Führung macht den Unterschied

Arbeitsbedingungen diakonischer Pflege im Krankenhaus

Heike Lubatsch, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Stefan Huber

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Führung macht den Unterschied - Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse
3. Hintergrund der Studie
   - 3.1 Vorüberlegungen – zugrunde liegendes Modell
   - 3.2 Leitende Fragestellungen
   - 3.3 Zielsetzung
4. Ausgangssituation der Gesundheits- und Krankenpflege in diakonischen Krankenhäusern
5. Soziodemographische und beschäftigungsrelevante Daten
   - 5.1 Tabellarisch
   - 5.2 Graphisch
   - 5.3 Vergleich ausgewählter Ergebnisse mit anderen Studien
6. Wie geht`s den Pflegenden?
   - 6.1. Arbeitszufriedenheit
   - 6.2 Burnout
   - 6.4 Sinnerleben im Beruf
7. Was macht Sinn?
   - 7.1 Sinnquelle Patient
   - 7.2 Sinnquelle Team
   - 7.3 Sinnquelle Tradition
   - 7.4 Sinnquelle Selbstverwirklichung
   - 7.5 Sinnquelle Glaube
   - 7.6 Selbstwirksamkeit
8. Pflegen aus der Kraft des Glaubens?
   - 8.1 Diakonische Identität
   - 8.2 Religiöse Zentralität
   - 9.3 Diakonisches Klima
   - 9.4 Diakonischer Druck
   - 9.5 Unterstützung durch die Seelsorge
9. Was sind für Pflegende arbeitsbedingte, nicht religiöse Ressourcen oder Belastungsfaktoren?
   - 9.1 Zeitdruck
   - 9.2 Finanzielle Situation
   - 9.3 Soziomoralische Atmosphäre
   - 9.4 Unterstützung durch Vorgesetzte
   - 9.5 Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen

9.6 Patientinnen und Patienten als Ressource und Belastung
10. Was ist Pflegenden in ihrem Beruf wichtig?
11. Was wünschen sich Pflegende von ihrem Arbeitgeber?
12. Zusammenfassendes Modell der Zusammenhänge
13. Führung macht den Unterschied: Schlussfolgerungen und Empfehlungen
14. Literaturverzeichnis
Anhang
A. Durchführung der Befragung
A.1 Reliabilitätsprüfung
A.2 Korrelationen
A.3 Pretests
A.4 Stichprobe
A.5 Rücklauf
A.6 Zeitplan
A.7 Datenschutz
A.8 Genehmigung durch MAV/Betriebsrat
B. Grenzen der Studie
C. Ergänzende Studien im Überblick

Flyer
Fragebogen
Datenschutzerklärung

1. Einleitung

Die Verweildauer in Krankenhäusern wird immer kürzer, Pflegepersonal wird reduziert bei gleichzeitigem Anstieg der zu betreuenden und pflegenden Menschen. Wie kommen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit diesen Einschnitten in ihrem Arbeitsleben zurecht? Wie ist es um die Mitarbeiterzufriedenheit bestellt, wie um das Sinnerleben? Gibt es Kraftquellen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Wie relevant ist Burnout? Die vorliegende Studie hat sich mit den vielfältigen Anforderungen der Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt und zwei Fragekomplexen genauer untersucht:

1. Wie geht´s Pflegenden in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens?
2. Pflegen aus der Kraft des Glaubens?

Wir haben somit auch die Religiosität und die diakonische Identität der Pflegenden in den Fokus genommen. Uns interessierte, wie in diakonischen Krankenhäusern gearbeitet und das Miteinander gestaltet wird – jenseits der Festtagsreden. Oder anders ausgedrückt: Wie sieht die Unternehmenskultur aus? In vielen diakonischen Einrichtungen ist das Interesse neu erwacht, unter den Bedingungen des Sozialmarkts die eigene christliche Identität zu klären und zu sichern. Dabei rückt die Herausforderung einer erkennbar diakonisch geprägten Alltagskultur ins Zentrum. Wie erleben Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern die Kultur in ihrer Einrichtung? Auch diesen Fragen wurden im Rahmen der Untersuchung nachgegangen.

Die schriftliche Befragung wurde vom Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD in Auftrag gegeben und im Zeitraum von November 2010 bis August 2011 durchgeführt. Ziel war es, aussagekräftige Daten zu der Arbeitszufriedenheit, dem Burnout und Sinnerleben im Beruf von Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erhalten. Zum einen wurde die Ausprägung der Faktoren untersucht und zum anderen wollten wir wissen, in welchem Zusammenhang sie zu verschiedenen Ressourcen oder Belastungsfaktoren stehen. Dabei wurden religiöse und nicht religiöse sowie arbeitsbezogene und personale Belastungsfaktoren und Ressourcen unterschieden.

Es wurde davon ausgegangen, dass viele Pflegepersonen an den Grenzen ihrer Kraft angelangt sind und ihnen der Sinn in ihrer Arbeit verloren gegangen ist.

Zielgruppen der Befragung waren Pflegepersonen in allen diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens, in ausgewählten säkularen Krankenhäusern Niedersachsens sowie in ausgewählten diakonischen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern.

Teilgenommen haben Pflegepersonen in acht diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens, in zwei städtischen Krankenhäusern Niedersachsens und in zwei Krankenhäusern in den neuen Bundesländern. Insgesamt konnten 882 Fragebögen ausgewertet werden. Davon stammen 614 Fragebögen aus diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens, 107 Fragebögen aus den zwei städtischen Krankenhäusern und 161

Fragebögen aus diakonischen Krankenhäuser in Ostdeutschland. Die Ergebnisse werden in der Studie jeweils differenziert dargestellt: Gesamt (=diakonisch Niedersachsen, diakonisch Ost und städtisch) sowie Diakonische Krankenhäuser Niedersachsen.

Neben den Ergebnissen dieser Untersuchung finden Sie in den einzelnen Kapiteln auch Ergebnisse anderer Untersuchungen zu jeweils ähnlichen Fragestellungen. Dadurch entsteht ein umfassendes Bild zu den jeweiligen Themenkomplexen und die Ergebnisse dieser Arbeit können in den Kontext anderer Studien eingeordnet werden.

Bevor die Ergebnisse im weiteren Verlauf differenziert dargestellt werden, erhalten Sie gleich im folgenden Kapitel eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse. Führung macht den Unterschied... Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die arbeitsbezogenen Ressourcen und Belastungsfaktoren - sowohl religiös wie auch nicht religiös – einen deutlich höheren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und dem Sinnerleben aufweisen, als die personalen Faktoren. Die Rolle der Führungspersonen spielt eine herausragende Rolle. Als personale Ressource bildet das Sinnerleben im Beruf eine Ausnahme – es steht in hohem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Burnout. Im dritten Kapitel wird der Hintergrund der Studie mit den Vorüberlegungen, den leitenden Fragestellungen und der Zielsetzung dargestellt. Anschließend wird die Ausgangssituation der Gesundheit- und Krankenpflege in Diakonischen Krankenhäusern beschrieben. Ergebnisse zu soziodemographischen und beschäftigungsrelevanten Daten finden Sie im fünften Kapitel – sie sind sowohl tabellarisch als auch graphisch dargestellt. Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit der Frage „Wie geht´s den Pflegenden?“. Hier werden die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit, dem Burnout und dem Sinnerleben von Pflegenden dargestellt. Im siebten Kapitel wird die Frage gestellt: „Was macht Sinn?“. Es wurden fünf verschiedene mögliche Sinnquellen untersucht: Die Sinnquelle Patient, die Sinnquelle Team,die Sinnquelle Tradition, die Sinnquelle Selbstverwirklichung und die Sinnquelle Glaube. Als weitere mögliche personale Ressource wurde die Selbstwirksamkeit der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger untersucht. Im achten Kapitel geht es um die für Diakonische Krankenhäuser relevante Frage „Pflegen aus der Kraft des Glaubens?“. Die Pflegepersonen wurden zur Diakonischen Identität, Religiosität, dem Diakonisches Klima, einem möglichen Diakonischen Druck und der Unterstützung durch die Seelsorge befragt. Im neunten Kapitel geht es um eine Reihe von möglichen arbeitsbezogenen Ressourcen oder Belastungsfaktoren. Es sind Ergebnisse zum Zeitdruck, zur finanziellen Situation der Pflegepersonen, der soziomoralische Atmosphäre, der Unterstützung durch Vorgesetzte sowie Kolleginnen und Kollegen und Patientinnen und Patienten als Ressource und Belastung. Anschließend geht es um die Ergebnisse

berufsspezifischer Faktoren – was ist Pflegenden wichtig? und die Wünsche, die die Pflegepersonen an die Arbeitgeber geäußert haben.
Den Abschluss der Ergebnisdarstellung bildet ein zusammenfassendes Modell der verschiedenen Zusammenhänge, die zum einen zwischen der Arbeitszufriedenheit, dem Burnout und dem Sinnerleben bestehen und zum anderen die Zusammenhänge dieser drei Faktoren mit den verschiedenen Belastungsfaktoren und Ressourcen.
Im Anhang finden Sie weitere Angaben zur Durchführung der Untersuchung.

In den folgenden Ausführungen werden häufiger die Begriffe „Pflegepersonen“ oder „Pflegende“ verwendet. Dies fasst die verschiedenen Berufsgruppeninnerhalb der Pflege zusammen, die an der Befragung teilgenommen haben. 90 Prozent sind davon dreijährig ausgebildet.

Wir danken allen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, die an unserer Untersuchung teilgenommen haben und sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen. Unser Dank gilt auch den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern, die es in diesen turbulenten Zeiten gewagt haben, genau hinzugucken und wissen wollten, wie es um die größte Berufsgruppe in ihrem Krankenhaus bestellt ist. Ebenso danken wir allen Mitarbeitervertreterinnen und Mitarbeitervertretern, die unserer Befragung zugestimmt haben. Vielen Dank!

2. Führung macht den Unterschied – Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Fazit

Führung macht den Unterschied in der Arbeitszufriedenheit und dem Burnout der Pflegepersonen in den verschiedenen beteiligten Krankenhäusern. Die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten hat einen wesentlichen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und Burnout der beteiligten Pflegepersonen. Ebenfalls stehen die soziomoralische Atmosphäre und das Diakonische Klima in deutlichem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Burnout – beides Faktoren, die wesentlich von Führungspersonen geprägt werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die arbeitsbezogenen Ressourcen und Belastungsfaktoren - sowohl religiös wie auch nicht religiös – einen deutlich höheren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und dem Sinnerleben aufweisen, als die personalen Faktoren. Die Rolle der Führungspersonen spielt eine herausragende Rolle. Als personale Ressource bildet das Sinnerleben im Beruf eine Ausnahme – es steht in hohem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Burnout. Als religiöse personale Faktoren wurden die Religiöse Zentralität und die Diakonische Identität untersucht. Die religiöse Zentralität steht in so geringem Zusammenhang mit den drei Aspekten der Arbeitszufriedenheit, dem Burnout und dem Sinnerleben der Pflegepersonen, dass sie in diesem Zusammenhang vernachlässigt werden kann. Die Diakonische Identität steht in höherem Zusammenhang und ist auch stärker ausgeprägt als die Religiöse Zentralität. Die entscheidende Rolle im diakonischen Kontext spielt jedoch das Diakonische Klima. Das Diakonische Klima repräsentiert das Ausmaß, in dem der Glaube den Umgang im Alltag prägt und in wie weit der diakonische Anspruch und die gelebte Wirklichkeit im Alltag im Einklang stehen. Das Diakonische Klima steht in deutlichem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und dem Sinnerleben im Beruf und ist in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens zu 11 Prozent hoch ausgeprägt und zu 54 Prozent niedrig ausgeprägt. Es besteht dringender Bedarf das Diakonische Klima zeitgemäß zu gestalten und zu kultivieren.

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Die vorliegende Studie wurde 2010 bis 2011 vom Sozialwissenschaftlichen Institut der Evangelischen Kirche Deutschland (EKD) durchgeführt.

Übergeordnete Zielsetzung

Primäres Ziel der Untersuchung ist die Beschreibung von Zusammenhängenzwischen verschiedenen Ressourcen und Belastungsfaktoren mit der Arbeitszufriedenheit, dem Burnout sowie dem Sinnerleben von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern in

diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens. Ein besonderer Augenmerk liegt auf dem Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit, Burnout und Sinnerleben mit religiösen Belastungsfaktoren und Ressourcen.

Schriftliche Befragung

Basis der Studie ist eine schriftliche Befragung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens. Mit dem Ziel Vergleichsgruppen zu erhalten, wurden Städt. Krankenhäuser in Niedersachsen und diakonische Krankenhäuser in den neuen Bundesländern einbezogen.

Rücklauf

In diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens wurden 1832 Fragebögen verteilt und 614 ausgefüllt zurückgesendet. Dies entspricht einem Rücklauf von 33,5 Prozent. In diakonischen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern wurden 436 Fragebögen verteilt und 161 ausgefüllt zurückgesendet – in städt. Krankenhäusern Niedersachsens wurden 290 Fragebögen verteilt und 107 zurückgesendet. Dies entspricht insgesamt einem Rücklauf von 40,8 Prozent.

Pflegepersonen über 50 Jahre

24 Prozent der beteiligten Pflegepersonen ist 50 Jahre oder älter. Damit liegt der Anteil der über 50-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt in der Berufsgruppe insgesamt. Laut dem Bundesamt für Statistik lag der Anteil der über 50-jährigen in 2006 in der Berufsgruppe insgesamt bei 17 Prozent[1]. Als Folge des massiven Abbaus der Pflege aus dem Krankenhaus im letzten Jahrzehnt beschleunigt sich der berufsdemografische Wandel in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege. Schreibt man den Trend der letzten Jahre fort, so wird ab dem Jahr 2014 die Gruppe der über 50-Jährigen Mitarbeiter größer sein als die Gruppe der unter 35-Jährigen. Es bedarf gezielte gesundheitsfördernde Konzepte für Pflegepersonen über 50 Jahre.

Ausbildung

82 Prozent der beteiligten Pflegepersonen sind dreijährig ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger. Zwei Prozent sind ausgebildete Altenpflegerinnen und -pfleger und sechs Prozent Gesundheits- und Kínderkrankenpflegerinnen und -pfleger.

Teilzeitquotient

35 Prozent der beteiligten Pflegepersonen arbeiten in Teilzeit. Laut Pflege-Thermometer gab jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft an, eine Reduzierung der

[1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 46.

Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben.In Zeiten fehlender Pflegepersonen stellt die Erhöhung der Arbeitszeit von Teilzeit auf Vollzeit für Einrichtungen eine personelle Ressource dar. Es bedarf Rahmenbedingungen, auch in Form von sozialer Unterstützung durch die Vorgesetzten und der Gestaltung einer förderlichen Unternehmenskultur, die Vollzeit vermehrt ermöglichen.

Berufszugehörigkeit und Betriebszugehörigkeit

Der Anteil der Pflegepersonen, die 20 Jahre und mehr in dem derzeitigen Krankenhaus arbeiten ist mit 36 Prozent hoch ausgeprägt – ebenso mit 36 Prozent der Anteil an Pflegepersonen, die länger als 25 Jahre dem Beruf angehören.

Kirchenzugehörigkeit

Der Anteil der Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens, die keiner Kirche angehören, schwankt zwischen null und 22,7 Prozent.

Arbeitszufriedenheit

Im Durchschnitt ist bei 36 Prozent der beteiligten Pflegenden insgesamt die Arbeitszufriedenheit hoch ausgeprägt – in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens liegt sie bei 30 Prozent. Die Ausprägung ist in den beteiligten Krankenhäusern sehr unterschiedlich, d.h. es gibt Krankenhäuser in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich zufriedener sind als in anderen. Die Durchschnittswerte können in keinster Weise zufriedenstellend sein. Wenn man die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als interne Kunden betrachtet, wird dies besonders deutlich. Kein Unternehmen kann es dabei belassen, dass nur 30 bis 36 Prozent der Kunden wirklich zufrieden sind.
Es besteht ein hoch ausgeprägter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und dem Sinnerleben im Beruf, der soziomoralischen Atmosphäre, dem Diakonischen Klima, der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetztenund Kollegen, sowie ein hoher negativer Zusammenhang zwischen Burnout und der Arbeitszufriedenheit.Die höchste Unzufriedenheit liegt bei der Entlohnung (45 Prozent) und der Anerkennung für die Leistung und die Ergebnisse der Arbeit (42 Prozent).Die höchste Zufriedenheit liegt beim Inhalt der Arbeit (66 Prozent), den sozialen Beziehungen mit den Kollegen (69 Prozent) und der Vielfältigkeit der Arbeitstätigkeit (60 Prozent). Es wird deutlich, dass den Führungspersonen eine hohe Bedeutung im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit zu kommt. Sie haben entscheidende Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der soziomoralischen Atmosphäre, dem Diakonischen Klima sowie der Ausgestaltung der sozialen Unterstützung durch sie selber und durch die Kollegen.

