANSSON ET AL. benennen auf Basis eines umfangreichen Literaturüberblicks die Dimensionen Kommunikation und Information, Beteiligung, interpersonelle Beziehungen, Organisation, physische Umgebung, medizinisch-technische Kompetenz und die eigenen Erwartungen.⁵⁰⁰

Diese konzeptionellen Ergebnisse und empirischen Befunde bilden eine wichtige Basis der Konzeptualisierung der wahrgenommenen Pflegequalität, die in weiteren Arbeitsschritten erfolgen wird. In diesem Zusammenhang ist auch der Stellenwert der sogenannten Patientensicherheit für die wahrgenommene Pflegequalität zu prüfen, d.h. inwieweit die in der Gesundheitsliteratur vielfach thematisierte Patientensicherheit eine relevante Dimension der wahrgenommenen Pflegequalität darstellen könnte.⁵⁰¹ Patientensicherheit beschreibt dabei, dass ein Auftreten von unerwünschten Ereignissen bzw. Fehlern in der Krankenhauspflege in Form von Schädigungen oder Beeinträchtigungen beim Patienten, bspw. infolge von Fehlern in der Medikamentengabe, vermieden werden kann.⁵⁰²

Neben der wahrgenommenen Pflegequalität zur unmittelbaren Abbildung der patienten- und angehörigenseitigen Bewertung der Outputs wird die *Patienten-/Angehörigenbindung* als weiterer, mittelbarer Output der Pflegeprozesse in das Modell integriert. Aus Sicht des Krankenhauses ist die Patienten-/Angehörigenbindung ein langfristig relevanter Output der Pflegeprozesse, da die Patienten-/Angehörigenbindung in Analogie zu den nachgewiesenen Wirkungen der Kundenbindung mit

⁴⁹⁷ Vgl. Schmidt et al. (2009), S. 1155; Eckhardt-Abdulla et al. (2008), S. 181; Hartwig et al. (2008), S. 160; Lee/Yom (2007), S. 548ff.; Eriksen (2003), S. 223; Baberg et al. (2001), S. 299.

⁴⁹⁸ Vgl. Watt-Wattson (2003), S. 184ff.

⁴⁹⁹ Vgl. Töpfer (2006), S. 186 u. 195ff.; Beutel/Bleichner (1998), S. 364.

⁵⁰⁰ Vgl. Johansson et al. (2002), S. 343.

⁵⁰¹ Vgl. Krentz/Olandt (2001), S.323.

⁵⁰² Vgl. Conen (2011), S. 171f.; Löber (2011), S. 221ff. u. 228. Vgl. zur Patientensicherheit auch Kapitel 4.4.1.2.

positiven ökonomischen Konsequenzen verbunden ist. So belegen zahlreiche empirische Befunde die positive Wirkung der Kundenbindung auf den langfristigen Unternehmenserfolg.⁵⁰³ Der Kundenbindungsliteratur folgend resultieren diese positiven Wirkungen auf den langfristigen Unternehmenserfolg aus dem mit der Kundenbindung einhergehenden bisherigen Kaufverhalten, den (beabsichtigen) Wiederholungs- und Zusatzkäufen und dem positiven Empfehlungsverhalten.⁵⁰⁴

Im Unterschied zum inhaltlich verwandten Konstrukt der Kundenloyalität, das sich auf ein konkretes Bezugsobjekt fokussiert (z.B. Produkt, Marke), erstreckt sich der Gegenstandsbereich der Kundenbindung auf die gesamte Anbieter-Kunden-Beziehung.⁵⁰⁵ Die Kundenbindung kann grundsätzlich Ausdruck einer Ge- oder Verbundenheit eines Kunden sein.⁵⁰⁶ Als Gebundenheit resultiert die Kundenbindung daraus, dass ein Kunde z.B. in Folge bereits geleisteter, spezifischer⁵⁰⁷ Investitionen oder mangels Alternativen den Anbieter nicht wechseln kann.⁵⁰⁸ Im Unterschied dazu kann der Kunde den Anbieter bei Vorliegen von Verbundenheit zwar wechseln, will es aber gar nicht, weil er z.B. dessen Leistungen als sehr gut bewertet oder bisher viele positive Erfahrungen mit dem Anbieter gemacht hat.⁵⁰⁹ Kunden- bzw. Patientenbindung im Sinne einer Verbundenheit von Patienten und Angehörigen gelten auch im Krankenhaus als wichtige Zielgröße.⁵¹⁰ Bspw. ist das Empfehlungsverhalten als Bestandteil der Patientenbindung von großer Relevanz für die Nachfrage, denn die persönliche Empfehlung privater Bezugspersonen stellt einen der primären Gründe für die Krankenhauswahl dar.⁵¹¹ Ebenfalls ist die wiederholte Inanspruchnahme der Krankenhausdienstleistung für das Krankenhaus von Vorteil, da Patienten mit der Einrichtung und den Abläufen vertraut sind und sich daher besser in den Leistungserstellungsprozess integrieren können.⁵¹²

Patienten- und Angehörigenbindung stellen die beiden Komponenten des aggregierten Konstrukts „Pflegekundenbindung“ dar, so dass die Pflegekundenbindung in Analogie zur wahrgenommenen Pflegequalität konzeptualisiert wird. Patienten- wie Angehörigenbindung werden ihrerseits aus der ersten Komponente „Bereitschaft, Pflegedienstleistungen des Krankenhauses im Bedarfsfall (erneut) in Anspruch zu nehmen“ und der zweiten Komponente „Bereitschaft, die Pflegedienstleistungen des Krankenhauses positiv weiterzuempfehlen“ gebildet. Die erste Komponente stellt auf den Bedarfsfall

⁵⁰³ Vgl. Homburg/Bucerius (2006), S. 64ff.; Kalwani/Narayandas (1995), S. 8ff.

⁵⁰⁴ Vgl. Meyer/Oevermann (1995), Sp. 1341.

⁵⁰⁵ Vgl. Festge (2006), S. 46f.

⁵⁰⁶ Vgl. Eggert (2000), S. 119ff.

⁵⁰⁷ Kennzeichnend für spezifische Investitionen ist nach der Transaktionskostentheorie, dass ihre anderweitige Verwertung nicht oder nur mit erheblichen Verlusten möglich ist. Vgl. hierzu bspw. Kleinaltenkamp/Kühne (2003), S. 28; Williamson (1994), S. 91 u. 101.

⁵⁰⁸ Vgl. Töpfer (2006), S. 185; Bliemel/Eggert (1998), S. 41.

⁵⁰⁹ Vgl. Töpfer (2006), S. 185; Bliemel/Eggert (1998), S. 39ff.

⁵¹⁰ Vgl. O'Connell (2008), S. 1ff.; Helmig (2005), S. 199; Gemme (1997), S. 19.

⁵¹¹ Vgl. Geraedts (2006), S. 160.

⁵¹² Vgl. Rodegast (2010), S. 61.

ab, da die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen in der Regel unfreiwillig erfolgt und durch nicht beeinflussbare Gesundheitsbeeinträchtigungen erforderlich wird.⁵¹³ Vor diesem Hintergrund ist erstens die in der Kundenbindungsliteratur häufig anzutreffende Unterscheidung zwischen Wiederholungs- und Zusatzkaufbereitschaft nicht zielführend.⁵¹⁴ Durch das Abstellen auf den Bedarfsfall kann zweitens die erste Komponente „nur“ eine Verhaltensbereitschaft erfassen, da das konkrete Eintreten des Bedarfsfalls in seiner Art und in zeitlicher Hinsicht unsicher ist. Da die erste Komponente eine Verhaltensbereitschaft darstellt, wird auch die zweite Komponente angesichts des aggregierten Konstruktverständnisses als Verhaltensbereitschaft zu positiver Weiterempfehlung und nicht als tatsächliches Empfehlungsverhalten erfasst.

4.4.2.2 Mitarbeiterbezogene Outputgrößen

Trotz der Betonung der herausragenden Bedeutung des Kundenkontaktpersonals im Rahmen der Dienstleistungserstellung werden mitarbeiterbezogene Outputgrößen bisher nicht bzw. lediglich selten berücksichtigt. Nur vereinzelt werden mitarbeiterbezogene Größen im Rahmen der Output-/Outcomebetrachtung berücksichtigt.⁵¹⁵ Aufgrund der besonderen Bedeutung, die das Pflegepersonal im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses und somit auch im Kontext der Krankenhauspflegeproduktivität hat, ist es jedoch sinnvoll, neben den objektiv quantitativen und objektiv qualitativen Outputgrößen auch mitarbeiterbezogene Outputs zu berücksichtigen. Es gilt also nun, Mitarbeiteroutputs zu identifizieren, die direkt oder indirekt aus dem Pflegeprozess resultieren, und diese auf entsprechende ökonomische Relevanz aus Krankenhaussicht zu überprüfen. Bei Durchsicht der einschlägigen Dienstleistungsliteratur konnten verschiedene Konstrukte identifiziert werden, die es nun auf ihre ökonomische Bedeutsamkeit hin zu überprüfen gilt. Nachfolgend sollen deshalb die in Frage kommenden Outputgrößen zunächst kurz dargestellt werden, bevor anschließend die für ein Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege relevanten Mitarbeiteroutputs näher beschrieben werden.

Mitarbeiterstolz, als ein wichtiger personalbezogener Parameter im Rahmen der Erstellung qualitativ hochwertiger Arbeit,⁵¹⁶ tritt dann auf, „wenn die eigene Arbeitsleistung als Erfolg bewertet und der eigenen Handlung zugeschrieben wird“⁵¹⁷. Die Diskussion zum Stolz⁵¹⁸ von

⁵¹³ Vgl. Berry/Bendapudi (2007), S. 114; Bendapudi et al. (2006), S. 340.

⁵¹⁴ Vgl. Meyer/Oevermann (1995), Sp. 1341.

⁵¹⁵ Vgl. hierzu z.B. Singh (2000); Sumanth (1998). Im Bereich der Pflegewissenschaften konnte lediglich das Modell von CURTIN als Modell identifiziert werden, das Mitarbeiteroutcomes berücksichtigt (vgl. die Ausführungen in Kapitel 3.3 und 3.4). Vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Bedeutung des Kundenkontaktpersonals als entscheidende anbieterseitige Ressource in Kapitel 2.2.

⁵¹⁶ Vgl. Gouthier (2006), S. 59; Frese (1990), S. 287.

⁵¹⁷ Gouthier/Rhein (2010), S. 214.

Dienstleistungsmitarbeitern⁵¹⁹ als eine positive Arbeitsemotion, die aus einem leistungsbezogenen Erfolgsereignis hervorgeht, beruht hauptsächlich auf den Ausführungen von GOUTHIER.⁵²⁰ Bisher mangelt es jedoch an grundlegenden Auseinandersetzungen und speziell empirischen Untersuchungen zum Konstrukt des Mitarbeiterstolzes insbesondere im Dienstleistungskontext.⁵²¹ Da die ökonomische Relevanz dieses Konstrukts demnach noch nachgewiesen werden muss und es zudem noch an erprobten Messkonzepten mangelt, wird es im Rahmen der Modellentwicklung für Krankenhauspflegeproduktivität nicht näher betrachtet.

Zur Erfassung der mitarbeiterseitigen Bewertung der Pflegeproduktivität und –qualität bieten sich analog zu den Ausführungen zu den Patienten-/Angehörigen-Outputs Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Pflegequalität grundsätzlich die Konstrukte Mitarbeiterzufriedenheit und mitarbeiterseitig subjektiv wahrgenommene Qualität des Arbeitslebens an. Beide Konstrukte sollen nun nachfolgend kurz vorgestellt werden, bevor anschließend über eine Eignung für die Modellentwicklung entschieden werden kann.

Bei Durchsicht der Literatur zum Themengebiet Mitarbeiterzufriedenheit wird schnell deutlich, dass das Verständnis dessen, was unter dem Konstrukt Mitarbeiterzufriedenheit konkret zu verstehen ist, weit gefächert ist. Dies spiegelt sich insbesondere in einer Vielzahl an Publikationen und Definitionen wider.⁵²² Neben den verschiedenen Definitionen fällt dabei weiterhin auf, dass unterschiedliche Begriffe für das Konstrukt verwendet werden (Arbeitszufriedenheit/job satisfaction vs. Mitarbeiterzufriedenheit/employee satisfaction)⁵²³ und dass es oftmals zu einer Vermischung bzw. synonymen Verwendung der Begrifflichkeiten kommt, da die „gewählte Begrifflichkeit mehr von der

⁵¹⁸ Vgl. zum Stolzbezug z.B. Ringlstetter/Müller-Seitz (2006), S. 134; Frese (1990), S. 289ff. Bisher wurde die Diskussion zum Mitarbeiterstolz vom traditionell handwerklichen und industriegesellschaftlichen Arbeiterbild geprägt (vgl. hierzu z.B. Gouthier (2011), S. 51; Projektgruppe PflegeWert (2009), S. 12ff.). In diesem Zusammenhang wird von „Produzentenstolz“ bzw. „Facharbeiterstolz“ gesprochen (vgl. Gouthier (2006), S. 62).

⁵¹⁹ Gemeint mit Mitarbeiterstolz ist hier der Stolz auf die eigene Arbeitsleistung. Demgegenüber umfasst der Begriff Organisationsstolz auch den für die Leistung von relevanten Bezugspersonen und -objekten des Arbeitsumfeldes empfundenen Stolz, d.h. den Stolz auf die eigene Organisation und geht somit über den Mitarbeiterstolz hinaus (Vgl. zur Unterscheidung von Mitarbeiter- und Organisationsstolz Gouthier/Rhein 2010, S. 214).

⁵²⁰ Angestoßen wurde die Diskussion zur Bedeutung von Stolz im Arbeitskontext von FRIESE (vgl. Fischbach et. al (2010)). Vgl. zum Mitarbeiterstolz von Dienstleistern bei GOUTHIER z.B. Gouthier (2011), S. 54; Gouthier/Rhein (2010), S. 213f.; Gouthier (2007), S. 387f.; Gouthier (2006), S. 62f.

⁵²¹ Vgl. hierzu z.B. Gouthier (2011), S. 67; Gouthier (2007), S. 393; Gouthier (2006), S. 59. Die Relevanz von Stolz im Arbeitskontext wurde von Wissenschaft, Wirtschaft und Politik jedoch erkannt. So wird z.B. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in dem im April 2006 veröffentlichten Förderprogramm „Innovationen mit Dienstleistungen“ explizit auf die Relevanz von Stolz im Dienstleistungskontext hingewiesen (vgl. Gouthier (2006), S. 59).

⁵²² Vgl. Stock-Homburg (2009), S. 17; Wolf (2005), S. 36; Bauer/Jensen (2001), S. 5.

⁵²³ Winter (2005), S. 9, und Jacquemin (2010), S. 10, stellen heraus, dass der Begriff Arbeitszufriedenheit zumeist in älteren Veröffentlichungen Verwendung findet (vgl. z.B. Neuberger & Allenbeck (1978); Bruggemann (1974); Hoppock (1935)), während in neueren Publikationen eher von „Mitarbeiterzufriedenheit“ gesprochen wird (Vgl. z.B. Krause/Dunckel (2003); Meffert/Schwetje (1999); Atchison (1999); Grund (1998)).

Präferenz des jeweiligen Autors abzuhängen scheint als von einer tatsächlichen inhaltlichen Unterschiedlichkeit der Konstrukte⁵²⁴.

Bevor über eine synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten entschieden werden kann, gilt es zunächst die Konstrukte inhaltlich auszuarbeiten. Arbeitszufriedenheit bezieht sich häufig auf die Zufriedenheit mit der Tätigkeit selbst,⁵²⁵ während Mitarbeiterzufriedenheit zudem über die Arbeit hinausgehende Faktoren umfasst und somit auf einen breiteren Geltungsbereich abzielt. Eine synonyme Verwendung von Mitarbeiter- und Arbeitszufriedenheit erscheint folglich dann gerechtfertigt, wenn Arbeitszufriedenheit in ihrer Bedeutung weit gefasst und unter dem Fokus der gesamten Arbeitssituation betrachtet wird.⁵²⁶ In diesem Sinne werden die Begriffe Arbeits- und Mitarbeiterzufriedenheit im Folgenden synonym verwendet.

Bei der Herangehensweise zur Begriffsbestimmung von Mitarbeiterzufriedenheit lassen sich zwei zentrale Ansätze finden. Zum einen wird Mitarbeiterzufriedenheit als Einstellung zur Arbeit verstanden und zum anderen als Ergebnis eines Soll-Ist-Vergleiches.⁵²⁷ Ein umfassenderes Verständnis der Mitarbeiterzufriedenheit lässt sich entsprechend durch Integration beider Ansätze erreichen.⁵²⁸ Im Untersuchungskontext wird Mitarbeiterzufriedenheit folglich als Einstellung eines Mitarbeiters hinsichtlich seiner aktuellen Tätigkeit sowie seines Arbeitsumfeldes verstanden, welche sich aus einem Abgleich des subjektiv erwarteten Soll-Zustandes mit dem tatsächlich wahrgenommenen Ist-Zustand ergibt.⁵²⁹

Hinsichtlich der ökonomischen Relevanz dieses Konstrukts ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es aufgrund von veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor⁵³⁰ für die Personalverantwortlichen eine große Herausforderung darstellt, motivierte und leistungsbereite Mitarbeiter einzustellen und im Unternehmen zu halten.⁵³¹ Die wahrgenommene Qualität einer Dienstleistung als zentraler Wettbewerbsfaktor, der den Unternehmenserfolg nachhaltig

⁵²⁴ Winter (2005), S. 8f.

⁵²⁵ Vgl. zu einer Auflistung verschiedener Kategorien zur Erklärung von Arbeitszufriedenheit Neuberger/Allerbeck (1978), S. 11-15.

⁵²⁶ Vgl. Bauer/Jensen (2001), S. 7. Gemeint ist also nicht nur die Tätigkeit als solche, sondern auch darüber hinausgehende Facetten der Arbeitssituation, wie z.B. die Zufriedenheit mit organisatorisch-technischen Voraussetzungen, monetären Aspekten und sozialen Gegebenheiten (vgl. Redlin (1987), S. 87).

⁵²⁷ Vgl. Stock-Homburg (2009), S. 16f.; Wolf (2005), S. 36 und die dort aufgeführten Autoren.

⁵²⁸ Vgl. zu dieser Vorgehensweise Stock-Homburg (2009), S. 18.

⁵²⁹ In Anlehnung an Stock-Homburg (2009), S. 18, Wolf (2005), S. 37. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit resultiert jedoch nicht direkt aus dem Soll-Ist-Vergleich (kognitives Zwischenergebnis), sondern aus dem individuellem Bewertungsprozess des Ergebnisses des Soll-Ist-Vergleichs, welcher z.B. auch verfügbare und vergleichbare Alternativen enthält (Vgl. Wolf (2005), S. 35f.) WOLF verweist weiterhin darauf, dass neben der kognitiven Komponente die affektive Komponente der Zufriedenheitsbildung in Form des Involvements nicht vernachlässigt werden darf (vgl. Wolf (2005), S. 36).

⁵³⁰ Einschneidende Entwicklungen waren z.B. die Einführung der DRG's, d.h. die Einführung eines pauschalisierten Entgeltsystems (vgl. Wolf (2005), S. 16ff.). Vgl. zu DRG's vertiefender z.B. Freytag (2010).

⁵³¹ Vgl. Wolf (2005), S. 8. Vgl. zur Engpasssituation in der Pflege auch Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003a) und (2003b).

beeinflusst,⁵³² wird jedoch stark von den Mitarbeitern im Kundenkontakt geprägt.⁵³³ Für Unternehmen ist es demzufolge wichtig, im Sinne der Service-Profit-Chain⁵³⁴ die Zufriedenheit der Mitarbeiter, von der u.a. die Kundenzufriedenheit und -bindung abhängen, zu verbessern.⁵³⁵ Oft wird daher auch das Konstrukt der *Mitarbeiterzufriedenheit* im Zusammenhang mit der unternehmerischen Produktivität untersucht.⁵³⁶ Die Service-Profit-Chain gilt dabei als allgemeiner Bezugsrahmen zur Erklärung des wirtschaftlichen Erfolges von Dienstleistungsunternehmen⁵³⁷ und wurde in zahlreichen Studien aufgegriffen. Auch ist die Mitarbeiterzufriedenheit im Bereich der Krankenhauspflege traditionell verankert⁵³⁸ und nimmt daher in der stationären Patientenversorgung einen hohen Stellenwert ein.⁵³⁹ Von ökonomischer Bedeutung für Unternehmen ist die Mitarbeiterzufriedenheit zudem vor dem Hintergrund, dass Studien einen Zusammenhang zwischen hoher Zufriedenheit und einer Verringerung der Fluktuation aufzeigen konnten.⁵⁴⁰ Das Konstrukt „Mitarbeiterzufriedenheit“ kommt somit als eine im Rahmen der Entwicklung eines Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege zu berücksichtigende Größe in Frage.

Als weitere mögliche Outputgröße gewinnt auch die *Qualität des Arbeitslebens* in der Krankenhauspflege zunehmend an Bedeutung. Der Grund liegt darin, dass die Qualität einer Dienstleistung in der stationären Patientenversorgung ganz maßgeblich auf der Qualität des Arbeitslebens der Krankenhausmitarbeiter basiert.⁵⁴¹ Mit dem Konstrukt „Qualität des Arbeitslebens“ (QAL) fällt der Blick auf die Mitarbeiter eines Unternehmens und somit auf die Bedingungen, Wirkungen und Folgen ihrer Arbeit.⁵⁴² Folglich kommt die Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte als ein alternativer Ansatz zur Mitarbeiterzufriedenheit als weitere mitarbeiterbezogene, subjektive Outputgröße im Rahmen der Modellentwicklung grundsätzlich in Frage.

In den letzten Jahren rückte sogar verstärkt der hier relevante Bereich des Gesundheitswesens in den Fokus der QAL-Forschung.⁵⁴³ Stark angelehnt an und inhaltlich eng verwandt mit QAL ist das

⁵³² Vgl. Bruhn (2011), S. 3ff.; Stock-Homburg (2009), S. 1.

⁵³³ Vgl. Schmitz (2004), S. 15.

⁵³⁴ Vgl. zur Service-Profit-Chain ausführlich Heskett et al. (1997) und Heskett et al. (1994).

⁵³⁵ Vgl. Stock-Homburg (2009), S. 3, 5 sowie die dort aufgeführten Studien; Gouthier (2006), S. 58.

⁵³⁶ Vgl. Bauer/Jensen (2001), S. 9.

⁵³⁷ Vgl. Höck/Ringle (2008), S. 182.

⁵³⁸ Vgl. z.B. Müller/Mc Closkey (1990); Stamps/Piedmont (1986).

⁵³⁹ Vgl. Wolf (2005), S. 8.

⁵⁴⁰ Vgl. die von Wolf (2005) angeführten Studien sowie auch Chang et al. (2009); Felps et al. (2009).

⁵⁴¹ Vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 787 sowie die dort angeführten Autoren; Clarke/Brooks (2010), S.301; Büssing/Glaser (2003), S.15.

⁵⁴² Vgl. Büssing/Glaser (2003), S. 22. In diesem Zusammenhang setzt sich die deutschsprachige Literatur zunehmend mit der „Humanisierung des Arbeitslebens“ auseinander (vgl. Brötz (2008), S. 45; Büssing/Glaser (2003), S. 22f.; Weinert (1998), S. 194-196). Weltweit wurden zudem Diskussionen zum Thema Qualität des Arbeitslebens unter der Bezeichnung „Quality of Work(ing) Life“ (QWL) geführt (z.B. Zin (2004); Sirgy et al. (2001); Macy/Mirvis (1976)).

⁵⁴³ Vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 787.

Konstrukt *Quality of Nursing Work Life (QNWL)*⁵⁴⁴, welches bislang ausschließlich in der anglo-amerikanischen Literatur diskutiert wird und sich konkret auf die Qualität des Arbeitslebens in der Krankenhauspflege bezieht.⁵⁴⁵ Trotz einer großen Anzahl an Publikationen zu diesem Thema lässt sich jedoch keine einheitliche und allgemein akzeptierte Definition des Konstruktes QNWL finden.⁵⁴⁶ Im Rahmen eines Literatur Reviews von VAGHARSEYYEDIN ET AL. aus dem Jahr 2011 konnte jedoch herausgestellt werden, dass die meisten Forscher QNWL als subjektives Phänomen ansehen, das durch persönliche Gefühle gegenüber und Wahrnehmungen von Arbeit, Organisation und Arbeitgeber beeinflusst wird.⁵⁴⁷ QNWL ist folglich ein multidimensionales Konstrukt,⁵⁴⁸ mit dessen Hilfe sich feststellen lässt, inwiefern Pflegekräfte ihre persönlichen Bedürfnisse durch ihre Arbeit befriedigen können, während sie die Erreichung der Unternehmensziele anstreben.⁵⁴⁹

Wie bei den Ausführungen zu den patientenbezogenen Outputgrößen lassen sich auch bei den beiden Konstrukten Mitarbeiterzufriedenheit und QAL bzw. QNWL Ähnlichkeiten bzw. Überschneidungen finden. Während einige Autoren auf eine explizite Differenzierung von Mitarbeiterzufriedenheit und der Qualität des Arbeitslebens verzichten,⁵⁵⁰ bestehen andere Autoren hingegen auf gewisse konzeptuelle Unterschiede zwischen den Konstrukten.⁵⁵¹ Problematisch erscheint auf jeden Fall, dass die begriffliche Abgrenzung und Einordnung der Konstrukte „Qualität“ und „Zufriedenheit“ häufig sehr uneinheitlich erfolgt. Einerseits wird darauf hingewiesen, dass neben der Zufriedenheit auch die psychische Belastung sowie die Arbeitsatmosphäre bzw. das Commitment relevante Aspekte von QNWL darstellen.⁵⁵² Zumeist erfolgt andererseits jedoch eine Gleichsetzung und begriffliche Vermischung von Qualität und Zufriedenheit aus Vereinfachungsgründen, wenn z.B. Qualität über Zufriedenheit gemessen wird.⁵⁵³ Im ersten Fall kann QNWL als das umfassendere Konstrukt angesehen werden, im zweiten Fall liegt jedoch eine mangelnde Diskriminanzvalidität vor. Von diesem zuletzt genannten Vorgehen soll daher Abstand genommen werden.

