ARBEITSORGANISATION UND GESUNDHEIT

Weniger Belastung durch bessere Organisation

Welche Veränderungen Beschäftigte im Krankenhaus wirklich entlasten können

Florenz Wendt · Igling, November 2026

Wenn auf einer Station ständig jemand einspringen muss, die Dokumentation bis nach Dienstschluss liegen bleibt und die Pause erneut ausfällt, wird meist schnell über Resilienz gesprochen. Dabei liegt das Problem nicht unbedingt bei den Beschäftigten. Vielleicht ist der Arbeitsalltag so organisiert, dass er auch von engagierten Menschen auf Dauer kaum zu bewältigen ist. Was lässt sich daran verändern – und welche Maßnahmen sind wissenschaftlich tatsächlich untersucht?

Die Organisation gehört zur Ursache – und zur Lösung

Arbeitsbelastung im Krankenhaus entsteht nicht allein durch die Zahl der Patienten. Sie hängt ebenso von der Pflegeintensität, der Abstimmung mit anderen Berufsgruppen, ungeplanten Unterbrechungen und der Frage ab, ob ausreichend Zeit und Entscheidungsspielraum vorhanden sind. Das Job-Demands-Resources-Modell beschreibt, warum hohe Anforderungen vor allem dann problematisch werden, wenn Ressourcen fehlen (Bakker & Demerouti, 2007).

Wer organisatorische Maßnahmen beurteilt, muss zudem zwei Dinge unterscheiden: die tatsächliche Arbeitsmenge und die Folgen der Belastung. Eine Maßnahme kann Burnout-Symptome verringern, ohne die Arbeit selbst zu verändern. Umgekehrt kann ein besserer Ablauf Minuten sparen, ohne dass sich die Erschöpfung unmittelbar verbessert. Für eine wirksame Entlastung sollte beides betrachtet werden.

Was die Forschung bisher zeigt

Aust und Kollegen (2024) werteten 22 kontrollierte Studien zu organisatorischen Interventionen im Gesundheitswesen aus, überwiegend aus Krankenhäusern. In 15 Studien verbesserten sich mindestens einzelne Indikatoren psychischer Gesundheit. Am konsistentesten waren die Ergebnisse bei Veränderungen von Aufgaben und Tätigkeiten; für flexible Arbeitszeitmodelle und die physische Arbeitsumgebung gab es moderate Evidenz. Das ist ermutigend, aber kein Beleg dafür, dass jede Umorganisation funktioniert.

Eine neuere Übersichtsarbeit von Boskma und Kollegen (2025) mit 54 Studien fällt zurückhaltender aus. Die Ergebnisse unterscheiden sich stark: Manche Interventionen zeigen Verbesserungen, manche kaum Wirkungen, einzelne sogar ungünstige Folgen. Die Autoren bewerten die Gewissheit der gesamten Evidenz als sehr niedrig. Die Botschaft dieser beiden Übersichten lässt sich deshalb nicht auf ein Patentrezept verkürzen. Maßnahmen müssen zu den konkreten Belastungsursachen eines Hauses passen und ihre Wirkung muss überprüft werden.

Personal nach dem tatsächlichen Bedarf einsetzen

Werden zu viele Menschen von zu wenig Personal versorgt, helfen auch gut organisierte Übergaben nur begrenzt. Eine große europäische Beobachtungsstudie von Aiken und Kollegen (2014) verband eine höhere Patientenzahl pro Pflegekraft mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass chirurgische Patienten innerhalb von 30 Tagen versterben. Das ist kein experimenteller Nachweis einer einzelnen Personalmaßnahme, unterstreicht aber die Bedeutung der Besetzung für die Versorgung. Auch Griffiths und Kollegen (2019) fanden in einer longitudinalen Krankenhausstudie Zusammenhänge zwischen der Verfügbarkeit examinierter Pflegekräfte und der Sterblichkeit.

Für die Praxis ist daher nicht nur eine langfristige Stellenplanung wichtig. Der Bedarf verändert sich von Tag zu Tag: Aufnahmen, Entlassungen, Pflegeaufwand und akute Verschlechterungen lassen sich nicht allein aus der Bettenzahl ableiten. Hilfreich können realistische Belastungsindikatoren, tägliche Lagebeurteilungen, geschützte Personalreserven und klare Eskalationswege sein. Ein stationsübergreifender Pool entlastet allerdings nur, wenn echte Spielräume vorhanden sind. Wird Personal lediglich von einer überlasteten Station zur nächsten verschoben, ist wenig gewonnen.

Nicht schneller arbeiten, sondern Überflüssiges vermeiden

Ein Teil der Arbeit entsteht durch die Organisation selbst. Dieselbe Information wird mehrfach eingetragen, Untersuchungen müssen wiederholt telefonisch abgestimmt werden, Material fehlt am vorgesehenen Ort, oder qualifiziertes Personal übernimmt Routinetätigkeiten, die anders organisiert werden könnten. Die Beschäftigten werden dann nicht durch die Patientenversorgung allein belastet, sondern durch vermeidbare Reibungsverluste.