Burnout

Der Faktor, der den höchsten Zusammenhang mit Burnout aufweist, ist eindeutig der Zeitdruck. Ähnlich hoch ist der Zusammenhang mit dem Sinnerleben der Pflegenden und der Arbeitszufriedenheit. Ein wesentlicher Zusammenhang besteht ebenfalls mit der Unterstützung durch Vorgesetzte, der soziomoralischen Atmosphäre, dem Diakonischen Druck, der Unterstützung durch Kollegen, den Patienten als Ressource und belastenden Patienten sowie dem Diakonischen Klima.
19 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern in Niedersachsen zeigen eine hohe und 55 Prozent eine mittlere Ausprägung von Burnout-Indizien.

Sinnerleben im Beruf

Bei ca. 80 Prozent der beteiligten Pflegepersonen ist das Sinnerleben im Beruf hoch ausgeprägt. Das Sinnerleben ist somit eine sehr hoch ausgeprägte personale Ressource der Pflegepersonen mit hohem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen sowie einem hohen negativen Zusammenhang mit Burnout. Dies spiegelt auch die relativ hohe Zufriedenheit mit den Inhalten der Arbeit wieder sowie die hohe Ausprägung der Sinnquellen, die in Zusammenhang mit den Patientinnen und Patienten sowie dem Team stehen.

Sinnquellen

98 Prozent der Pflegenden ist die Sorge für das Wohl der Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Für 93 Prozent der Pflegenden ist ein gutes Team sehr bedeutsam. 64 Prozent der Pflegenden fühlen sich im Alltag von ihren Kolleginnen und Kollegen in hohem Maß unterstützt. Für 88 Prozent der Pflegenden ist Ordnung/Tradition sehr bedeutsam. Für 74 Prozent der Pflegenden ist die Selbstverwirklichung von hoher Bedeutung. Für 22 Prozent der Pflegenden ist der Glaube eine bedeutsame Sinnquelle im Beruf – in diakonischen Krankenhäusern zu 24 Prozent.

Selbstwirksamkeit

56 Prozent der beteiligten Pflegepersonen weisen eine hohe Ausprägung von Selbstwirksamkeit auf – nur 2 Prozent eine niedrige Ausprägung.

Diakonische Identität

Ca. 30 Prozent der beteiligten Pflegepersonen haben eine hoch ausgeprägte Diakonische Identität – 18 Prozent zeigen eine niedrig ausgeprägte Diakonische Identität. Die Ausprägung hoher diakonischer Identität variiert in den beteiligten Krankenhäusern zwischen

14 und 75 Prozent. Die Diakonische Identität steht in hohem Zusammenhang mit der religiösen Zentralität und dem diakonischen Klima.
Die diakonische Identität zeigt einen mittleren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und der soziomoralischen Atmosphäre sowie mit dem Sinnerleben im Beruf.

Religiöse Zentralität

15 Prozent der beteiligten Pflegepersonen sind in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens hoch religiös, d.h. die Religiosität ist so zentral in der Persönlichkeit verankert, dass sie deutlichen Einfluss auf das Erleben sowie Verarbeitungs- und Handlungsweisen der Person hat. Knapp 60 Prozent sind religiös, d.h. Religiosität kommt im Leben vor, spielt jedoch in der Architektur der Persönlichkeit eine untergeordnete Rolle, dass heißt das der Einfluss auf das Erleben sowie Verarbeitungs- und Handlungsweisen der Person eher gering sind. Jede vierte Pflegeperson in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens ist nicht religiös, d.h. dass religiöse Inhalte und Praktiken im individuellen Lebenshorizont kaum vorkommen. Zu hinterfragen ist, ob nicht religiöse Pflegepersonen bei Patientinnen und Patienten religiöse Bedürfnisse wahrnehmen und berücksichtigen können. Die Zentralität der Religiosität von Pflegepersonen hat einen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und Sinnerleben in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens – er ist jedoch marginal und im Vergleich mit anderen Zusammenhängen zu vernachlässigen. Religiöse Zentralität hat einen hohen Zusammenhang mit der Diakonischen Identität (.68) und einen mittleren Zusammenhang mit dem diakonischen Klima (.34).

Religiosität

26 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben ihren Glauben „sehr“ oder „ziemlich“ als Kraftquelle im Beruf. Sieben Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens beten oft oder sehr oft für Patienten – 66 Prozent tun dies nie oder selten. 75 Prozent erleben nie oder selten „heilige“ Momente im Berufsalltag - 5 Prozent oft oder sehr oft. 18 Prozent schätzen, dass religiöse Fragen ihre Patienten stark beschäftigen – 27 Prozent vermuten, dass religiöse Fragen ihre Patienten gar nicht oder wenig beschäftigen. 66 Prozent ist es sehr oder ziemlich wichtig, dass sie die religiösen Bedürfnisse der Patienten im Rahmen professioneller Pflege berücksichtigen – sechs Prozent ist dies gar nicht oder wenig wichtig.

Diakonisches Klima

11 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben das „Diakonische Klima“ hoch ausgeprägt - 54 Prozent erleben es als niedrig ausgeprägt. Das Diakonische Klima hat einen hohen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, der Sinnquelle „Glaube“, der soziomoralischen Atmosphäre sowie der

Diakonischen Identität. Ein mittlerer Zusammenhang besteht mit dem Sinnerleben im Beruf, der Zentralität der Religiosität sowie der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten. Ein mittlerer negativer Zusammenhang besteht mit Burnout. Ein geringer Zusammenhang besteht mit allen anderen untersuchten Faktoren mit Ausnahme den belastenden Patienten.

Diakonischer Druck

12 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben den „Diakonischen Druck“ als hoch und 49 Prozent als gering. Der Diakonische Druck steht in mittlerem negativem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, dem Sinnerleben im Beruf und der soziomoralischen Atmosphäre. Es besteht ein mittlerer positiver Zusammenhang mit Burnout.

Unterstützung durch die Seelsorge

29 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens fühlen sich durch die Seelsorge in ihrer Arbeit sehr oder ziemlich unterstützt. 42 Prozent fühlen sich gar nicht oder wenig durch die Seelsorge in ihrer Arbeit unterstützt.
80 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens wenden sich nie oder selten mit eigenen Fragen an die Seelsorge in der eigenen Einrichtung. 3 Prozent tun dies oft oder sehr oft.

Zeitdruck

Fast 80 Prozent der Pflegepersonen arbeiten oft oder sehr oft unter Zeitdruck.Die Spanne bei den beteiligten Krankenhäusern liegt zwischen 41 Prozent und 98 Prozent.Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und Burnout.Es besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und dem Erleben von belastenden Patienten sowie der Unterstützung durch die Vorgesetzten.

Soziomoralische Atmosphäre

Im Durchschnitt erleben 12 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern in Niedersachsen die soziomoralische Kultur in ihrem Krankenhaus als hoch ausgeprägt. 30 Prozent erleben die soziomoralische Atmosphäre als gering ausgeprägt.Die Werte variieren zwischen den verschiedenen Krankenhäusern.Die soziomoralische Atmosphäre hat einen hohen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Diakonischen Klima.

Finanzielle Situation

Gut 50 Prozent der Befragten erleben keinerlei Mangel oder müssen die Finanzen nur in geringem Maß kontrollieren. Ca. 45 Prozent müssen ihre finanzielle Situation in höherem

oder sehr hohem Maß kontrollieren. 0,5 Prozent der Befragten in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben anhaltenden Mangel oder Armut.

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte

41 Prozent der Pflegepersonen fühlen sich in hoher Ausprägung durch die Vorgesetzten unterstützt - 28 Prozent fühlen sich in niedrigem Ausmaß durch Ihre Vorgesetzten unterstützt.Das Spektrum der Pflegepersonen, die sich in hoher Ausprägung durch den Vorgesetzten unterstützt fühlen, liegt in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 14 und 82 Prozent.Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch die Vorgesetzten und der Arbeitszufriedenheit, ein mittlerer Zusammenhang mit Sinnerleben im Beruf und ein hoher negativer Zusammenhang mit Burnout.

Soziale Unterstützung durch Kollegen

64 Prozent der beteiligten Pflegepersonen fühlen sich durch ihre Kolleginnen und Kollegen in hoher Ausprägung unterstützt. Die Spannbreite der Pflegepersonen, die sich in hohem Maß durch ihre Kolleginnen und Kollegen unterstützt fühlen, liegt in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 42 und 94 Prozent.
Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch die Kollegen und der Arbeitszufriedenheit, ein mittlerer Zusammenhang mit Sinnerleben im Beruf und ein mittlerer negativer Zusammenhang mit Burnout.

Patienten als Ressource und Belastung

Ca. 70 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben in hoher Ausprägung Patientinnen und Patienten, die ihnen etwas zurückgeben – in Form von Dankbarkeit, Freundlichkeit, Kooperation und deutlichen Heilungserfolgen. Ca. 52 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben in hoher Ausprägung belastende Patienten, wie beispielsweise selbstbezogene und „schwierige“ oder sehr leidende und sterbende Patienten. Es besteht ein mittlerer Zusammenhang zwischen den Patientinnen und Patienten als Ressource und der Arbeitszufriedenheit und dem Sinnerleben im Beruf sowie ein mittlerer negativer Zusammenhang mit Burnout. Zwischen belastenden Patientinnen und Patienten und Burnout besteht ein mittlerer Zusammenhang.

Berufsspezifische Aspekte

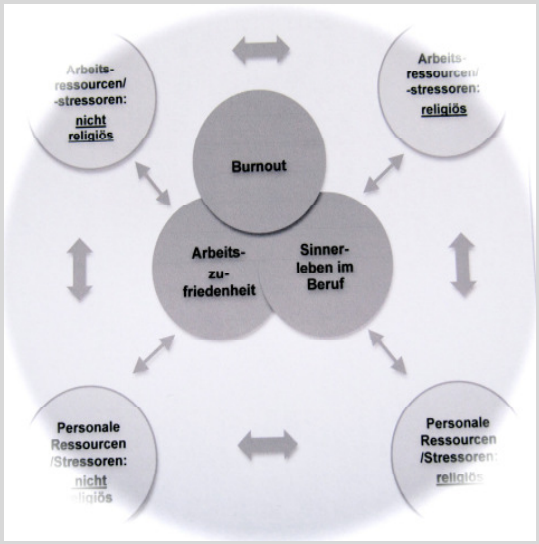
Im Rahmen professioneller Pflege ist Pflegenden die einfühlsame Nähe mit 83 Prozent am wichtigsten – gefolgt von dem ergänzenden Gegenpart – der professionellen Distanz mit 79 Prozent. Die Berücksichtigung von Sinnfragen der Patientinnen und Patienten ist 71 Prozent der Befragten sehr oder ziemlich wichtig. 69 Prozent der Befragten ist es im Rahmen professioneller Pflege auch wichtig, gut für sich selber zu sorgen – für 66 Prozent ist es sehr

oder ziemlich wichtig die religiösen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Wünsche an den Arbeitgeber

Ca. 10 Prozent der beteiligten Pflegepersonen wünschen sich ziemlich oder sehr Informationen über den Glauben und/oder religiöse Angebote.26 Prozent wünschen sich ziemlich oder sehr Unterstützung im Umgang mit Sinnfragen.70 Prozent der beteiligten Pflegepersonen wünschen sich Unterstützung bei der Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit.

3. Hintergrund der Studie



Grundannahmen der Untersuchung

- Viele Pflegepersonen sind an den Grenzen ihrer Kraft angelangt;
- Vielen Pflegepersonen geht der Sinn in ihrer Arbeit verloren;
- Ob traditionelle religiöse Wurzeln den Pflegepersonen Kraft für die Ausübung ihres Berufs schenken, ist fraglich;
- In Diakonischen Krankenhäusern ringt man um eine Schärfung des Diakonischen Profils;
- Es wächst die Offenheit und Gewissheit, dass neben der Ökonomie anderen „Größen“ in Diakonischen Krankenhäusern Raum und Zeit eingeräumt werden sollte.

Übergeordnete Zielsetzung

1. Erhebung von Daten zu folgenden Themenkreisen:

- Glauben als Kraftquelle
- Sinnerleben im Beruf
- Arbeitszufriedenheit
- Burnout
- Belastungsfaktoren
- Ressourcen
- Diakonische Identität
- Unternehmenskultur

2. Schaffen einer Datengrundlage, die es ermöglicht die Wurzeln des christlichen Glaubens in der Berufsgruppe der Pflege als Feuer neu zu beleben.

Leitende Fragestellungen

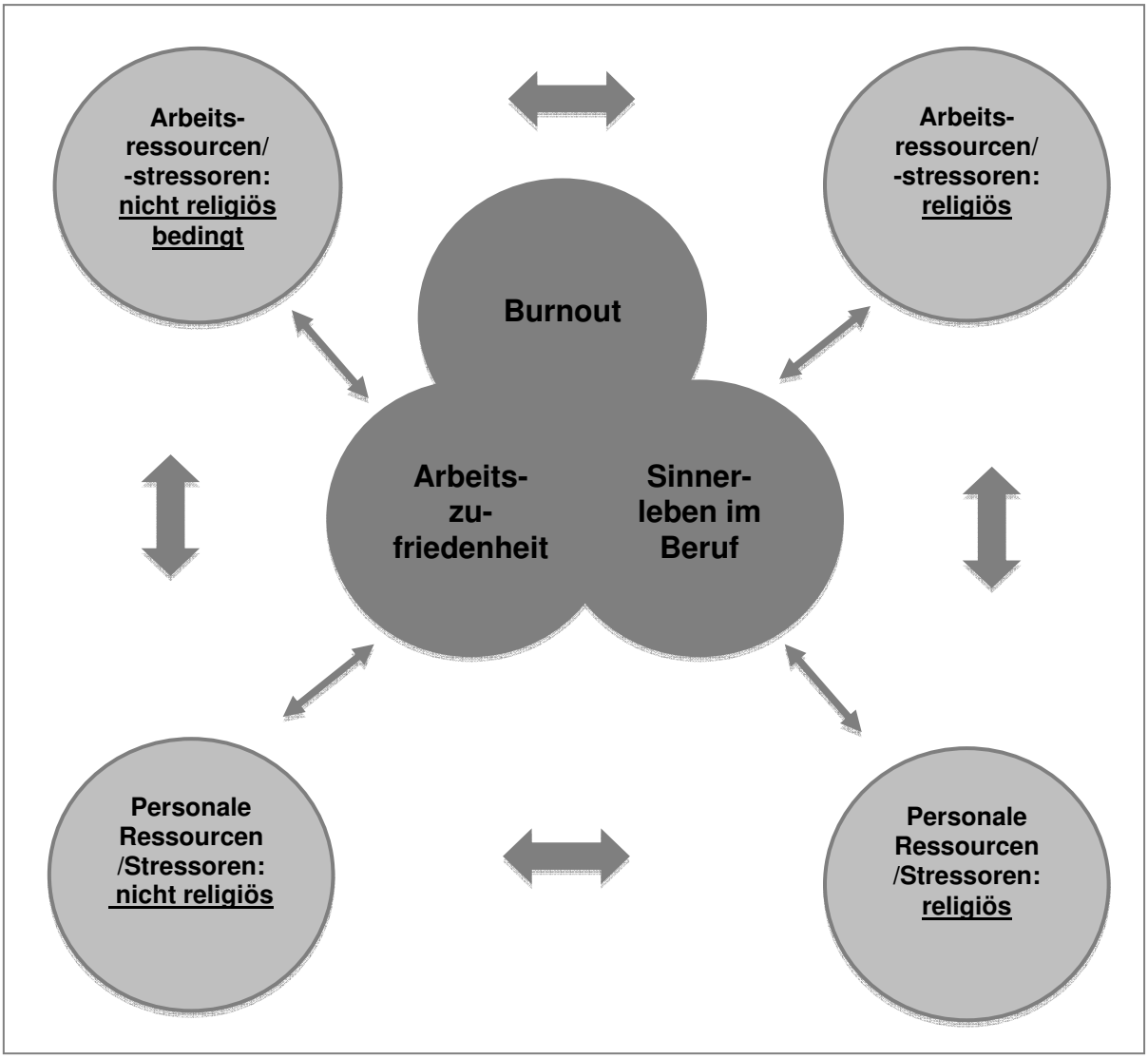
- Wie sinnvoll erleben Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern ihr berufliches Handeln?
- Wie zufrieden sind die Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern mit ihrer Arbeit?
- Wie ausgebrannt sind Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern?
- Welche Faktoren beeinflussen Sinnerleben, Arbeitszufriedenheit und Burnout?
- Wie stark ist der Einfluss des Glaubens auf Sinnerleben, Arbeitszufriedenheit und Burn out bei Pflegepersonen in diakonischen Einrichtungen?