Wird dem umfassenderen Verständnis gefolgt, stellt die Zufriedenheit eine Teilmenge von QNWL dar. Jedoch ist es bei dieser Differenzierung der beiden Größen problematisch, dem im Rahmen der

⁵⁴⁴ Z.T. wird QNWL auch als *nursing quality of work life* bezeichnet (vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 786).

⁵⁴⁵ Vgl. z.B. Brooks et al. (2007); Brooks/Anderson (2004).

⁵⁴⁶ Vgl. z.B. Martel/Dupuis (2006); Efraty/Sirgy (1990); Nadler/Lawler (1983). VAGHARSEYYEDIN et al. liefern eine aktuelle Darstellung der großen Bandbreite an QNWL-Definitionen (vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 790).

⁵⁴⁷ Vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 789 sowie die dort angeführten Autoren.

⁵⁴⁸ Vgl. z.B. Rethinam/Ismail (2008), S. 59; Hsu/Kernohan (2006), S. 120.

⁵⁴⁹ Vgl. Brooks et al. (2007), S. 153; Brooks/Anderson (2005), S. 323.

⁵⁵⁰ Vgl. z.B. Arts et al. (2001), die QWL als nicht eindeutig abgrenzbares Konstrukt beschreiben, das u.a. mit Aspekten wie Zufriedenheit assoziiert werden kann oder auch Mühlau (2011).

⁵⁵¹ Vgl. z.B. Taylor (1977), S. 243. Mitunter wird auch nur von „job quality“ gesprochen, ohne dass ein Bezug zur Zufriedenheit hergestellt wird. Vgl. dazu z.B. Mühlau (2011), S. 115 ff.

⁵⁵² Vgl. Smith/Mitry (1983), S. 15, Smith (1980), S. 38.

⁵⁵³ Vgl. z.B. Gifford et al. (2002); Krueger et al. (2002); Cohen et al. (1997); Bergermaier (1979). Sirgy et al. (2001) bestehen auf einen Unterschied zwischen beiden Konstrukten, definieren QAL hinterher jedoch über Zufriedenheit.

patientenbezogenen Outputgrößen erörterten Argumentationsstrang der klassischen Marketing- und Dienstleistungsliteratur zu folgen. Denn es ist festzustellen, dass bezüglich der Wirkungsrichtung und Zusammenhänge beider Konstrukte Uneinigkeit herrscht: Während einige Autoren Mitarbeiterzufriedenheit als Outcome von QWL ansehen,⁵⁵⁴ messen wiederum andere QWL mit Hilfe verschiedener Zufriedenheitsdimensionen.⁵⁵⁵ Auch hilft die im Bereich der Kunden-/Angehörigen-Outputs vorgenommene Argumentation bei der Differenzierung und Entscheidung für das Qualitätskonstrukt unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme einer Dienstleistung hier nicht. Pflegekräfte machen als Leistungserbringer durch ihre Arbeit im Krankenhaus immer eigene Erfahrungen. Demnach ist bei den Pflegekräften stets ein Soll-Ist-Vergleich möglich. Folglich ist keine klare Entscheidung für das eine bzw. gegen das andere Konstrukt zu treffen.

Hinsichtlich einer Abgrenzung und Wahl der Konstrukte „Zufriedenheit“ oder „Qualität“ liefern schließlich weitere Analysen der wissenschaftlichen Literatur Hinweise, auch wenn diese insgesamt zu nicht verallgemeinerbaren Ergebnissen führen.⁵⁵⁶ Für das Qualitätskonstrukt spricht beispielsweise, dass in dem Literaturreview von VAGHARSEYYEDIN ET AL. Wirkungsbeziehungen zwischen QWL und anderen Produktivitätsgrößen, wie z.B. Kosten und Qualität, empirisch nachgewiesen werden konnten. Zudem wird von diesen Autoren erarbeitet, dass in einigen Definitionsansätzen QWL explizit als „outcome“ definiert wird.⁵⁵⁷ Dieses Verständnis von QWL als „outcome“ trifft somit auf die hier formulierte Anforderung im Rahmen der Modellentwicklung, relevante mitarbeiterbezogene Outcome- bzw. Outputgrößen zu erfassen. Dabei erweist es sich jedoch als Problem, dass die Definitionen dieser Autorengruppe zumeist Zufriedenheitsaspekte umfassen. Gegen das Konstrukt „Zufriedenheit“ ist hingegen einzuwenden, dass die Zufriedenheit in einem erheblichen Maß von der Persönlichkeit der Mitarbeiter bestimmt wird. Bei der Verwendung des Konstrukts „Zufriedenheit“ ergäbe sich somit das Problem, das der Arbeitgeber nur wenige Ansatzpunkte für Produktivitätssteigerungen finden würde.⁵⁵⁸ Weiterhin ist festzustellen, dass das Qualitätsurteil als das vergleichsweise stabilere Konstrukt angesehen wird.⁵⁵⁹ Qualität wird im Gegensatz zur Zufriedenheit als weitgehend unabhängig von zufälligen Schwankungen und somit beständig und situationsunabhängig⁵⁶⁰ eingeschätzt, so dass es relativ dauerhafte Bewertungen wiedergibt.⁵⁶¹

⁵⁵⁴ Vgl. z.B. May et al. (1999), S. 4, Bocioletti (1987), S. 387.

⁵⁵⁵ Vgl. z.B. Cohen et al. (1997), S. 286.

⁵⁵⁶ Vgl. Schmitz (2005), S. 171.

⁵⁵⁷ Hinzuweisen ist darauf, dass andere Autoren QWL eher als „process“ verstehen. Vgl. dazu Vagharseyyedin et al. (2011), S. 787 und S. 789, sowie die dort zitierte Literatur.

⁵⁵⁸ Vgl. Brooks/Anderson (2005), S. 324-325; Brooks et al. (2007), S. 152-153.

⁵⁵⁹ Qualität kann dann als das stabilere Konstrukt angesehen werden, wenn man Qualität als eine Form der Einstellung versteht. Als Einstellung gegenüber einer Leistung stellt Qualität damit das robustere und allgemeinere Konstrukt dar, das relativ dauerhafte Bewertungen ermöglicht, während Zufriedenheit eher als situationsgebunden und relativ instabil gilt (vgl. Martini (2008), S. 43; Schütze (1992), S. 152f.; Cronin/Taylor (1992), S.56)

⁵⁶⁰ Vgl. Martini (2008), S. 43; Cronin/Taylor (1992), S. 56.

Insofern zeigt sich, dass die Erörterungen tendenziell für die Verwendung des Konstrukts QAL/QNWL und damit eher gegen die Berücksichtigung des Konstrukts der Mitarbeiterzufriedenheit sprechen. Sehr deutlich wird jedoch auch, dass weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Operationalisierung von QWL und QNWL sowie der Abgrenzung zwischen QAL/QNWL und Mitarbeiterzufriedenheit besteht.⁵⁶²

Demnach ist zu resümieren, dass das in der pflegewissenschaftlichen Literatur entwickelte QNWL-Konstrukt erstmals eine subjektiv-wahrgenommene und auf Mitarbeiter bezogene Outputgröße darstellt, die im Rahmen der Entwicklung eines Produktivitätsmodells Berücksichtigung finden soll. Für die Krankenhauspflege wird angenommen, dass eine bessere Qualität des Arbeitslebens neben einer erhöhten Effizienz und Effektivität zugleich zu einer besseren Dienstleistungsqualität für die Patienten⁵⁶³ und insgesamt zu einer höheren Dienstleistungsproduktivität führt. Es handelt sich jedoch um ein noch weiter zu erforschendes und zu operationalisierendes Konstrukt, bevor es Eingang in weiterführende Analysen finden kann.

Anschließend gilt es nun, weitere aus dem Pflegeprozess resultierende produktivitätsrelevante Größen auf Mitarbeiterseite hinsichtlich ihrer langfristigen ökonomischen Bedeutung zu identifizieren und zu erläutern.

In keiner anderen Branche macht sich der demographische Wandel so stark bemerkbar wie im Bereich der Pflege.⁵⁶⁴ Bereits zum aktuellen Zeitpunkt ist es schwierig, den Bedarf an Pflegepersonal zu decken, da dieser über dem Angebot liegt. Um den Bedarf an professioneller Krankenpflege in Deutschland decken zu können, fehlen nach aktuellen Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2025 voraussichtlich etwa 112.000 Pflegekräfte in Vollzeitanzstellung.⁵⁶⁵ Das Thema Mitarbeiterbindung hat damit für den Pflegebereich eine noch höhere Bedeutung als für die meisten anderen Branchen⁵⁶⁶ und stellt die Personalabteilungen vor besondere Herausforderungen, wenn sie einerseits die Leistungsträger an das Unternehmen binden möchten und andererseits gleichzeitig Personal aus Kostengründen abbauen müssen.⁵⁶⁷ Hohe Fluktuation und somit auch Abfluss von Wissen mindert zum einen die Qualität und führt zu Engpass-Situationen und erfordert

⁵⁶¹ Vgl. Martini (2008), S.43.

⁵⁶² Hilfreich kann dabei sein, auf die insb. von STOCK-HOMBURG geprägte Literatur zur Mitarbeiterzufriedenheit zurück zu greifen, die eine fundierte und in Deutschland allgemein akzeptierte Definition erarbeitet hat. Vgl. Stock-Homburg

⁵⁶³ Vgl. Büssing/Glaser (2003), S. 25. Diese Aussage von BÜSSING/GLASER, die maßgeblich auf verschiedenen Modellprojekten basiert, gilt es im Forschungsverlauf noch empirisch zu überprüfen.

⁵⁶⁴ Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 6; Isfort et al. (2010), S. 6. Zur grundlegenden Bedeutung der demografischen Entwicklungen für Unternehmen vgl. z.B. Vidi (2009), S. 7; Fuchs/Söhnlein (2007), S. 6.

⁵⁶⁵ Vgl. Buxel (2011a), S. 946; Enste (2011): S. 3. Vgl. zu den Hochrechnungen ausführlicher Afentakis/Maier (2010), S. 994ff.

⁵⁶⁶ Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 4.

⁵⁶⁷ Vgl. Hunziger/Biele (2002), S. 47.

zum anderen auch Ressourcen zur Auswahl und Einarbeitung neuer Mitarbeiter.⁵⁶⁸ Zudem korreliert die Zufriedenheit der Kunden mit der Beziehung zu ihren Ansprechpartnern bzw. Pflegekräften⁵⁶⁹ und „zu Recht möchten sich (...) die Kunden auf die Qualität der Pflege verlassen können“⁵⁷⁰. Entscheider in der Pflege sprechen daher dem Thema Mitarbeiterbindung aktuell und besonders in der Zukunft eine „besorgniserregend hohe Bedeutung“⁵⁷¹ zu. Vor diesem Hintergrund wird zusätzlich zur Qualität des Arbeitslebens in der Krankenhauspflege, als direkt aus dem Prozess resultierende Größe, die *Mitarbeiterbindung* als nachgelagerte zentrale subjektiv-qualitative Outputgröße des Pflegeprozesses angesehen.

Im englischsprachigen Raum wird die Bindung von Mitarbeitern bereits seit Jahrzehnten intensiv erforscht.⁵⁷² Hier existiert eine Vielzahl an Konzeptionen, die die Mitarbeiterbindung auf unterschiedliche Faktoren zurückführen. Im deutschsprachigen Raum hingegen ist „Mitarbeiterbindung“ ein relativ neues Thema für das Personalmanagement.⁵⁷³ Zumeist wird dieser Aspekt nur am Rande aufgegriffen bzw. dargestellt, ohne die entsprechenden Möglichkeiten zur Messung der Bindung zu konkretisieren. Das große Interesse in Forschung und Praxis am Thema Mitarbeiterbindung wird jedoch durch die hohe Anzahl an Veröffentlichungen deutlich.⁵⁷⁴ Eine systematische und umfassende begriffliche Abgrenzung der Mitarbeiterbindung von ähnlichen Konstrukten existiert bisher jedoch nicht. Bislang fehlt eine allgemein anerkannte und vor allem umfassende Definition des Begriffs Mitarbeiterbindung⁵⁷⁵, welche sowohl die Beteiligten als auch deren Bindungsbeziehungen gleichermaßen einbezieht.

Sowohl in der deutschsprachigen als auch in der englischsprachigen Literatur existiert eine Vielzahl von Begrifflichkeiten⁵⁷⁶ rund um das Thema Mitarbeiterbindung, welche teilweise synonyme Verwendung finden. So werden neben dem Begriff Mitarbeiterbindung teilweise analog die Begriffe

⁵⁶⁸ Vgl. Buxel (2011b), S. 426; Meifert (2010), S. 298; Loffing/Loffing (2010), S. 7; Schirmer (2007), 49; Jäger (2006), S. 117; Gertz (2004), S. 61; Bauer/Jensen (2001), S. 1.

⁵⁶⁹ Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 7.

⁵⁷⁰ Loffing/Loffing (2010), S. 7.

⁵⁷¹ Loffing/Loffing (2010), S. 7.

⁵⁷² Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 4.

⁵⁷³ Vgl. Becker (2010), S. 231; Loffing/Loffing (2010), S. 4; vom Hofe (2005), S. 3. Im Gegensatz zur Betrachtung von Mitarbeiterbindung als subjektiv-qualitative Outcomegröße war klassisch die Fluktuation als objektive, quantitative Größe traditionell durchaus als Maß der Mitarbeiterbindung verbreitet. Z.T. wird noch heute davon ausgegangen, dass Mitarbeiterbindung im Ergebnis dann besteht, wenn unerwünschte Fluktuation vermieden werden kann (vgl. Krill (2012)).

⁵⁷⁴ Vgl. Merk (2008), S. 51.

⁵⁷⁵ Vgl. vom Hofe (2005), S. 7; Bauer/Jensen (2001), S. 8.

⁵⁷⁶ Vgl. z.B. Vidi (2009), S. 9.

Personalbindung, Personalerhaltung und Retention(-Management) gebraucht.⁵⁷⁷ Eine deutliche Abgrenzung der einzelnen Termini wird in der wissenschaftlichen Literatur selten klar begründet. Das Verständnis für die Termini erschließt sich daher vorwiegend durch Auslegung und Interpretation der Texte. Die einzelnen Begriffe werden jedoch z.T. durch verschiedene Herangehensweisen an die Thematik unterschiedlich aufgefasst und verwendet. Um abschließend ggf. Synonyme zum Begriff der Mitarbeiterbindung identifizieren bzw. Begrifflichkeiten auch ausschließen zu können, ist es notwendig, den Begriff der Mitarbeiterbindung differenzierter zu betrachten.

Das Konstrukt der Mitarbeiterbindung kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden, wobei sich zwei zentrale Betrachtungsperspektiven identifizieren lassen: Mitarbeiterbindung aus Unternehmenssicht und aus Sicht der Mitarbeiter.⁵⁷⁸ Die Bindung von Mitarbeitern lässt daher den Schluss zu, dass es sich um eine wechselseitige Beziehung zwischen Mitarbeitern und Unternehmen handelt.⁵⁷⁹ PEPELS referiert z.B., dass Mitarbeiterbindung auf unterschiedlichen Anreizen und Beiträgen sowohl seitens des Arbeitgebers, als auch seitens der Mitarbeiter basiert.⁵⁸⁰ Das Wort Mitarbeiterbindung kann somit aus Sicht des Unternehmens als Maßnahme gesehen werden (i. S. v. „Wie binde ich meine Mitarbeiter, d.h. wie kann Bindung hervorgerufen und verstärkt werden“) und andererseits aus Sicht der Mitarbeiter einen Zustand beschreiben („Bindung der Mitarbeiter an...“).⁵⁸¹ Einerseits handelt es sich also um Maßnahmen des Unternehmens, die sich mit Hilfe von *objektiven* Kenngrößen wie z.B. Fluktuationskennzahlen bewerten lassen, und andererseits um eine *subjektive* Gefühlsperspektive der Mitarbeiter im Sinne einer empfundenen Bindung.⁵⁸² Sprachlich gesehen bietet das Wort Mitarbeiterbindung demnach die nötige Bandbreite in der Auslegung, um

⁵⁷⁷ Vgl. z.B. Bröckermann (2004), S. 18; vom Hofe (2005), S. 3; Becker (2010), S. 231. MERK spricht sogar von einem wahren „Begriffschao“ (vgl. Merk (2008), S. 51). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im Folgenden nur auf diese in der Literatur zum Thema Mitarbeiterbindung am häufigsten anzutreffenden Termini näher eingegangen. Seltener verwendete Begriffe wie Integration, Loyalität, Attraction, Retainment und Attachement seien der Vollständigkeit halber nur genannt, da sie häufig analog zu den Begriffen „Mitarbeiterbindung“, „Personalbindung“, „Personalerhaltung“ und „Retention(-Management)“ gesehen werden.

⁵⁷⁸ Vgl. Merk (2008), S. 53; vom Hofe (2005), S. 4; Bauer/Jensen (2001), S. 8.

⁵⁷⁹ Vgl. z.B. Loffing/Loffing (2010), S. 5; Pepels (2004), S. 52.

⁵⁸⁰ Vgl. Pepels (2004), S. 52.

⁵⁸¹ In der englischsprachigen Literatur existiert in der Regel ebenfalls eine Unterscheidung von Bindung als Zustand bzw. Einstellung und Bindung als Managementaufgabe, jedoch wird diese Unterscheidung meist nicht so konkret benannt. Zumeist wird eine der beiden Perspektiven ausführlicher thematisiert (vgl. o.V. (2011), S. 25 f., Coldwell et al. (2008), S. 614; Wilson (2005), S. 137ff.; Meyer/Allen (1997), S. 24ff.).

⁵⁸² Vgl. Meifert (2010), S. 274 f.

beide Aspekte, also sowohl Unternehmens- als auch Mitarbeitersicht, in der Begriffsdefinition zu berücksichtigen.⁵⁸³

Mit Bindung aus Unternehmenssicht sind Personalmanagementmaßnahmen gemeint, die der Beeinflussung der MitarbeiterEinstellung dienen.⁵⁸⁴ Die Unternehmenssichtweise betrachtet Mitarbeiterbindung als das Resultat von Fluktuationsbeeinflussung. Wichtig ist hier, nicht nur die tatsächlich entstandene Fluktuation, sondern auch die Fluktuationsabsicht der Mitarbeiter zu berücksichtigen.⁵⁸⁵

Bei der Mitarbeiterbindung aus Mitarbeitersicht geht es um die vom Mitarbeiter empfundene Bindung, im Sinne einer psychischen Verbundenheit, an das Unternehmen⁵⁸⁶. Mit diesem Zustand der Verbundenheit sind grundlegend positive Einstellungen gegenüber dem Unternehmen und der Wunsch, in diesem zu verbleiben, gemeint.⁵⁸⁷ Bindung beruht demnach „auf einer besonderen Einstellung der Mitarbeiter zum Unternehmen und ist vor allem eine psychische Größe“⁵⁸⁸. Um Mitarbeiterbindung beeinflussen zu können, muss daher immer ein Abgleich von Werten und Einstellungen der Mitarbeiter mit denen des Unternehmens erfolgen. Mit einzubeziehen ist daher neben vielfältigen Einflussfaktoren und Strukturen des Unternehmens auch, wie die Mitarbeiter diese wahrnehmen. Hilfestellung bei der Erklärung, welche Grundmechanismen die Einstellung der Mitarbeiter prägen, leistet die Commitmentforschung, die ursprünglich auf die

⁵⁸³ Vgl. vom Hofe (2005), S. 8. Die juristische Bindung (vgl. z.B. Meifert (2010), S. 298) durch einen Arbeitsvertrag -als weitere mögliche Sichtweise- spielt für die folgenden Betrachtungen eine untergeordnete Rolle. Diese Bindung ist eindeutig, da die Rechtsnormen des individuellen und kollektiven Arbeitsrechts präzise die Rechte und Pflichten des Arbeitnehmers regeln. Sie lässt jedoch kaum Spielraum für das Management durch entsprechende Maßnahmen Einfluss auf die Einstellungen der Mitarbeiter zu nehmen. Das im Rahmen des Arbeits- bzw. Tarifvertrages geregelte Entgelt, welches häufig als Grund für das Verbleiben im Unternehmen aufgeführt wird, findet bereits in den Einflussfaktoren auf den personellen Input Berücksichtigung (vgl. hierzu Kapitel 4.3.2). Der häufig anzutreffenden Diskussion darüber, dass mit „Bindung“ oft etwas Negatives assoziiert wird und häufig eine Zwangskomponente suggeriert (vgl. hierzu z.B. Moser/Saxer (2008), 4), kann sich hier nicht angeschlossen werden. Mitarbeiterbindung zielt vielmehr auf eine freiwillige Verweilentscheidung ab. MÜLLER-VORBRÜGGEN spricht in dem Zusammenhang von einer „Bindung in Freiheit“(Müller-Vorbrüggen (2004), S. 345). Nicht beachtet werden demnach Bindungen, die ausschließlich auf arbeitsvertragliche Vereinbarungen zurückzuführen sind.

⁵⁸⁴ Der Begriff der Mitarbeiterbindung greift bei Berücksichtigung der Unternehmenssicht daher zu kurz. Im Folgenden wird daher, wenn Bindung im Sinne von Maßnahmen gemeint ist, von Mitarbeiterbindungsmanagement gesprochen.

⁵⁸⁵ Vgl. Meifert (2010), S. 298ff.

⁵⁸⁶ Wird im Folgenden von Bindung an das Unternehmen gesprochen, so schließt dies neben der Bindung an das Krankenhaus als solches z.B. auch die Bindung an den Beruf, den Status, das Team sowie die Führungskraft mit ein (Vgl. zu den Ausführungen zu Modellen mit Berücksichtigung von sogenannten Multiple Foci z.B. Franke/Felfe (2008); Riketta (2005); Vandenberghe et al. (2004); van Dyk et al. (2004); Christ et al. (2003); Stinglhamber et al. (2002); Meyer et al. (1993).

⁵⁸⁷ Vgl. Merk (2008), S. 53.

⁵⁸⁸ Armutat et al. (2004), S. 13.

Organisationspsychologie zurückgeht, sowie Forschungen zum Thema Identifikation aus dem Bereich der Sozialpsychologie.⁵⁸⁹

Im Rahmen der Bestimmung von Mitarbeiterbindung als Output bietet sich eine Begriffsdefinition an, die sich nur auf den Zustand der Verbundenheit⁵⁹⁰ an das Unternehmen bezieht.⁵⁹¹ Eine synonyme Verwendung der Begriffe Personalerhaltung und Retention(-Management), die „sprachlich schon die Aufgabe, Mitarbeiter für die Unternehmung zu binden bzw. zu erhalten“⁵⁹² beinhalten, ist somit ausgeschlossen⁵⁹³.

Eine Entscheidung für den Begriff „Mitarbeiter“ in Abgrenzung zum Begriff „Personal“ kann sprachlich wie folgt begründet werden: Mit „Personal“ ist eher der gesamte Personalbestand bzw. Gruppen von Mitarbeitern gemeint, wohingegen sich der Begriff „Mitarbeiter“ sowohl auf Mitarbeitergruppen als auch auf den einzelnen Mitarbeiter beziehen kann. Der Terminus „Mitarbeiter“ ist demnach dem Begriff „Personal“ vorzuziehen, wodurch auch die synonyme Verwendung des Begriffs „Personalbindung“ ausgeschlossen wird.⁵⁹⁴

Mitarbeiterbindung wird demzufolge als Ergebnis eines dynamischen Prozesses⁵⁹⁵ gesehen, ist eher langfristig ausgelegt und wird von den individuellen Einstellungen der Mitarbeiter gegenüber dem Unternehmen bestimmt. Im Untersuchungskontext wird *Mitarbeiterbindung* also als ein Zustand der Mitarbeiter im Sinne einer subjektiv empfundenen Bindung gesehen, der sich darin ausdrückt, dass die

⁵⁸⁹ Vgl. z.B. Felde (2008), S. 74; Armutat et al. (2004), S.13. Demzufolge kann einer in der Literatur häufig anzutreffenden, synonymen Verwendung von Commitment bzw. Identifikation und Mitarbeiterbindung nicht zugestimmt werden, da Commitment und Identifikation als der Mitarbeiterbindung untergeordnete Konstrukte gesehen werden, die dazu dienen, die Bindung von Mitarbeitern zu erklären. Vgl. zur ausführlicheren Darstellung der Konzepte, die Mitarbeiterbindung mit Hilfe von Commitment bzw. Identifikation untersuchen z.B. Felde (2008) sowie vorliegende Metaanalysen zum Thema z.B. von Riketta (2005); Riketta/van Dick (2005); Meyer et al. (2002). Vgl. zu einer Diskussion bzgl. Überschneidungen zwischen den Konzepten Felde (2008), S. 67ff.; Franke/Felde (2008), S. 135ff.

⁵⁹⁰ Auf eine Unterscheidung zwischen Gebundenheit und Verbundenheit (vgl. z.B. vom Hofe (2005), S. 72f.; Bauer/Jensen (2001), S. 8) wird bewusst verzichtet, da den Mitarbeitern letztlich immer – unter Inkaufnahme der entsprechenden Nachteile – die Wahl bleibt, das Unternehmen zu verlassen. Eine Gebundenheit im Sinne einer Zwangsbindung liegt demnach nicht vor (vgl. zur Zwangsbindung z.B. Gmür (2010), S. 864).

⁵⁹¹ VOM HOFE führt an, dass Beiträge, die den Fokus auf die Perspektive der Mitarbeiter legen, in diesem Betrachtungszusammenhang vermehrt den Begriff Mitarbeiterbindung verwenden (vgl. vom Hofe (2005), S. 4).