Gerade die Veränderung von Arbeitsaufgaben ist in der Übersicht von Aust et al. (2024) vergleichsweise gut belegt. Ein erster Schritt kann deshalb eine einfache Tätigkeitsanalyse sein: Welche Aufgaben kosten viel Zeit? Welche davon sind notwendig, welche doppelt, welche entstehen durch unklare Zuständigkeiten? Erst danach sollten Prozesse verändert werden. Aufgaben an Servicekräfte abzugeben kann sinnvoll sein – vorausgesetzt, die Arbeit wird nicht nur auf eine andere, ebenfalls überlastete Berufsgruppe verlagert.

Dienstpläne, die Erholung tatsächlich ermöglichen

Krankenhäuser benötigen Schichtarbeit. Daraus folgt aber nicht, dass kurzfristige Einspringdienste, ständig wechselnde Arbeitszeiten oder ausfallende Pausen unvermeidbar wären. Dall'Ora und Kollegen (2015) fanden in einer großen europäischen Querschnittsstudie, dass besonders lange Schichten mit mehr emotionaler Erschöpfung und geringerer Arbeitszufriedenheit zusammenhingen. Aus dieser Beobachtung lässt sich kein allgemeines Verbot längerer Dienste ableiten; sie zeigt aber, dass die Gestaltung der Arbeitszeit ernst genommen werden muss.

Verlässliche Dienstpläne, geschützte Ruhezeiten, frühzeitig organisierte Vertretungen und echte Pausen können die Belastung begrenzen. Ebenso wichtig ist die Beteiligung an der Planung. Selbstorganisation darf allerdings nicht bedeuten, dass Beschäftigte den Mangel untereinander verteilen müssen. Die Dienstplanung bleibt eine Führungs- und Organisationsaufgabe, auch wenn Teams mehr Einfluss auf ihre Dienstzeiten erhalten.

Dokumentation vereinfachen – nicht nur digitalisieren

Elektronische Akten erleichtern den Informationszugang, können aber auch zusätzliche Arbeit verursachen. Wenn dieselben Angaben an mehreren Stellen eingegeben werden müssen, Oberflächen umständlich sind oder Systeme nicht zusammenarbeiten, wird die Digitalisierung selbst zum Belastungsfaktor. Sloss und Kollegen (2024) fassten 34 Veröffentlichungen zu Maßnahmen gegen Dokumentationsbelastung zusammen. Die Ansätze reichen von geänderten Abläufen bis zu technischen Hilfen. Die Ergebnisse sind vielversprechend, aber methodisch uneinheitlich und nicht ohne Weiteres auf jedes Haus übertragbar.

Statt pauschal „weniger dokumentieren“ zu fordern, lohnt eine konkrete Prüfung: Welche Angaben werden wofür benötigt? Wo entstehen doppelte Eingaben? Wie viel Zeit verbringen Pflegekräfte und Ärzte nach Dienstschluss noch am System? Der Erfolg einer Software sollte sich daran messen lassen, ob sie nachweislich Arbeit erleichtert und zugleich die Informations- und Patientensicherheit wahrt.

Unterbrechungen und Schnittstellen ernst nehmen

Unterbrechungen gehören zur Klinik, aber nicht jede Rückfrage muss sofort an die Person gehen, die gerade eine anspruchsvolle Tätigkeit ausführt. Telefonate, Alarmmeldungen, Suchwege und wiederholte Abstimmungen können konzentriertes Arbeiten erschweren. Geschützte Arbeitsphasen, eindeutig geregelte Kommunikationswege und verlässliche Vertretungen sind deshalb plausible Maßnahmen. Eine bloße Bitte, jemanden nicht zu stören, hilft wenig, wenn die Anfragen trotzdem irgendwo bearbeitet werden müssen.

Ähnliches gilt für die Schnittstellen zwischen Station, Diagnostik, Transportdienst und Entlassmanagement. Wenn eine Untersuchung mehrfach verschoben wird oder die Entlassung ungeklärt bleibt, entstehen Belastung und Wartezeiten in mehreren Bereichen. Die Optimierung einer einzelnen Station kann deshalb sogar neue Probleme schaffen, wenn die nachfolgenden Prozesse nicht mitgedacht werden.

Beteiligung und Führung: hilfreich, aber kein Ersatz für Ressourcen

Beschäftigte kennen die Schwachstellen des Alltags meist sehr genau. Kurze, regelmäßige Besprechungen über konkrete Arbeitsabläufe können diese Erfahrung nutzbar machen. Entscheidend ist, dass daraus Entscheidungen folgen: Wer ändert was, bis wann und woran wird die Verbesserung erkennbar? Ohne Handlungsspielraum wird Beteiligung schnell zu einer zusätzlichen Aufgabe.