Zielgruppen der Befragung

- Pflegepersonen in allen diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens
- Pflegepersonen in ausgewählten säkularen Krankenhäusern Niedersachsens
- Pflegepersonen in ausgewählten diakonischen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern

Modellvorstellung

Arbeitsressourcen/ -stressoren: nicht religiös bedingt	**Arbeitsressourcen/ -stressoren: religiös bedingt**	**Personale Ressourcen /Stressoren: nicht religiös bedingt**	**Personale Ressourcen /Stressoren: religiös bedingt**
Nicht sozial:	Diakonisches Klima	Selbstwirksamkeit	Diakonische Identität
Finanzielle Situation	Diakonischer Druck	Sinnquelle Selbstverwirklichung	Positive religiöse Gefühle
Zeitdruck	Unterstützung durch Seelsorge	Sinnquelle Team	Negative religiöse Gefühle
Sozial:		Sinnquelle Patient	Religiöse Zentralität
Soziomoralische Atmosphäre		Sinnquelle Tradition	Sinnquelle Glaube
Unterstützung durch Kolleginnen			
Unterstützung durch Vorgesetzte			
Patienten als Ressource			
Belastende Patienten			



4. Ausgangssituation der Gesundheits- und Krankenpflege in diakonischen Krankenhäusern

Größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen

Mit 774.000 Beschäftigen im Jahr 2008 stellt die Gesundheits- und Krankenpflege die größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft dar. Zu den in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten 396.000 Pflegekräften gehörten im Jahr 2008 unter anderem 320.000 Gesundheits- und Krankenpfleger, 37.600 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 17.500 Krankenpflegehelfer. Der Frauenanteil an den Pflegekräften lag nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge im Jahr 2008 bei 86,4%.

Stellenabbau

In den Jahren 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut. Das bedeutet ein Minus von 14,2 Prozent oder jede 7. Stelle.

Seit 2005 ist eine Abschwächung des Trends erkennbar - im Jahr 2008 zeigt sich erstmals eine Änderung. Bundesweit wurden in 2008 in den allgemeinen Krankenhäusern 1840 Vollkräfte zusätzlich im Pflegedienst beschäftigt. Umgerechnet auf die Versorgungseinrichtungen bedeutet dies, dass weniger als eine Stelle pro Krankenhaus in Deutschland zusätzlich geschaffen wurde.

Anstieg der behandelten Patienten und der durchschnittlichen Verweildauer

Die Zahl der behandelten Patienten hat sich kontinuierlich erhöht. Im Jahr 1995 wurden rund 15.6 Mio. Fälle in allgemeinen Krankenhäusern behandelt, im Jahr 2008 waren es bereits 17.5 Mio. Bei Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer auf 8,1 Tage hat sich die Pflegekraft-Patienten-Relation seit 2007 von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft verändert.

Personalkosten im Pflegebereich

Von den rund 3,8 Mrd. Mehrausgaben (Personalkosten) bundesweit für die allgemeinen Krankenhäuser seit 2002 waren rund 3 Mio. für die Krankenhausärzte - Seit 2002 sind die Personalkosten im ärztlichen Bereich um 33 Prozent gestiegen. Im Gegensatz dazu stagnierten die Personalkosten im Pflegebereich, d.h. die tariflichen Erhöhungen seit 2002 wurden alleine durch den Abbau an Stellen im Pflegebereich aufgefangen.

Die Krankenhauspflege altert schneller

Als Folge des massiven Abbaus der Pflege aus dem Krankenhaus im letzten Jahrzehnt beschleunigt sich der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Abbau der Stellen ist vor allem bei den jüngeren Mitarbeitern, insbesondere auch durch weniger Übernahmen von Ausbildungsabsolventen, umgesetzt worden. Dadurch altert die Krankenhauspflege statistisch gesehen schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung. 2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000, was einem Minus von mehr als 15 Prozent entspricht. Der Bestand an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleich Zeitraum dabei fast verdoppelt.

Zunahme der Teilzeitbeschäftigung

Der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden steigt kontinuierlich. Lag deren Anteil in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 34,71 Prozent, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 45,57 Prozent der Beschäftigten an. Jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft gab an, eine Reduzierung der Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben.

Anstieg der Belastungen

Im Pflege-Thermometer wurden als objektive Belastungsdaten die Veränderung bei der Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten, der tatsächliche Personalabbau, die Anzahl der geleisteten Überstunden sowie das Einspringen an eigentlich freien Wochenenden und Feiertagen untersucht. Mehr als zwei Drittel der befragten Pflegenden berichten über eine Erhöhung der Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten im vergangenen Jahr. Bei jeder zweiten befragten Pflegeperson ging dies einher mit einem weiteren parallelen Stellenabbau in der direkten Arbeitsumgebung. Hochgerechnet auf alle Gesundheits- und Krankenpflegenden in Krankenhäusern in Deutschland wurden in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Überstunden für rund 15000 zusätzliche Vollzeitkräfte in Deutschland geleistet.

Nach den Ergebnissen des Mirkozensus 2007 sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger bezogen auf Schichtdienst, Wochenend- und Feiertagsarbeit sowie Nachtdienst besonders stark belastet. Die Berufsgruppe leidet besonders häufig unter arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen. Ihre Tätigkeit ist im besonderen Ausmaß durch schwierige Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten sowie Zeitdruck und Arbeitsbelastung gekennzeichnet.

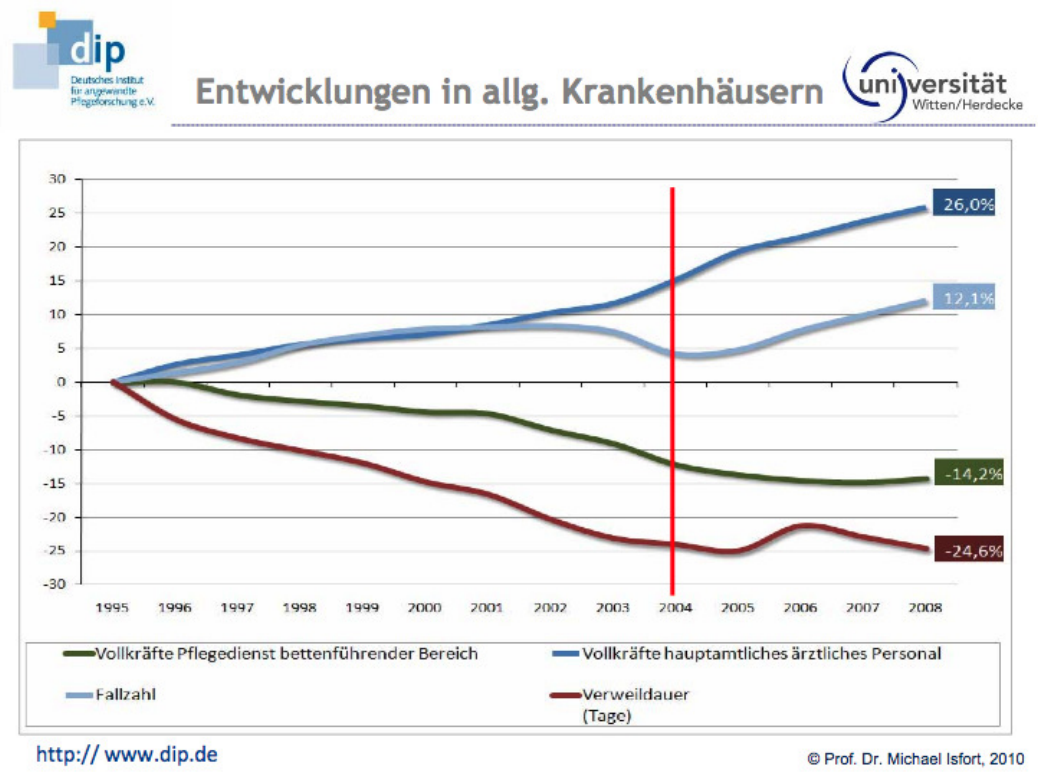
Mängel in der Patientenversorgung

Den Ergebnissen des Pflege-Thermometers stellen Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme sondern die Regel dar. Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patientinnen und Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patientinnen und Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Vier von fünf Pflegepersonen weisen darauf hin, dass sie Mängel in den letzten sieben Tagen nicht ausschließen konnten. Nur jede dritte Pflegeperson geht davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können.

Gewissensstress

In der Pflege rückt ein besonderer Widerspruch in den Fokus: der Widerspruch zwischen dem, was die Pflegenden unter „guter Pflege“ verstehen, wie sie auch von Patientinnen und Patienten – oftmals in Übereinstimmung mit den Pflegeleitlinien der entsprechenden Einrichtung – erwartet wird, und dem was die Arbeitsorganisation und Leitung ihnen an Schnelligkeit und Oberflächlichkeit abverlangt. Dieser Widerspruch erzeugt ethische

Konflikte , die in der neueren Forschung „stress of conscience – Gewissensstress genannt werden. In der Pflegepraxis wird eine besondere Ausprägung dieser Praxis beobachtet. Hien 2009



Nach Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger besonderen Belastungen ausgesetzt. Steigende Patientenzahlen, Verkürzungen der Verweildauern in Krankenhäusern führen bei gleichzeitigem Pflegepersonalabbau zu einer Arbeitsverdichtung.

5. Soziodemographische und beschäftigungsrelevante Daten

5.1 Tabellarisch

Im Folgenden finden Sie die soziodemographischen und beschäftigungsrelevanten Daten tabellarisch dargestellt.

	Nieder-sachsen		**Gesamt**	
	Häufig-keit	Prozent	Häufig-keit	Prozen t
Geschlecht				
weiblich	509	83	752	85,3
männlich	102	17	127	14,4
Keine Angabe			3	0,3
Alter				
Bis 24 Jahre	62	10	94	10,7
25-29 Jahre	62	10	90	10,2
30-39 Jahre	147	24	211	23,9
40-49 Jahre	178	29	271	30,7
50-54 Jahre	96	16	122	13,8
55 Jahre und älter	64	10	87	9,9
Keine Angaben	5	1	7	0,8
Staatszugehörigkeit				
Deutsch	599	98	865	98,1
Andere	12	2	14	1,6
Keine Angabe			3	0,3

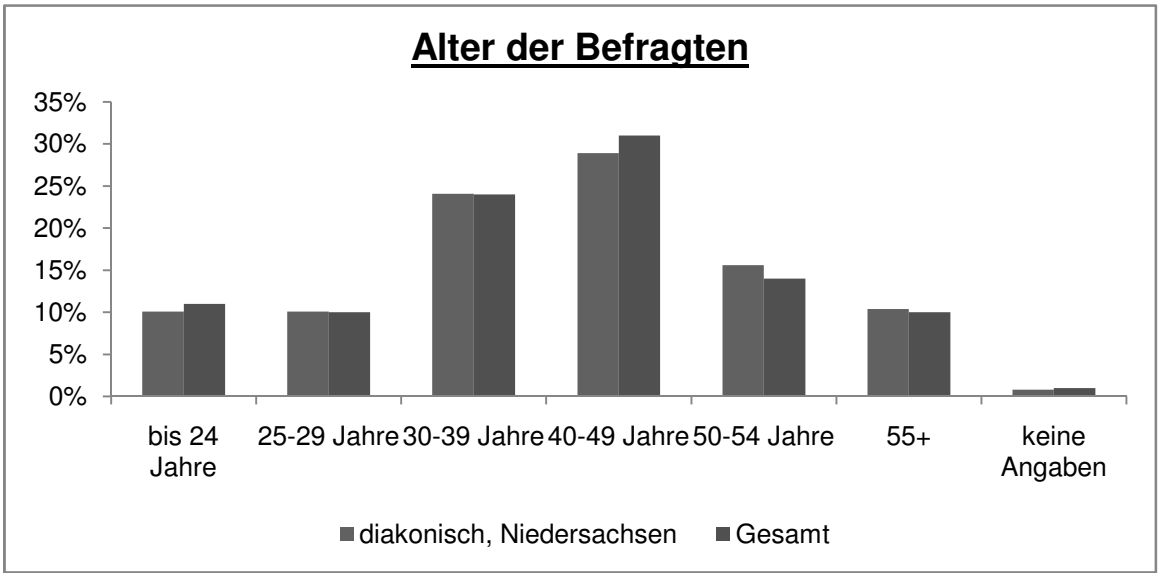
In Deutschland aufgewachsen?				
Ja, alte Bundesländer	386	63	471	53,4
Ja, neue Bundesländer	84	14	230	26,1
nein	37	6	43	4,9
Keine Angabe	107	17	138	15,6
Familienstand				
In Partnerschaft	460	75	659	74,7
Allein stehend	149	24	217	24,8
Keine Angabe	5	1	6	0,7
Kirchen- und Religionszugehörigkeit				
evangelisch	443	72	604	68,5
katholisch	121	20	144	16,3
freikirchlich	8	1	19	2,2
Islam	3	0,5	3	0,3
Judentum	1	0,2	1	0,1
andere	4	0,7	5	0,6
Keine Zugehörigkeit	31	5	100	11,7
Keine Angabe	3	0,5	3	0,3
Schulbildung				
Volksschule/Hauptschule	32	5	45	5,1
Realschule/Fachschule/ Handelsschule	369	60	563	63,8
Oberschule/Gymnasium	160	26	205	23,2
Universität/Hochschule/ Fachhochschule	48	8	61	6,9
Keine Angabe	5	1	8	0,8
Kinder				
Kein Kind	266	43	376	42,6
Ein Kind	126	21	184	20,9
Zwei Kinder	150	24	219	24,8
Drei Kinder und mehr	49	8	90	10,2
Vier Kinder	10	2		
Fünf Kinder	2	0,3		
Sechs Kinder	1	0,2		
Keine Angabe	10	2	15	1,7
Haushaltssituation				
Keinerlei Mangel - keine Einschränkung	53	9	74	8,4
Budget in geringem Maß kontrollieren	266	43	397	45
Budget in höherem Maß kontrollieren	247	40	346	39,2
Budget in sehr hohem Maß kontrollieren	34	6	48	5,4
Anhaltender Mangel an lebenswichtigen Gütern	1	0,2	1	0,1
Leben in Armut	2	0,3	2	0,2
Keine Angabe	11	1,8	14	1,6

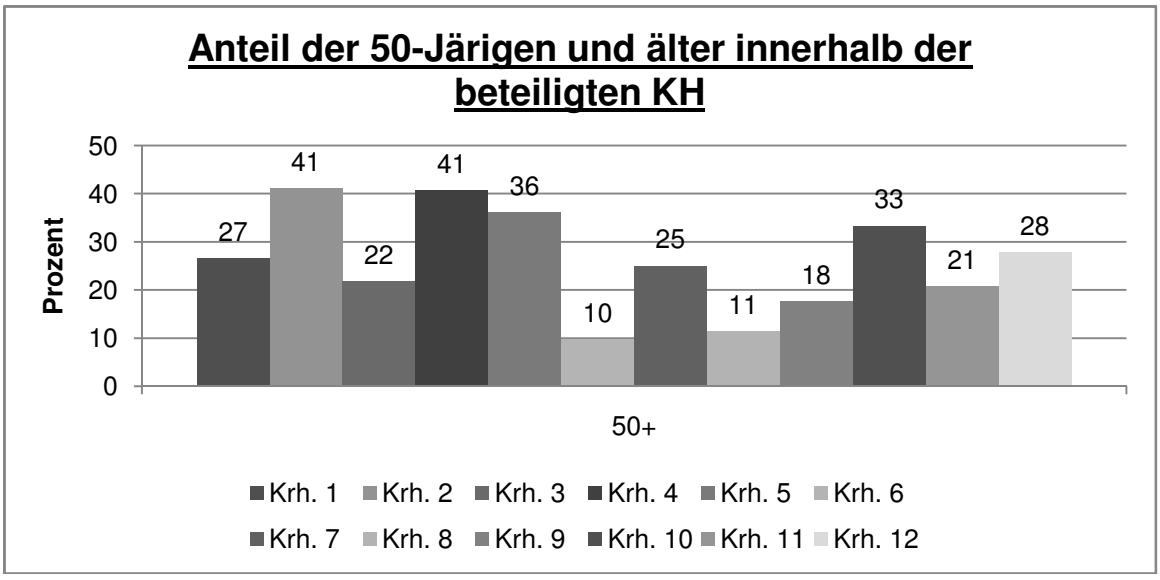
Wohnort				
Dorf	177	29	259	29,4
Kleinstadt	214	35	335	38
Großstadt	215	35	279	31,6
Keine Angabe	8	1,3	9	1,0
Pflegeausbildung				
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	486	79	719	81,5
Altenpfleger/in	13	2	13	1,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	40	7	55	6,2
Altenpflegehelferin bzw. –assistent/-in	1	0,2	1	0,1
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	20	3	28	3,2
Pflegehelfer/-in	3	0,5	3	0,3
Sonstige pflegerische Qualifikation	28	5	37	4,2
In Ausbildung	16	3	16	1,8
Keine Angabe	7	1	10	1,1
Befristung				
Befristet beschäftigt	55	9	98	11,1
Unbefristet beschäftigt	555	90	779	88,3
Keine Angabe	4	1	5	0,6
Vollzeit/Teilzeit				
Vollzeit	400	65	550	62,4
Teilzeit	210	34	328	37,2
Keine Angabe	4	1	4	0,5
Berufszugehörigkeit				
Bis 5 Jahre	67	11	86	9,8
5-9 Jahre	51	8	95	10,8
10-14 Jahre	85	14	112	12,7
15-19 Jahre	88	14	122	13,8
20-24 Jahre	88	14	123	13.9
Mehr als 25 Jahre	217	35	321	36,4
Keine Angabe	18	3	23	2,6
Betriebszugehörigkeit				
Bis 5 Jahre	106	17	151	17,1
5-9 Jahre	65	11	102	11,6
10-14 Jahre	82	13	109	12,4
15-19 Jahre	121	20	154	17,5
20-24 Jahre	100	16	135	15,3
Mehr als 25 Jahre	114	19	184	20,9
Keine Angabe	26	4	47	5,3
Fortbildungstage in den letzten 12 Monaten				
Keinen Tag	130	21	151	17,1
1-5 Tage	343	56	497	56,3
6-10 Tage	77	13	137	15,5