⁵⁹² Becker (2010), S. 231.

⁵⁹³ Vgl. zur synonymen Verwendung von Personalerhaltung und Retention vor dem Hintergrund des Management-Aspekts vom Hofe (2005), S. 6.

⁵⁹⁴ Vgl. Becker (2010), S. 231. Da sich Bindung neben individuellen Einstellungen des Einzelnen auch auf Maßnahmen zur Beeinflussung dieser Einstellungen beziehen soll und diese einen hohen Individualisierungsgrad aufweisen (vgl. Meifert (2008), S. 17), bietet „Mitarbeiter“ einen ausreichend weiten begrifflichen Spielraum und ist daher vorzuziehen. Der Begriff Mitarbeiterbindung geht somit weiter als der Begriff der Personalbindung.

⁵⁹⁵ Vgl. Merk (2008), S. 53.

Mitarbeiter bleiben, weil sie sich dem Unternehmen verbunden fühlen.⁵⁹⁶ Hierbei geht es um Einstellungen und Empfindungen der Mitarbeiter, die diese darin bestärken, im Unternehmen zu verbleiben. Mitarbeiterbindung ist demnach das Ergebnis eines kontinuierlichen Prozesses, der als Zielsetzung den Verbleib im Unternehmen beinhaltet.

4.5 Wirkungsbeziehungen

Nachdem die einzelnen Komponenten des Produktivitätsmodells dargestellt wurden, geht es im Folgenden darum, mögliche Wirkungsbeziehungen zwischen den einzelnen Komponenten aufzuzeigen (siehe Abbildung 21). Analog zu den Wirkungsbeziehungen im Modell von GRÖNROOS/OJASALO wird auch im Rahmen des hier entwickelten Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege zunächst von Wirkungszusammenhängen zwischen den Modellelementen Inputs, Prozesse und Outputs ausgegangen. Im ersten Schritt werden zunächst die Wirkungsbeziehungen zwischen den Inputs und den Prozessen sowie im zweiten Schritt die Wirkungsbeziehungen zwischen den abgebildeten Prozessen und den Outputs des Modells aufgezeigt. Anschließend werden darüber hinaus mögliche Wirkungsbeziehungen der Outputs untereinander betrachtet.

⁵⁹⁶ Gemeint ist also nicht der Verbleib eines Mitarbeiters im Unternehmen um jeden Preis. Es wird davon ausgegangen, dass gebundene Mitarbeiter den psychologischen Arbeitsvertrag in Form von fixierbaren Erwartungen, Wünschen und Hoffnungen beider Parteien als ausgeglichen wahrnehmen und somit nicht innerlich kündigen. (Vgl. zur inneren Kündigung z.B. Richter (1999); Faller (1993); Hilb (1992)).

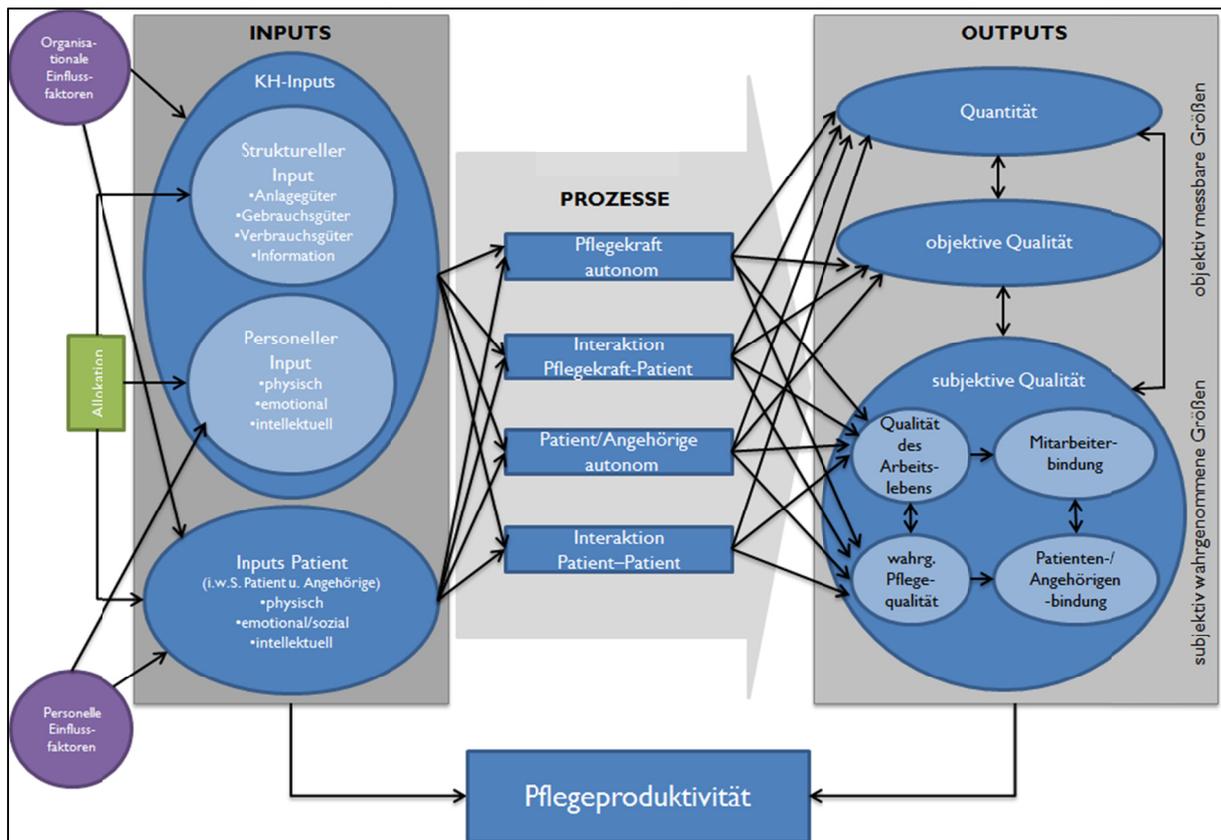


Abbildung 21: Das Produktivitätsmodell in der Krankenhauspflege – Wirkungszusammenhänge⁵⁹⁷

4.5.1 Wirkungsbeziehungen zwischen Inputs und Prozessen

Die prozessrelevanten Inputs gehen im Rahmen der Faktorkombination in den Pflegeprozess ein. Dabei bestehen verschiedene Wirkungsbeziehungen zwischen den durch die Einflussfaktoren spezifisch ausgestalteten Inputs und den einzelnen Teilprozessen des Pflegeprozesses.

Die *strukturellen Inputs* dienen als Rahmenbedingungen für sämtliche Teilprozesse. Ihre Ausgestaltung kann entsprechend maßgeblichen Einfluss auf die Inhalte und den Verlauf der pflegerischen Teilprozesse haben. So können bspw. Wirkungszusammenhänge zwischen den strukturellen Inputs und den *pflegekraft-autonomen Prozessen* angenommen werden. Zu diesen Teilprozessen zählt u.a. die Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten. In zahlreichen Studien wurde der Einfluss des Einsatzes EDV-basierter Pflegedokumentation auf Prozessabläufe untersucht. Dabei wurden verschiedene Zusammenhänge festgestellt, wie bspw. eine Steigerung der Dokumentationsqualität, eine Reduktion von Dokumentationsfehlern oder ein schnellerer Informationszugriff.⁵⁹⁸ Durch Einsatz von Informationstechnologien können entsprechend pflegekraft-autonome Prozesse schneller und

⁵⁹⁷ Eigene Darstellung.

⁵⁹⁸ Vgl. Herbig/Büssing (2006), S. 101ff.; Ammenwerth et al. (2003a), S. 137ff.; Ammenwerth et al. (2003b).

fehlerfreier ablaufen. Weitere Wirkungszusammenhänge können zwischen den strukturellen Inputs und den *interaktiven Teilprozessen zwischen Pflegekraft und Patient* angenommen werden. In einem systematischen Review von ULRICH/ZIMRING zum Einfluss struktureller Gegebenheiten eines Krankenhauses auf verschiedene Prozess-Variablen konnte evaluiert werden, dass die bauliche Gestaltung einer Station (Stationsgröße, Stationsform, Anzahl Aufzüge etc.) wesentlichen Einfluss auf die Strecke und den Zeitaufwand für die Laufwege einer Pflegekraft hat.⁵⁹⁹ Eine ungünstige bauliche Gestaltung kann so zu verzögerten Prozessen oder zu zusätzlicher Arbeitsbelastung für die Pflegekraft führen. Unter Umständen können die Verzögerungen auch bewirken, dass Patienten versuchen, Tätigkeiten autonom oder mit Unterstützung anderer Patienten durchzuführen. Somit kann sich in Abhängigkeit von der baulichen Struktur der Station ein unterschiedlicher Prozessverlauf ergeben. Ebenso haben ULRICH/ZIMRING verschiedene Studien identifiziert, die nachgewiesen haben, dass das ergonomische Design von Patientenbetten zu Rückenschmerzen, Müdigkeit oder Verletzungen bei den Pflegekräften führen kann. Dies kann wiederum die pflegekraft-autonomen sowie die interaktiven Teilprozesse negativ beeinflussen.⁶⁰⁰ Die *patienten-autonomen Teilprozesse* laufen ebenfalls innerhalb der strukturellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses ab und werden durch die Input-Ausgestaltung beeinflusst. So können bspw. elektronisch verstellbare Betten dem Patienten eine leichtere Teilnahme am Pflegeprozess ermöglichen. Oder das Vorhandensein von barrierefreien Sanitäranlagen im Patientenzimmer kann es mobil eingeschränkten Patienten ermöglichen, körperpflegerische Tätigkeiten in Eigenregie durchzuführen, für die sonst eine Pflegekraft nötig wäre. Abschließend sei auch der Einfluss struktureller Inputs auf die *interaktiven Prozesse zwischen den Patienten bzw. Angehörigen* beispielhaft dargestellt. Dies kann vorzugsweise an der Ausgestaltung der Räumlichkeiten verdeutlicht werden. Die Unterbringung eines Patienten in einem Einbettzimmer reduziert das Kontaktpotential zu anderen Patienten und schränkt somit die Möglichkeit für patienten-interaktive Teilprozesse ein.⁶⁰¹ Demgegenüber stehen andere strukturelle Gegebenheiten, wie das Vorhandensein von Lounges, Tagesräumen oder Wartezimmern, die das Kontaktpotential erhöhen und die Bedeutung von sozialer Unterstützung durch andere Patienten fördern.⁶⁰²

Weitere Wirkungszusammenhänge werden zwischen den *personellen Inputs* und den Teilprozessen, in denen die *Pflegekräfte autonom* agieren können, den Teilprozessen, in denen eine *Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft* stattfindet sowie den Teilprozessen „*Patient/Angehörige autonom*“ bzw. „*Interaktion Patient-Patient*“ unterstellt. Es wird angenommen, dass je nach Art und Umfang der personellen Leistungsbeiträge die Prozesse unterschiedlich verlaufen. Dies soll anhand von Beispielen

⁵⁹⁹ Vgl. Ulrich/Zimring (2004), S. 5f.

⁶⁰⁰ Vgl. Ulrich/Zimring (2004), S. 5.

⁶⁰¹ Vgl. Ulrich (2006), S. 16.

⁶⁰² Vgl. Ulrich/Zimring (2004), S. 23.

verdeutlicht werden. Bspw. erfordert die Arbeit mit neuen Technologien intellektuelle Leistungsbeiträge. Die nachfolgenden Teilprozesse laufen dementsprechend schneller bzw. langsamer in Abhängigkeit davon ab, wie gut die einzelne Pflegekraft die Bedienungs- und Wirkungsweise der eingesetzten Apparate und technischen Hilfsmittel beherrscht. Des Weiteren sind von einer Pflegekraft auch im Zusammenhang mit Tätigkeiten des Organisierens intellektuelle Leistungsbeiträge zu erbringen. Das Organisieren äußert sich wiederum in der Koordination unterschiedlicher Pflegeleistungen. Je nach Festlegung der Reihenfolge von durchzuführenden Pflegetätigkeiten verlaufen auch die abgebildeten Teilprozesse anders. Durch unzweckmäßige organisatorische Festlegungen oder eine ggf. mangelnde ablauforganisatorische Abstimmung auf der Station, z.B. ein unklar geregelter Telefondienst, sind zunehmend kurzfristige Absprachen im Rahmen von *Pflegekraft autonomen Prozessen* unter den Pflegekräften notwendig, was zu Verzögerungen im Tagesablauf führen kann.⁶⁰³ Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass bei einer schlechten Organisation aufgrund unzureichender intellektueller Leistungsbeiträge Tätigkeiten von den *Patienten autonom* ausgeführt werden, ohne die Hilfe der Pflegekräfte zu beanspruchen.⁶⁰⁴ Denkbar erscheint in solchen Situationen auch, dass sich die *Patienten untereinander* eher helfen oder aber auch die *Angehörigen* den Patienten helfen, da die Verfügbarkeit der Pflegekräfte nicht optimal ist. Durch spezielle Techniken zum Heben, Tragen und Halten z.B. bei der Mobilisation schwerstpflegebedürftiger, immobiler Patienten, deren Einsatz wiederum intellektuelle Leistungsbeiträge der Pflegekraft erfordern, kann insofern Einfluss auf den Prozessablauf genommen werden, als durch Anwendung der Techniken der Prozess schneller ablaufen kann und die Durchführung der Pflegetätigkeiten mehr oder weniger physische Leistungsbeiträge erfordert. Des Weiteren wurde bereits bei den Erläuterungen zu Emotions- und Gefühlsarbeit⁶⁰⁵ herausgearbeitet, dass ein Zusammenhang zwischen emotionalen Leistungsbeiträgen der Pflegekraft und der Durchführung von instrumentellen Handlungen innerhalb der Prozesse und ihrem Gelingen besteht.⁶⁰⁶ So beeinflusst die emotionale Pflegeleistung die *Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten* z.B. wenn eine Pflegekraft einem Patienten Mut vor einem anstehenden Eingriff zuspricht. Der Patient lässt sich ggf. schnell beruhigen und der Patient kann sich konstruktiv in den Pflegeprozess einbringen.

Abschließend sollen die Wirkungszusammenhänge zwischen den *Patienteninputs* und den verschiedenen Teilprozessen näher dargestellt werden. Zwischen den Inputs der Patienten und Angehörigen sowie den Teilprozessen, an denen sie direkt beteiligt sind („*Interaktion Pflegekraft-Patient*“, „*Patient autonom*“ sowie „*Interaktion Patient-Patient*“), können Wirkungszusammenhänge angenommen werden. Patienten bringen in die Interaktion mit Pflegekräften, anderen Patienten und

⁶⁰³ Vgl. INQA (2008), S. 24.

⁶⁰⁴ Vgl. zu den Auswirkungen mangelnder Arbeitsorganisationsformen auch Hacker et al. (1997), S. 31.

⁶⁰⁵ Vgl. dazu Kapitel 4.2.1.2

⁶⁰⁶ Vgl. Dunkel/Rieder (2003), S. 164.

ihren Angehörigen ihre physischen, intellektuellen und emotionalen Inputs ein.⁶⁰⁷ Eine quantitative oder qualitative Veränderung dieser Patienteninputs beeinflusst dabei die jeweiligen interaktionsbasierten Teilprozesse.⁶⁰⁸ So führt beispielsweise die verspätete oder unvollständige Bereitstellung von intellektuellen Inputs der Patienten (z.B. Informationen über gesundheitliche Beschwerden oder mögliche Ursachen) zu Verzögerungen und Qualitätsproblemen. Auch können qualitativ schlechte physische Inputs zu Nach-/Mehrarbeit (z.B. unbrauchbare Röntgenbilder als Folge von Bewegung des Patienten bei der Erstellung) führen.⁶⁰⁹ Weiterhin kann ein Wirkungszusammenhang zwischen den Patienteninputs und dem Teilprozess *Pflegekraft autonom* angenommen werden. Obwohl es im Rahmen dieses Teilprozesses zu keiner Interaktion zwischen der Pflegekraft und dem Patienten kommt, sind vom Patienten vorab zur Verfügung gestellte Inputs zur Erbringung des Teilprozesses notwendig. Primär werden die autonomen Pflegeprozesse dabei durch patientenseitige Informationen beeinflusst, weshalb intellektuelle Inputs in diesem Teilprozess die größte Relevanz besitzen sollten.⁶¹⁰

4.5.2 Wirkungsbeziehungen zwischen Prozessen und Outputs

Die Faktorkombination der Inputs innerhalb des Pflegeprozesses bestimmt die Ausgestaltung der pflegeproduktivitätsrelevanten Outputs. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Teilprozesse auf sämtliche Output-Größen wirken. In den folgenden Ausführungen sollen anhand von verschiedenen Beispielen die Wirkungsbeziehungen zwischen den einzelnen Teilprozessen und ausgewählten Output-Größen dargestellt werden.

Zunächst wird auf den pflegerelevanten *quantitativen Output* Bezug genommen. Für diesen können Wirkungsbeziehungen zu sämtlichen Teilprozessen der Pflege angenommen werden. Wie bereits im voran gegangenen Kapitel dargestellt, zählt zu den *pflegekraft-autonomen Teilprozessen* bspw. die Pflegedokumentation. Insbesondere die Ausgestaltung der Dokumentation kann maßgeblich die erlösrelevanten quantitativen Outputs beeinflussen. In einer schlecht ausgestalteten Dokumentation können erlösrelevante Kodierungen vergessen werden oder die Nachweise halten einer möglichen Überprüfung durch die Krankenkassen nicht stand. Der Wirkungszusammenhang zwischen quantitativem Output und dem *Teilprozess Interaktion Pflegekraft-Patient* erschließt sich sehr schnell, wenn bedacht wird, dass dieser Teilprozess den Kern der pflegerischen Leistung darstellt. So hängt der quantitative Output z.B. im Sinne der Anzahl der Patientenentlassungen, der Belegungstage oder der Verweildauer, maßgeblich davon ab, wie zielgerichtet und effizient die interaktiven Prozesse

⁶⁰⁷ Vgl. Petronio et al. (2004), S. 34ff.; Srirangam et al. (2003), S. 367; Album (1989), S. 297ff.

⁶⁰⁸ Vgl. Ojasalo (1999), S. 70ff.

⁶⁰⁹ Vgl. Lasshof (2006), S. 163; Fließ et al. (2005), S. 404.

⁶¹⁰ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 396ff.

zwischen Pflegekraft und Patient ablaufen. Dabei hängen die interaktiven Prozesse nicht nur von den Fähigkeiten und der Leistungsbereitschaft der Pflegekräfte ab, sondern werden auch maßgeblich von der Patientenmitwirkung geprägt. Je kooperativer sich ein Patient in dieser Interaktion zeigt und sich in die Abläufe integriert, desto mehr Zeit haben die Pflegekräfte für die Versorgung von anderen (zusätzlichen) Patienten zur Verfügung. Gleiches gilt für die *patienten-autonomen Teilprozesse* sowie für die *Interaktionen zu anderen Patienten*. Durch das Ausmaß, in dem Patienten selbständig bzw. durch Unterstützung ihrer Angehörigen oder anderer Patienten Aktivitäten der (Grund-)pflege bewältigen können, wird festgelegt, inwieweit sie auf pflegerische Versorgungsleistungen angewiesen sind. Patienten, die sich weitgehend autonom versorgen können, erfordern demnach einen zeitlich geringeren pflegerischen Aufwand. Somit hängt die Anzahl der Patienten, denen eine adäquate pflegerische Versorgung angeboten werden kann, von der interaktiven und autonomen Patientenmitwirkung ab.

Die *objektive Qualität* wird maßgeblich durch pflegekraft-autonome und patienten-autonome Teilprozesse sowie interaktive Teilprozesse zwischen Pflegekraft und Patient determiniert. Zu diesen Wirkungsbeziehungen finden sich zahlreiche empirische Belege in der pflegewissenschaftlichen Literatur. Ein Beispiel für die Wirkungsbeziehung zwischen *pflegekraft-autonomen Prozessen* und objektiver Qualität kann in der Vorbereitung der Pflegekräfte von interaktiven Maßnahmen gesehen werden. So wurde in der Literatur eindeutig belegt, dass ein Zusammenhang zwischen Händehygiene und dem Auftreten von nosokomialen Infektionen besteht.⁶¹¹ Auch bei der Verabreichung von Medikamenten können die Auslöser im Bereich der Vorbereitung der Medikamentengabe liegen (Dosierung, Einnahmeform, Zuweisung zum richtigen Patienten), die den pflegekraft-autonomen Prozessen zuzuordnen ist. Wirkungszusammenhänge zwischen den *interaktiven Prozessen von Pflegekraft und Patient* und Output-Größen der objektiven Qualität können am Beispiel Dekubitus aufgezeigt werden. Das Auftreten eines Dekubitus ist u.a. abhängig von der Lagerung, Ernährung und Hauthygiene des Patienten. Werden entsprechend vorbeugende Maßnahmen (Mobilisation, Körperpflege, regelmäßige Überwachung) von der Pflegekraft durchgeführt und der Patient kooperiert und hält sich an entsprechende Vorgaben (Compliance), so verringert dies das Risiko eines Dekubitus. Dass *auch patientenautonome Prozesse* mit den objektiven Qualitäts-Outputs in einer Wirkungsbeziehung stehen, kann am Beispiel der Patientenstürze verdeutlicht werden. Stürze ereignen sich häufig dann, wenn keine Aufsichtsperson in der Nähe ist (z.B. beim Duschen oder bei eigenständig durchgeführter Mobilisation).

Die *Qualität des Arbeitslebens* wird maßgeblich durch alle genannten Arten von Teilprozessen beeinflusst. Dies soll anhand von Beispielen verdeutlicht werden. Zur Erreichung einer hohen Qualität des Arbeitslebens müssen der Prozessablauf und das Prozessergebnis den Erwartungen und

⁶¹¹ Vgl. Gastmeier/Geffers (2008), S. 1111.



Wünschen der Pflegekräfte entsprechen. Je mehr die tatsächlichen Prozessabläufe und Prozessergebnisse dem entsprechen, desto höher wird die Qualität des Arbeitslebens bewertet.⁶¹² Insbesondere zwischenmenschliche Beziehungen während des Pflegeprozesses beeinflussen wesentlich die Qualitätswahrnehmung.⁶¹³ Das gilt nicht nur für den *Umgang zwischen Pflegekräften untereinander*, sondern auch für den Umgang zwischen den Pflegekräften sowie den Patienten und deren Angehörigen.⁶¹⁴ Ein Beispiel aus dem Stationsalltag für eine mögliche Wirkung der *Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient* auf die Qualität des Arbeitslebens könnte sich aus der Tatsache ergeben, dass Pflegekräfte vermehrt auch medizinische Tätigkeiten übernehmen müssen, wodurch sich eine Überschneidung von pflegerischen und medizinischen Handlungskompetenzen ergibt.⁶¹⁵ Je nach Pflegekraft könnte das den einen Mitarbeiter fordern, während sich ein anderer überfordert fühlt. Auf die Qualität des Arbeitslebens bezogen würde dies für den einen Mitarbeiter eine positive Wirkung nach sich ziehen und ein anderer Mitarbeiter würde die Qualität des Arbeitslebens schlechter bewerten. Weiterhin könnte auch der wissenschaftlich-technische Fortschritt Auswirkungen auf die Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte haben. Durch die beschleunigte Entwicklung der medizinisch-technischen Verfahren in Diagnose und Therapie ergeben sich tätigkeitsbezogene Konsequenzen für die Pflegekräfte. Während die eine Pflegekraft dies als Bereicherung ihrer Qualität des Arbeitslebens ansieht, könnte eine andere Pflegekraft durch die neuartigen Tätigkeiten, z.B. durch die veränderte Apparatebedienung, dies als Belastungssteigerung ansehen, was zu einer Abwertung der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens führen könnte.⁶¹⁶ Aus dem Bereich der *patientenautonomen-Prozesse* und den Prozessen, in denen eine *Interaktion zwischen den Patienten* stattfindet, könnte folgendes Beispiel einen Einfluss auf die Qualität des Arbeitslebens haben: Durch eine aktive Beteiligung der Patienten an der Pflegeinteraktion oder durch die Mithilfe von anderen Patienten oder Angehörigen wird die Pflegekraft bei der konkreten Durchführung der Pflegetätigkeiten entlastet, wodurch sich die Qualität des Arbeitslebens verbessern könnte.⁶¹⁷ Zum einen können sich für die Pflegekraft Arbeitserleichterungen ergeben, wenn der Patient in der Lage ist, die tägliche Körperpflege selbstständig durchzuführen oder Hilfestellung durch einen Mitpatienten angeboten wird. Zum anderen könnten die Tätigkeiten der Pflegekräfte erschwert werden, wenn die gegenseitige Hilfe der Patienten untereinander nicht das gewünschte Ergebnis erzielt, sondern mit einem Mehraufwand für die Pflegekraft verbunden ist.

⁶¹² In Anlehnung an Zapp/Oswald (2010).

⁶¹³ Vgl. Vagharseyyedin et al. (2011), S. 798; Brooks/Anderson (2005), S. 323; Davis/Thorburne (1999), S. 12.

⁶¹⁴ Vgl. Sperl (1996), S. 15.

⁶¹⁵ Vgl. Taubert (1994), S. 27 und 31.

⁶¹⁶ Vgl. Hacker et al. (1997), S.26.

⁶¹⁷ Vgl. Böhle/Weishaupt (2003), S. 159.

Des Weiteren wird in Anlehnung an die allgemeine Dienstleistungsliteratur für den Untersuchungskontext angenommen,⁶¹⁸ dass die Leistungserstellungsprozesse, an denen der Patient beteiligt ist („*Interaktion Pflegekraft-Patient*“, „*Patient autonom*“ als auch „*Interaktion Patient-Patient*“), bzw. die in seinem direkten Umfeld erfolgen („*Pflegekraft autonom*“), seine subjektive Qualitätswahrnehmung der Pflege prägen. So sollten angenehme Interaktionen mit Pflegekräften oder anderen Patienten die subjektiv *wahrgenommene Pflegequalität*⁶¹⁹ steigern. Ebenso ist denkbar, dass die patientenseitige Beobachtung von Fehlern der Pflegekraft im Rahmen autonomer Pflegekraftprozesse die subjektive Qualitätswahrnehmung negativ beeinflusst.