Die Forschung zu Interventionen für Zusammenarbeit, soziale Unterstützung und Führung zeigt gemischte Ergebnisse (Boskma et al., 2025). Gute Führung kann Prioritäten klären, Zuständigkeiten ordnen und Konflikte bearbeiten. Sie ersetzt aber keine ausreichende Besetzung und schafft nicht automatisch Zeit, wo objektiv zu viel Arbeit anfällt.

Warum Resilienzprogramme allein nicht ausreichen

Angebote zur Achtsamkeit, Stressbewältigung oder psychologischen Unterstützung können Beschäftigten helfen. Eine Metaanalyse zu Ärztinnen und Ärzten fand jedoch stärkere durchschnittliche Burnout-Effekte für organisationsbezogene als für rein individuelle Interventionen; auch hier ist die Studienlage begrenzt (Panagioti et al., 2017). Die WHO (2022) empfiehlt deshalb ausdrücklich, psychosoziale Risiken auch an ihren organisatorischen Ursachen zu bearbeiten.

Wer nach einer erneuten Doppelschicht ein Resilienztraining anbietet, hat damit das Problem der Doppelschicht nicht gelöst. Individuelle Unterstützung ist sinnvoll – solange sie nicht die Verantwortung für unzureichende Arbeitsbedingungen auf die Beschäftigten verlagert.

Wie ein Krankenhaus sinnvoll beginnen könnte

Am Anfang sollte eine sorgfältige Bestandsaufnahme stehen. Eine anonyme Mitarbeiterbefragung, etwa mit geeigneten COPSOQ-Skalen, kann zeigen, wo Zeitdruck, geringe Handlungsspielräume oder fehlende Unterstützung besonders ausgeprägt sind. Hinzu kommen überprüfbare Daten: Überstunden, ungeplante Dienste, ausgefallene Pausen, Dokumentationszeiten und Ausfalltage. Wichtig ist, die Berufsgruppen und Arbeitsbereiche getrennt genug zu betrachten, um unterschiedliche Ursachen erkennen zu können.

Anschließend sollten wenige, gut begründete Veränderungen ausgewählt werden. Eine Station könnte beispielsweise die Materiallogistik neu ordnen, eine andere ihre Dienstplanreserve verbessern, ein weiterer Bereich doppelte Dokumentationsschritte abschaffen. Drei bis sechs Monate später sollte geprüft werden, ob die erhoffte Entlastung tatsächlich eingetreten ist – und ob Aufgaben nur an anderer Stelle gelandet sind. Patientensicherheit und Versorgungsqualität müssen dabei mitbeobachtet werden.

Die Studien lassen keinen Zweifel daran, dass organisatorische Veränderungen möglich sind. Sie geben aber auch Anlass zur Vorsicht gegenüber schnellen Erfolgsversprechen. Nicht jede neue Dienstplanregel, jedes digitale System und jede Teambesprechung reduziert Belastung. Wirksam wird eine Veränderung vor allem dann, wenn sie eine tatsächlich vorhandene Ursache beseitigt.

Vielleicht wäre deshalb die sinnvollste Frage an einem überlasteten Arbeitstag nicht, wie die Mitarbeiter noch belastbarer werden können. Sondern welche Abläufe wir ändern müssen, damit gute Arbeit unter normalen Bedingungen wieder möglich ist.

Literatur

Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, *383*, 1824–1830. doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Aust, B., et al. (2024). The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *97*, 485–522. doi.org/10.1007/s00420-024-02065-z

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*, 309–328. doi.org/10.1108/02683940710733115

Boskma, A., et al. (2025). Effectiveness of organization-directed interventions on healthcare professionals' well-being: A systematic review. *eClinicalMedicine*, *88*, 103496. doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103496

Dall'Ora, C., et al. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave. *BMJ Open*, *5*, e008331. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331

Griffiths, P., et al. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, *28*, 609–617. doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043

Panagioti, M., et al. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *177*, 195–205. doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674

Sloss, E. A., et al. (2024). Toward alleviating clinician documentation burden: A scoping review of burden reduction efforts. *Applied Clinical Informatics*, *15*, 446–455. doi.org/10.1055/s-0044-1787007

World Health Organization (2022). *WHO guidelines on mental health at work.* Genf: WHO. who.int/publications/i/item/9789240053052

Zur Einordnung: Dieser Fachaufsatz ist eine narrative, evidenzorientierte Übersicht und keine systematische Vollerhebung. Die angeführten Studien unterscheiden sich in Design, untersuchten Berufsgruppen und Ergebniskriterien. Beobachtete Zusammenhänge sind nicht mit kausalen Wirksamkeitsnachweisen einzelner Maßnahmen gleichzusetzen.