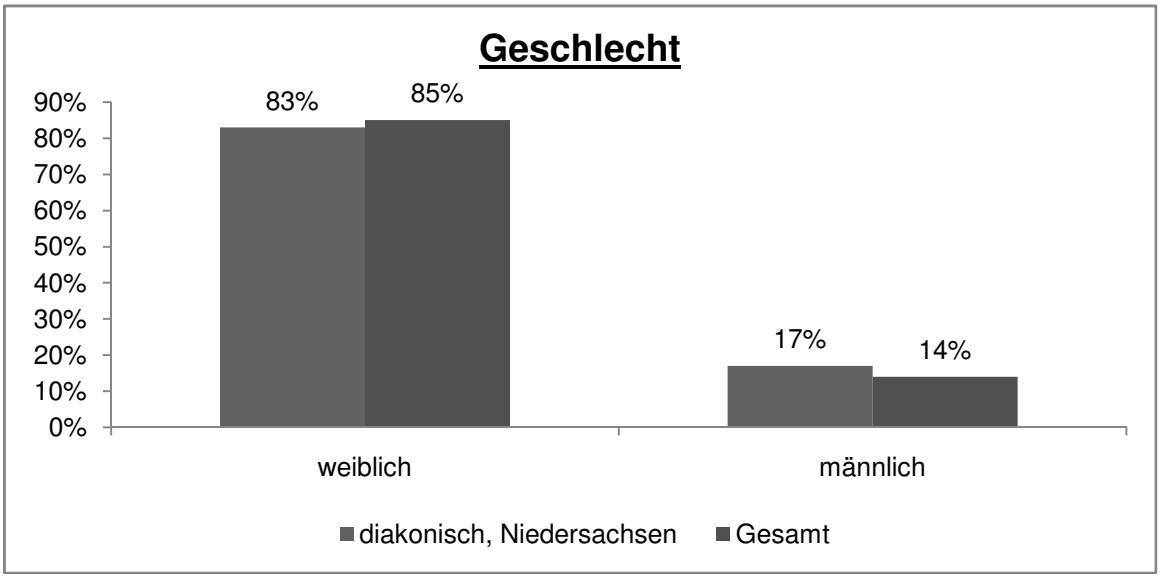
11-15 Tage	24	4	39	4,4
16-20 Tage	7	1	13	1,5
Mehr als 20 Tage	24	4	36	4,1
Keine Angabe	9	2	9	1,0
Abgelehnte Fortbildungsanträge in den letzten 12 Monaten				
ja	74	12	108	12,2
nein	481	78	703	79,7
Keine Angabe	59	10	70	7,9
Krankheitstage in den letzten 12 Monaten				
Keinen Tag	122	20	192	21,8
1-5 Tage	191	31	266	30,2
6-10 Tage	99	16	156	17,7
11-15 Tage	67	11	94	10,7
16-20 Tage	46	8	7	7,0
Mehr als 20 Tage	83	14	11,9	11,9
Keine Angabe	6	1	0,8	0,8
Station/Abteilung				
Innere Medizin	106	17	164	18,6
Intensivstation	58	9	85	9,6
Chirurgie	103	17	143	16,2
Orthopädie	70	11	100	11,3
Geriatrie	36	6	37	4,2
Gynäkologie/ Geburtshilfe	30	5	54	6,1
Onkologie	3	0,5	6	0,7
Neurologie	18	3	36	4,1
Anästhesie	106	17	110	12,5
Andere	84	14	143	16,2

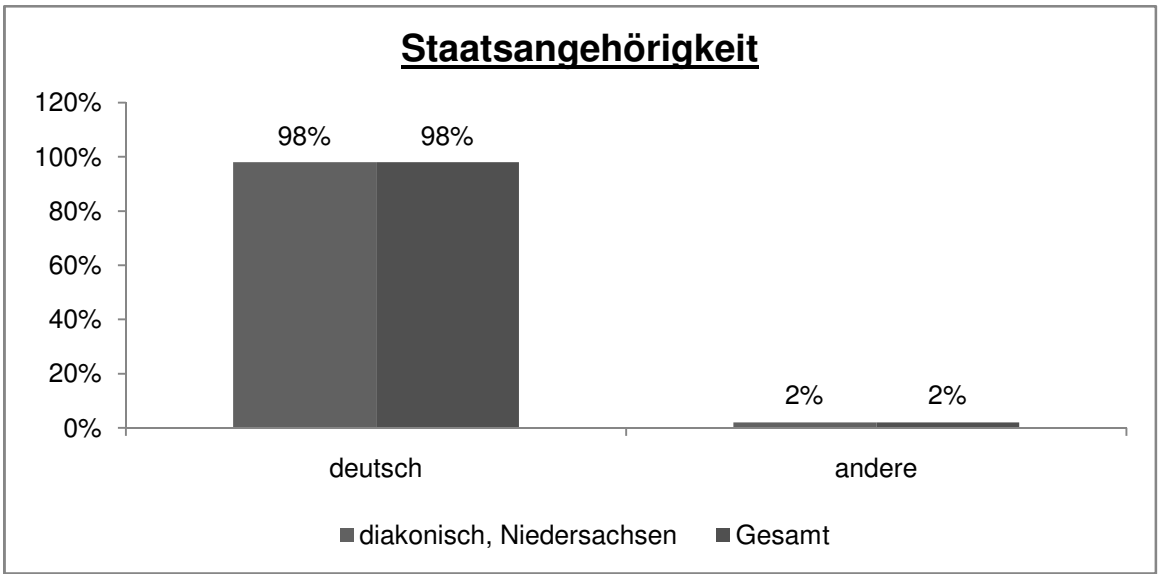
5.2 Graphisch

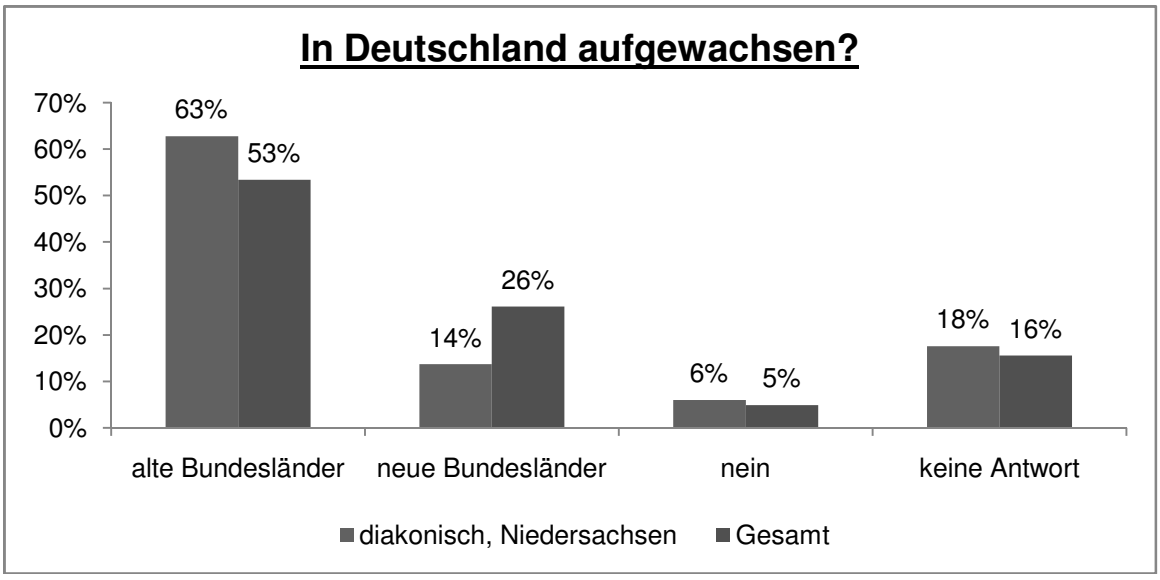
Im Folgenden finden Sie die soziodemographischen und beschäftigungsrelevanten Daten in graphischer Darstellungsform.

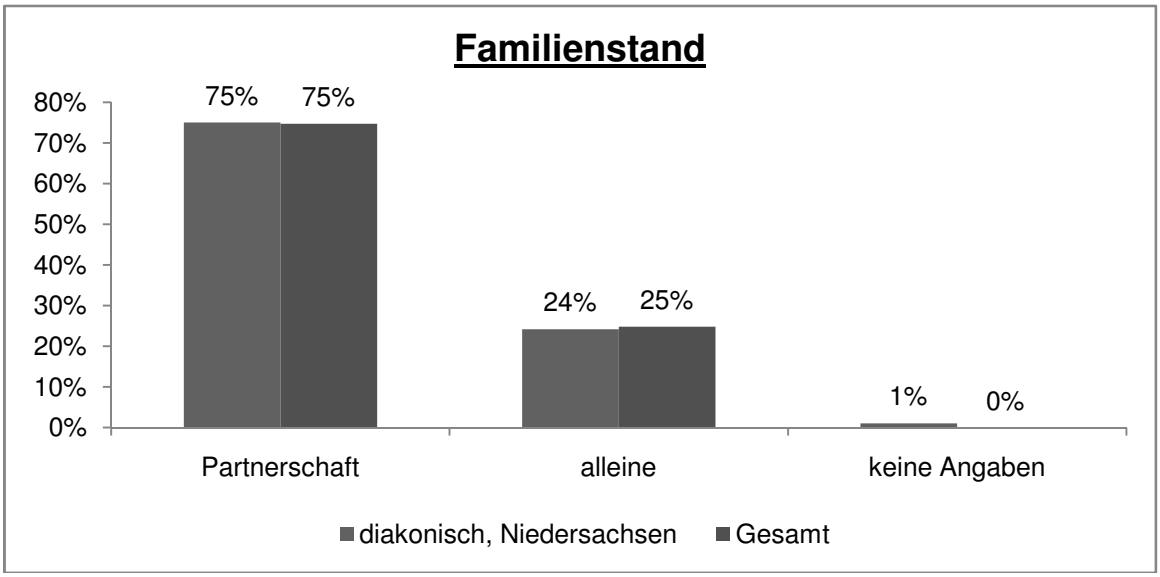


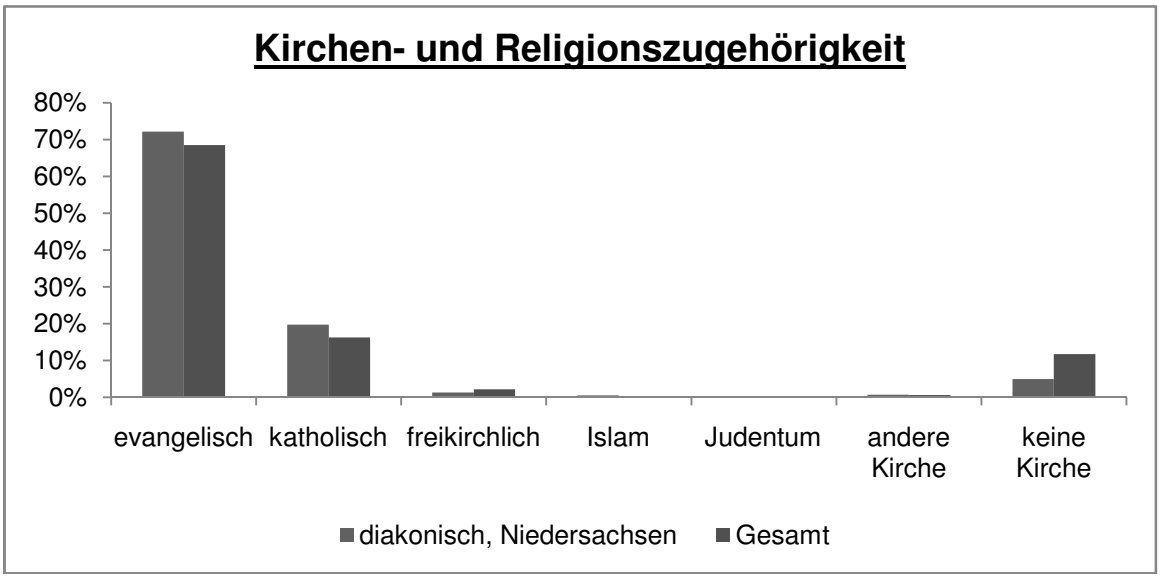

Anteil der 50-Järigen und älter innerhalb der beteiligten KH
Prozent
50
40
30
20
10
0
27
41
22
41
36
10
25
11
18
33
21
28
50+
Krh. 1
Krh. 2
Krh. 3
Krh. 4
Krh. 5
Krh. 6
Krh. 7
Krh. 8
Krh. 9
Krh. 10
Krh. 11
Krh. 12

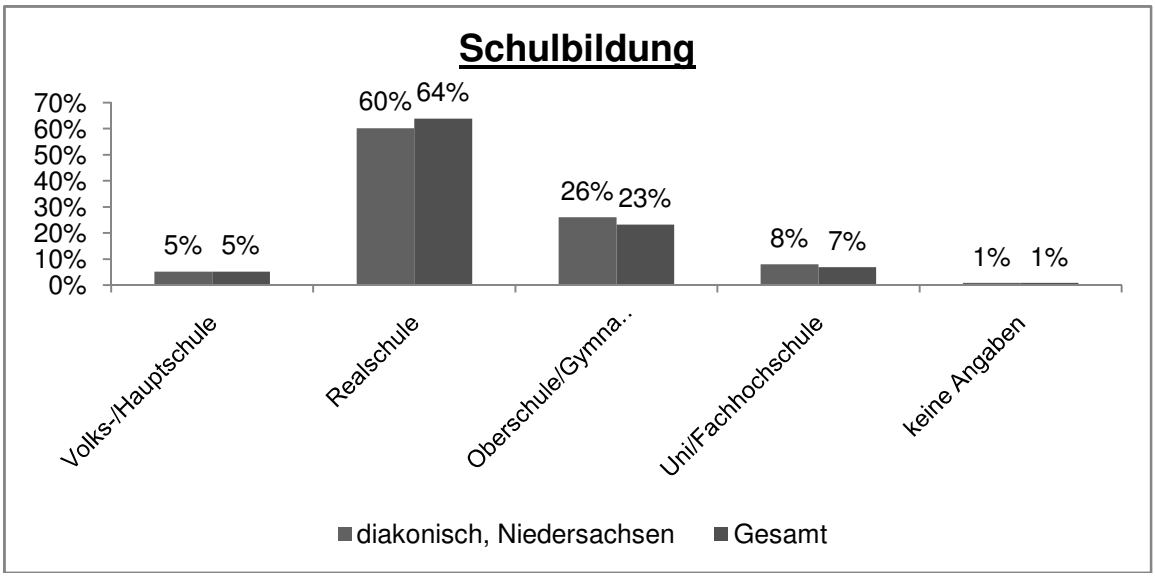

Geschlecht
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
83%
85%
17%
14%
weiblich
männlich
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

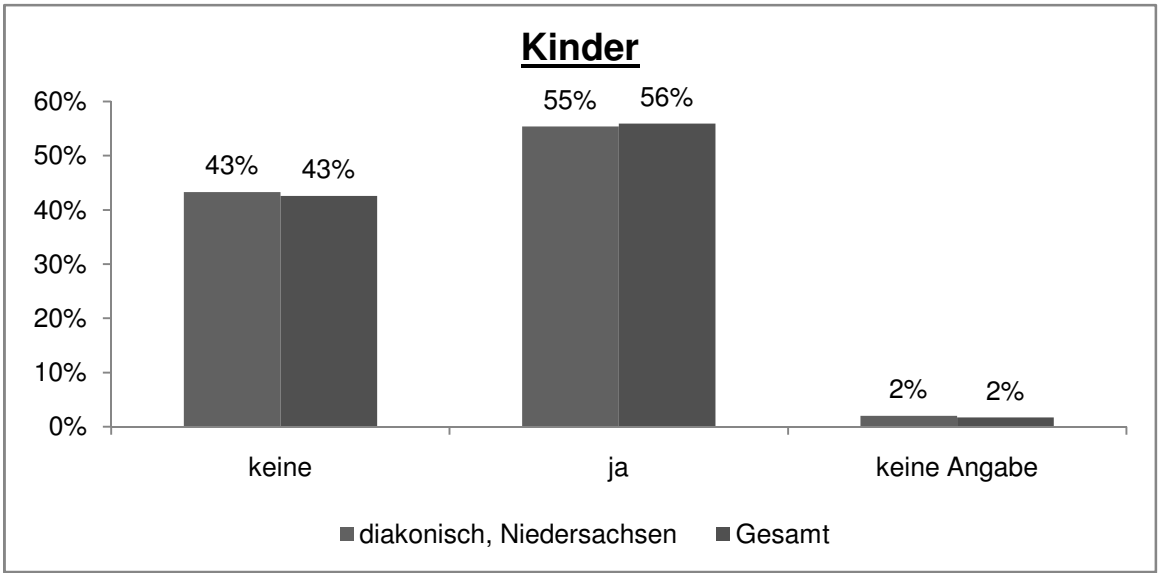

Staatsangehörigkeit
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
98%
98%
2%
2%
deutsch
andere
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