4.5.3 Wirkungsbeziehungen zwischen Outputs untereinander

Es können verschiedene Wirkungszusammenhänge zwischen den Outputs untereinander angenommen werden. Dabei waren insbesondere die Zusammenhänge zwischen Quantität und den objektiv messbaren qualitativen sowie den subjektiv wahrgenommenen Outputs Forschungsgegenstand zahlreicher pflegewissenschaftlicher Untersuchungen. Exemplarisch dargestellt sei dies an der Wirkungsbeziehung zwischen Verweildauer (Quantität) und pflegesensitiven Patienten-Outputs (objektive Qualität), wie z.B. dem Auftreten von Dekubiti, nosokomialen Infektionen oder Patientenstürzen. Es gibt verschiedene empirische Untersuchungen, die belegen, dass das Auftreten von Dekubiti, nosokomialen Infektionen oder Stürzen die Verweildauer der Patienten deutlich erhöht.⁶²⁰ Zusätzlich ist zu bedenken, dass die Wirkungsbeziehung auch in entgegengesetzter Richtung einen Effekt hat. So steigt mit zunehmender Verweildauer auch das Risiko des Auftretens unerwünschter Komplikationen.

Darüber hinaus kann ein Zusammenhang zwischen der objektiv messbaren Pflegequalität und der subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität erwartet werden. So wird die wahrgenommene Pflegequalität maßgeblich davon abhängen, wie die durch den Patienten bewertbaren Faktoren der objektiven Pflegequalität von diesem eingeschätzt werden. Treten während eines stationären Aufenthalts vermehrt Komplikationen auf, so wird die Beurteilung des Patienten, im Sinne der wahrgenommenen Pflegequalität, entsprechend schlechter ausfallen. Ebenso ist ein Zusammenhang zwischen Verweildauer und wahrgenommener Pflegequalität zu erwarten, da der Patient mit längerer Verweildauer anfälliger für emotionale Leiden (wie z.B. Heimweh) ist. Gleiche Zusammenhänge können für die Pflegekräfte angenommen werden, da bspw. ein direkter Bezug der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens zur Fluktuationsquote unterstellt werden kann.

⁶¹⁸ Vgl. Grönroos (2007), S. 54; Grönroos/Ojasalo (2004), S. 418.

⁶¹⁹ Siehe zur wahrgenommenen Pflegequalität die Ausführungen in Kapitel 4.4.2.

⁶²⁰ Vgl. hierzu z.B. Rivard et al. (2008), S. 67ff. oder Krause/von Renteln-Kruse (2007), S. 617ff.

Eine vermutete, bislang aber nicht überprüfte *Wirkungsbeziehung* wird zwischen der *Qualität des Arbeitslebens und der Mitarbeiterbindung* als nachgelagerter Größe gesehen. Hilfestellung für die Analyse des Zusammenhangs könnten die Erkenntnisse der Kundenbindungsforschung liefern. Sowohl theoretische als auch empirische Erkenntnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der Mitarbeiterbindung hin, so dass von einem Wirkungszusammenhang zwischen QNWL und der Bindung der Pflegekräfte auszugehen ist. Bspw. kann aus der Theorie des wahrgenommenen Risikos sowie der sozialen Austauschtheorie und der Anreiz-Beitrags-Theorie der Zusammenhang zwischen QNWL und der Bindung der Pflegekräfte konzeptionell abgeleitet werden. Ebenfalls können die Theorie der sozialen Identität und die Theorie der sozialen Vergleiche als Argumentationsgrundlage für einen Zusammenhang zwischen QNWL und Mitarbeiterbindung dienen.

Die *Theorie des wahrgenommenen Risikos* nimmt an, dass jede Leistungsanspruchnahme aufgrund unvollständiger Informationen mit einem subjektiv empfundenen Risiko verbunden ist. Gemäß der Theorie des wahrgenommenen Risikos versuchen Individuen dieses subjektiv empfundene Risiko zu verringern.⁶²¹ Übertragen auf den Zusammenhang zwischen QNWL und Mitarbeiterbindung ist demnach davon auszugehen, dass Mitarbeiter tendenziell eher im Unternehmen verbleiben, wenn bereits positive Erfahrungen mit dem Arbeitgeber im Sinne einer hohen wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens vorliegen. Es wird umgekehrt vermutet, dass das Risiko einer schlechten Qualität des Arbeitslebens vom Mitarbeiter als höher eingeschätzt wird, wenn ein Wechsel zu einem Arbeitgeber erfolgt, mit dem noch keine Erfahrungen bestehen. Über diesen Wirkmechanismus werden Mitarbeiter an das Krankenhaus gebunden, d.h. die wahrgenommene Qualität des Arbeitslebens hat einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiterbindung.

Die Vertreter der *sozialen Austauschtheorien* „gehen davon aus, dass eine soziale Beziehung solange aufrecht gehalten wird, wie der Profit als Differenz zwischen Belohnung und Kosten positiv ist“⁶²². Soziale Interaktionen werden folglich über das Tauschprinzip erklärt: Der Nutzen einer Beziehung sollte deren Kosten übersteigen, wobei Nutzen und Kosten nicht als rein monetäre Größen zu sehen sind, sondern auch nichtmonetäre Größen, wie Gefühle und Einstellungen beinhalten können.⁶²³ Hinsichtlich der Bewertung der Größen wird davon ausgegangen, dass Individuen eine Orientierung an einem Vergleichsniveau vornehmen, welches von den Bedürfnissen, dem persönlichen Anspruchsniveau und den Erfahrungen in ähnlichen sozialen Situationen geprägt wird. Die soziale Austauschtheorie liefert damit einen Erklärungsansatz für den Verbleib in Organisationen.⁶²⁴ Eine ähnliche Argumentation liefert der Ansatz des *Anreiz-Beitrags-Gleichgewichts*, bei dem das

⁶²¹ Vgl. Silbermann/Töpfer (2008), S. 116; Trumpfheller (2005), S. 55.

⁶²² Meiffert (2005), S. 61

⁶²³ Vgl. Silbermann/Töpfer (2008), S. 119.

⁶²⁴ Vgl. Stock-Homburg (2012): 62, sowie die dort zitierte Literatur.

Entscheidungsverhalten von Organisationsmitgliedern im Mittelpunkt der Betrachtungen steht. Mit Hilfe des Konzeptes des „Gleichgewichts von Anreizen und Beiträgen“ soll erklärt werden, warum und unter welchen Bedingungen Individuen sich entschließen, an einem Unternehmen teilzunehmen und die erforderlichen Beiträge für den Unternehmensbestand zu erbringen.⁶²⁵ MARCH/SIMON konzentrieren sich auf die Teilnahmeentscheidungen von Arbeitskräften, d.h. ihre Fragestellung zielt darauf ab, welche Beweggründe Arbeitskräfte dazu veranlassen, einem Unternehmen beizutreten, in ihm zu bleiben oder es zu verlassen.⁶²⁶ Übertragen auf das Konstrukt der Mitarbeiterbindung bedeutet dies, dass Mitarbeiterbindung zum einen davon abhängt, wie der Mitarbeiter das Input-Output-Verhältnis seiner individuellen Arbeitssituation auch im Vergleich zu anderen bewertet und zum anderen von der Attraktivität des Konkurrenzangebots. Wenn ein günstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis mit einem anderen als dem gegenwärtigen Interaktionspartner zu erreichen ist und das Angebot eines anderen Arbeitgebers vorteilhafter als das aktuelle Arbeitsverhältnis ist, hat dies Auswirkungen auf die Fortführung der aktuellen Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehung.⁶²⁷ Der Nettonutzen der Teilnahme eines Mitarbeiters im Vergleich zum Nettonutzen wahrgenommener Alternativen hängt letztlich von den Bedürfnissen eines Mitarbeiters ab. Ein Unternehmen hat jedoch die Möglichkeit, ein Individuum durch Anreize zur Teilnahme an der Unternehmung und folglich zum Verbleib in der Organisation zu motivieren.⁶²⁸ Der vorher beschriebene Zusammenhang lässt sich demnach auf den Zusammenhang zwischen QNWL und der MAB übertragen. Wird die Qualität des Arbeitslebens beim aktuellen Arbeitgeber höher bewertet als beim Konkurrenzkrankenhaus, bedeutet dies, dass die Wechselabsicht des Mitarbeiters geringer ist, als wenn die Qualität des Arbeitslebens bei der Konkurrenz besser im Vergleich zum jetzigen Arbeitgeber bewertet wird.

Die konstituierende Komponente der *sozialen Identitätstheorie* (SIT) ist die Mitgliedschaft in einer sozialen Gruppe, wie z.B. einer bestimmten Berufsgruppe oder eines Organisationsbereichs, die für das Individuum zu einem gewissen Zeitpunkt von Bedeutung ist. TAJFEL, ein Mitbegründer der Sozialen Identitätstheorie⁶²⁹, geht davon aus, dass die Zugehörigkeit zu einer oder mehreren sozialer Gruppen in Form der sozialen Identität zu einer positiven oder negativen Selbsteinschätzung der Individuen von sich selbst führt. Zudem hängt die Selbsteinschätzung auch von dem Vergleich dieser Gruppe mit anderen relevanten Gruppen ab.⁶³⁰ Bei der Entwicklung der SIT bezog sich TAJFEL auf die

⁶²⁵ Vgl. Berger/Bernhard-Mehlich (2006), S. 170.

⁶²⁶ Vgl. Huf (2012), S. 30; Berger/Bernhard-Mehlich (2006), S. 174.

⁶²⁷ Vgl. Meifert (2005), S. 61f.; Bauer/Jensen (2001), S. 16ff.

⁶²⁸ Vgl. Berger/Bernhard-Mehlich (2006), S. 172f. Im Rahmen der verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorien wird davon ausgegangen, dass materielle Anreize im Vergleich zu nicht-materiellen Anreizen nicht die Vorrangstellung verdienen (vgl. Barnard (1971), S. 143).

⁶²⁹ Der Gesamtansatz der sozialen Identität (Social Identity Approach) besteht aus zwei Theorien, die sich gegenseitig ergänzen: der sozialen Identitätstheorie (Social Identity Theory) und der Selbst-Kategorisierungstheorie (Self-Categorization-Theory) (vgl. Felfe (2008), S. 55).

⁶³⁰ Vgl. Rupf Schreiber (2006), S. 35.

Theorie des sozialen Vergleichs von FESTINGER.⁶³¹ FESTINGER geht davon aus, dass Individuen stets das Bedürfnis haben ihre Meinungen, Fähigkeiten und Einstellungen zu bewerten.⁶³² Ist eine Bewertung mittels objektiver Kriterien nicht möglich, so erfolgt diese mit Hilfe sozialer Vergleichsprozesse.⁶³³ TAJFEL und FESTINGER teilen die Annahme, dass ein Individuum ein zufriedenstellendes Bild von sich selbst erhalten möchte und sich deshalb mit anderen vergleicht.⁶³⁴ Beide postulieren zudem ein Bedürfnis nach Verbesserung der eigenen Position im Vergleich zu anderen Personen. Hinsichtlich sozialer Gruppenzugehörigkeit existieren solche Vergleichsprozesse insofern, als ein Individuum ein Bedürfnis nach positiver sozialer Identität hat, welche sich aus einer besseren Bewertung der eigenen Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen ergibt.⁶³⁵ Für den Fall, dass der Vergleich zu einem negativen Resultat führt, sollte das Individuum bestrebt sein, die eigene Gruppe zu verlassen und sich einer besser bewerteten Gruppe anzuschließen.⁶³⁶ Der Selbstwert eines Individuums wird folglich gestärkt, wenn das Individuum die Gruppe, der es angehört, als überlegener gegenüber anderen Gruppen ansieht.⁶³⁷ Im Hinblick auf den möglichen Zusammenhang zwischen QNWL und Mitarbeiterbindung könnte eine Argumentation wie folgt aussehen: Wenn eine Pflegekraft also die Qualität des Arbeitslebens beim aktuellen Arbeitgeber besser bewertet als die Qualität des Arbeitslebens anderer potentieller Arbeitgeber, ist das Bedürfnis nach positiver sozialer Identität erfüllt. Um diesen positiven Selbstwert zu erhalten, möchte die Pflegekraft weiterhin für den aktuellen Arbeitgeber arbeiten, da sie der als überlegen wahrgenommenen Gruppe weiterhin angehören will. Im Umkehrschluss bedeutet dies natürlich auch, dass eine Pflegekraft, deren Vergleich der Qualität des Arbeitslebens zugunsten eines alternativen Arbeitgebers ausfällt, das Krankenhaus gemäß der Annahmen der SIT verlassen würde, um sich der besser bewerteten Gruppe anzuschließen.

Neben diesem theoretischen Zugang unterstützen einige empirische Studien die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der Mitarbeiterbindung. KRILL weist zahlreiche Studien nach, in denen vom Arbeitgeber beeinflussbare Teilaspekte der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens, wie z.B. Entscheidungsfreiräume, Information und Kommunikation, Arbeitsinhalte und -abwechslung, als Fluktuationsdeterminanten identifiziert werden konnten.⁶³⁸

⁶³¹ Vgl. Rupf Schreiber (2006), S. 37; Arnscheid (1999), S.52.

⁶³² Vgl. Festinger (1954), S. 117. Zur Theorie des sozialen Vergleichs (Theory of Social Comparison Processes) Festinger (1954).

⁶³³ Vgl. Felfe (2008), S.58; Arnscheid (1999), S. 52.

⁶³⁴ Vgl. Rupf Schreiber (2006), S. 37.

⁶³⁵ Vgl. Felfe (2008), S. 58; Arnscheid (1999), S. 52.

⁶³⁶ Vgl. Arnscheid (1999), S. 53.

⁶³⁷ Vgl. Rupf Schreiber (2006), S.37.

⁶³⁸ Vgl. Krill (2012). KRILL verweist auch auf die Zusammenhänge zwischen der Mitarbeiter-/Arbeitszufriedenheit, die ebenso wie das QNWL-Konstrukt einen Bewertungsprozess widerspiegelt, und der Fluktuation. Vgl. dazu auch die Anmerkungen zum QNWL-Konstrukt in Kap. 4.4.2, in das teilweise auch Zufriedenheitsaspekte eingehen.

Umgekehrt ist davon auszugehen, dass diese Teilaspekte der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens⁶³⁹ bei positiver Ausprägung zu Mitarbeiterbindung beitragen. Jedoch ist noch genauer zu prüfen, ob es nur einen einseitigen oder auch einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der Mitarbeiterbindung gibt.

Vor dem Hintergrund, dass sowohl theoretische als auch empirische Erkenntnisse auf einen signifikant positiven Zusammenhang von *subjektiv wahrgenommener Dienstleistungsqualität* und *Kundenbindung* hinweisen,⁶⁴⁰ ist ebenfalls ein Wirkungszusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Pflegequalität und Patienten-/Angehörigenbindung anzunehmen. So kann aus der Theorie des wahrgenommenen Risikos und aus der Lerntheorie der operanten Konditionierung der Zusammenhang von subjektiv wahrgenommener Dienstleistungsqualität bzw. Pflegequalität und Kundenbindung bzw. Patienten-/Angehörigenbindung konzeptionell abgeleitet werden. Wie bereits im Rahmen des Zusammenhangs der Qualität des Arbeitslebens und der Mitarbeiterbindung beschrieben, nimmt die *Theorie des wahrgenommenen Risikos* an, dass bei der Leistungsanspruchnahme verschiedene Risiken für den Nachfrager bestehen, die a priori schwer abschätzbar sind.⁶⁴¹ Wenn bereits positive Erfahrungen mit einem Anbieter vorliegen, d.h. die vergangene Inanspruchnahme der Dienstleistung zu einer positiv wahrgenommenen Dienstleistungsqualität geführt hat, wird tendenziell dieser Anbieter erneut aufgesucht, da hier das Risiko einer schlechten Dienstleistungsqualität vom Kunden als geringer eingeschätzt wird.⁶⁴² Über diesen Wirkmechanismus werden Kunden an das Dienstleistungsunternehmen gebunden, d.h. die wahrgenommene Dienstleistungsqualität hat einen positiven Einfluss auf die Kundenbindung. Der vorstehend beschriebene Zusammenhang lässt sich ebenso auf den Krankenhauskontext übertragen, da Pflegedienstleistungen einen hohen Anteil an Erfahrungs- bzw. Vertrauenseigenschaften aufweisen, die erst während bzw. nach ihrer Inanspruchnahme oder gar nicht abschließend beurteilbar sind.⁶⁴³ Konnte ein Patient infolge der Inanspruchnahme bereits positive Erfahrungen sammeln und eine hohe subjektive Qualitätswahrnehmung generieren, wird er eher an das Krankenhaus gebunden. Analog ist dies auch für die Angehörigen anzunehmen. Die *Lerntheorie der operanten Konditionierung* geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen durch deren Konsequenzen (Belohnung oder Strafe) nachhaltig verändert wird.⁶⁴⁴ Eine qualitativ hochwertige Dienstleistung stellt in diesem Sinne eine Belohnung dar, durch die die Wahrscheinlichkeit eines

⁶³⁹ Vgl. zu möglichen Teilaspekten von QNWL Brooks/Anderson (2005), S. 323 und O'Brian-Pallas/Baumann (1992), S. 14.

⁶⁴⁰ Vgl. u.a. Trasorras et al. (2009), S. 624; Ranaweera/Neely (2003): 239; Zeithaml et al. (1996), S. 42ff.; Boulding et al. (1993), S. 7ff.

⁶⁴¹ Vgl. Meffert/Bruhn (2006), S. 121f.

⁶⁴² Vgl. Nerdinger/Neumann (2007), S. 135.

⁶⁴³ Vgl. Fließ et al. (2005), S. 400.

⁶⁴⁴ Vgl. Stauss (2009), S. 319.

erneuten Kaufes erhöht wird.⁶⁴⁵ Je öfter das durch eine hohe subjektiv wahrgenommene Dienstleistungsqualität bedingte Gefühl der Belohnung auftritt, desto stärker ist der Konditionierungseffekt und entsprechend größer wird die Kundenbindung.⁶⁴⁶ Ebenso kann eine hohe subjektiv wahrgenommene Pflegequalität, analog zur subjektiv wahrgenommenen Dienstleistungsqualität, in einer Belohnung für den Patienten resultieren, die infolge des Konditionierungseffektes in eine stärkere Patienten-/Angehörigenbindung mündet. Gleichmaßen unterstützen bisherige empirische Befunde den Zusammenhang von subjektiv wahrgenommener Dienstleistungsqualität und Kundenbindung.⁶⁴⁷

Wirkungszusammenhänge zwischen der *Qualität des Arbeitslebens* und der *wahrgenommenen Pflegequalität* in der Dienstleistungs-, Personal- und Pflegeforschung wurden bisher noch nicht explizit theoretisch analysiert und empirisch geprüft. Es finden sich jedoch erste Hinweise zu möglichen Zusammenhängen. So nehmen BÜSSING/GLASER an, dass eine bessere Qualität des Arbeitslebens zu einer besseren Dienstleistungsqualität für die Patienten führt, weil die Qualität der Dienstleistungserbringung stark durch die Mitarbeiter bestimmt wird.⁶⁴⁸ Derzeit liegen jedoch keine Erkenntnisse vor, die explizit auf Wirkungsbeziehungen zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der wahrgenommenen Pflegequalität abstellen. Daher ist zu prüfen, inwieweit vorliegende Erkenntnisse der Dienstleistungsforschung zu Wirkungsbeziehungen zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und der Kundenzufriedenheit Hinweise auf den Zusammenhang zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der wahrgenommenen Pflegequalität liefern.⁶⁴⁹ Trotz der dargelegten Unterschiede zwischen den Zufriedenheitskonstrukten und den im vorliegenden Modell genutzten Qualitätskonstrukten zeigt sich hinsichtlich wirkungsrelevanter Effekte eine konzeptionelle Ähnlichkeit, die die Grundlage des Erkenntnistransfers bildet.⁶⁵⁰

Zur theoretischen Fundierung des Wirkungszusammenhangs zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der wahrgenommenen Pflegequalität kann aufbauend auf den vorliegenden Erkenntnissen das *Emotional Contagion Konzept*⁶⁵¹ herangezogen werden.⁶⁵² Dem Konzept liegt die Annahme zugrunde,

⁶⁴⁵ Vgl. Vogel (2006), S. 79.

⁶⁴⁶ Vgl. Borth (2004), S. 41.

⁶⁴⁷ Vgl. u.a. Trasorras et al. (2009), S. 624; Ranaweera/Neely (2003), S. 239; Zeithaml et al. (1996), S. 42ff.; Boulding et al. (1993), S. 7ff. Ebenfalls wurde häufig ein signifikant positiver Effekt der Kundenzufriedenheit, die wie das Konstrukt der Dienstleistungsqualität Bewertungsprozesse widerspiegelt, auf die Kundenbindung nachgewiesen (vgl. u.a. Edward/Sahadev (2011), S. 338; Williams/Naumann (2011), S. 26ff; Hennig-Thurau (2004), S. 470).

⁶⁴⁸ Vgl. Büssing/Glaser (2003), S. 25.

⁶⁴⁹ Vgl. für einen Literaturüberblick zu Wirkungszusammenhängen zwischen den Konstrukten Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit bspw. Stock-Homburg (2011), S. 39ff.; Frey (2010), S. 24ff. u. 60; Winter (2005), S. 63f.; Koop (2004), S. 79f. u. 166.

⁶⁵⁰ Vgl. zu den konzeptionellen Unterschieden zwischen den Zufriedenheits- und Qualitätskonstrukten, die die Grundlage zur Nutzung der Qualitätskonstrukte im vorliegenden Modell bilden, Kapitel 4.4.2.

⁶⁵¹ Das Emotional Contagion Konzept geht auf Hochschild (1983) zurück. Zentrale Vertreter sind ebenfalls Howard et al. (2001) sowie Hatfield et al. (1994). Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 61 u. 81; Frey (2010), S. 42.

dass eine Übertragung von Einstellungen und Emotionen zwischen Personen, somit auch zwischen Mitarbeitern und Patienten, erfolgen kann, auch wenn diese sich vorab nicht in beobachtbarem Verhalten gezeigt haben.⁶⁵³ Dies wird als emotionale Ansteckung bezeichnet.⁶⁵⁴ Ursächlich ist die emotionale Ansteckung darauf zurückzuführen, dass Personen dazu neigen, Gefühlsausdrücke ihres Gegenübers zu übernehmen, wodurch die eigene emotionale Erfahrung beeinflusst wird.⁶⁵⁵ Infolge der übertragenen Emotionen ändern sich annahmegemäß auch die Einstellungen der „emotional angesteckten“ Personen.⁶⁵⁶ Hinsichtlich des Übertragungserfolges von Emotionen zwischen Personen untereinander gilt es jedoch noch einen Aspekt zu berücksichtigen. Empirische Befunde zum Einfluss der Ehrlichkeit von Mitarbeiteremotionen auf positive Kundenemotionen weisen darauf hin, dass die Ehrlichkeit der gezeigten Mitarbeiteremotionen eine entscheidende Rolle hinsichtlich des Übertragungseffektes spielt. So konnte empirisch nachgewiesen werden, dass tatsächlich empfundene, zum Ausdruck gebrachte Emotionen von Mitarbeitern einen höheren Einfluss auf Kundenemotionen ausüben, als wenn die Emotionen infolge von Emotionsarbeit des Mitarbeiters lediglich präsentiert, aber nicht tatsächlich empfunden werden.⁶⁵⁷ Dem Emotional Contagion Konzept folgend kann es auch zwischen Pflegekräften und Patienten bzw. Angehörigen aufgrund der Interaktivität während der Pflegeprozesse und der bestehenden gegenseitigen Relevanz dieser Personen füreinander zu einer Einstellungsübertragung kommen.⁶⁵⁸ So ist es auf der einen Seite denkbar, dass sich die Einstellung einer Pflegekraft durch emotionale Ansteckung auf den Patienten/Angehörigen überträgt.⁶⁵⁹ Auf der anderen Seite kann jedoch auch ein umgekehrter Effekt angenommen werden, so dass sich basierend auf der emotionalen Ansteckung eine Einstellungsübertragung von dem Patienten/Angehörigen auf die Pflegekraft einstellt.⁶⁶⁰ Da sowohl die Qualität des Arbeitslebens als auch die wahrgenommene Pflegequalität einstellungsorientierte Konstrukte darstellen, ist auch im Rahmen dieser Konstrukte eine Einstellungsübertragung denkbar. Somit kann angenommen werden, dass eine hohe Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte einen positiven Einfluss auf die wahrgenommene Pflegequalität auf Patienten-/Angehörigenseite ausübt. Ebenso ist ein umgekehrter Zusammenhang dahingehend denkbar, dass eine durch die Patienten/Angehörigen als hoch wahrgenommene Pflegequalität einen positiven Einfluss auf die Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte hat.

⁶⁵² Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 98; Frey (2010), S. 40ff.; Winter (2005), S. 99.

⁶⁵³ Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 60; Frey (2010), S. 42.

⁶⁵⁴ Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 60; Howard et al. (2001), S. 189.

⁶⁵⁵ Vgl. Winter (2005), S. 98.

⁶⁵⁶ Vgl. Frey (2010), S. 42.

⁶⁵⁷ Vgl. Hennig-Thurau/Paul (2007), S. 368f. u. 375; Hennig-Thurau et al. (2006), S. 60ff. u. 66.

⁶⁵⁸ Vgl. Frey (2010), S. 43; Winter (2005), S. 99.

⁶⁵⁹ Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 96ff.; Winter (2005), S. 99.

⁶⁶⁰ Vgl. Frey (2010), S. 43 u. 47; Winter (2005), S. 99.

Es liegen zahlreiche empirische Befunde zu Wirkungszusammenhängen zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit vor,⁶⁶¹ die jedoch ebenfalls keine eindeutigen Aussagen zur Kausalität zwischen den Konstrukten zulassen. So belegen die empirischen Befunde eine positive Wirkung der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Kundenzufriedenheit.⁶⁶² Umgekehrt wurde jedoch auch ein positiver Einfluss der Kundenzufriedenheit auf die Mitarbeiterzufriedenheit nachgewiesen.⁶⁶³ Die Kausalität des Wirkungszusammenhangs zwischen den Zufriedenheitskonstrukten ist somit bisher weder theoretisch eindeutig belegt noch empirisch nachgewiesen. Daher ist in den folgenden Untersuchungsschritten zunächst differenzierter zu analysieren, inwieweit sich die Richtung des Wirkungszusammenhangs zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der wahrgenommenen Pflegequalität tatsächlich eindeutig – über den Nachweis von Korrelationen hinausgehend – bestimmen lässt.⁶⁶⁴

Ein weiterer Wirkungszusammenhang betrifft die *Mitarbeiterbindung* und die *Patienten-/Angehörigenbindung*. Zusammenhänge zwischen Mitarbeiter- und Kundenbindung wurden bisher in der Dienstleistungs- und Personalforschung erst selten analysiert. Die wenigen vorliegenden Arbeiten unterstellen einen Einfluss der Mitarbeiterbindung auf die Kundenbindung.⁶⁶⁵ So geht POMPE davon aus, dass Kundenbindung ohne Mitarbeiterbindung nicht zu erwarten ist. Nach seiner Argumentation ist nur dann damit zu rechnen, dass Kunden ein Unternehmen als attraktiv, überdurchschnittlich gut und als nicht austauschbar betrachten, wenn dies auch von den Mitarbeitern so gesehen wird.⁶⁶⁶ Darüber hinaus lässt sich ein Einfluss der Mitarbeiter- auf die Kundenbindung auch mittels des Emotional-Contagion-Konzepts begründen. Nehmen die Patienten/Angehörigen bspw. während des Krankenhausaufenthaltes wahr, dass sich Pflegekräfte dem Krankenhaus verbunden fühlen, könnte sich diese Einstellung übertragen und infolgedessen die Patienten-/Angehörigenbindung erhöhen.⁶⁶⁷ Weiterhin ist ein Einfluss der Mitarbeiterbindung auf die Patientenbindung auch aufgrund entstehender sozialer Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten anzunehmen.⁶⁶⁸ Eine hohe wahrgenommene Mitarbeiterbindung erhöht für die Patienten die Wahrscheinlichkeit, dass sie „ihre Bezugsperson“ bei einem zukünftig eventuell notwendigen Krankenhausaufenthalt wieder antreffen und diese Beziehung fortsetzen können. Dies erhöht ihre Bereitschaft, das Krankenhaus erneut in Anspruch zu nehmen. Die Weiterempfehlungsabsicht als weitere Komponente der Kundenbindung wird durch die Mitarbeiterbindung vermutlich ebenfalls positiv beeinflusst. So werden

⁶⁶¹ Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 39ff. u. 104; Frey (2010), S. 24ff. u. 60; Winter (2005), S. 63f.; Koop (2004), S. 79f. u. 166.

⁶⁶² Vgl. Stock-Homburg (2011), S. 38, 103f. u. 190; Frey (2010), S. 23ff.; Winter (2005), S. 77; Koop (2004), S. 78 u. 92.

⁶⁶³ Vgl. Frey (2011), S. 24, 28, 60 u. 125; Winter (2005), S. 77.

⁶⁶⁴ Vgl. Koop (2004), S. 92 u. 166.

⁶⁶⁵ Vgl. bspw. Jahanzeb et al. (2011), S. 13; Pompe (2011), S. 178.

⁶⁶⁶ Vgl. Pompe (2011), S. 178.

⁶⁶⁷ Vgl. Loffing/Loffing (2010), S. 198.

⁶⁶⁸ Vgl. vom Hofe (2005), S. 39.

Patienten/Angehörige anderen Personen eher dazu raten, die Pflegedienstleistungen des Krankenhauses in Anspruch zu nehmen, wenn sie davon ausgehen, dass die „vertraute“ Pflegekraft auch weiter dort tätig ist. In diesem Fall wissen sie die Empfehlungsempfänger dann tatsächlich „in bekannt guten Händen“. Darauf aufbauend ist zu vermuten, dass eine hohe Mitarbeiterbindung zu einer hohen Patienten-/Angehörigenbindung führt.

In der Literatur wurde ein möglicher Einfluss der Kunden- auf die Mitarbeiterbindung bisher noch nicht thematisiert. Ein solcher Wirkungszusammenhang ist im vorliegenden Untersuchungskontext „Krankenhaus“ jedoch grundsätzlich – gestützt auf das Emotional Contagion Konzept als Argumentationsgrundlage – denkbar. Eine darüber hinausgehende theoretische und empirische Fundierung dieser möglichen Wirkungsrichtung steht jedoch bisher noch aus, woraus sich ebenfalls ein Ansatzpunkt für weitere Untersuchungen ergibt.

5 Diskussion und Fazit

Ziel dieser Ausarbeitung war es, ein Verständnis der konzeptionellen Grundlagen der Krankenhauspflegeproduktivität zu verschaffen und ein Modell der Krankenhauspflegeproduktivität zu entwickeln, das als Basis für weitere empirische Forschungsarbeiten dienen kann. Ausgangspunkt für dieses Vorhaben waren die in der wissenschaftlichen Fachliteratur etablierten Überlegungen zur allgemeinen Dienstleistungsproduktivität, die im weiteren Verlauf auf die speziellen Gegebenheiten der Krankenhauspflege übertragen wurden.

Zentrale Erkenntnisse zur Dienstleistungsproduktivität aus der Dienstleistungsforschung

Um sich diesem Vorhaben zu nähern, wurde eine Analyse des in der einschlägigen Fachliteratur dargestellten allgemeinen Verständnisses der Dienstleistungsproduktivität vorgenommen. Dabei wurde identifiziert, dass über die grundlegende Interpretation von Produktivität, als ein Verhältnis von Outputs und Inputs, hinaus kein Konsens über den Dienstleistungsproduktivitätsbegriff herrscht. Diese Tatsache manifestiert sich bereits im Hinblick auf eine große Heterogenität der Systematisierungsversuche und Definitionsansätze des Dienstleistungsbegriffes. Somit galt es sich zunächst anhand der konstitutiven Merkmale einer Dienstleistung (Intangibilität und Integrativität) einem grundlegenden Verständnis des Dienstleistungsbegriffes und anschließend der Dienstleistungsproduktivität zu nähern.

Die konstitutiven Merkmale einer Dienstleistung führen dazu, dass es im Gegensatz zur Sachgüterproduktion nicht zu einer Erstellung qualitativ homogener Güter kommt. Daher war es ein zentrales Anliegen dieser Ausarbeitung, bei der Festlegung auf ein Produktivitätsverständnis die qualitative Heterogenität der Leistungsergebnisse zu berücksichtigen. Aufgrund der Tatsache, dass die qualitative Heterogenität nicht nur im Hinblick auf die Leistungsergebnisse relevant ist, sondern auch die zu berücksichtigenden Inputs betrifft, galt es somit auch qualitative Aspekte bei der Inputbetrachtung zu integrieren. Entsprechend wurde ein *erweiterter Dienstleistungsproduktivitätsbegriff* entwickelt, bei dem die objektiven und subjektiv wahrgenommenen Leistungsergebnisse den eingesetzten quantitativen und qualitativen Produktionsfaktoren gegenübergestellt werden. Von der Produktivität abzugrenzen waren die Effektivität und die Effizienz. Dabei wurde die Effektivität der Dienstleistungserstellung als notwendige Bedingung der Produktivität vorgelagert, während die Effizienz als nachgelagerte Größe einen Benchmark zu einem Referenzdienstleistungsproduzenten erfordert.

Ausgehend von diesem erweiterten Dienstleistungsproduktivitätsverständnis wurde die einschlägige Fachliteratur systematisch nach konzeptionellen Studien zur Dienstleistungsproduktivität durchsucht. Identifiziert werden konnten fünf konzeptionell-theoretische Produktivitätsmodelle. Diese Modelle wurden kritisch auf ihre Eignung als grundlegender Bezugsrahmen für eine Produktivitätsbetrachtung in der Krankenhauspflege untersucht, wobei die Bewertung anhand definierter Anforderungen an ein Dienstleistungsproduktivitätsmodell erfolgte. Diese Anforderungen konnten aus den konstitutiven Merkmalen einer Dienstleistung abgeleitet werden. Zusätzlich galt es, die Erkenntnisse aus dem erweiterten Dienstleistungsproduktivitätsbegriff zu berücksichtigen. Somit wurden die folgenden Anforderungen als wesentliche Eignungskriterien für die untersuchten Modelle identifiziert: eine kundenseitige Bewertung der Outputs, die Abbildung der verschiedenen Teilprozesse der Leistungserstellung, die Integration von Mitarbeiteroutputs sowie die Abbildung von Kundeninputs und Inputs anderer Kunden.

Im Ergebnis der Analyse des aktuellen Forschungsstands zur Dienstleistungsproduktivität zeigte sich, dass gegenwärtig keines der Modelle sämtlichen dienstleistungsspezifischen Anforderungen an ein Produktivitätsmodell gerecht wird. Trotz dieser Einschränkungen konnte das Modell von GRÖNROOS/OJASALO als das umfassendste derzeit existente Produktivitätsmodell identifiziert werden und bildete somit einen grundlegenden Bezugsrahmen für die Entwicklung eines eigenständig erweiterten und integrierten Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege.

Zentrale Erkenntnisse zur Krankenhauspflegeproduktivität aus der Pflegewissenschaft

Das Modell von GRÖNROOS/OJASALO galt es somit auf die Besonderheiten der Dienstleistung Krankenhauspflege anzupassen. Analog zum Vorgehen bei der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Dienstleistungsproduktivität wurde sich auch systematisch dem Begriff der Krankenhauspflegeproduktivität genähert. Dabei wurde ersichtlich, dass in der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur kein einheitliches Verständnis des Pflegebegriffes vertreten wird. Insbesondere war auffällig, dass bei den vorherrschenden Definitionen der Pflege keine nähere Ausdifferenzierung hinsichtlich der Pflege in verschiedenen Settings unternommen wird. Um diese Forschungslücke zu füllen, wurde eine Abgrenzung der Krankenhauspflege gegenüber der psychiatrischen Pflege sowie der Pflege in anderen ambulanten und stationären Settings unternommen. Darüber hinaus wurde untersucht, ob es nicht sogar innerhalb eines Krankenhauses Unterschiede in der Pflege gibt, die sich in einem Produktivitätsmodell nicht adäquat abbilden lassen, ohne verschiedene Anpassungen vorzunehmen. Der Untersuchungsgegenstand wurde somit letztlich relativ eng eingegrenzt auf die Produktivität der Krankenhauspflege auf Normal-/Bettenstationen.

Die Eingrenzung der Pflege ermöglichte es auch den Pflegebegriff für den Untersuchungskontext zu spezifizieren und eine eigenständige Definition der Krankenhauspflege zu bestimmen. In Kombination mit den gesammelten Erkenntnissen der Dienstleistungsproduktivität konnte der Begriff der Krankenhauspflegeproduktivität, der bislang in der pflegewissenschaftlichen Forschung nur unzureichend analysiert und sehr heterogen betrachtet wurde, definiert werden als das Verhältnis tatsächlich erreichter objektiver und subjektiv wahrgenommener Leistungsergebnisse der Krankenhauspflege zu den eingesetzten quantitativen und qualitativen Produktionsfaktoren der Krankenhauspflege.

Mit der exakten Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes und auf Basis überschneidungsfreier Begriffsdefinitionen wurde der aktuelle Forschungsstand zur Modellierung der Krankenhauspflegeproduktivität anhand einer systematischen Literaturrecherche in den einschlägigen medizinischen und pflegerischen Datenbanken analysiert. Die Anforderungen an ein Produktivitätsmodell wurden aus den Ausführungen zur Dienstleistungsproduktivität übertragen und auf pflegespezifische Besonderheiten adaptiert. Dabei wurde festgestellt, dass die dargestellten Anforderungen insbesondere für die Dienstleistung Krankenhauspflege erfüllt sein sollten. Dies gilt vor allem aufgrund der vielfältigen physischen, intellektuellen und emotionalen Inputs von Patienten und Pflegekräften und deren Einfluss auf den Krankenhauspflegeprozess sowie der notwendigen Berücksichtigung des Einflusses von Angehörigen und anderen Patienten auf die Krankenhauspflegeproduktivität.

Interessanterweise ergab die Analyse des aktuellen Forschungsstandes in der pflegewissenschaftlichen Literatur, dass es zwar noch keine allgemein etablierten Erkenntnisse oder Modelle zur Krankenhauspflegeproduktivität gibt, die wenigen existierenden Untersuchungen aber dennoch fundierte Erkenntnisse für die Entwicklung eines integrierten Produktivitätsmodells liefern konnten. Ebenso war es interessant, dass es im Bereich der pflegewissenschaftlichen Forschung zur Versorgungsqualität der Pflege wesentliche Überschneidungen zu den konzeptionellen Dienstleistungsproduktivitätsbetrachtungen von GRÖNROOS/OJASALO gab. Die Darstellungen von PRINGLE/DORAN zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, abgeleitet von den Qualitätsdimensionen nach DONABEDIAN, wiesen große Ähnlichkeit zur Darstellung der Inputs, Prozesse und Outputs nach GRÖNROOS/OJASALO auf. Dies gilt bspw. für die Trennung der Inputs bzw. Strukturqualität in patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und krankenhausbezogene Faktoren oder für die Aufteilung der Prozesse in autonome und interaktive Teilprozesse. Diese Überschneidungen konnten somit genutzt werden, um ein eigenständiges Krankenhauspflegeproduktivitätsmodell basierend auf dem konzeptionellen Ansatz von GRÖNROOS/OJASALO zu entwickeln. Für dieses integrierte Modell, das den eigens aufgestellten Anforderungen an ein Produktivitätsmodell entspricht, galt es somit, die zentralen Inputs, Prozesse

und Outputs ausdifferenzieren und die wesentlichen Wirkungsbeziehungen zusammenzutragen. Dabei konnte nicht zuletzt auf zentrale Erkenntnisse des Produktivitätsmodells von CURTIN zurückgegriffen werden, das bislang einzig identifizierte pflegespezifische Produktivitätsmodell. Da das Modell von CURTIN jedoch verschiedene Schwächen im Vergleich zu dem Modell von GRÖNROOS/OJASALO aufwies, wurde es zur Ergänzung, jedoch nicht als grundlegender Bezugsrahmen ausgewählt.

Das integrierte Modell der Krankenhauspflegeproduktivität

Die gesammelten Erkenntnisse aus Dienstleistungsproduktivitätsforschung und der pflegewissenschaftlichen Forschung wurden letztlich in ein integriertes Produktivitätsmodell für die Krankenhauspflege übertragen. Dabei setzt sich die Grundarchitektur zusammen aus den Modellelementen Inputs, Prozesse und Outputs.

Im Hinblick auf die Inputs galt es vor allem, über die Berücksichtigung quantitativer Inputs hinaus (z.B. im Sinne der Mitarbeiter- oder Patientenzahlen) auch qualitative Inputs zu integrieren. Dabei wurde die von GRÖNROOS/OJASALO angewendete Einteilung in anbieterseitige- und kundenseitige Inputs beibehalten und an die Gegebenheiten der Krankenhauspflege adaptiert. Folglich wurden sowohl krankenseitige als auch patientenseitige Inputs im Modell berücksichtigt. Bei der Darstellung der patientenseitigen Inputs wurde, entsprechend der zuvor dargestellten Anforderungen an ein Produktivitätsmodell, eine um die Angehörigen erweiterte Betrachtung vorgenommen. Darüber hinaus wurden klassische Input-Faktoren, wie Informationen, Material oder Arbeitsleistung ins Modell integriert. Um der Komplexität qualitativer Größen im Rahmen der Inputs gerecht zu werden, wurden bei den personenbezogenen Inputs (Pflegerkräfte, Patienten, Angehörige) auch emotionale Inputs berücksichtigt. Während physische und psychische Leistungsbeiträge bereits in dem Produktivitätsmodell von CURTIN verankert waren, wurde die emotionale Komponente dort bislang lediglich auf Patientenseite betrachtet. Die Ausweitung auf Pflegerkräfte und Angehörige stellt somit eine bedeutsame Erweiterung der Input-Betrachtung dar. Darüber hinaus wurde der Komplexität von Qualitätsgrößen durch die Integration von Einflussfaktoren Rechnung getragen. Wie in den Ausführungen dargestellt wurde, hängt die tatsächliche Ausprägung der Inputs in quantitativer und insbesondere in qualitativer Hinsicht von zahlreichen Einflussfaktoren ab. Die Berücksichtigung dieser Einflüsse erweitert ebenfalls bislang etablierte Erkenntnisse zu den vorhandenen Dienstleistungs- und Krankenhauspflegeproduktivitätsmodellen.

Die Prozessbetrachtung im entwickelten Produktivitätsmodell orientiert sich am grundlegenden Bezugsrahmen von GRÖNROOS/OJASALO und den pflegespezifischen Ausführungen von PRINGLE/DORAN, so dass die Teilprozesse in autonome und interaktive Prozesse zwischen

Pflegekräften und Patienten bzw. Angehörigen unterschieden wurden. Die Abweichung von der klassischen Darstellung des Pflegeprozesses als zeitliche Abfolge einzelner Tätigkeitsbereiche war notwendig, um die qualitätsgerichtete Wirkung einzelner Teilprozesse besser erfassen zu können. Somit war eine überschneidungsfreie Zuweisung der Wirkungsbeziehungen zwischen Inputs, Prozessen und Outputs möglich.

Die Analyse der Outputs brachte schließlich eine differenzierte Variante der klassischen Einteilung in quantitative und qualitative Outputs hervor. So wurden die qualitativen Outputs weiter aufgesplittet in eine objektiv messbare Komponente und eine subjektiv wahrnehmbare Komponente. Durch diese Dreiteilung der Outputs konnten die Erkenntnisse des Produktivitätsmodells von CURTIN zusätzlich erweitert werden. Zum einen werden über die objektiv messbaren und subjektiv wahrnehmbaren Qualitäts-Outputs sämtliche von CURTIN identifizierten Outputs im Modell implementiert. Zum anderen werden über die quantitativen Output-Größen auch leistungswirtschaftliche Kennzahlen im Rahmen der Output-Betrachtung integriert. Zusätzlich berücksichtigt das neu entwickelte Modell der Krankenhauspflegeproduktivität die Wirkung kurzfristiger und längerfristiger subjektiv wahrnehmbarer Outputs. Dazu zählen die Unterscheidung in die Qualität des Arbeitslebens und die Mitarbeiterbindung sowie die durch die Patienten und Angehörigen wahrgenommene Pflegequalität und die Patienten-/Angehörigenbindung.

Zwischen den einzelnen Modellelementen wurden abschließend Wirkungsbeziehungen dargestellt. Diese Wirkungsbeziehungen konnten teilweise in empirischen Forschungsarbeiten der Pflegewissenschaften identifiziert und adaptiert werden. Darüber hinaus konnten weitere Wirkungsbeziehungen anhand von Annahmen dargestellt werden, die aus wissenschaftlich-theoretischen Forschungsarbeiten abgeleitet wurden. Eine empirische Überprüfung möglicher produktivitätsrelevanter Wirkungsbeziehungen steht jedoch noch aus.

Limitationen

Die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung unterliegen verschiedenen Restriktionen. Der aktuelle Forschungsstand der Dienstleistungsproduktivität wurde umfassend aufgearbeitet und dargestellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die existierenden Produktivitätsmodelle kritisch anhand definierter Anforderungen bewertet werden. Diese Erkenntnisse wurden systematisch auf die spezielle Dienstleistung der Krankenhauspflege übertragen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Dienstleistung Pflege insgesamt ein sehr heterogenes Tätigkeitsfeld beschreibt. In dieser Untersuchung erfolgte eine Fokussierung auf die Krankenhauspflege im Bereich von Normal-/Bettenstationen von Allgemeinkrankenhäusern. Bei der Übertragung der vorliegenden

Untersuchungserkenntnisse auf andere Stationen oder andere stationäre oder ambulante Einrichtungen muss daher möglicher Anpassungsbedarf überprüft werden.

Die Entwicklung des integrierten Produktivitätsmodells für die Krankenhauspflege basiert auf grundlegenden Erkenntnissen der Dienstleistungsforschung und der Pflegewissenschaft. Diese Kombination gewährleistet einen fundierten interdisziplinären wissenschaftlichen Hintergrund. Dabei wurde jedoch verschiedentlich auf internationale Forschungsarbeiten insb. aus dem Bereich der anglo-amerikanischen Pflegeforschung zurückgegriffen. Die Adaption dieser Erkenntnisse auf die deutsche Krankenhauspflege muss jedoch aufgrund völlig unterschiedlicher institutioneller, rechtlicher und kultureller Unterschiede kritisch hinterfragt bzw. zumindest berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist die Ausgestaltung der einzelnen Modellelemente stark von den jeweiligen Umständen der ausführenden Abteilung oder des Krankenhauses abhängig. Auch wenn eine vollständige Erfassung aller Input-, Prozess- und Output-Faktoren kaum realisierbar erscheint, stellt das vorliegende Modell einen grundlegenden Bezugsrahmen mit deduktiv gewonnenen Modellelementen zur Verfügung. Empirische Untersuchungen könnten dabei helfen, die Relevanz der einzelnen Modellelemente auf induktivem Wege unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontextfaktoren besser einschätzen zu können.

Zusätzlich wurden mittelbare und unmittelbare Ergebnisse des Pflegeprozesses einheitlich als Outputs bezeichnet. Bestehende Unterschiede der Forschungsdisziplinen (Dienstleistungsforschung vs. Pflegewissenschaft) in Bezug auf die Definition bzw. Interpretation von Leistungsergebnissen als Outputs bzw. Outcomes sind somit nicht in die Überlegungen eingegangen. Wünschenswert sind daher weiterführende Analysen, die die Relevanz einer differenzierten Analyse von Output- und Outcomegrößen untersuchen.

Fazit

Die vorliegende Arbeit hat zentrale konzeptionell-theoretische Überlegungen der Krankenhauspflegeproduktivität entwickelt und diese in einem umfassenden integrierten Produktivitätsmodell zusammengefasst. Dabei werden erstmalig sowohl strukturelle, als auch personelle und patientenbezogene Input-Faktoren in einem Dienstleistungsproduktivitätsmodell integriert und sowohl quantitative als auch qualitative Output-Faktoren der Krankenhauspflege berücksichtigt. Dieses Modell kann als zentraler Bezugsrahmen für weitere Forschungsarbeiten zur Krankenhauspflegeproduktivität verwendet werden. Insbesondere eignet es sich als Ausgangspunkt für empirische Forschungsarbeiten, die das Modell operationalisieren und somit eine Produktivitätsmessung für die Krankenhauspflege ermöglichen. Somit könnten in weiteren Forschungsarbeiten sowohl die produktivitätsrelevanten Wirkungsbeziehungen explizit ermittelt, als

auch zentrale Einflussgrößen auf die Krankenhauspflegeproduktivität identifiziert werden. Dies würde erstmals eine integrierte Betrachtung wesentlicher Stellhebel einer hohen Krankenhauspflegeproduktivität anhand von empirischen Erkenntnissen ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik, 11: S. 990-1002.

Agostini, J.V. et al. (2001): Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville.

Ahlert, D. et al. (2001): Die Bedeutung von Vertrauen für die Interaktionsbeziehung zwischen Dienstleistungsanbietern und –nachfragern. In: Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement Jahrbuch 2001. Wiesbaden: Gabler: S.279-298.

Aiken, L.H. et al. (1997): Studying nursing outcomes of organizational change in health services. In: Medical Care, 35(11 Suppl.): S. NS6-NS18.

Akin, G./Hopelain, D. (1986): Finding the Culture of Productivity. In: Organizational Dynamics, Volume 14 (3): S. 19-32.

Albert, M. (1998): Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Katholische Fachhochschule Freiburg: o.V.

Album, D. (1989): Patients' Knowledge and Patients' Work. Patient-Patient Interaction in General Hospitals. In: Acta Sociologica, Volume 32: S. 295-306.

American Nurses Association (1995): Nursing report card for acute care. Washington: American Nurses Publishing.

Ammenwerth, E. et al. (2003a): Auswirkungen EDV-gestützter Pflegedokumentation - Ergebnisse von Studien am Universitätsklinikum Heidelberg. In: Lauterbach, A. (Hrsg.): Pflegeinformatik in Europa - Band I: Terminologien und Anwendungen. Zürich, Hungen: Printernet: 137-146.

Ammenwerth, E. et al. (2003b): EDV in der Pflegedokumentation - Ein Leitfaden für Praktiker. Hannover: Schlütersche Verlag.

Anderson, P./Heinlein, M. (2004): Ein Blick in die Alltagspraxis im Pflegeheim. Über Möglichkeiten einer praxisnahen Form von Kundenorientierung. In: Dunkel, E./Voss, G. G. (Hrsg.): Dienstleistung als Interaktion. Beiträge aus einem Forschungsprojekt. Altenpflege, Deutsche Bahn, Call Center, 2. Aufl. (Arbeit und Leben im Umbruch), S. 31–48.

Arets, J. et al. (1996): Professionelle Pflege - Theoretische und praktische Grundlagen, Band 1. Bocholt: Eicanos Verlag.

Armistead, C. et al. (1988): The Strategic Determinants of Service Productivity. In: International Journal of Operations & Production Management, Volume 8 (3): S. 95-108.