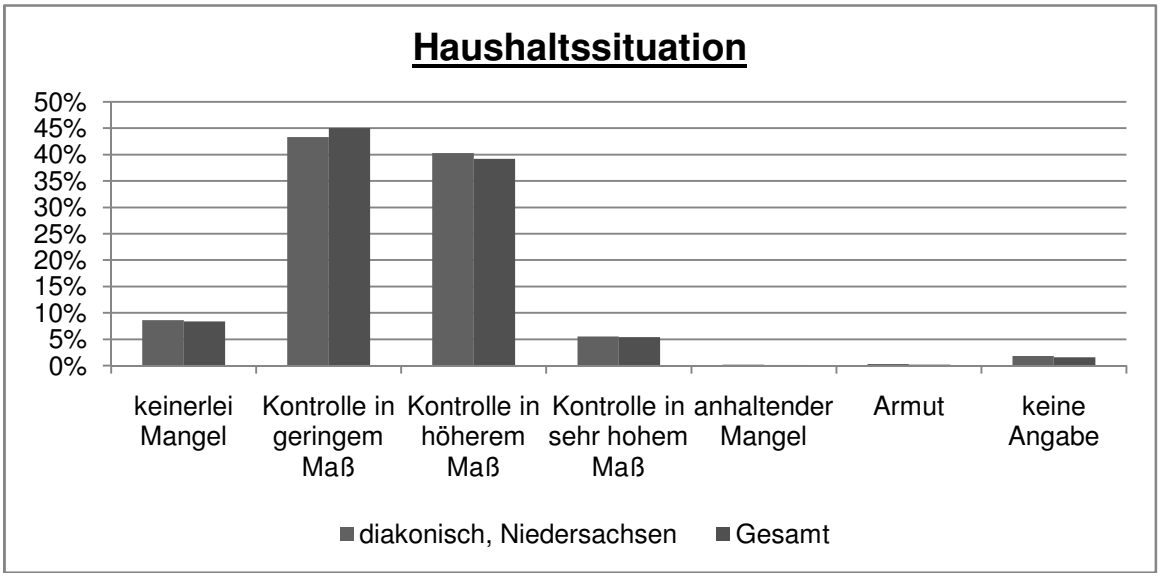

In Deutschland aufgewachsen?
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
63%
53%
14%
26%
6%
5%
18%
16%
alte Bundesländer
neue Bundesländer
nein
keine Antwort
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

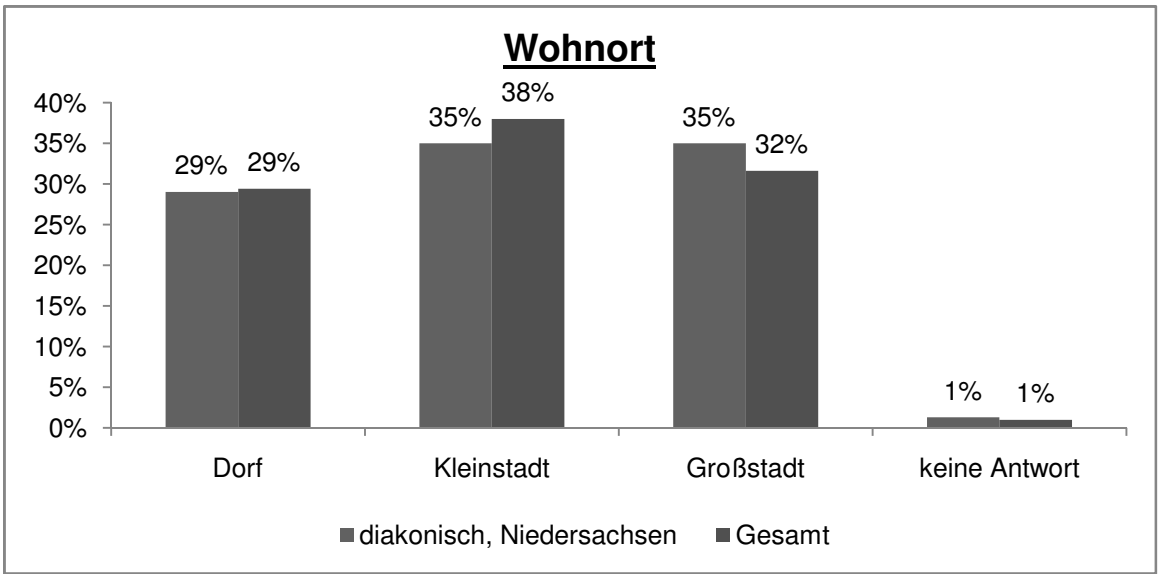

Familienstand
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
75%
75%
24%
25%
1%
0%
Partnerschaft
alleine
keine Angaben
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

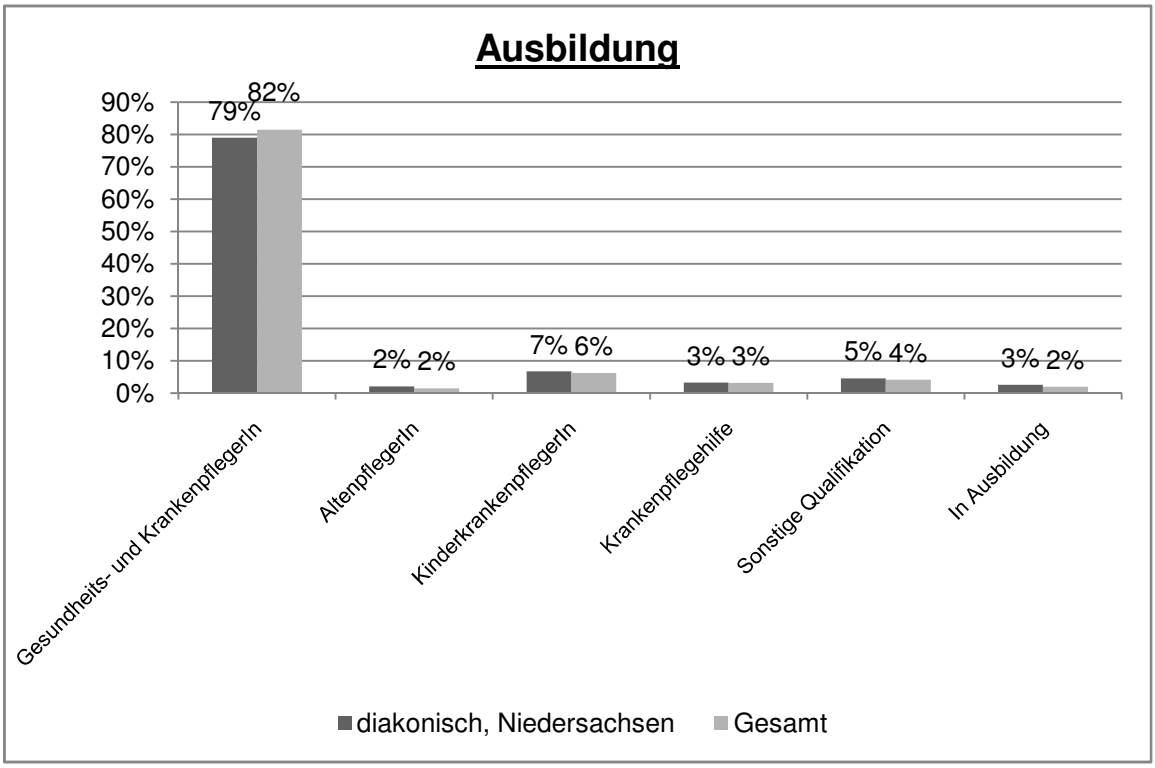

Kirchen- und Religionszugehörigkeit
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
evangelisch
katholisch
freikirchlich
Islam
Judentum
andere Kirche
keine Kirche
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

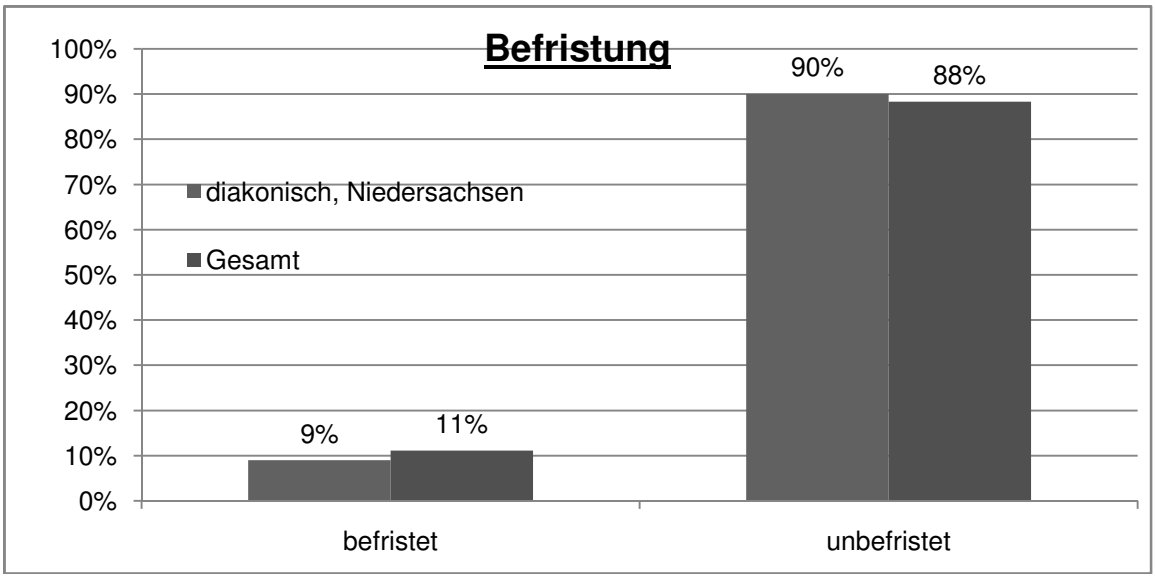

Schulbildung
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5% 5%
60% 64%
26% 23%
8% 7%
1% 1%
Volks-/Hauptschule
Realschule
Oberschule/Gymna..
Uni/Fachhochschule
keine Angaben
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

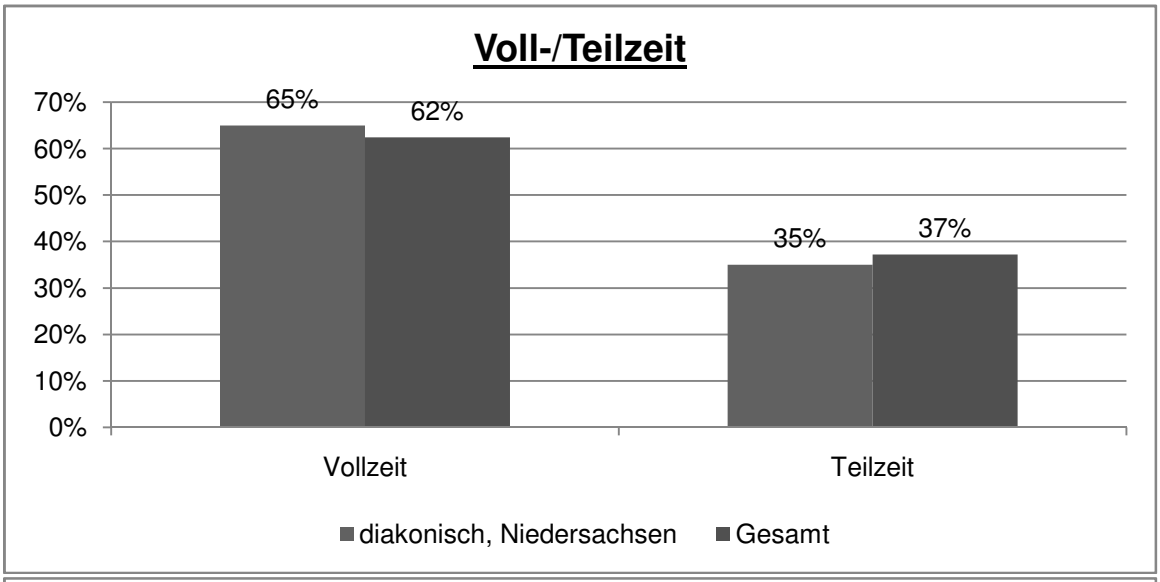

Kinder
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
43% 43%
55% 56%
2% 2%
keine
ja
keine Angabe
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

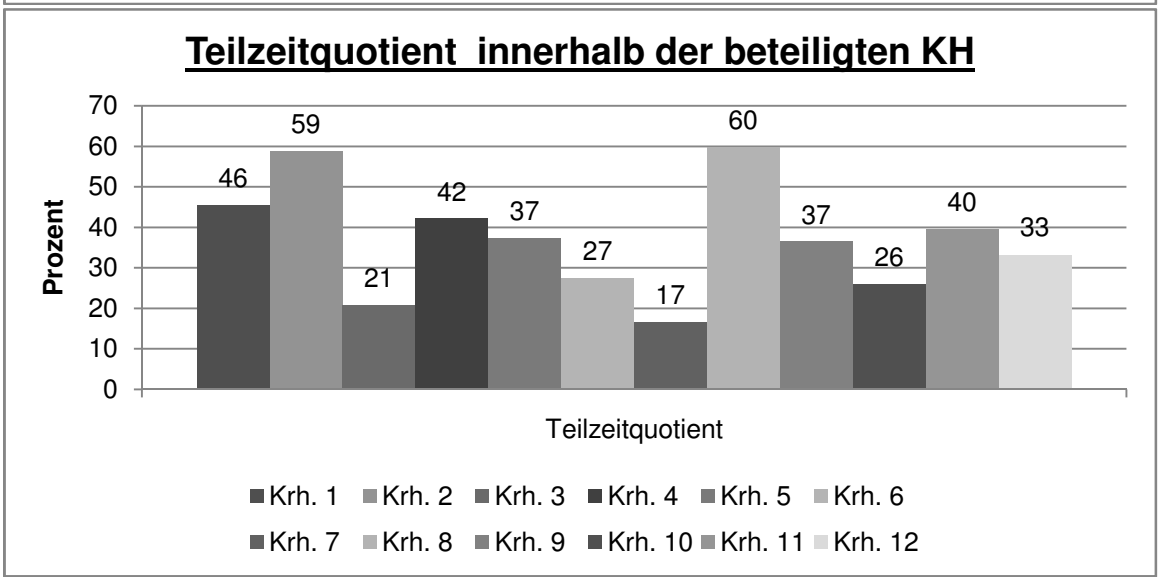

Haushaltssituation
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
keinerlei Mangel
Kontrolle in geringem Maß
Kontrolle in höherem Maß
Kontrolle in sehr hohem Maß
anhaltender Mangel
Armut
keine Angabe
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

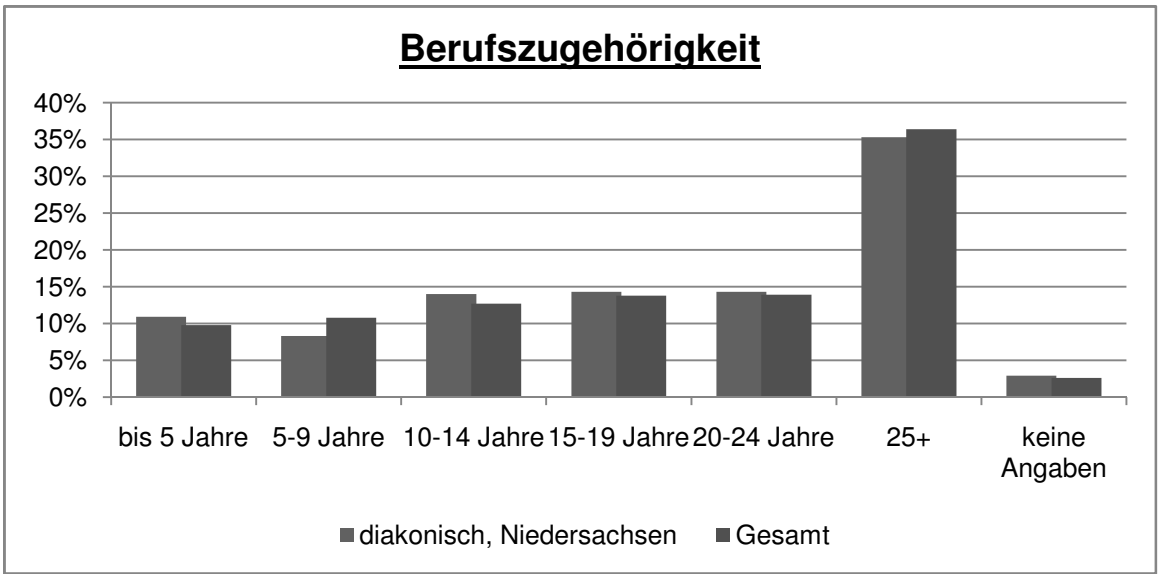

Wohnort
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
29% 29%
35% 38%
35% 32%
1% 1%
Dorf
Kleinstadt
Großstadt
keine Antwort
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