Armutat, S. et al. (2004): Retentionmanagement – Die richtigen Mitarbeiter binden. Bielefeld: Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V./Bertelsmann.

Arnscheid, R. (1999): Gemeinsam sind wir stark? Münster et al.: Waxmann.

Arts, S. et al. (2001): Quality of working life and workload in home help services. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Volume 15 (1), S. 12–24.

Atchison, T.A. (1999). The Myth of employee Satisfaction. Healthcare Executive, 14 (2), S. 18-23.

Baberg, H. T. et al. (2001): Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. In: Gesundheitswesen, 63 (5): S. 297–301.

Backhaus, K. et al. (2011): Produktivitätsmessung von Dienstleistungen mit Hilfe von Varianten der DEA. In: Bruhn, M./Hadwich, K. (Hrsg.): Dienstleistungsproduktivität. Wiesbaden: Gabler: S. 225-246.

Badura, B. (1993): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): System Krankenhaus – Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa Verlag: S. 28-40.

Bailey, D. (1994): Recovery from Customer Service Shortfalls. In: Managing Service Quality, Volume 4 (6): S. 25–28.

Baines, C. et al. (1999): Women's Caring – Feminist Perspectives on Social Welfare, 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press.

Barker, L./Nussbaum, M. (2011): The effects of fatigue on performance in simulated nursing work. In: Ergonomics, 54 (9): S. 815-829.

Barnard, C. (1971): The functions of the Executive. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press.

Bartholomeyczik, S. (2003): Zur Bestimmung von Pflegebedarf. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 63: S. 306-311.

Bartholomeyczik, S. (2011a): Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege. In: Ethik Med, 23, S. 315-325.

Bartholomeyczik, S. (2011b): Pflege im Krankenhaus. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag: S. 513-530.

Bartholomeyczik, S./Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: PflGe, 5 (4): S. 105-109.

Bartsch, S. et al. (2011): Dienstleistungsproduktivität – Stand der Forschung und Zusammenhang zu zentralen vorökonomischen Größen im Dienstleistungsmarketing. In: Bruhn, M./Hadwich, K. (Hrsg.): Dienstleistungsproduktivität. Wiesbaden: Gabler: S. 35-58.

Bateson, J. (2002): Are your customers good enough for your service business? In: Academy of Management Executive, Volume 16 (4): S. 110–120.

Bauer, H./Jensen, S. (2001): Determinanten der Mitarbeiterbindung – Überlegungen zur Verallgemeinerung der Kundenbindungstheorie. Wissenschaftliche Arbeitspapiere Nr. W51. Institut für marktorientierte Unternehmensführung, Mannheim.

Baumgärtner, M./Bienzeisler, B. (2006): Dienstleistungsproduktivität. Stuttgart: Fraunhofer IRB.

Bechtel, P. (2009): Erfolgreiches Pflegemanagement im Krankenhaus. Antworten auf Führungsfragen von morgen. Köln: CW Haarfeld Verlag.

Becker, F. G. (2009a): Grundlagen betrieblicher Leistungsbeurteilungen, 5. Aufl. Stuttgart: Schäffer Poeschel.

Becker, M. (2009b): Personalentwicklung, 5. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Becker, F. (2010): Mitarbeiterbindung – Ein Einblick in ein schwieriges Objekt und den Status quo der Diskussion. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Serviceorientierung im Unternehmen. Wiesbaden: Gabler: S. 230-252.

Behrends, B. (2009): Praxis des Krankenhausbudgets nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Berlin: MWW Verlag.

Bell, S. J./Luddington, J. A. (2006): Coping With Customer Complaints. In: Journal of Service Research, Volume 8 (3): S. 221–233.

Bendapudi, N. M. et al. (2006): Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. In: Mayo Clinic Proceedings, Volume 81 (3): S. 338-344.

Benefield, L.E. (1996): Component analysis of productivity in home care RNs. In: Public Health Nursing, Volume 13: S. 233-243.

Benkenstein, M. (1993): Dienstleistungsqualität: Ansätze zur Messung und Implikationen für die Steuerung. In: ZFB Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Volume 63 (11): S. 1095-1116.

Berger, U./Bernhard-Mehlich, I. (2006): Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie. In: Kieser, A./Ebers, M. (Hrsg.): Organisationstheorien, 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer: S. 169-214.

Bergermaier, R. (1979): Erfassung der Qualität des Arbeitslebens durch Arbeitszufriedenheit: Hintergrund und Ergebnisse. München: Dissertation.

- Berry, L. L./Bendapudi, N. (2007): Health Care: A Fertile Field for Service Research. In: Journal of Service Research, Volume 10: S. 111-122.
- Berthel, J./Becker, F. G. (2010): Personalmanagement, 9. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Beutel, M./ Bleichner, F. (1998): Unzufriedene Patienten - Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung. In: Psychotherapeut, Volume 43 (6): S. 360-368.
- Bezold, T. (1996): Zur Messung der Dienstleistungsqualität. Frankfurt am Main: Peter-Lang.
- Bialk, A. M. (2006): Die Messung des Innovationsgrades von Dienstleistungen. Hamburg: Kovac.
- Bieger, T. (2007): Dienstleistungsmanagement - Einführung in Strategien und Prozesse bei persönlichen Dienstleistungen, 4. Aufl. Bern et al.: Haupt.
- Bienzeisler, B./Löffler, T. (2005): Jenseits von Kennzahlen: Interaktionskompetenzen zur Steigerung der Dienstleistungsproduktivität. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling Forum Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler: S. 211-229.
- Binnewies, C./Sonntag, S. (2006). Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Arbeitsleistung. In: Leidig, S./Limbacher, K./Zielke, M. (Hrsg.): Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements. Lengerich: Pabst Verlag: S. 39-58.
- Bitner, M. J. et al. (1997): Customer contributions and roles in service delivery. In: International Journal of Service Industry Management, Volume 8 (3): S. 193-205.
- Blickle, G. (2011): Leistungsbeurteilung. In: Nerdinger, F./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie, 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer: S. 253-271.
- Bliemel, F. W./Eggert, A. (1998): Kundenbindung – die neue Sollstrategie? In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 20 (1): S. 37-46.
- Bocialetti, G. (1987): Quality of Work Life – Some unintended effects on the seniority tradition of an industrial union. In: Group & Organization Studies, Volume 12 (4), S. 386-410.
- Böhle, F./Weishaupt, S. (2003): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nichtstandardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hogrefe: S. 149-162.
- Böhrs, H. (1958): Arbeitsleistung und Arbeitsentlohnung. Wiesbaden: Gabler.
- Borchert, M. (2004): Leistungsdeterminanten. In: Gaugler, E. et al. (Hrsg.): Handwörterbuch des Personalwesens. Stuttgart: Schäffer-Poeschel: S. 1080-1089.

- Bornemeier, O. (2002): Benchmarking in der Gesundheitsversorgung. Berlin: Autorenverlag K. M. Scheriau.
- Borth, B.O. (2004): Beschwerdezufriedenheit und Kundenloyalität im Dienstleistungsbereich: Kausalanalysen unter Berücksichtigung moderierender Effekte. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Boulding, W. et al. (1993): A Dynamic Process Model of Service Quality From Expectations to Behavioral Intentions. In: Journal of Marketing Research (JMR), Volume 30 (1): S. 7–27.
- Bowen, D. E. (1983): Customers as substitutes for leadership in service organizations. Their role as non-leader sources of guidance and support. Dissertation Michigan State University.
- Bramesfeld, E./Graf, O. (1949): Praktisch-psychologischer und arbeitsphysiologischer Leitfaden für das Arbeitsstudium. München: Carl Hanser Verlag.
- Braun, B. et al. (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 60, Schwäbisch Gmünd.
- Brieskorn-Zinke, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bröckermann, R. (2004): Fesselnde Unternehmen – gefesselte Beschäftigte. In: Bröckermann, R./Pepels, W. (Hrsg.): Personalbindung – Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management. Berlin: Erich Schmidt: S. 15-32.
- Brooks, B./Anderson, M. (2004): Nursing Work Life in Acute Care. In: Journal of Nursing Care Quality, Volume 19 (3): S. 269-275.
- Brooks, B./Anderson, M. (2005): Defining Quality of Nursing Work Life. In: Nursing Economics, Volume 23 (6): S. 319-326.
- Brooks, B. et al. (2007): Assessing the Quality of Nursing Work Life. In: Nursing Administration Quarterly, Volume 31 (2): S. 152-157.
- Brotheridge, C. M./Grandey A. A. (2002): Emotional Labor and Burnout – Comparing Two Perspectives of “People Work”. In: Journal of Vocational Behavior, Volume 60: S. 17-39.
- Brötz, S. (2008): Ein Handlungskonzept zur Optimierung von Mitarbeiterzufriedenheit in Integrationsunternehmen. Köln: Dissertation.
- Bruggemann, A. (1974): Zur Unterscheidung verschiedener Formen von ‚Arbeitszufriedenheit‘. Arbeit und Leistung, 28, S. 281-284.

Bruhn, M. (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen, Konzepte, Methoden, 7.Aufl. Berlin: Springer Verlag.

Bruhn, M. (2011): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen, Konzepte, Methoden, 8.Aufl. Berlin: Springer Verlag.

Bruhn, M./Stauss, B. (2009): Kundenintegration. Forum Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007): Pflegende schleppen mehr als Bauarbeiter. Im Internet unter: http://www.baua.de/de/Presse/Pressemitteilungen/2007/11/pm075-07.html;jsessionid=49ED06618A8B7E89EAF32B8F9D90323A.2_cid137?nn=681254 (Zugriff am 21.09.2011).

Bundesärztekammer (2008): Persönliche Leistungserbringung. Im Internet unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225&all=true> (Zugriff am 02.02.2012).

Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (2009): Generalindikator Dekubitusprophylaxe. Im Internet unter: http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2009/ergebnisse/leistungsbereiche/dek/index_html (Zugriff am 08.02.2012).

Burr, W. et al. (2005): Unternehmensführung. München: Franz Vahlen.

Büscher, A. (2011): Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaften. Weinheim: Juventa Verlag: S. 491-512.

Büssing, A./Glaser, J. (1994): Sozialverträgliche Arbeitszeitgestaltung in der Krankenpflege. In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegende, 7: S. 124-136.

Büssing, A./Glaser, J. (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus: Einleitung und Überblick. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hogrefe: S. 15-34.

Büttgen, M. (2007): Kundenintegration in den Dienstleistungsprozess. Eine verhaltenswissenschaftliche Untersuchung. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Neue betriebswirtschaftliche Forschung, 357).

Büttgen, M. (2009): Erscheinungsformen der Kundenintegration und Ansätze eines Integrationsmanagements. In: Strauss, B. (Hrsg.): Aktuelle Forschungsstrategien im Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden: Gabler: S. 105-132.

Buxel, H. (2011a): Was Pflegekräfte unzufrieden macht. In: Deutsches Ärzteblatt, 108 (17): S. 946-948.

Buxel, H. (2011b): Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden. In: Die Schwester – Der Pfleger, 50 (5): S. 426-430.

Canter, U. et al. (2007): Produktivitäts- und Effizienzanalyse. Berlin/Heidelberg: Springer.

Chaboyer, W./Creamer, J. (1999): Intellectual work of the critical care nurse: applications from a qualitative study. In: Australian Critical Care, Volume 10 (2): S. 66-69.

Chang, C.-H. et al. (2009): The Relationship Between Perceptions of Organizational Politics and Employee Attitudes, Strain, and Behavior: A Meta-Analytic Examination. In: Academy of Management Journal, Volume 52 (4): S. 779-801.

Christ, O. et al. (2003): When teachers go the extra mile – Foci of organizational identification as determinants of different forms of organizational citizenship behavior among schoolteachers. In: British Journal of Educational Psychology, Volume 73: S. 329-341.

Clarke, P./Brooks, B. (2010): Quality of Nursing Worklife: Conceptual Clarity for the Future. In: Nursing Science Quarterly, Volume 23 (4): S. 301-305.

Cohen, S. et al. (1997): A hierarchical construct of self-management leadership and its relationship to quality of work life and perceived work group effectiveness. In: Personnel Psychology, Volume 50: S. 275-308.

Coldwell, D. et al. (2008): The Effects of Person-Organization Ethical Fit on Employee Attraction and Retention – Towards a Testable Explanatory Model. In: Journal of Business Ethics, Volume 78: S. 611-622.

Conen, D. (2011): Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: Bedeutung einer Wirksamkeitsevaluation. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54 (2): S. 171-175.

Corsten, H. (1994): Produktivitätsmanagement bilateraler personenbezogener Dienstleistungen. In: Corsten, H./Hilke, W. (Hrsg.): Dienstleistungsproduktion. Wiesbaden: Gabler: S. 43-77.

Corsten, H. (2004): Produktionswirtschaft, 10. Aufl. München: Oldenbourg.

Corsten H. (2007) Produktionswirtschaft – Einführung in das industrielle Produktionsmanagement, 11. Auflage, München et al.: Oldenbourg.

Corsten, H./Gössinger, R. (2007): Dienstleistungsmanagement, 5. Aufl. München/Wien: Oldenbourg.

Cronin, J./Taylor, S. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. In: Journal of Marketing, Volume 56: S. 55-68.

Curtin, L. L. (1995): Nursing Productivity. From Data to Definition. In: Nursing Management, Volume 26 (4): S. 25-36.

Davis, F.D. (1989): Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. In: MIS Quarterly, Volume September: S. 319-340.

Davis, B./Thorburne, B. (1999): Quality of Nurses' Work Life: Strategies for Enhancement. In Canadian Journal of Nursing Leadership, Volume 12 (4): S. 11-15.

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010): Definition der Pflege. Im Internet unter: <http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf> (Zugriff am 20.01.2012).

de Casterlé, D. et al. (2008): Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. In: Journal of Nursing Management, Volume 16: 753–763.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2004): Ältere Sturzpatienten. DEGAM-Leitlinie Nr. 4. Im Internet unter: <http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Langfassung-sturz001.pdf> (Zugriff am 08.02.2012).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003a): DKG zum „Bereitschaftsdienst-Urteil“ des Bundesarbeitsgerichts, Pressemitteilung. Im Internet unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/3885/title/DKG_zum__Bereitschaftsdienst-Urteil__des_Bundesarbeitsgeric_hsts_ (Zugriff am: 26.01.2012).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003b): Personalsituation im Krankenhaus immer dramatischer. Pressemitteilung. Berlin. Im Internet unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/3876/title/Personalsituation_im_Krankenhaus_immer_dramatischer (Zugriff am: 26.01.2012).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): Aufgaben und Ziele – Weichenstellung für die Zukunft. Im Internet unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und__Ziele (Zugriff am 08.02.2012).

Diamantopolous, A. et al. (2008): Advancing formative measurement models. In: Journal of Business Research, Volume 61 (12): S. 1203-1218.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012): Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band I: Systematisches Verzeichnis. Version 2012. Köln.

DIN EN ISO 9000 (2005): Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005). Deutsches Institut für Normung, Berlin.

Dobni, D. et al. (2000): Organizational Values: The Inside View of Service Productivity. In: Journal of Business Research, Volume 47: S. 91-107.

Doran, D.M. et al. (2006): Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings. In: Nursing Research, Volume 55 (2): S. 75-81.

Duhachek, A./Iacobucci, D. (2005): Consumer Personality and Coping: Testing Rival Theories of Process. In: Journal of Consumer Psychology, Volume 15 (1): S. 52-63.

Dullinger, F. (2001): Compliance-abhängige Dienstleistungen. Konzeption und Anwendung am Beispiel Gesundheitsdienstleistungen. München: Univ. München.

Dunkel, W./Rieder, K. (2003): Interaktionsarbeit zwischen Konflikt und Kooperation. In: Büssing, André/Glaser, Jürgen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen et al.: Hogrefe: S. 163-180.

Dunn, S. V./Schmitz, K. (2005): Nurses' Perceptions of Patients' Requirements for Nursing Resources. In: Australian Journal of Advanced Nursing, Volume 22 (3): S. 33-40.

Eastaugh, S.R. (2007): Hospital Nurse Productivity Enhancement. In: Journal of Health Care and Finance, Volume 33 (3): S. 39-47.

Ebel, B.(2009): Produktionswirtschaft, 9. Aufl. Ludwigshafen: Kiehl Verlag.

Eckhardt-Abdulla, R. et al. (2008): Ermittlung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. In: Anaesthesist, 57 (3): S. 275-283.

Edward, M./Sahadev, S. (2011): Role of switching costs in the service quality, perceived value, customer satisfaction and customer retention linkage. In: Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics, Volume 23 (3): S. 327-345.

Efraty, D./Sirgy, M. (1990): The effects of quality of working life (QWL) on employee behavioral responses. In: Social Indicators research, Volume 22: S. 31-47.

Eggenhofer, A. (1995): Zwischenmenschliche Kommunikation im Krankenhaus: Kommunikationsprobleme, Kommunikationsdefizite und Kommunikationsansätze zur Lösung. Universität Wien, 1995.

Eggert, A. (2000): Konzeptualisierung und Operationalisierung der Kundenbindung aus Kundensicht. In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 22 (2): S. 119-130.

Eiff, W./Stachel, K. (2009): Personalmanagement im Krankenhaus. In: Ansorg, J. et al. (Hrsg.): OP-Management, 2. Aufl. Berlin: MWV: 103-120.

Eisingerich, A. B./Bell, S. J. (2008): Perceived service quality and customer trust: Does enhancing customers' service knowledge matter? In: Journal of Service Research, Volume 10 (3): S. 256-268.

Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenhauspflege, 5. Aufl. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Engelhard, W. H./Freiling, J. (1995): Integrativität als Brücke zwischen Einzeltransaktion und Geschäftsbeziehung. In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 1 (1. Quartal): S. 37-43.

Enke, M./ Greschuchna, L. (2005): Aufbau von Vertrauen in Dienstleistungsinteraktionen durch Instrumente der Kommunikationspolitik – dargestellt am Beispiel der Beratung kleiner und mittlerer Unternehmen. Technische Universität Bergakademie Freiberg, Working Paper.

Ennew, C./Binks, M. R. (1999): Impact of Participative Service Relationships on Quality, Satisfaction and Retention An Exploratory Study. In: Journal of Business Research, Volume 46 (2): S. 121–132.

Enste, D. (2011): Pflegewirtschaft 2011 – Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte. Kurzstudie für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Entwistle, V. A. et al. (2005): Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. In: The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 31 (9): S. 483–494.

Erdwien, B. (2005). Kommunikationsstrukturen in der Arzt-Patient- und Pflege-Patient-Beziehung im Krankenhaus. Empirische Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung der subjektiven Erlebnisperspektive von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet GmbH.

Eriksen, L.R. (2003): Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care. In: Waltz, C. F./Jenkins, L. S./Strickland, O. (Hrsg.): Measurement of nursing outcomes, 2. Aufl. New York: Springer: S. 217-224.

Estryn-Behar, M. et al. (2005): Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 101-108.

Faller, M. (1993): Innere Kündigung – Ursachen und Folgen. München: Rainer Hampp.

Felps et al. (2009): Turnover Contagion: How Coworkers' Job Embeddedness and Job Search Behaviors Influence Quitting. In: Academy of Management Journal, Volume 52 (3): S. 545-561.

Felfe, J. (2008): Mitarbeiterbindung. Göttingen et al.: Hogrefe.

Festge, F. (2006): Kundenzufriedenheit und Kundenbindung im Investitionsgüterbereich: Ermittlung zentraler Einflussfaktoren. München: Dt. Univ.-Verl.

Festinger, L. (1954): A Theory of Social Comparison Processes. In: Human Relations, 7: S. 117-140.

Fiechter, V./Meier, M. (1981): Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Rocom.

Filiatrault, P. et al. (1996): Service Quality and Service Productivity Management Practices. In: Industrial Marketing Management, Volume 25 (3): S. 243-255.

Finkler, S. A./Kovner, C. T. (2000): Determining health care costs and rates. In: Financial Management for Nurse Managers and Executives. Philadelphia: Saunders Verlag: S. 153-202.

Fischbach, A. et al. (2010): Dienstleistungsbedingungen, -einstellungen und -konsequenzen in der Pflege aus der Sicht von Auszubildenden. BIS Ergebnisbericht Pflege.

Fischer, W. (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege: Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern et al.: Hans Huber Verlag.

Fischer, T./ Tewes, M. (2001): Vertrauen und Commitment in der Dienstleistungsinteraktion. In: Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement Jahrbuch 2001. Wiesbaden: Gabler: S.299-318.

Fleßa, S. (2008): Grundzüge der Krankenhaussteuerung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Fleßa, S. (2010): Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Fließ, S. (2009): Dienstleistungsmanagement – Kundenintegration gestalten und steuern. Wiesbaden: Gabler.

Fließ, S. et al. (2005): Betriebswirtschaftliche Aspekte des Pflegemanagements. In: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag: S. 393–436.

Flood, S.D./Diers, D. (1988): Nurse staffing, patient outcome and cost. In: Nursing Management, Volume 19 (5): S. 35-43.

Folkman, S. et al. (1986): Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. In: Journal of Personality and Social Psychology, Volume 50 (3): S. 571-579.

Franke, F./Felfe, J. (2008): Commitment und Identifikation in Organisationen – Ein empirischer Vergleich beider Konzepte. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 52 (3): S. 135-146.

Frese, M. (1990): Arbeit und Emotion – Ein Essay. In: Frei, F./Udris, I. (Hrsg.): Das Bild der Arbeit. Bern: Huber: S. 285-301.

Frey, R.V. (2010): Kundenzufriedenheit als Determinante von Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung: Eine dyadische und experimentelle Analyse. Wiesbaden: Gabler.

- Freytag, S. (2010): Operatives und strategisches Krankenhausmanagement. In: Debatin, J. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV: S.233-250.
- Frietzsche, U./Maleri, R. (2006): Dienstleistungsproduktion. In: Bullinger, Hl.-J. (Hrsg.): Service-Engineering – Entwicklung und Gestaltung innovativer Dienstleistungen, 2. Aufl. Berlin et al.: Springer: S. 195–225.
- Fuchs, J./Söhnlein, D. (2007): Einflussfaktoren auf das Erwerbspersonenpotenzial. IAB Discussion Paper: Beiträge zum wissenschaftlichen Dialog aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nr. 12.
- Gastmeier, P./Geffers, C. (2008): Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006. In: Deutsche medizinische Wochenschrift, Band 133. S. 1111-1115.
- Gbe-Bund - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012a): Einrichtung der ambulanten Pflege.. Im Internet unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9906::Ambulante%20Pflege (Zugriff am 24.01.2012).
- Gbe-Bund - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012b): Pflegeheime. In: Gesundheit in Deutschland. Im Internet unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=10863&p_sprache=d&p_uid=gasts&p_aid=25289714&p_lfd_nr=1 (Zugriff am 26.01. 2012).
- Gehring, F./Hertel, G. (2011): Dienstleistungsqualität in der Universitätsverwaltung: Antezedenzen und Konsequenzen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 55 (2): S. 57–73.
- Gemme, E. M. (1997): Retaining customers in a managed care market. Hospitals must understand the connection between patient satisfaction, loyalty, retention, and revenue. In: Mark Health Serv, Volume 17 (3): S. 19–21.
- George, W./ George U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München: Ernst Reinhardt.
- George, W. (2006): Patientenintegration. München: Ernst Reinhardt.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken, J./Braun, B. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann: S. 160.
- Gerhardt, J. (1987): Dienstleistungsproduktion. Bergisch Gladbach/Köln: EUL.
- Gerstner, C./Day, D. (1997): Meta-Analytic Review of Leader-Member Exchange Theory: Correlates and Construct Issues. In: Journal of Applied Psychology, 82 (6): S. 827-844.

Gertz, W. (2004): Mitarbeiterbindung – Talente halten, Loyalität erhöhen, Fluktuation verringern. Düsseldorf: Management & Karriere.

Gifford, B. et al. (2002): The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. In: Journal of Healthcare Management, Volume 47: S. 13-25.

Glaser, J./Höge, T. (2004). Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. In Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer: S. 51-64.

Glaser, J./Höge, T. (2005): Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Berlin/Heidelberg: Springer: S. 51-64.

Glomb, T. M. et al. (2004): Emotional Labor Demands and Compensating Wage Differentials. In: Journal of Applied Psychology, Volume 89 (4): S. 700-714.

Gmür, M. (2010): Personalbindung. In: Scholz, C. (Hrsg.): Vahlers großes Personallexikon. München: Vahlen: S. 863-866.

Gouthier, M. (2003): Kundenentwicklung im Dienstleistungsbereich. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Gabler Edition Wissenschaft : Focus Dienstleistungsmarketing).

Gouthier, M. (2006): Effekte des Stolzes von Mitarbeitern im Kundenkontakt. In: Kleinaltenkamp, M. (Hrsg.): Innovatives Dienstleistungsmarketing in Theorie und Praxis. Wiesbaden: DUV: S. 57-77.

Gouthier, M. (2007): Mitarbeiterstolz und Service Excellence. In: Gouthier, M. et al. (Hrsg.): Service Excellence als Impulsgeber. Wiesbaden: Gabler: S. 383-397.

Gouthier, M. (2011): Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion. In: Ringlstetter, M. et al. (Hrsg.): Positives Management, 2.Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 49-108.

Gouthier, M./Rhein, M. (2010): Serviceorientierung durch Organisationsstolz. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Serviceorientierung im Unternehmen – Forum Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler: S. 210-228.

Graf, O. (1960): Arbeitsphysiologie. Wiesbaden: Gabler.

Grandey, A./Diamond, J. (2010): Interactions with the public: Bridging job design and emotional labor perspectives. In: Journal of Organizational Behavior, Volume 31: S. 338-350.

Grant, A. M./Parker, S. K. (2009): Redesigning Work Design theories: The Rise of Relational und Proactive Perspectives, in: Academy of Management Annals, Volume 3(1): S. 317-375.

Graudnetz, S. (2008): Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation von Krankenhäusern. Vorstellung eines Instruments zur Beurteilung und exemplarische Studie. Hamburg: Diplomica Verlag.

Gray, B. (2009): The emotional labour of nursing – Defining and managing emotions in nursing work. In: Nurse Education Today, Volume 29: S. 168-175.

Greiling, M./Muszynski, Th. (2008): Strategisches Management im Krankenhaus. Methoden und Techniken zur Umsetzung in der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Griffith, J. R. (1995): The Well-Managed Healthcare Organization. Ann Arbor: AUPHA Press/Health Administration Press.

Grönroos, C. (2007): Service management and marketing. Customer management in service competition, 3. Aufl. Chichester et al.: Wiley.

Grönroos, C./Ojasalo, K. (2004): Service productivity: Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services. In: Journal of Business Research, Volume 57: S. 414-423.

Gruber, T. et al. (2009): Developing a deeper understanding of the attributes of effective customer contact employees in personal complaint-handling encounters. In: Journal of Services Marketing, Volume 23 (6): S. 422-435.

Grund, M. (1998). Interaktionsbeziehungen im Dienstleistungsmarketing: Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und Bindung von Kunden und Mitarbeitern. Wiesbaden: Gabler.

Günther, H.-O./Tempelmeier, H. (2009): Produktion und Logistik, 8. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.

Guiffrida, A./Torgerson, D.J. (1997): Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. In: BMJ - British Medical Journal, Volume 305 (7110): S. 703-707.

Gutenberg, E. (1958): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Gabler, Wiesbaden.

Gutenberg, E. (1968): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Erster Band: Die Produktion, 14. Aufl. Berlin et al.: Springer.

Gutenberg, E. (1971): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Erster Band: Die Produktion, 18. Aufl. Berlin et al.: Springer.

Gutenberg, E. (1975): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Wiesbaden: Gabler.

Gutenberg, E. (1983): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre – Band I: Die Produktion. 24. Aufl. Berlin: Springer.

Haasenritter, J. et al. (2009): Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik - Literaturanalyse. In: Pflegewissenschaft, 12: S. 669-687.

Hacker, et al. (1997): Einfluß der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern der neuen Bundesländer auf die psychischen Anforderungen, die Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals. Dresden: Wissenschaftliche Beiträge der TU Dresden.

Hacker, W. (2005): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit, 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Hackman, J.R./Oldham, G.R. (1980): Work Redesign, Reading, MA. In: Group Organization Management, 7 (1): S. 121-124.

Haist, F./Fromm, H. (1991): Qualität im Unternehmen – Prinzipien – Methoden – Techniken. München: Hanser.

Haller, S. (2010): Dienstleistungsmanagement, 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

Hammerich, R. (2006): Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für die Transparenz des Behandlungsaufwands. In: Eveslage, K. (Hrsg.): Pflegediagnose: praktisch und effizient. Heidelberg: Springer Medizin Verlag: S. 33-68.

Hansen, H. (2009): Therapiearbeit – Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Scheßlitz: Rosch-Buch Druckerei GmbH.

Hartwig, J. et al. (2008): Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten. In: Pflege, 21 (3): S. 157–162.

Hatfield, E. et al. (1994): Emotional Contagion. Cambridge: Cambridge University Press.

Haubrock, M. (2009): Materialmanagement. In: Haubrock, M./Schär, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. Bern: Verlag Hans Huber: S. 464-485.

Haynes, R. B. (1986): Einleitung. In: R. B. Haynes, D. W. Taylor, D. L. Sackett: Compliance-Handbuch, 2. Aufl. München: Verl. für Angewandte Wiss.: S. 11-18.

Hays, R. M. et al. (2006): The Seattle Pediatric Palliative Care Project: effects on family satisfaction and health-related quality of life. In: Journal of Palliative Medicine, Volume 9 (3): S. 716–728.

Helmig, B. (2005): Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern. Berlin: BWV.

Henderson, A. (2001): Emotional labor and nursing – an under-appreciated aspect of caring work. In: Nursing Inquiry, Volume 8 (2): S. 130-138.

Hennig-Thurau, T. (2004): Customer orientation of service employees: Its impact on customer satisfaction, commitment, and retention. In: International Journal of Service Industry Management, Volume 15 (5): S. 460–478.

Hennig-Thurau, T. et al. (2006): Are All Smiles Created Equal? How Emotional Contagion and Emotional Labor Affect Service Relationships. In: Journal of Marketing, Volume 70 (3): S. 58-73.

Hennig-Thurau, T./Paul, M. (2007): Mitarbeiteremotionen als Steuerungsgröße des Dienstleistungserfolgs. In: Gouthier, M./Coenen, Ch./Schulze, H. S./Wegmann, Ch. (Hrsg.): Service Excellence als Impulsgeber. Strategien – Management – Innovationen – Branchen. Wiesbaden: Gabler: S. 363-382.

Henning, R. et al. (1998): Kooperation im Krankenhaus. Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche; mit Handlungsempfehlungen für Reorganisationsprozesse. Bern: Huber Verlag.

Hentze, J./Graf, A. (2005): Personalwirtschaftslehre 2, 7. Aufl. Berne: Haupt.

Herbig, B./Büssing, A. (2006): Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus – Grundlagen, Umsetzung, Chance und Risiken. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Heskett, J. L. et al. (1990): Service breakthroughs. Changing the rules of the game. New York: The Free Press.

Heskett, J. L. et al. (1994): Putting the Service-Profit-Chain to Work. In: Harvard Business Review, Volume 74 (3): S. 164-174.

Heskett, J. L. et al. (1997): The Service Profit Chain - How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value. New York: The Free Press.

Hessenkamp, V. (2007): Das Vertrauen von stationären PatientInnen in Krankenhäusern – Die Planung einer explorativen Studie. In: Buber, R./ Holzmüller, H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung – Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: Gabler: S.863-882.

Hilb, M. (1992): Innere Kündigung – Ursachen und Lösungsansätze. Zürich: Industrielle Organisation.

Hilsenrath, P. et al. (1997): Management and economic perspectives on efficiency. In: Best Practices and Benchmarking in Healthcare, Volume 2: S. 208-213.

Hochschild, A. R. (1983): The managed heart: the commercialization of human feelings. Los Angeles: University of California Press.

Hochschild, A. R. (1990): Das gekaufte Herz. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

Höck, M. (2005): Dienstleistungsmanagement aus produktionswirtschaftlicher Sicht, Wiesbaden.

Höck, M. (2007): Grundzüge einer integrierten Produktivitäts- und Qualitätsanalyse von Dienstleistungen auf Grundlage der Zeit. In: Die Betriebswirtschaft, 67 (6): S. 719-734.

Höck, M./Ringle, C. (2008): Analyse der Service-Profit-Chain bei Unternehmensberatungen. In: Specht, D. (Hrsg.): Produkt- und Prozessinnovationen in Wertschöpfungsketten. Wiesbaden: Gabler: S. 181-196.

Hofmann, O. (2010): Strategisches Krankenhausmanagement: Analyse externer Einflussfaktoren als Grundlage zur Entwicklung von Krankenhausstrategien. Hamburg: Diplomica Verlag.

Holcomb, B. et al. (2002): Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study. In: Journal of Advanced Nursing, Volume 38 (4): S. 378-386.

Hollingsworth, B. (2003): Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. In: Health Care Management Science, Volume 6: S. 203–218.

Hözl-Seipp, L. (1969): Der praktische Krankenpflegeprozess. In: Die Schwester Der Pfleger, 23 (5): S. 201-203.

Homburg, C./Bucerius, M. (2006): Kundenzufriedenheit als Managementherausforderung. In: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit: Konzepte – Methoden – Erfahrungen, 6. Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 53-89.

Homburg, C./Giering, A. (1996): Konzeptualisierung und Operationalisierung komplexer Konstrukte. In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 1 (1. Quartal): S. 5-24.

Hoppock, R. (1935). Job satisfaction. New York, Harper.

Hotze, E./Winter, C. (2011): Pflege in der Rehabilitation. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag: S. 543-560.

Howard, D. et al. (2001): Emotional Contagion Effects on Product Attitudes. In: Journal of Consumer Research, Volume 28 (2): S. 189-201.

Hsu, M./Kernohan, G. (2006): Dimensions of hospital nurses' quality of working life. In: Journal of Advanced Nursing, Volume 54 (1): S. 120-131.

Huf, S. (2012): Ursachen der Fluktuation verstehen, Mitarbeiterbindung optimieren. In: Personalführung, 3: S. 28-36.

Hunstein, D. (2003): Klassifikation von medizinischen und pflegerischen Diagnosen und Implikationen für das GR-DRG System. In: PR-InterNet, 5 (6): S. 27-36.

Hunziger, A./Biele, G. (2002): Retention-Management – Wie Unternehmen Mitarbeiter binden können. In: Wirtschaftspsychologie, 2: S. 47-52.

Ihle, J. (2008): *Pflegerische Krisenintervention. Forschungsergebnisse – Unterrichtskonzept – Bearbeitung von Fallbeispielen.* Wien: Facultas Verlag.

INQA (2006): *Gute Lösungen in der Pflege- Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.* Im Internet unter: http://www.arbeiterkammer.com/bilder/dl14/gute_loesungen_in_der_pflege.pdf (Zugriff am 23.03.2012).

INQA (2008): *Zeitdruck in der Pflege reduzieren.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

International Council of Nurses (2010): *Definition of nursing.* Im Internet unter: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (Zugriff am 09.02.2012).

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht.* IQWiG-Berichte Nr. 11, Köln.

Irvine, D. et al. (1998): *Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care.* In: *Nursing Economics*, 16 (2): S. 58-64.

Isfort, M. et al. (2010): *Pflege-Thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus.* Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

Jacquemin, Axel (2010): *Was hat den stärksten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von Call-Center Agenten?* Dissertation Nr. 3775. Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Jäger, S. (2006): *Mitarbeiterbindung.* Saarbrücken: VDM.

Jahanzeb, S. et al. (2011): *An empirical analysis of customer loyalty in Pakistan's telecommunication industry.* In: *Database Marketing & Customer Strategy Management*, Volume 18 (1): S. 5-15.

James, N. (1992): *Care = organisation + physical labour + emotional labour.* In: *Sociology of Health & Illness*, Volume 14 (4): S. 488-509.

Jasper, B./Schindler, T. (2004): *Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien), Gutachten.*

Johansson, P. et al. (2002): *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study.* In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volume 16 (4): S. 337–344.

- Johnston, R./Jones, P. (2004): Service productivity: Towards understanding the relationship between operational and customer productivity. In: *International Journal of Productivity and Performance Management*, Volume 53 (3): S. 201–213.
- Jordan, S. D. (1994): Nursing productivity in rural hospitals. In: *Nursing Management*, Volume 25: S. 58-62.
- Jung, H. (2011): *Personalwirtschaft*, 9. Aufl. München: Oldenbourg.
- Kaiser, M.-O. (2004a): *Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit: Dimensionen und Messmöglichkeiten*, 2. Aufl. Berlin: Schmidt.
- Kaiser, M.-O. (2004b): Kundenzufriedenheit und Qualitätswahrnehmung. In: Weiermair, K./Pikkemaat, B. (Hrsg.): *Qualitätszeichen im Tourismus*. Deutsche Gesellschaft für Tourismuswissenschaft. Berlin: Schmidt (Schriften zu Tourismus und Freizeit, 3): S. 39–62.
- Kalwani, M./Narayandas, N. (1995): Long-Term Manufacturer-Supplier Relationships: Do they Pay off for Supplier-Firms? In: *Journal of Marketing*, Volume 59 (1): S. 1-16.
- Kane, R. L. et al. (2007): *Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151. AHRQ Publication No. 07-E005*, Rockville.
- Kassebaum, U.B. (2004): *Interpersonelles Vertrauen: Entwicklung eines Inventars zur Erfassung spezifischer Aspekte des Konstrukts*. Hamburg. Verfügbar unter: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2004/2125/pdf/Dissertation.pdf> (letzter Zugriff 11.07.2012)
- Kazanjan, A. et al. (2003): Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. In: *Journal of Nursing Research*, Volume 11 (3): S. 149-158.
- Kelm, R. (2011): *Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege*, 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Keun, F./Prott, R. (2008): *Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen*. Wiesbaden: Gabler.
- Kieser, A. (2006): Der Situative Ansatz. In: Kieser, A./Ebers, M. (Hrsg.): *Organisationstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer: S. 215-245.
- Klassen, K. J. et al. (1998): Efficiency and Productivity Measures for High Contact Services. In: *Service Industries Journal*, Volume 18, (4): S. 1-18.
- Klaue, S. (2006): *Krankenhäuser und Wettbewerb*. In: Bruckenberger, E. et al. (Hrsg.): *Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb*. Berlin: Springer: 1-24.

Kleinaltenkamp, M. (2001): Begriffsabgrenzungen und Erscheinungsformen von Dienstleistungen. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler: S. 27-50.

Kleinaltenkamp, M./Kühne, B. (2003): Asymmetrische Bindungen in Geschäftsbeziehungen des Business – to – Business Bereich. In: Rese, M. et al. (Hrsg.): Relationship Marketing: Standortbestimmung und Perspektiven. Berlin/Heidelberg: Springer: S. 11-44.

Kleinfeld, A. (2002): Menschenorientiertes Krankenhausmanagement. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.

Kletti, J. (2007): Konzeption und Einführung von MES-Systemen. Zielorientierte Einführungsstrategie mit Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, Fallbeispielen und Checklisten. Berlin: Springer.

Klose, M. (1999): Dienstleistungsproduktion – Ein theoretischer Rahmen. In: Corsten, H./Schneider, H. (Hrsg.): Wettbewerbsfaktor Dienstleistung. München: Vahlen: S. 3-22.

Koczula, G. et al. (2012): Die Rolle von technologiebasierten Assistenzsystemen bei der ganzheitlichen Versorgung pflegebedürftiger Patienten – Herausforderungen einer flächendeckenden Implementierung. In: Shire/Leimeister (Hrsg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden: Gabler: S. 31-56.

Koch, V. (2010): Interaktionsarbeit bei produktbegleitenden Dienstleistungen – Am Beispiel des technischen Services im Maschinenbau. Wiesbaden: Gabler/Springer.

Kollak, I. (2011): Schreib's auf! – Besser Dokumentieren in Gesundheitsberufen. Berlin et al.: Springer.

Konopka et al. (2002): Zufriedenheit mit der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in den neuen und alten Bundesländern – Ein Vergleich. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Wege zur Heilung; die Abstracts : XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin, 3. - 6. April 2002. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 85.

Koop, B. (2004): Zufriedenheit und Bindung von Mitarbeitern und Kunden: Integrierte Analyse und Steuerung in Unternehmen. Universität Mannheim. Verfügbar unter https://ub-madoc.bib.uni-mannheim.de/874/1/Dissertation_Koop.pdf (letzter Zugriff 10.07.2012)

Korndörfer, W. (2003): Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 13. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

Kossbiel, H. (2004): Personalstruktur. In: Gaugler, E. et al. (Hrsg.): Handwörterbuch des Personalwesens. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel: S. 1640-1651.

Kowalski, C. (2010): Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. In: Journal of Clinical Nursing, Volume 19, S. 1654–1663.

Krajewski, L. J./Ritzman, L. P. (1993): Operations management. Strategy and analysis, 3. Aufl. Massachusetts: Reading/Addison-Wesley.

Krause, A./Dunckel, H. (2003). Arbeitsgestaltung und Kundenzufriedenheit. Auswirkungen der Einführung teilautonomer Gruppenarbeit auf die Kundenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsleistung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 47 (4): S. 182-193.

Krause, T./von Renteln-Kruse, W. (2007): Der Sturz im Krankenhaus: Ein Qualitätsindikator. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 101 (9): S. 617-622.

Krentz, H./Olandt, H. (2001): Teilleistungsbezogene Messung der Qualitätswahrnehmung von Patienten. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Volume 9 (4): S. 322-330.

Krill, M. (2012): Mitarbeiterbindung als Umkehrung von Fluktuation: Implikationen der Fluktuationsdeterminantenforschung. In: Zeitschrift für Management, online first.

Krueger, P. et al. (2002): Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. In: BMC Health Services Research, Volume 2: S. 2-6.

Kumar, S. et al. (2010): Emotional Labor and Health Outcomes – An Overview of Literature and Preliminary Empirical Evidences. In: Indian Journal of Social Science Researches, Volume 7 (1): S. 83-89.

Kurzmann, H./Reinecke, S. (2011): Kundenbeiträge und Dienstleistungsproduktivität: Unterscheidung von „produktiven“ und „unproduktiven“ Kunden. In: Bruhn, M.; Hadwich, K. (Hrsg.): Dienstleistungsproduktivität. Wiesbaden: Gabler: S. 353-373.

Kußmaul, H. (2011): Betriebswirtschaftslehre für Existenzgründer, 7. Aufl. München: Oldenbourg.

Lam, S.Y. et al. (2008): The effects of the dimensions of technology readiness on technology acceptance: An empirical analysis. In: Journal of Interactive Marketing, Volume 22 (4): S. 19-39.

Lang, T. A. et al. (2004): Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. In: Journal of Nursing Administration, Volume 34 (7-8): S. 326-337.

Langeard, E. (1981): Grundfragen des Dienstleistungsmarketing. In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 3 (4): S. 233-240.

Larson, E. et al. (1988): Nosocomial infection rates as an indicator or quality. In: Medical Care, Volume 26 (7): S. 676-684.

Lasshof, B. (2006): Produktivität von Dienstleistungen. Wiesbaden: DUV.

Leape, L.L. et al. (2000): Reducing adverse drug events: lessons from a breakthrough series collaborative. In: Joint Commission Journal on Quality Improvement, Volume 26 (6): S. 321-331.

Lee, M. A./Yom, Y.-H. (2007): A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. In: International Journal of Nursing Studies, Volume 44 (4): S. 545-555.

Lehmann, A. P. (1998): Dienstleistungsbeziehungen zwischen Kunde und Unternehmen. In: Bruhn, M. (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement. Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung. Wiesbaden: Gabler: S. 827-842.

Lehmann, G. (1962): Praktische Arbeitsphysiologie, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Lehmann, C./Koelling, M. (2010): The Productivity of Services. A systematic literature review. 2010 RESER Conference papers Gothenburg.

Leisen, B. /Hyman, M.R. (2004): Antecedents and consequences of trust in a service provider – The case of primary care physicians. In: Journal of Business Research, Volume 57: S. 990-999.

Liaschenko, J./Peter, E. (2004): Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. In: Journal of Advanced Nursing, Volume 46 (5): S. 488-495.

Lichtig, L.K. et al. (1999): Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. In Journal of Nursing Administration. 29 (2): S. 25-33.

Löber, N. (2011): Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus – eine theoretisch – konzeptionelle Betrachtung. In: Fließ, S. (Hrsg.): Beiträge zur Dienstleistungsmarketing – Forschung. Wiesbaden: Gabler/Springer: S. 221-251.

Locke, E./Latham, G. (2002): Building a practically Useful theory of Goal Setting and Task Motivation. American Psychologist, 57 (9): S. 705-717.

Loffing, D./Loffing, C. (2010): Mitarbeiterbindung ist lernbar. Berlin et al.: Springer.

López, D. et al. (2011): Productivity in Service Systems: Towards a Managerial Framework. In: Service Science, Volume 3 (3): S. 223-238.

Lovelock, C./Wirtz, J. (2007): Services Marketing: People, Technology, Strategy, 6. Aufl. New Jersey: Prentice Hall.

Lüngen, B./Zluhan, M. (2010): Strategieisches Krankenhausmanagement - in der Praxis. In: Debatin, J. F. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: S. 69-76.

- Macy, B./Mirvis, P. (1976): A Methodology for Assessment of Quality of Work Life and Organizational Effectiveness in Behavioral-Economic Terms. In: Administrative Science Quarterly, Volume 21 (2): S. 212-226.
- Mahler, A. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis – Theoretische Grundlagen und Beispiele zur Umsetzung für das Stationsmanagement und die Praxisausbildung. Norderstedt: Grin Verlag.
- Maleri, R. (1997): Grundlagen der Dienstleistungsproduktion, 4. Aufl. Berlin et al.: Springer.
- Martel, J./Dupuis, G. (2006): Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. In: Social Indicators Research, Volume 77: S. 333-368.
- Martin, C. L./Pranter, C. A. (1989): Compatibility Management Customer-to-Customer Relationships in Service Environments. In: Journal of Services Marketing, Volume 3 (3): S. 5.
- Martini, A. (2008): Suchen, Erfahren und Vertrauen in den „Moments of Truth“. Berlin: Dissertation.
- Marx, A. (1969): Einflussgrößen der menschlichen Arbeitsergiebigkeit. In: Marx, A. (Hrsg.): Personalführung, Band I. Wiesbaden: Gabler: S. 17-36.
- May, B. et al. (1999): A longitudinal Study of Quality of Work Life and Business Performance. In: South Dakota Business Review, Volume 58 (2), 3-7.
- Mazhindu, D. (2009): Ideal nurses and the emotional labour of nursing. In: Nurseresearcher, Volume 16 (2): S. 91-94.
- Meuter, M. L. et al. (2000): Self-Service Technologies: Understanding Customer Satisfaction with Technology-Based Service Encounters. In: Journal of Marketing, Volume 64: S. 50-64.
- McBride-Henry, K./Foureur, M. (2006): Medication administration errors: Understanding the issues. In: Australian Journal of Advanced Nursing, Volume 23 (3): S. 33-41.
- McConnell, C.R. (1986): The Health Care Supervisor's Guide to Cost Control and Productivity Improvement. Rockfield: Aspen Publishers.
- Meffert, H./Bruhn, M. (2006): Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden: Gabler.
- Meffert, H./Bruhn, M. (2009): Dienstleistungsmarketing, 6. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Meffert, H./Schwetje, T. (1999). Bedeutung von Mitarbeiterinteraktion und Mitarbeiterzufriedenheit für die Kundenzufriedenheit im Handel. Planung und Analyse, 26, 44-49.
- Meifert, M. (2005): Mitarbeiterbindung. München/Mering: Rainer Hampp.
- Meifert, M. (2008): Ungewollte Fluktuation bekämpfen. In: Personalmagazin, 5: S. 16-18.

Meifert, M. (2010): Etappe 7: Retentionmanagement. In: Meifert, M. (Hrsg.): Strategische Personalentwicklung – Ein Programm in acht Etappen, 2. Aufl. Berlin et al.: Springer: S. 292-312.

Menche, N. (2011): Pflege heute. München: Urban & Fischer Verlag.

Merk, J. (2008): Strategisches Personalbindungsmanagement im Krankenhaus. Berlin: BWV.

Mertens, P./Bodendorf, F. (2005): Programmierete Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 12. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

Metzig, S. (2003): Ohne Familie geht's nicht. Die Bedeutung von Angehörigen für PatientInnen auf der Intensivstation. In: Nydahl, P./Bartoszek, G. (Hrsg.): Basale Simulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. München: Urban und Fischer Verlag: S. 270-282.

Meyer, A. (1983): Dienstleistungs-Marketing. Augsburg: FGM-Verlag.

Meyer, A. (2001): Dienstleistungs-Marketing - Erkenntnisse und praktische Beispiele, 9. Aufl. München: Fördergesellschaft Marketing.

Meyer, A. et al. (2000): Der Kunde als Co-Produzent und Co-Designer – oder: die Bedeutung der Kundenintegration für die Qualitätspolitik von Dienstleistungen. In: Bruhn, M. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte - Methoden – Erfahrungen, 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Wissenschaft & Praxis): S. 49–70.

Meyer, A./Mattmüller, R. (1987): Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells. In: Marketing ZFP Journal of Research and Management, Volume 9 (3): S. 187-195.

Meyer, A./Oevermann, D. (1995): Kundenbindung. In: Tietz, B. et al. (Hrsg.): Handwörterbuch des Marketing, 2. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel: S. 1340-1351.

Meyer, A./Westerbarkey, P. (1995): Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte – Methoden – Erfahrungen, 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 81-103.

Meyer, J./Allen, N. (1997): Commitment in the workplace – Theory, Research and Application. Thousand Oaks: Sage Publications.

Meyer, J. et al. (1993): Commitment to organizations and occupations – Extension and test of a three-component conceptualization. In: Journal of Applied Psychology, Volume 78: S. 538-551.

Meyer, J. et al. (2002): Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. In: Journal of Vocational Behavior, Volume 61: S. 20-52.

- Morgan, R. M. / Hunt, S. D. (1994): The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. In: Journal of Marketing, Volume 58: S. 20-38.
- Morse, J. M. et al. (1987): Characteristics of the fall prone patient. In: The Gerontologist, Volume 27 (4): S. 516-522.
- Moser, R./Saxer, A. (2008): Retention Management für High Potentials. Saarbrücken: VDM.
- Mühlau, P. (2011): Gender Inequality and Job Quality in Europe. In: Management Revue, 22 (2), S. 114-131.
- Müller C./McCloskey, J. (1990): Nurses' job satisfaction: a proposed measure. In: Nursing Research, Volume 39: S. 113-117.
- Müller, M. (2007): Integrationskompetenz von Kunden bei individuellen Leistungen. Konzeptualisierung, Operationalisierung und Erfolgswirkung. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Gabler Edition Wissenschaft : Markt- und Unternehmensentwicklung)
- Müller-Vorbrüggen, M. (2004): Best-practise – Personalbindung in internationalen Unternehmen. In: Bröckermann, R./Pepels, W. (Hrsg.): Personalbindung. Berlin: Erich Schmidt: S. 343-363.
- Myhren, H. et al. (2004): Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian University Hospital. In: Intensive Care Med, Volume 30 (9): S. 1791-1798.
- Nadler, D./Lawler, E. (1983): Quality of work life: Perspectives and directions. In: Organization Dynamics, Volume 11 (4): S. 20-30.
- Nebi, T. (2007): Produktionswirtschaft, 6. Aufl. München: Oldenbourg.
- Nerdinger, F. W. (2001a): Psychologische Aspekte der Tätigkeit im Dienstleistungsbereich. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungsmanagement, 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 243-261.
- Nerdinger, F. W. (2001b): Gefühlsarbeit in Dienstleistungsinteraktionen. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement – Jahrbuch 2001 – Interaktionen im Dienstleistungsbereich. Wiesbaden: Gabler: S. 501-519.
- Nerdinger, F. W. (2011): Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit. In: Nerdinger, F. W. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin: Springer: S. 531–541.
- Nerdinger, F. W./Neumann, C. (2007): Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Moser, K. (Hrsg.): Wirtschaftspsychologie. Heidelberg: Springer: S. 127-146.