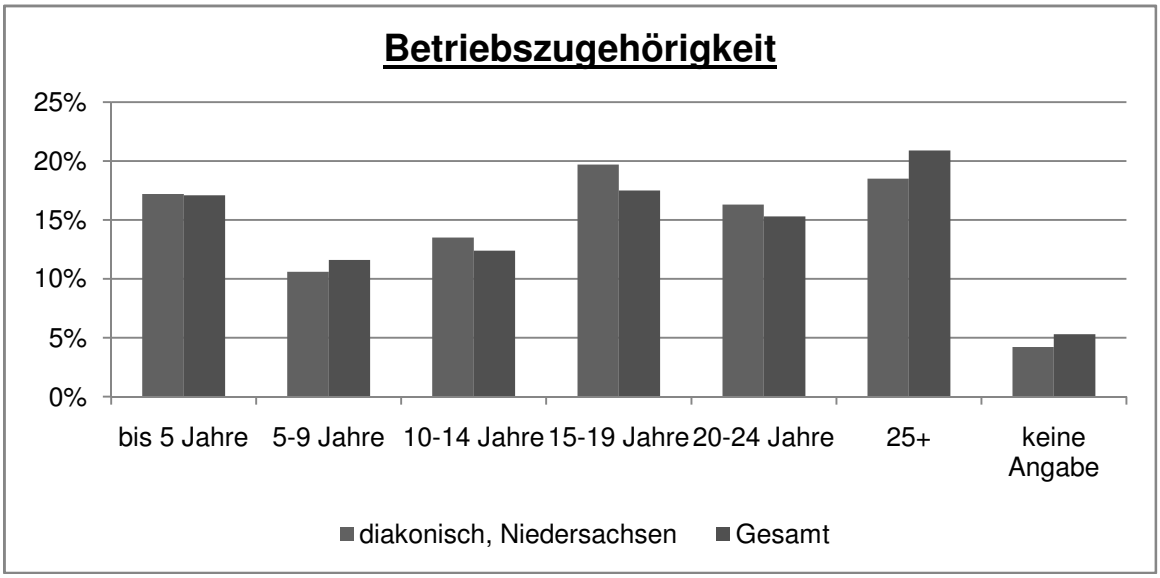

Ausbildung
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
79% 82%
2% 2%
7% 6%
3% 3%
5% 4%
3% 2%
Gesundheits- und KrankenpflegerIn
AltenpflegerIn
KinderkrankenpflegerIn
Krankenpflegehilfe
Sonstige Qualifikation
In Ausbildung
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

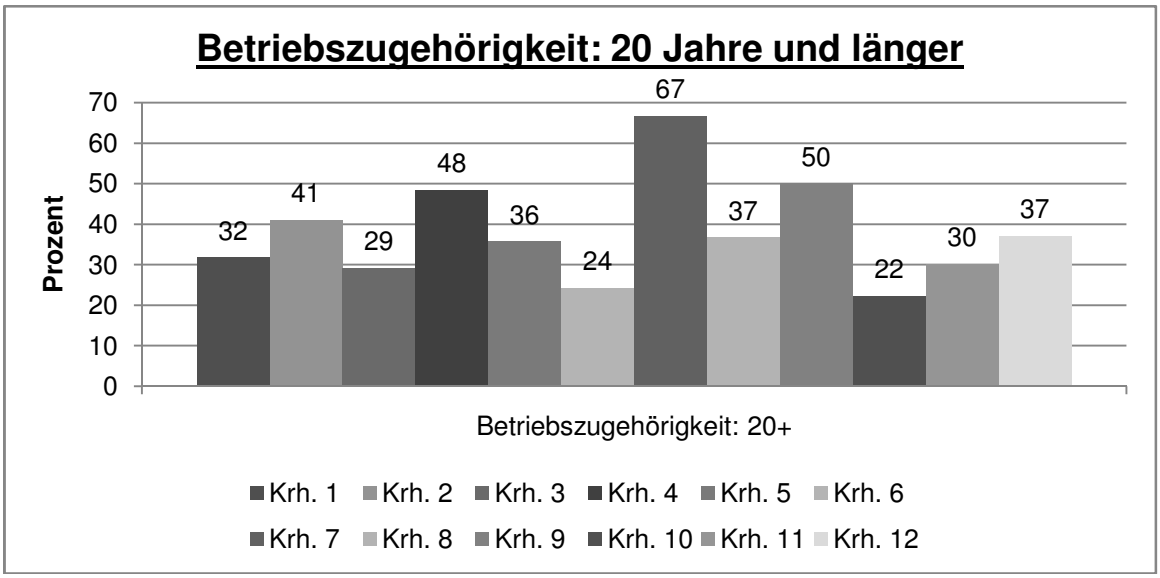

Befristung
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt
9%
11%
90%
88%
befristet
unbefristet

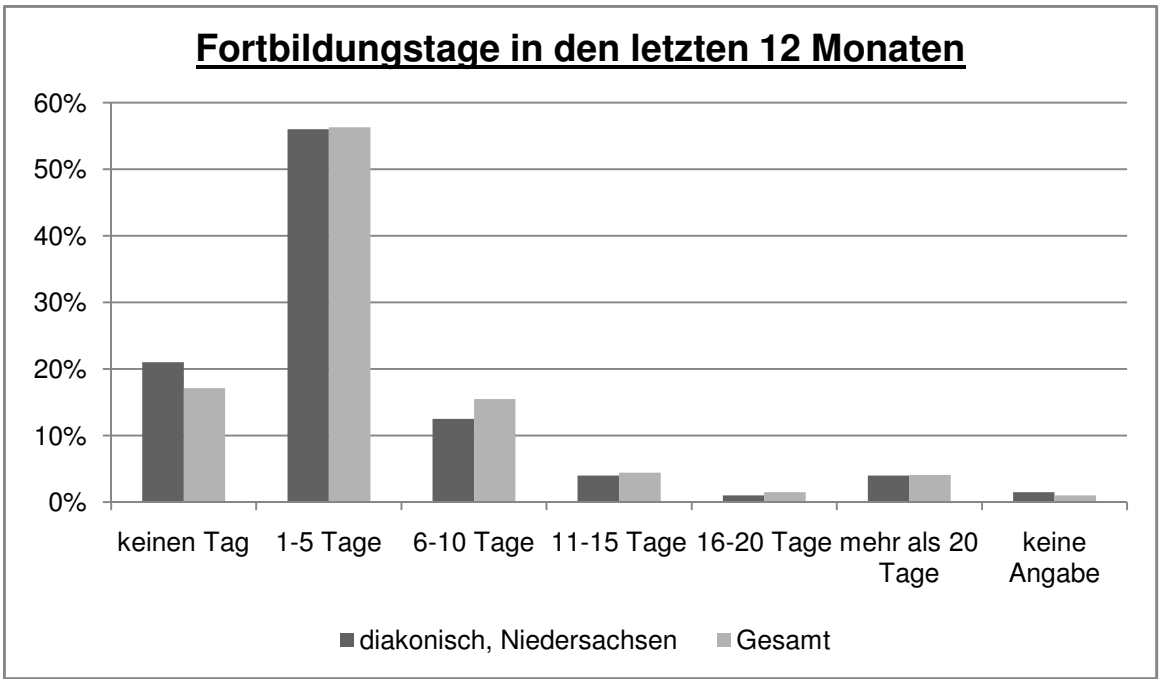

Voll-/Teilzeit
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
65%
62%
35%
37%
Vollzeit
Teilzeit
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

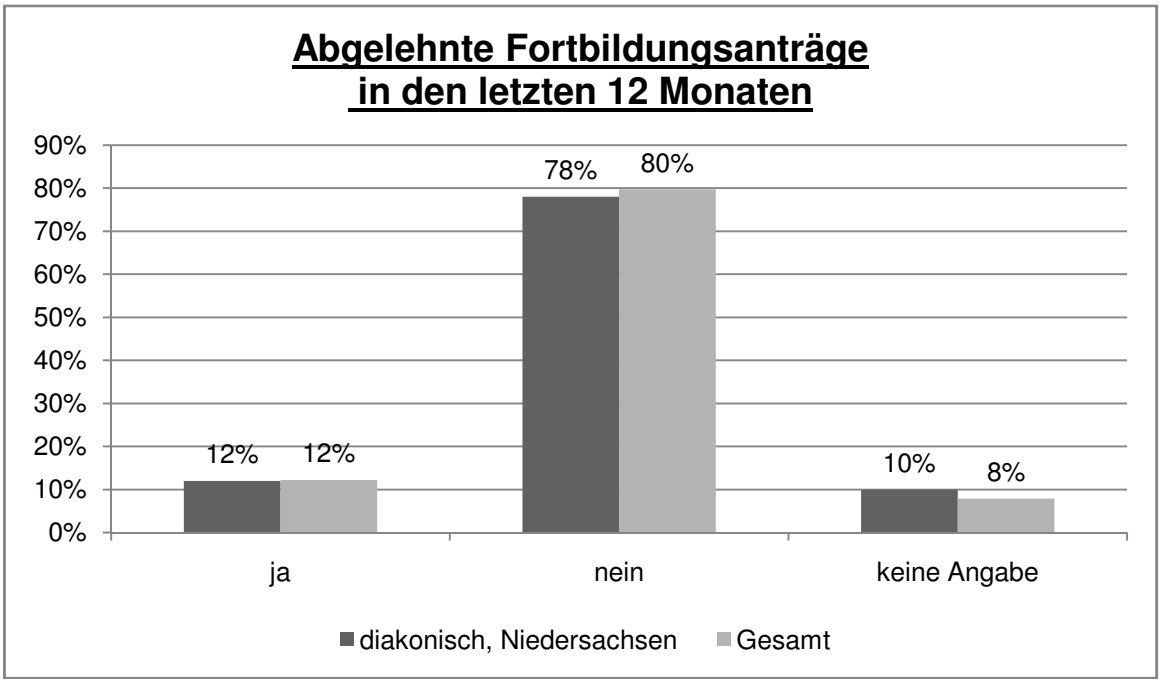

Teilzeitquotient innerhalb der beteiligten KH
Prozent
70
60
50
40
30
20
10
0
46
59
21
42
37
27
17
60
37
26
40
33
Teilzeitquotient
Krh. 1
Krh. 2
Krh. 3
Krh. 4
Krh. 5
Krh. 6
Krh. 7
Krh. 8
Krh. 9
Krh. 10
Krh. 11
Krh. 12

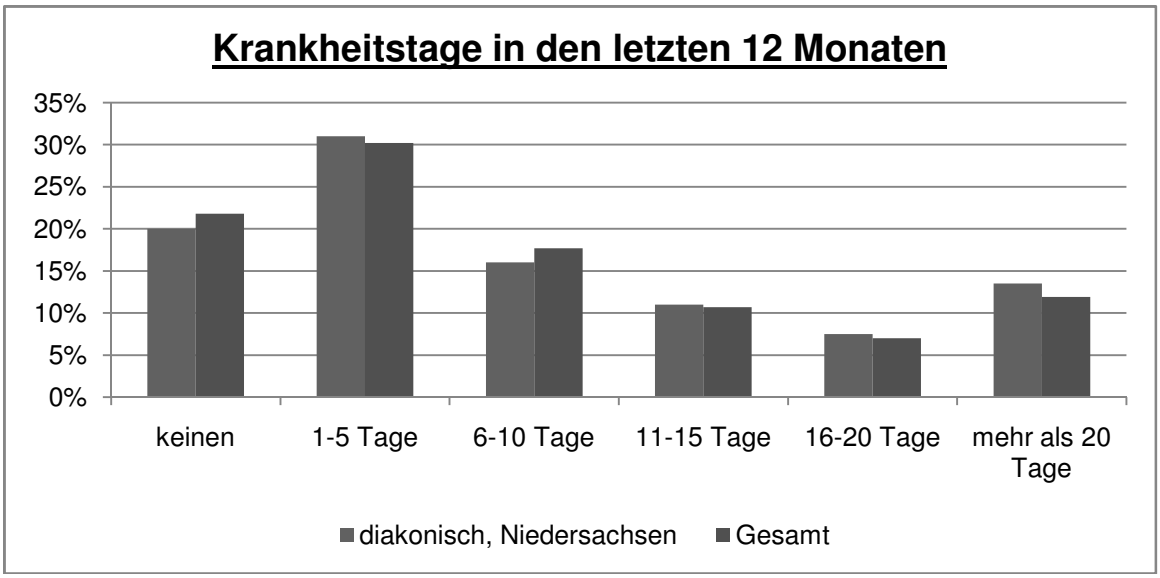

Berufszugehörigkeit
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
bis 5 Jahre
5-9 Jahre
10-14 Jahre
15-19 Jahre
20-24 Jahre
25+
keine Angaben
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt

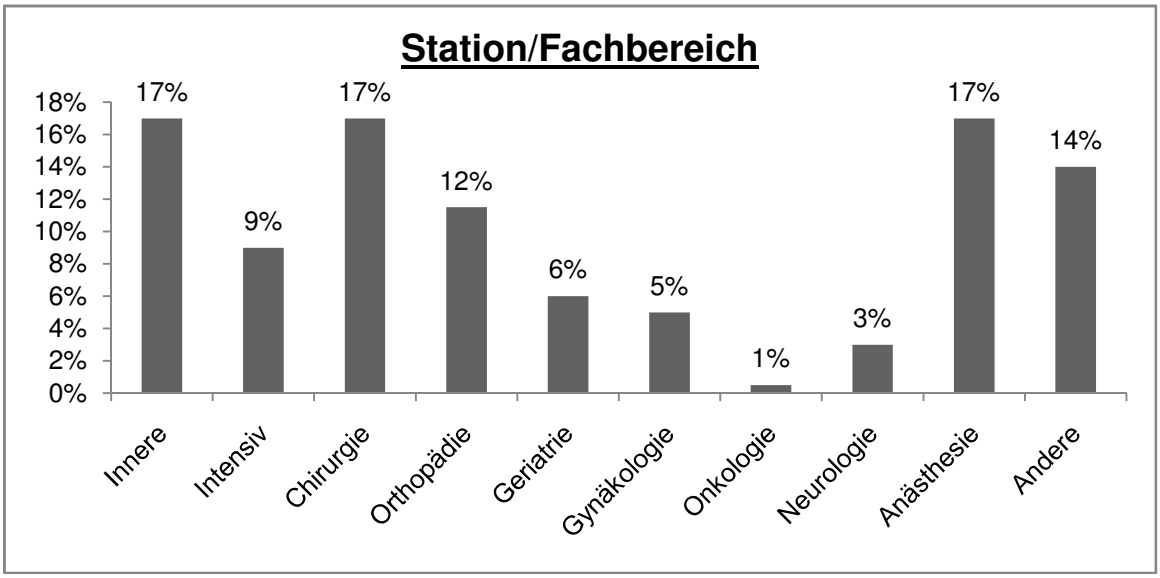

Betriebszugehörigkeit
25%
20%
15%
10%
5%
0%
bis 5 Jahre
5-9 Jahre
10-14 Jahre
15-19 Jahre
20-24 Jahre
25+
keine Angabe
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Betriebszugehörigkeit: 20 Jahre und länger
Prozent
70
60
50
40
30
20
10
0
32
41
29
48
36
24
67
37
50
22
30
37
Betriebszugehörigkeit: 20+
Krh. 1
Krh. 2
Krh. 3
Krh. 4
Krh. 5
Krh. 6
Krh. 7
Krh. 8
Krh. 9
Krh. 10
Krh. 11
Krh. 12


Fortbildungstage in den letzten 12 Monaten
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
keinen Tag
1-5 Tage
6-10 Tage
11-15 Tage
16-20 Tage
mehr als 20 Tage
keine Angabe
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Abgelehnte Fortbildungsanträge in den letzten 12 Monaten
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
12%
12%
78%
80%
10%
8%
ja
nein
keine Angabe
diakonisch, Niedersachsen
Gesamt





5.3 Vergleich ausgewählter Ergebnisse mit anderen Studien

Hoher Anteil an Pflegepersonen über 50 Jahre

24 Prozent der beteiligten Pflegepersonen ist 50 Jahre oder älter. 11 Prozent sind jünger als 24 Jahre, 34 Prozent sind zwischen 25 und 39 Jahre alt und ca. jede dritte beteiligte Pflegeperson ist zwischen 40 und 49 Jahre alt. Damit liegt der Anteil der über 50-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt in der Berufsgruppe insgesamt. Laut dem Bundesamt für Statistik lag der Anteil der über 50-jährigen in 2006 in der Berufsgruppe insgesamt bei 17 Prozent[2]. In einer großen Befragung (Pflegethermometer 2009) des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) betrug die Anzahl der über 50-Jährigen

[2] Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 46.