Neuberger, O./Allerbeck, M. (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Hans Huber; Bern/Stuttgart/Wien.

Nicolai, A./Kieser, A. (2002): Trotz eklatanter Erfolglosigkeit: Die Erfolgsfaktorenforschung weiter auf Erfolgskurs. In: DBW, 62 (6): S. 579-596.

Niermeyer, R. (2007): Motivation, 2. Aufl. München: Haufe.

Nordgren, L. (2008): The performativity of the service management discourse: “Value creating customers” in health care. In: Journal of Health Organisation and Management, Volume 22 (5): S. 510–528.

o. V. (2011): Putting people first – Employee retention and organizational performance. In: Development and learning in organizations, Volume 25 (1): S. 25-27.

O’Brian-Pallas, L./Baumann, A. (1992): Quality of Nursing Worklife Issues – A Unifying Framework. In: Canadian Journal of Nursing Administration, Volume 5 (2): S. 12-16.

O’Connell, A. M. (2008): Customer retention and leadership in the nonprofit healthcare organization. In: Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 70 (4-A). S. 1356.

Offermanns, M./Bergmann, K. (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen - Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI); Düsseldorf.

Ojasalo, K. (1999): Conceptualizing productivity in services. Swedish School of Economics and Business Administration.

Ojasalo, K. (2003): Customer Influence on Service Productivity. In: SAM Advanced Management Journal (07497075), Volume 68 (3): S. 14–19.

Orlando, I. J. (1961): The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles. New York: Putnam.

Parasuraman, A. (2000): Technology Readiness Index (TRI) – A Multiple-Item Scale to Measure Readiness to Embrace New Technologies. In: Journal of Service Research, Volume 2 (4): S. 307-320.

Parasuraman, A. (2002): Service quality and productivity: A synergistic perspective. In: Managing Service Quality, Volume 12 (1): S. 6-9.

Parasuraman, A. (2010): Service productivity, quality and innovation. In: International Journal of Quality and Service Sciences, Volume 2 (3): S. 277-286.

Petronio, S. et al. (2004): Family and Friends as Healthcare Advocates: Dilemmas of Confidentiality and Privacy. In: Journal of Social and Personal Relationships, Volume 21 (1): S. 33–52.

- Peil, F. (2008): Grundlegende Aspekte der Pflegeleistung. In: Schmidt-Rettig, B./Eichhorn, S.: Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer: S. 311-319.
- Pepels, W. (2004): Personalfriedenheit und Zufriedenheitsmessung. In: Bröckermann, R./Pepels, W. (Hrsg.): Personalbindung. Berlin: Erich Schmidt: S. 51-81.
- Peschke, M. (1999): Ist Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus möglich? Diss., Wien.
- Pezoldt, K./Schliewe, J. (2012): Akzeptanz von Self-Service-Technologien: State of the Art. In: zfbf, Volume 64: S. 205-253.
- Pfeiffer, W. et. al. (1977): Menschliche Arbeit in der industriellen Produktion. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht Verlag.
- Pompe, H.-G. (2011): Marktmacht 50plus – Wie Sie Best Ager als Kunden gewinnen und begeistern, 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Pringle, D./Doran, D. (2003): Patient Outcomes as an Accountability. In: Doran, D. (Hrsg.): Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science. Sudbury: Jones and Bartlett Verlag: S. 11-26.
- Projektgruppe PflegeWert (2009): Zum Zusammenhang von Wertschätzung, Produzenten- und Arbeitsstolz im Rahmen des Projektes "PflegeWert". Diskussionspapier Nr.1 im Rahmen des Projektes PflegeWert, Köln.
- Pröll, U./Streich, W. (1984): Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Ramme, I. (2003): Darstellung und Bedeutung von Dienstleistungen. In: Pepels, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaft der Dienstleistungen. Herne/Berlin: NWB: S. 3-22.
- Ranaweera, C./Neely, A. (2003): Some moderating effects on the service quality-customer retention link. In: International Journal of Operations & Production Management, Volume 23 (2): S. 230-248.
- Rapp, B. (2010): Praxiswissen DRG: Optimierung von Strukturen und Abläufen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rastetter, D. (2001): Emotionsarbeit – Betriebliche Steuerung und individuelles Erleben. In: Schreyögg, G./Sydow, J. (Hrsg.): Emotionen und Management. Wiesbaden: Gabler: S. 111-134.
- Rastetter, D. (2008): Zum Lächeln verpflichtet. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Rausch, A. (2007): Controlling von innerbetrieblichen Kommunikationsprozessen. Wiesbaden: Gabler.

Redlin, M. (1987): Personalfuktuation – eine multivariate Analyse ihrer individuellen Determinanten. Dissertation; Hamburg.

Reichmann, T./Lachnit, L. (1976): Planung, Steuerung und Kontrolle mit Hilfe von Kennzahlen. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 28: S. 705-723.

Reichwald, R. (1977): Arbeit als Produktionsfaktor. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Rethinam, G./Ismail, M. (2008): Constructs of Quality of Work Life - A Perspective of Information and Technology Professionals. In: European Journal of Social Sciences, Volume 7 (1): S. 58-70.

Richter, G. (1999): Innere Kündigung – Modellentwicklung und empirische Befunde aus einer Untersuchung im Bereich der öffentlichen Verwaltung. In: Zeitschrift für Personalforschung, 13: S. 113-138.

Ridder, H.-G. (2007): Personalwirtschaftslehre. Stuttgart: Kohlhammer.

Riketta, M. (2005): Organizational identification: A meta-analysis. In: Journal of Vocational Behavior, Volume 66: S. 358-384.

Riketta, M./van Dick, R. (2005): Foci of attachment in organizations: A meta-analytic comparison of the strength and correlates of workgroups versus organizational identification and commitment. In: Journal of Vocational Behavior, Volume 67: S. 490-510.

Ringlstetter, M./Müller-Seitz, G. (2006): Die Janusköpfigkeit positiver Emotionalität – Plädoyer für die Umorientierung von einer valenz- zu einer funktionalorientierten Betrachtung. In: Ringlstetter, M. (Hrsg.): Positives Management, 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 131-150.

Risch-Rodie, A./Schultz-Kleine, S. (2000): Customer Participation in Services Production and Delivery. In: Swartz, T. A./Iacobucci, D. (Hrsg.): Handbook of Services Marketing & Management. London/New Dehli: Thousand Oaks: S. 111-125.

Ritter, T. (1998): Innovationserfolg durch Netzwerk-Kompetenz. Effektives Management von Unternehmensnetzwerken. Wiesbaden: Gabler.

Rivard, P.E. et al. (2008): Using Patient Safety Indicators to Estimate the Impact of Potential Adverse Events on Outcomes. In: Medical Care Research and Review, Volume 65 (1): S. 67-87.

Rodegast, N. (2010): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Hamburg: Diplomica Verl.

Rossmann, C. (2010): Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. In: Public Health Forum, Volume 18 (3): S. 16.e1–16.e3.

Rupf Schreiber, M. (2006): Identifikation und Vertrauen in Organisationen: Eine empirische Untersuchung der Bankenbranche: Freiburg (Schweiz): Dissertation.

Salfeld, R. et al. (2010): *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen*. Berlin: Springer.

Savitz, L. et al. (2005): *Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings*. In: *Advances in Patient Safety, Volume 4*: S. 375-385.

Schäfer, W./Jacobs, P. (2009): *Praxisleitfaden Stationsleitung*, 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Schanz, B. (2011): *Produktivität" als zentrale Kennzahl im Krankenhaus*. In: *Psychische Pflege*, Band 17, S. 149-152.

Schanz, G. (2000): *Personalwirtschaftslehre*. 3. Aufl. München: Vahlen.

Schär, W. (2009a): *Strukturen und Aufgabenbereiche im Krankenhaus*. In: Haubrock, M./Schär, W. (Hrsg.): *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft*, 5. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber: S. 127-151.

Schär, W. (2009b): *Personalmanagement*. In: Haubrock, M./Schär, W. (Hrsg.): *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft*. Bern: Verlag Hans Huber: S. 406-426.

Scharnbacher, K./Kiefer, G. (2003): *Kundenzufriedenheit – Analyse, Messbarkeit, Zertifizierung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Scheer, A.-W. et al. (2006): *Modellbasiertes Dienstleistungsmanagement*. In: Bullinger, H.-J./Scheer, A.-W. (Hrsg.): *Service Engineering*. Berlin et al.: Springer: S. 19-52.

Schindler, T. et al. (2000): *Angehörigenzufriedenheit im Projekt „Home Care Berlin“ - einem palliativmedizinischen Dienst zur häuslichen Betreuung schwerstkranker Krebspatienten*. In: *Palliativmedizin, Volume 1 (2)*: S. 47–51.

Schirmer, U. (2007): *Commitment fördern, Mitarbeiter halten – Retention-Management zur Bindung von Leistungsträgern*. In: *Personalführung*, 3: S. 48-58.

Schlander, M. (2009): *Gesundheitsökonomie: Der Effizienz auf der Spur*. In: *Zeitschrift Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen*, 103: S. 117-125.

Schmerfeld, J./Schmerfeld, K. (2000): *Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus*. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Band 33. Argument Verlag, Hamburg, S. 94-109.

Schmidt, C. et al. (2009): *Patientenzufriedenheit – Ein potentieller Eckpfeiler des Krankenhausmanagements*. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134 (22): S. 1151–1156.

Schmidt, S. et al. (2008): *Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK)*. *Pflege Ges.*, 13, S. 102-118.

- Schmitz, G. (2001): Die Dynamik dauerhafter Geschäftsbeziehungen in Dienstleistungsmärkten: Ein prozessorientierter Erklärungs- und Gestaltungsansatz. In: Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement Jahrbuch 2001. Wiesbaden: Gabler: S.3-34.
- Schmitz, G. (2004): Organizational Citizenship Behavior des Kundenkontaktpersonals – Ein für das Dienstleistungsmarketing relevantes Konstrukt?. In: Marketing ZFP, 26 (Spezialausgabe „Dienstleistungsmarketing“): S. 15-32.
- Schmitz, G. (2005): Mitarbeiterperformance als Ansatzpunkt eines Leistungscontrollings im Servicekontakt. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling – Forum Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler: S. 158-180.
- Schönherr, R. (2005): Prozesscontrolling im Krankenhaus – Anforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten. TUDpress, Dresden.
- Schröder, K.T. (2010): Krankenhausfinanzierung in Deutschland. In: Debatin, J. F. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte und Methoden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: S. 267-273.
- Schütze, R. (1992): Kundenzufriedenheit. Wiesbaden, Gabler.
- Schulz, E. et al. (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle – Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240, DIW, Berlin.
- Seddin (2011): Behandlungspflege. Im Internet unter: http://www.pflegedienst-seddin.de/mediapool/80/808169/data/Behandlungspflege_Definition.pdf (Zugriff am 02.02.2012).
- Seel, M. (1993): Die Pflege des Menschen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Sergeant, A./Frenkel, S. (2000): When Do Customer Contact Employees Satisfy Customers? In: Journal of Service Research, Volume 3 (1): S. 18–34.
- Silber, J.H. et al. (1992): Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: A study of adverse occurrence and failure to rescue. In: Medical Care, Volume 30: S. 615-629.
- Silbermann, S./Töpfer, A. (2008): Theoretische Grundlagen und Wirkungszusammenhänge der Kundenbindung im Internet. In: Töpfer, Armin (Hrsg.): Handbuch Kundenmanagement, 3.Aufl. Berlin: Springer: S. 105-132.
- Singh, J. (2000): Performance Productivity and Quality of Frontline Employees in Service Organizations. In: Journal of Marketing, Volume 64: S. 15–34.
- Sink, D.S. (1985): Productivity management: planning, measurement and evaluation, control and improvement. New York: Wiley.

Sirgy, M. et al. (2001): A New Measure Of Quality Of Work Life (QWL) Based On Need Satisfaction And Spillover Theories. In: Social Indicators Research, Volume 55: S. 241-302.

Smith, H. (1980): Quality of working life in a health maintenance Organization. In: Journal of ambulatory care management, Volume 3, S. 37-47.

Smith, P./Gray, B. (2001): Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change. In: Nurse Education Today, Volume 21: S. 230-237.

Smith, H. /Mitry, N. (1983): Nurses' quality of working life. In: Nursing Management, Volume 14, S.14-18.

Soares, A. (2003): Tears at Work – Gender, Interaction, and Emotional Labour. In: Just Labour, Volume 2: S. 36-44.

Sperl, D. (1996): Qualitätssicherung in der Pflege, 2.Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.

Spießl, H. et al. (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: Der Nervenarzt, 75 (5): S. 475–482.

Srirangam, S. J. et al. (2003): Partners' influence on patient preference for treatment in early prostate cancer. In: BJU International, Volume 92: S. 365-369.

Stajkovic, A. D./Luthans , F. (2003). Behavioral management and task performance in organizations: conceptual background, meta-analysis, and test of alternative models. In: Personnel Psychology, Volume 56: S. 155–194.

Stamps, P./Piedmont, E. (1986): Nurses and Work Satisfaction. Ann Arbor: Health Administration Press.

Statistisches Bundesamt (2010): Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011): Statistisches Jahrbuch 2011. Im Internet unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf> (Zugriff am 02.02.2012).

Stausberg, J. (2004): Folgen der DRGs für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus. In: Klauber, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre I. Stuttgart: Schattauer Verlag: S. 255-267.

Stauss, B. (2009): Kundenlob — Integration durch positives Feedback. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Kundenintegration. Wiesbaden: Gabler: S. 315–342.

Stemmer, R. (2009): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover: Mainzer Schriften.

- Stinglhamber, F. et al. (2002): Extension of the three-component model of commitment to five foci – development of measures and substantive test. In: *European Journal of Psychological Assessment*, Volume 18: S. 123-138.
- Stock-Homburg, R. (2009): *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit*, 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Stock-Homburg, R. (2011): *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit – direkte, indirekte und moderierende Effekte*, 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Stock-Homburg, R. (2012): *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit*, 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Strauss, A. L. et al. (1997): *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick/New Jersey: The University of Chicago Press.
- Sumanth, D. (1998): *Total Productivity*. London et al.: St. Lucie Press.
- Swan, J. E. et al. (1998): Customer Trust in the Salesperson: An Integrative Review and Meta-Analysis of the Empirical Literature. In: *Journal of Business Research*, Volume 44: S. 93-107.
- Taubert, J. (1994): *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis*, 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Taunton, R.L. et al. (1994): Patient Outcomes: Are they linked to registered nurse absenteeism, separation, or workload. In: *Journal of Nursing Administration*, Volume 24 (4): S. 48-55.
- Taylor, J. (1977): Job satisfaction and quality of working life: A reassessment. In: *Journal of Occupational Psychology*, Volume 50: S. 243-252.
- Theodosius, C. (2008): *Emotional Labour in Health Care – The Unmanaged Heart of Nursing*. New York: Taylor & Francis Group.
- Thiele, G. (2004): *Ökonomik des Pflegesystems*. Heidelberg: Economics Verlag.
- Thiele, G. et al. (2010): *Pflegewirtschaftslehre: für das Krankenhaus, Pflege-, Vorsorge-, und Rehaeinrichtungen*. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Töpfer, A. (2006): Konzeption und Messung der Zufriedenheit von Adressaten der Klinikleistung. In: Albrecht, D. M./Töpfer, A. (Hrsg.): *Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus – 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken*. Heidelberg: Springer: S. 183-202.
- Trasorras, R. et al. (2009): Value, satisfaction, loyalty and retention in professional services. In: *Marketing Intelligence & Planning*, Volume 27 (5): S. 615–632.

Trill, R. (2010): IT im Krankenhaus – Chancen und Risiken. In: Debatin, F. F. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWW Verlag: S. 451-457.

Trommsdorf, V. (1990): Erfolgsfaktorenforschung, Produktinnovation und Schnittstelle Marketing – F&E. Diskussionspapier 143, Berlin.

Trumpfheller, J. (2005): Kundenbindung in der Versicherungswirtschaft. Karlsruhe: Versicherungswirtschaft.

Tutuarima, J.A. et al. (1993): Number of nursing staff and falls: a case-control study on falls by broke patients in acute-care settings. In: Journal of Advanced Nursing, Volume 18: S. 1101-1105.

Ulrich, R. (2006): Effects of Single Versus Multi-Bed Rooms on Outcomes. Presentation on the Welsh Health Estates and IHEEM Conference, Cardiff. Im Internet unter: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/254/UlrichDay1.pdf> (Zugriff am 08.02.2012).

Ulrich, R./Zimring, C. (2004): The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Report to The Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project. Im Internet unter: http://www.saintalphonus.org/pdf/CAH_role_physical_env.pdf (Zugriff am 08.02.2012).

Uzkurt, C. (2010): Customer participation in the service process: a model and research propositions. In: International Journal of Services and Operations Management, Volume 6 (1): S. 17-37.

Vagharseyyedin, S. et al. (2011): The Nature Nursing Quality Of Work Life: An Integrative Review Of Literature. In: Western Journal of Nursing Research, Volume 33 (6): S. 786-804.

Vahs, D. (2007): Organisation, Einführung in die Organisationstheorie und –praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Van Dyk, R. et al. (2004): The utility of a broader conceptualization of organizational identification: Which aspects really matter. In: Journal of Occupational and Organizational Psychology, Volume 77: S. 1-20.

Vandenbergh, C. et al. (2004): Affective commitment to the organization, supervisor, and work group – Antecedents and outcomes. In: Journal of Vocational Behavior, Volume 64: S. 47-71.

Vidi, M. (2009): Retention Management. Zürich: SPEKTRAMedia.

Vogel, V. (2006): Kundenbindung und Kundenwert. Der Einfluss von Einstellungen auf das Kaufverhalten. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. (Gabler-Edition Wissenschaft : Unternehmenskooperation und Netzwerkmanagement).

vom Hofe, A. (2005): Strategien und Maßnahmen für ein erfolgreiches Management der Mitarbeiterbindung. Hamburg: Kovac.

- Vuorinen, I. et al. (1998): Content and measurement of productivity in the service sector – A conceptual analysis with an illustrative case from the insurance business. In: International Journal of Service Industry Management, Volume 9 (4): S. 377-396.
- Wagner, H. (1975): Leistung und Leistungsdeterminanten. In: Gaugler, E. (Hrsg.): Handwörterbuch des Personalwesens. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wagner, G./Abholz, H.-H. (2003): Sterbende und ihre Angehörigen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Volume 79 (12): S. 596–600.
- Wahl, W. et al. (2000): Die Intensivmedizin in der Sicht des Personals - Ausgangspunkt von Störungen im Intensiv-Team und Faktor des Qualitätsmanagements. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin, Volume 37 (3): S. 206–212.
- Wang, M. et al. (2007): An Empirical Study of the Effect of Customer Participation on Service Quality. In: Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism, Volume 8 (1): S. 49–73.
- Wannenwetsch, H. (2010): Integrierte Materialwirtschaft und Logistik, 4. Aufl. Berlin et al.: Springer.
- Watt-Watson, J. (2003): Pain as a Symptom Outcome. In: Doran, D. (Hrsg.): Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science. Sudbury: Jones and Bartlett Verlag: S. 177-210.
- Weber, M. (2001): Kennzahlen: Unternehmen mit Erfolg führen, 2. Aufl. Planegg: WRS Verlag.
- Wehling, M. (1999): Anreizsysteme im Multi-Level-Marketing. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Weibler, J. (2012): Personalführung, 2. Aufl. München: Vahlen.
- Weinberg, P. (1998): Verhaltenswissenschaftliche Aspekte der Kundenbindung. In: Bruhn, M./Homburg, C. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement - Grundlagen - Konzepte - Erfahrungen, 4. Aufl., Wiesbaden: Gabler. S. 39-53.
- Weinert, A. (1998): Organisationspsychologie, 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Weinstein, R.A. (1998): Nosocomial infection update. In: Emerging Infections Diseases, Volume 4 (3): S. 416-420.
- Welge, M./Al-Laham, A. (2008): Strategisches Management. Wiesbaden: Gabler.
- Werner, M. (2004): Einflussfaktoren des Wissenstransfers in wissensintensiven Dienstleistungsunternehmen. Wiesbaden: DUV.
- Whedon, M./Shedd, P. (1989): Prediction and prevention of patient falls. In: Journal of Nursing Scholarship, Volume 21: S. 108-114.
- White, P./McGillis Hall, L. (2003): Patient Safety Outcomes. In: Doran, D. (Hrsg.): Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science. Sudbury: Jones and Bartlett Verlag: S. 211-242.

WHO – World Health Organisation, Regional Office for Europe (1981): Definition Rehabilitation. In: Bochsansky, T. (Hrsg.): Allgemeine Rehabilitation. Grundlagen und Prinzipien. Im Internet unter: [http://www.boepmr.at/html/aerzte/zeitung/2_02/allgemeine %20Rehabilitation.pdf](http://www.boepmr.at/html/aerzte/zeitung/2_02/allgemeine%20Rehabilitation.pdf) (Zugriff am 29.01.2012).

WHO – World Health Organisation, Regional Office for Europe (1987): People's needs for nursing care: a European study. Copenhagen.

Wickel-Kirsch, S. et al. (2008): Personalwirtschaft. Wiesbaden: Gabler.

Williams, P./Naumann, E. (2011): Customer satisfaction and business performance: a firm-level analysis. In: Journal of Services Marketing, Volume 25 (1): S. 20–32.

Williamson, O. E. (1994): Transaction Cost Economics and Organization Theory. In: Smelser, N. J./Swedberg, R. (Hrsg.): The Handbook of Economic Sociology Princeton. New Jersey/New York: Princeton University Press: S. 77-107.

Wilson, A. (2005): Impact of management development on nurse retention. In: Nursing Administration Quarterly, Volume 29 (2): S. 137-145.

Wingefeld, K. (2011): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Schaeffer, D./Wingefeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaften. Weinheim: Juventa Verlag: S. 263-290.

Wingefeld, K. et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld/Köln: Abschlussbericht.

Winter, S. (2005): Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit: Eine mehrebenenanalytische Untersuchung der Zusammenhänge auf Basis multidimensionaler Zufriedenheitsmessung. Universität Mannheim. Verfügbar unter <http://d-nb.info/974033537/34> (letzter Zugriff 10.07.2012)

Wöhe, G./Döring, U. (2008): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 23. Aufl. München: Vahlen.

Wöhe, G./Döring, U. (2010): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 24. Aufl. München: Vahlen.

Wolf, L. (2005): Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität. Wiesbaden: Gabler.

Xue, M. et al. (2005): Consumer and co-producer roles in e-service: analysing efficiency and effectiveness of e-service designs. In: International Journal of Electronic Business, Volume 3 (2): S.174-197.

Yura, H./Walsh, M.B. (1967): The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. New York: Appleton-Century-Crofts.

Zapp, W. et al. (2010): Prozesse in Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitswirtschaft. In: Zapp, W.: Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. Economica Verlag, Heidelberg, S. 3-31.

Zapp, W./Oswald, J. (2010): Konzeptionelle Fundierung. In: Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. Heidelberg: Economica Verlag: S. 51-86.

Zapp, W. et al (2010): Kennzahlen und Kennzahlensysteme im Krankenhaus – Empirische Erkenntnisse zum Status Quo der Kennzahlenpraxis in Niedersächsischen Krankenhäusern. In: Zapp, W. (Hrsg.): Kennzahlen im Krankenhaus. Josef Eul Verlag, Lohma, S. 2-18.

Zeithaml, V. A. et al. (1996): The Behavioral Consequences of Service Quality. In: Journal of Marketing, Volume 60 (2): S. 31–46.

Zeithaml, V. A./Bitner, M. J. (2000): Services Marketing: Integrating customer focus across the firm, 2. Aufl., Boston: McGraw-Hill.

Zeithaml, V. A. et al. (2006): Services Marketing - Integrating customer focus across the firm, 4. Aufl. Boston: McGraw-Hill.

Zemke, T. (2009): Personalbedarfsplanung im Rahmen des Personal- und Organisationsentwicklungskonzeptes einer Stadtverwaltung erläutert am Beispiel der Stadt Malchin. In: Wismarer Schriften zu Management und Recht. Salzwasser Verlag, Band 18, Paderborn.

Zerbe, P./Heisterkamp, U. (1995): Pflege-Personalregelung. Hannover: Schlütersche.

Ziesche, A. (2008): Patientenzufriedenheit im Krankenhaus - Maßnahmen zur Verbesserung. Wismar: Salzwasser.

Zimbardo, P. G./Gerrig, R. J. (2004): Psychologie, 16. Aufl. München: Pearson Studium.

Zin, R. (2004): Perception Of Professional Engineers Toward Quality Of Worklife And Organizational Commitment. In: Gadjah Mada International Journal of Business, Volume 6 (3): S. 323-334.

Zollondz, H.-D. (2006): Grundlagen Qualitätsmanagement: Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Rechtsnormenverzeichnis

AbgrV (Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser – Abgrenzungsverordnung): In der Fassung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255). Zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. S. 1613). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/abgrv_1985/index.html (Zugriff am 16.10.2012).

KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz): In der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 1613). Zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/> (Zugriff am 16.10.2012).

KrPflG (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz): In der Fassung vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442). Zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/index.html (Zugriff am 16.10.2012).

KrPflAprV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege): In der Fassung vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263). Zuletzt geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/krpflapr_2004/index.html (Zugriff am 16.10.2012).

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung): Nach Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477). Zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff am 16.10.2012).

SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung): Nach Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014). Zuletzt geändert durch Artikel 2c des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/ (Zugriff am 16.10.2012).

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