Pflegepersonen im Krankenhaus 22 Prozent. Das Pflegethermometer 2009 weist darauf hin, dass die Krankenhauspflege schneller altert.
Als Folge des massiven Abbaus der Pflege aus dem Krankenhaus im letzten Jahrzehnt beschleunigt sich der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Abbau der Stellen ist vor allem bei den jüngeren Mitarbeitern, insbesondere auch durch weniger Übernahmen von Ausbildungsabsolventen, umgesetzt worden. Dadurch altert die Krankenhauspflege statistisch gesehen schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung. 2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000 – dies entspricht einem Minus von mehr als 15 Prozent. Der Bestand an Mitarbeitenden, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleich Zeitraum dabei fast verdoppelt. Aus Datenauswertungen verschiedener Krankenkassen sowie Rentenversicherungsträger ist bekannt, dass insbesondere bei den Mitarbeitenden in der Altersgruppe über 50 Jahre die physisch und psychisch bedingten Erkrankungen, die zur zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit führen, und Frühberentungen inklusive Erwerbsminderung ungefähr doppelt so hoch liegen, wie bei allen anderen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. D.h., für die kommenden Jahre ist ein verstärkter Ersatzbedarf an qualifiziertem Personal für die größer werdende Zahl aus Altersgründen ausscheidender Pflegekräfte zu erwarten. [3]

Geschlecht

85 Prozent der beteiligten Pflegepersonen sind Frauen. Dies entspricht laut Statistischem Bundesamt dem Anteil an Frauen insgesamt an der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger[4].

Teilzeitquotient

35 Prozent der beteiligten Pflegepersonen arbeiten in Teilzeit. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung in der Gesamtwirtschaft beträgt 16,4 Prozent[5]. Beim Gesundheitspersonal in Krankenhäusern beträgt der Anteil 28 Prozent. Laut Pflege-Thermometer 2009 lag der Anteil an Teilzeitbeschäftigung in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 34,71 Prozent, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 45,57 Prozent der Beschäftigten an. Gründe dafür sind auch in der Überforderung des Personals zu sehen. Jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft gab an, eine Reduzierung der Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben[6].

[3] Pflege-Thermometer 2009, Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V.
[4] Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 46.
[5] ebd.
[6] Pflege-Thermometer 2009, Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V.

Berufszugehörigkeit und Betriebszugehörigkeit

Im Vergleich mit den AngabenvomDAK-BGW Gesundheitsreport 2005 (n= 1306) ist der Anteil der Pflegepersonen, die über 25 Jahre dem Beruf angehören deutlich höher ausgeprägt.

Berufszugehörigkeit/Jahre	DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 in %	SI, 2011 in %
Weniger als 10 Jahre	15,8	20,6
10-19 Jahre	30,9	26,5
20-24 Jahre	21,8	13,9
25 Jahre und mehr	31,4	36,4

Betriebszugehörigkeit/Jahre	DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 in %	SI, 2011 in %
Weniger als 5 Jahre	26,3	17,1
5-9 Jahre	19	11,6
10-19 Jahre	36,4	29,9
20 Jahre und mehr	18,3	36,2
Keine Angabe	------	5

Wie bereits bei der Berufszugehörigkeit zeigt sich auch bei der Betriebsgehörigkeit das Bild, dass die Gruppe der Pflegepersonen, die 20 Jahre und mehr im Betrieb arbeiten in unserer Befragung deutlich höher ausgeprägt ist als im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005.
Laut einer Befragung von Eurostat (2006) unter Arbeitnehmerinnen und -nehmern im Alter zwischen 15-65 Jahre arbeiteten in Deutschland die Arbeitnehmerinnen und -nehmer durchschnittlich 10,3 Jahre für ein Unternehmen[7].

Krankheitstage

21,8 Prozent der beteiligten Pflegepersonen gaben an, in den letzten 12 Monaten keinen Tag krank gewesen zu sein. Die Betroffenenquote im DAK-Gesundheitsreport 2011 lag bei 46,3 Prozent, d.h. das für 53,7 Prozent der Arbeitnehmerinnen und -nehmer keine Arbeitsunfähigkeitbescheinigung vorlag.

[7] www.statista.com

6. Wie geht`s den Pflegenden?

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildet die Frage, wie hoch die Arbeitszufriedenheit, das Burnout und das Sinnerleben im Beruf bei den Pflegenden in Krankenhäusern ausgeprägt sind und mit welchen Ressourcen und Belastungsfaktoren sie im Zusammenhang stehen.

6.1 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit ist eine sehr häufig untersuchte Variable in der Arbeitswissenschaft. Sie stellt ein multidimensionales Phänomen dar, das unterschiedliche Faktoren abbilden kann.[8]Im traditionellen Modell fokussiert dieArbeitszufriedenheit das Befinden, welches ein In dividuum mit seiner Arbeit hat.Im Detail ist grundsätzlich zu hinterfragen, welche Aspekte seiner Arbeit ein Befragter seiner (subjektiven) Bewertung zugrunde legt. Hat er beispielsweise den Arbeitsinhalt, die Arbeitsbedingungen, das Betriebsklima, das Arbeitseinkommen, die Arbeitszeiten und die Aufstiegschancen in seiner Beurteilung berücksichtigt? Streng genommen wäre auch zu ergründen, inwiefern ein Befragter dabei eine (implizite) Gewichtung der einzelnen Kriterien vorgenommen hat, also ob ihm bei der Beurteilung einzelne oder mehrere Kriterien besonders wichtig oder unwichtig waren.In der Praxis findet diese sehr detaillierte Form der Erhebung nur selten statt, da sie vor allem für die Interviewten oft mit einem hohen Aufwand verbunden ist und zu einer hohen Zahl von Antwortausfällen führen würde. Häufig wird Arbeitszufriedenheit daher mit einer einfachen Frage erhoben, die eine Gesamtbeurteilung der Arbeitssituation durch Angaben auf einer ordinalen Skala verlangt.

[8] Spector (1997) zitiert in Bartholomeyczik et al. (2008)

Arbeitszufriedenheit wird definiert als Einstellung, die aus subjektiven Bewertungen der jeweiligen allgemeinen und spezifischen Arbeitssituationen und der Erfahrung mit diesen resultiert. Die praktische Bedeutung der Arbeitszufriedenheit wird v.a. in ihren Beziehungen zu Motivation, Fehlzeiten- und Fluktuationsquoten, Unfallhäufigkeit, Krankheitsquoten und bestimmten Erkrankungen sowie allg. Lebenszufriedenheit gesehen.Die Komplexität des Konstrukts Arbeitszufriedenheit, in dem soziale und psychische Faktoren einen multivarianten Zusammenhang bilden und die Schwierigkeit der Messung von Arbeitszufriedenheit führen vielfach zu kontroversen Ergebnissen empirischer Untersuchungen[9].

In einer Übersichtsarbeit beschreiben Lu und Kollegen (2005) verschiedene Bereiche, wie Arbeitsbedingungen, Interaktion mit Kollegen, Führung oder die Arbeit an sich, die die Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich unterschiedlich beeinflussen können. Untersuchungen zur Arbeitssituation in Deutschland weisen bei gleichzeitiger Zunahme der Arbeitsbelastung und der Arbeitsanforderungen, des Zeitdrucks und administrativer Tätigkeiten in der stationären Krankenpflege auf eine deutliche Verschlechterung der Arbeitszufriedenheit bei Pflegenden hin.[10]

Messinstrument

Die Erhebung der Arbeitszufriedenheit erfolgte mit der Kurzskala von Anna N. Iwanowa.

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Arbeitszufriedenheit“ (α=.831; n=852)

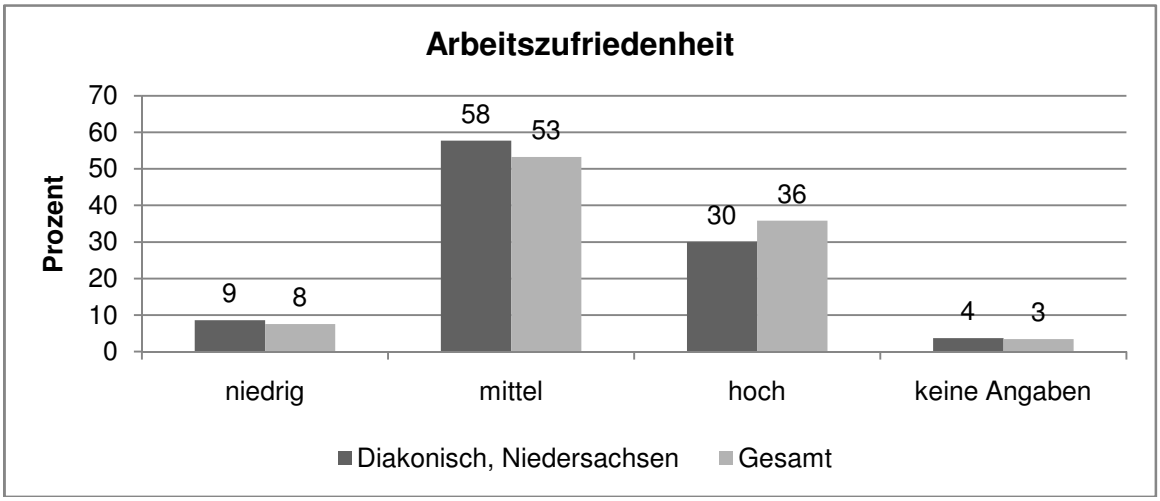
Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Merkmalen Ihrer Arbeitstätigkeit?
1. Mit den äußeren Bedingungen Ihrer Arbeit (Räumlichkeiten, Wärme, Kälte etc.)
2. Mit dem eigentlichen Inhalt Ihrer Arbeitstätigkeit (mit dem was Sie täglich tun)
3. Mit den Möglichkeiten Neues bei der Arbeit zu lernen
4. Mit den Möglichkeiten das Gelernte bei der Arbeit anderswo anzuwenden
5. Mit den Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs
6. Mit der Anerkennung für Ihre Leistung und für die Ergebnisse Ihrer Arbeit
7. Mit der Abwechselung bei der Arbeit
8. Mit der Vielfältigkeit der Arbeitstätigkeit
9. Mit den sozialen Beziehungen zu Ihrem/Ihrer Vorgesetzten
10. Mit den sozialen Beziehungen zu Ihren Kolleginnen
11. Mit der zeitlichen Regelung Ihrer Arbeit
12. Mit der Entlohnung.

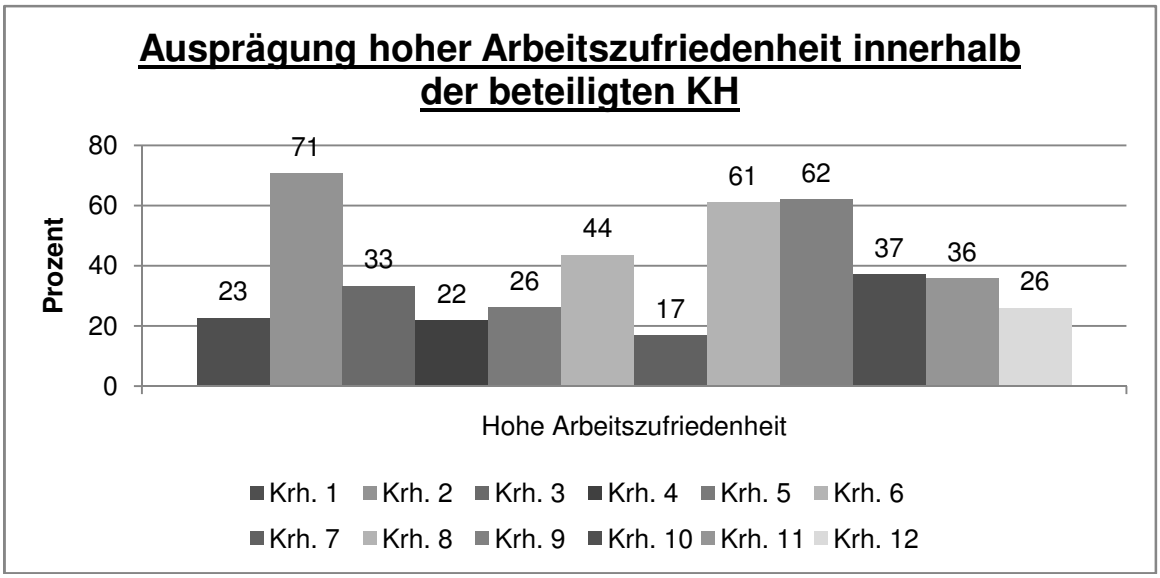
Ergebnisse

[9] Gablers Wirtschaftlexikon

[10] zitiert nach Batholomeyczik 2008: Bartholomeyczik 2007b, Braun et al. 2004, Grabbe et al. 2007, Simon et al. 2005

	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	53	8,6	86	7,5
mittel	354	57,7	470	53,3
hoch	184	30	316	35,8
Keine Angabe	23	3,7	30	3,4





Kriterium	Gar nicht oder wenig zufrieden in %	Sehr oder ziemlich zufrieden in %
Äußere Bedingungen der Arbeit	19	50
Inhalt der Arbeit	6	66
Möglichkeiten Neues zu lernen	14	51
Möglichkeiten, das Gelernte bei der Arbeit anderswo anzuwenden	18	41
Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs	38	22
Anerkennung für die Leistung	42	23

und die Ergebnisse der Arbeit		
Abwechselung bei der Arbeit	14	50
Vielfältigkeit der Arbeitstätigkeit	10	60
Soziale Beziehung zum Vorgesetzten	30	37
Soziale Beziehung zu Kollegen	8	69
Zeitliche Regelungen	25	41
Entlohnung	45	18

Zusammenhänge

Zielvariablen	**Arbeitszufriedenheit**
Sinnerleben im Beruf	.55
Burnout	-.52
Nicht religiös bedingte Arbeitsressourcen/-stressoren	
Sozial:	
Soziomoralische Atmosphäre	.59
Unterstützung durch Vorgesetzte	.56
Unterstützung durch Kollegen	.49
Patienten als Ressource	.31
Belastende Patienten	-.13
Nicht sozial:	
Zeitdruck	-.27
Finanzielle Situation	-.19
Religiös bedingte Arbeitsressourcen/-stressoren	
Diakonisches Klima	.45
Diakonischer Druck	-.32
Unterstützung durch Seelsorge	
Nicht religiös bedingte personale Ressourcen/Stressoren	
Sinnquelle Tradition	.26
Selbstwirksamkeit	.25
Sinnquelle Team	.23
Sinnquelle Patient	.20
Sinnquelle Selbstverwirklichung	.07

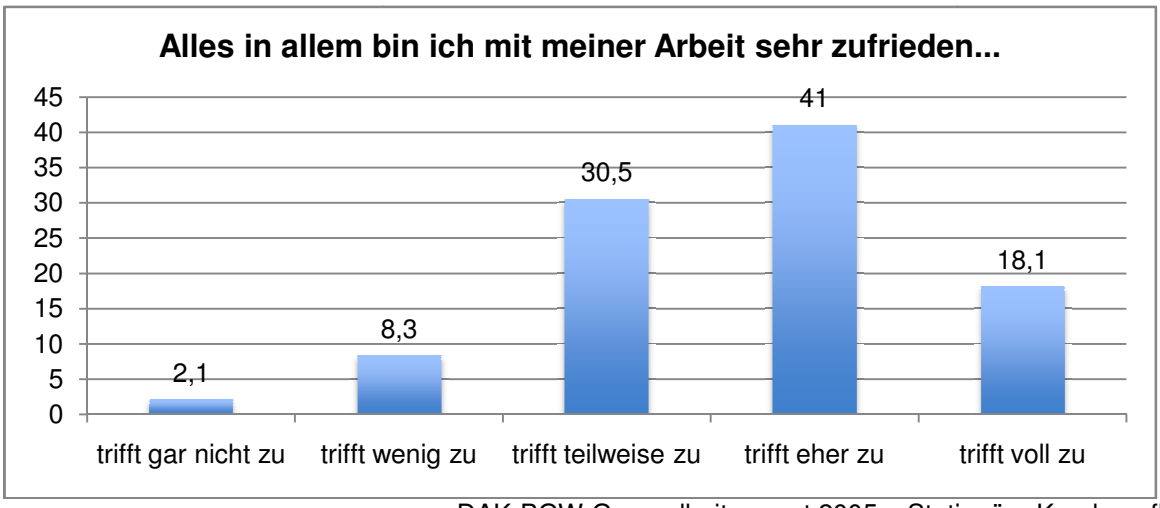
Religiös bedingte personale Ressorcen/Stressoren	
Diakonische Identität	.28
Sinnquelle Glaube	.22
Religiöse Zentralität	.12

- Die Arbeitszufriedenheit ist in den beteiligten Krankenhäusern sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Spanne von Pflegepersonen, die eine hoch ausgeprägte Arbeitszufriedenheit äußern, reicht von 17-71 Prozent.
- Im Durchschnitt ist bei 36 Prozent der Pflegenden die Arbeitszufriedenheit hoch ausgeprägt. Der Durchschnitt bei den beteiligten diakonischen Krankenhäusern in Niedersachsen liegt bei 30 Prozent.
- Es besteht ein hoch ausgeprägter Zusammenhang zwischen dem Sinnerleben im Beruf und der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen sowie ein hoher negativer Zusammenhang zwischen Burnout und der Arbeitszufriedenheit.
- Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den sozialen religiösen und nicht religiösen Arbeitsressourcen/ -stressoren: Soziomoralische Atmosphäre, Unterstützung durch Vorgesetzte, Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen.
- Es besteht ein mittlerer negativer Zusammenhang mit Diakonischem Druck und Zeitdruck.
- Es besteht ein geringer negativer Zusammenhang mit der finanziellen Situation und belastenden Patienten.
- Es besteht ein mittlerer bis geringer Zusammenhang mit den religiös und nicht religiös bedingten personalen Ressourcen/Stressoren.
- Der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den *arbeitsbedingten* Ressourcen und/oder Belastungen ist deutlich höher ausgeprägt als zu den Ressourcen/ Belastungen, die in der Person selber liegen.
- Die höchste Unzufriedenheit liegt bei der Entlohnung (45 Prozent) und der Anerkennung für die Leistung und die Ergebnisse der Arbeit (42 Prozent).
- Die höchste Zufriedenheit liegt beim Inhalt der Arbeit (66 Prozent), den sozialen Beziehungen mit den Kollegen (69 Prozent) und der Vielfältigkeit der Arbeitstätigkeit (60 Prozent).

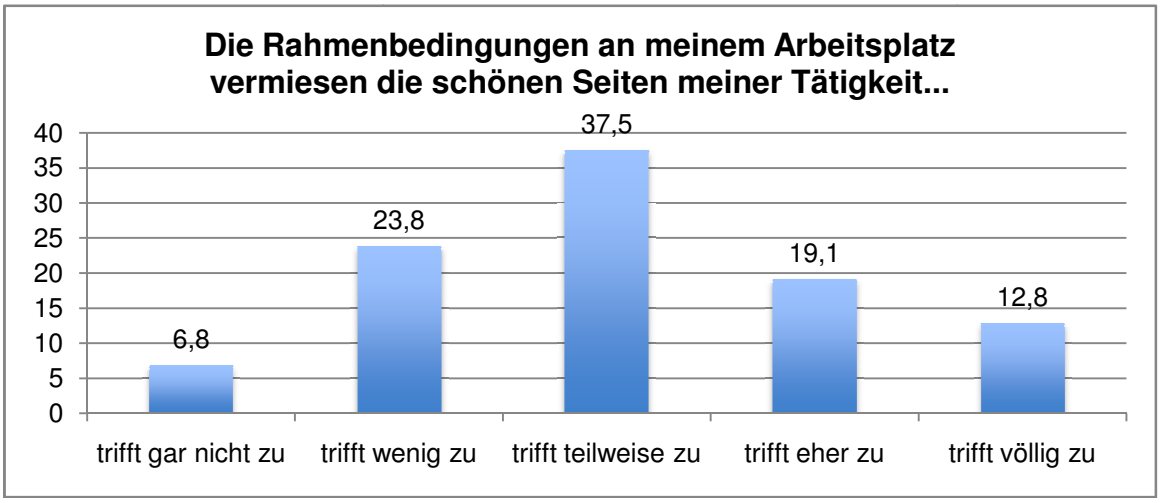
Ergänzende Ergebnisse aus anderen Untersuchungen

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege[11]

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden ist 2004 gegenüber 1999 teilweise deutlich gesunken. Dies zeigt sich in allen Altersgruppen, besonders deutlich aber bei den älteren Beschäftigten.

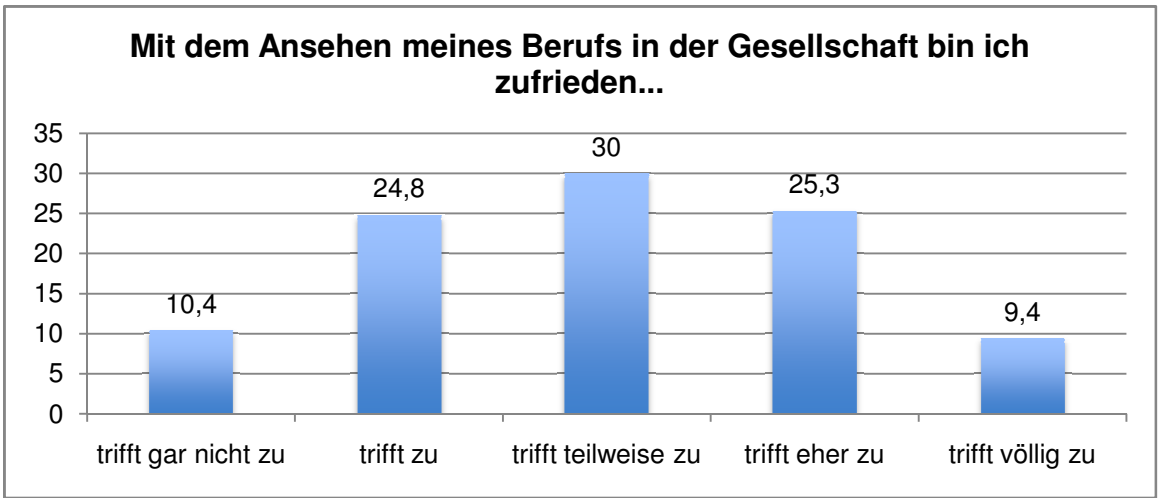


DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege



DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege

[11] Grabbe, Y., Nolting, H. D., und Loos, S. (2007)



DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege

Next-Studie[12]

Unter dem Begriff der *Arbeitzufriedenheit* werden im Allgemeinen die Erwartungen des Einzelnen hinsichtlich seiner Arbeit und die tatsächlich wahrgenommene Arbeitssituation verstanden. Dabei spielen eine Vielzahl von Teilaspekten eine Rolle, wie zum Beispiel die Art der Arbeit, das Pflegemodell, der Grad der Professionalisierung, die Zufriedenheit mit der Bezahlung usw. Arbeitszufriedenheit gilt als Einflussfaktor für Patientenzufriedenheit, Ausfallzeiten und den Berufsausstieg.

Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Befragten wurden vier Fragen des COPSOQ[13] verwendet:

Wie zufrieden sind Sie mit...

- den Zukunftsaussichten Ihrer Arbeit?
- den körperlichen Arbeitsbedingungen?
- der Art und Weise, in der Ihre Fähigkeiten eingesetzt werden?
- Ihrem Beruf insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?

44 Prozent der Pflegenden aller teilnehmenden Krankenhäuser in Deutschland zeigten sich mit ihrer Arbeitssituation zufrieden. Die Anteile Zufriedener variierte zwischen den Krankenhäusern von 26 Prozent bis 68 Prozent .

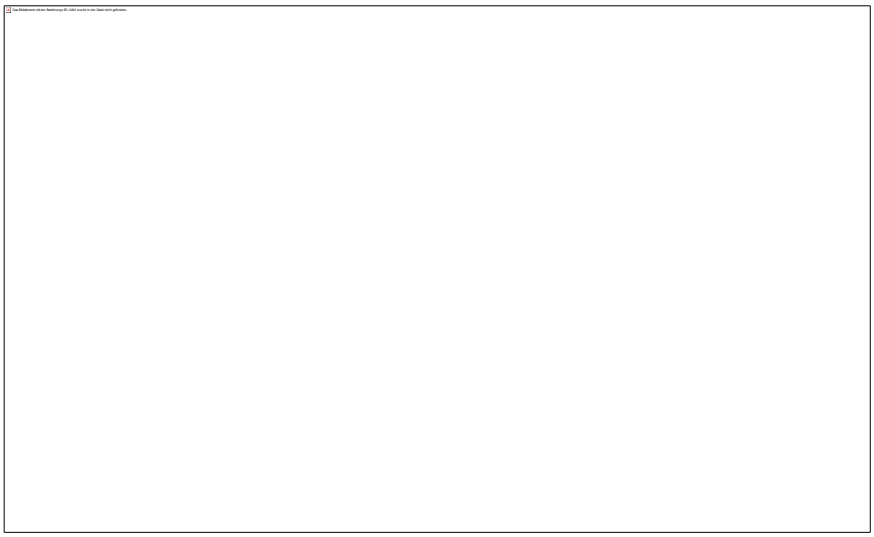
Institut der deutschen Wirtschaft

Die Mehrheit der Erwerbstätigen in Deutschland ist laut dem Institut der deutschen Wirtschaft mit ihrer Arbeit zufrieden. Der am häufigsten genannte Wert auf der Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) im Jahr 2008 war 8. Der Median lag bei 7 und das arithmetische Mittel bei 6,87. Um eine größere Übersichtlichkeit zu erreichen,

[12] Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.,M., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B. H. (2005)

[13] Copenhagen Psychosocial Questionnaire, Kristensen 2002, zitiert nach Next-Studie

werden die Zufriedenheitswerte 0 bis 2 der Kategorie „niedrig“, die Werte 3 bis 7 der Kategorie „mittel“ und die Werte 8 bis 10 der Kategorie „hoch“ zugeordnet. In der niedrigen Kategorie sind nur 4,8 Prozent der Erwerbstätigen des Jahres 2008 eingeordnet und in der mittleren 50,1 Prozent. Eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeit hatten 45 Prozent der Erwerbstätigen[14].



Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung (2008)[15]

Im Rahmen dieser Untersuchung betrug der Mittelwert für die Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich ca. 60 – auf einer Skala von 0-100.

Als wichtigste Einflussfaktoren wurden identifiziert:

Führungsqualität, Zusammenarbeit mit Ärzten, Arbeit-Familien-Konflikt und die Bedeutung der Arbeit. Die Skala Führungsqualität erklärt allein 32,6 Prozent der Varianz. Fast ebenso wichtig ist die „Zusammenarbeit mit den Ärzten“, die einen weiteren Varianzanteil von 22 Prozent bindet.

Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden (Buxel, 2010)[16]

Etwa die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage zu, dass sie alles in allem mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind und diesen insgesamt für sehr attraktiv halten. In dieser Studie geben die Pflegenden die größte Unzufriedenheit bzgl. des Stellenwertes und der Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus (62 Prozent), des Stresses (56 Prozent) sowie der Anzahl der Kollegen bei der Schichtbesetzung (63 Prozent) an. Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Wichtigkeit und der Zufriedenheit mit den einzelnen zentralen Eigenschaften eines Arbeitsplatzes zeigt sich, dass der höchste Handlungsdruck zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei folgenden Merkmalen liegt:

[14] Lesch et al. Arbeitszufriedenheit in Deutschland. Forschungsbericht aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln Nr. 70.
[15] Schmidt et al. in Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.2
[16] in Die Schwester/der Pfleger 05/11.

- Verdienstmöglichkeiten/Einkommenshöhe
- Gute Vereinbarkeit mit dem Privatleben/Work-Life-Balance
- Guter persönlicher Kontakt zu Patienten/Zeit für den Menschen
- Anzahl der Kollegen bei der Schichtbesetzung
- Wertschätzung von Leistung auf Tagesebene – Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte
- Stellenwert und Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus respektive Positionierung der Berufsgruppe Pflege in Entscheidungsgremien des Hauses.

Weiterführende Überlegungen

Pflegepersonen erleben ihren Beruf als sehr sinnvoll, sind aber in vielen Fällen mit ihren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus unzufrieden. Wenn man die verschiedenen Zahlen zur Arbeitszufriedenheit verfolgt, kann man sich fragen: Ist das Glas halb voll oder halb leer? Vom Institut der deutschen Wirtschaft in Köln wird eine Zufriedenheit von 44% als positiv bewertet – hingegen beklagt Buxel einen Wert von 55 Prozent Zufriedener in der Pflege als deutlich zu wenig. Die Werte der vorliegenden Studie sind nur bedingt mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu vergleichen, da jeweils unterschiedliche Konzepte oder Messinstrumente zugrunde liegen. Tendenziell kann man jedoch sagen, dass das Ergebnis zur Arbeitszufriedenheit niedriger als im Durchschnitt anderer Untersuchungen liegt. Lässt man die Vergleiche zur Seite, muss man sich fragen, ob es ausreichend ist, dass knapp ein Drittel der beteiligten Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens eine hoch ausgeprägte Arbeitszufriedenheit aufweisen. Drei von zehn Pflegepersonen... Schnell ist nun anzuführen, dass man daran unter den gegebenen Rahmenbedingungen nichts ändern kann. Und: Wer ist heute schon mit seiner Arbeit wirklich zufrieden? Dazu ist deutlich zu sagen, dass auch unter den herrschenden Rahmenbedingungen Änderungen möglich und notwendig sind, da die Auswirkungen einer niedrigen Arbeitszufriedenheit auf die Gesamtsituation der Krankenhäuser nicht zu unterschätzen ist. Zugleich muss auf die deutlichen Unterschiede in der Ausprägung der Arbeitszufriedenheit zwischen den beteiligten Krankenhäusern hingewiesen werden. Sehr bedeutsam scheinen in diesem Zusammenhang die hoch ausgeprägten Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit mit der soziomoralischen Atmosphäre, der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen und dem Diakonischen Klima zu nennen. Das soziale Klima in den Einrichtungen hat maßgeblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden. Dies wird bestärkt durch das Ergebnis, dass neben der Entlohnung die höchste Unzufriedenheit bei der mangelnden Wertschätzung der Leistungen und Ergebnisse der Arbeit besteht. Diese Ergebnisse decken sich mit der Untersuchung von Buxel (s.o).

6.2 Burnout

Nur wer mal gebrannt hat, kann auch ausbrennen!

Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) setzt sich der Anstieg von psychischen Erkrankungen unverändert fort. Bei der Untersuchung der Krankmeldungen von mehr als 10 Millionen bei der AOK versicherten Arbeitnehmern zeigt sich: Die Diagnose Burnout wird von den Ärzten zunehmend dokumentiert. Um nahezu das 9-fache sind die Krankheitstage zwischen 2004 und 2010 wegen Burnout angestiegen. Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind seit 1999 um nahezu 80 Prozent angestiegen und führen zu langen Ausfallzeiten: Diese dauern mit 23,4 Tagen je Fall doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,6 Tagen je Fall im Jahr 2010. Burnout als Zustand physischer und psychischer Erschöpfung wird unter der Diagnosegruppe "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" erfasst. Damit zählt diese Diagnose zu der Gruppe der "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen". Dies bedeutet, dass ein Burnout von den Ärzten zwar nicht als eigenständige psychische Erkrankung codiert werden kann, jedoch wird diese Diagnose zunehmend als Zusatzinformation angegeben: Zwischen 2004 und 2010 haben sich damit die 8,1 Arbeitsunfähigkeitstage je 1.000 AOK-Mitglieder auf 72,3 Tage nahezu um das 9-fache erhöht. Hochgerechnet auf mehr als 34 Millionen gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte in Deutschland bedeutet dies: "Knapp 100.000 Menschen mit insgesamt mehr als 1,8 Millionen Fehltagen wurden danach im Jahr 2010 wegen eines Burnouts krankgeschrieben", so Schröder vom WIdO[17]. In der Detailanalyse

[17] Wissenschaftliches Institut der AOK: Zeitdruck und Stress: Burnout auf dem Vormarsch. http://www.wido.de/meldungakt+M5876222a488.html

zeigt sich, dass Frauen aufgrund eines Burnouts doppelt so häufig krankgeschrieben werden: So fallen auf Frauen je 1.000 AOK-Mitglieder 101,9 Ausfalltage, auf Männer hingegen nur 49,7 Tage. Frauen sind insbesondere zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr von einem Burnout betroffen. Ebenfalls zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter das Risiko einer Krankmeldung in Folge eines Burnouts zunimmt. Auch wenn vermutet werden kann, dass ein verändertes ärztliches Diagnoseverhalten, das in der Bevölkerung mit einem spürbar offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen einhergeht, diesen Anstieg mit verursacht, so können doch insbesondere die gestiegenen psychosozialen Belastungen am Arbeitplatz als Ursache benannt werden[18]. Mit Burnoutwird ein arbeitsbezogenes Syndrom bezeichnet, das vor allem Menschen in helfenden Berufen trifft. Einem Beitrag im Nachrichtenmagazin Profil zufolge, deklarierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Stress zur größten Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts[19]. Wenn Menschen beständig einer Form von Stress ausgesetzt sind und sie zunehmend mit der Bewältigung dieses Stresses überfordert sind, wird von Burnout gesprochen. Bis 2020 werden laut WHO Angstneurosen und Depressionen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit sein. Den wissenschaftlichen Begriff des „Burnout“ prägte zunächst der New Yorker Psychoanalytiker Herbert Freudenberger 1974. Er bezeichnet damit einen physischen bzw. psychischen Zusammenbruch bei ehrenamtlichen Mitarbeitern in sozialen Einrichtungen, die zu Beginn ihrer Tätigkeit mit überdurchschnittlichem hohen Engagement an die Arbeit herangegangen sind. In weiterer Folge beschreibt Maslach das Syndrom insbesondere bei weiteren Sozialberufen, bis es schließlich Burisch als weitgehend universelles Phänomen auffasst, das jeden Menschen in jeder Lebenssituation betreffen kann[20].

Burnout ist in den meisten Fällen und von außen beobachtet, ein schleichend einsetzender und langwieriger Prozess. Eine Reihe von Wissenschaftlern geht von einer gewissen Regelmäßigkeit im Auftreten von Symptomen und Symptomkategorien aus. Nach C. Maslach (1982) beispielsweise lässt sich der Krankheitsverlauf in 3 Phasen gliedern: 1) Das Schwinden von Energie, Enthusiasmus und Engagement für eine Sache, für die man früher „einmal gebrannt hat“. 2) Zynismus macht sich breit. Andere Menschen werden zu „Nummern, Fällen oder Objekten“. Patienten werden sozusagen „depersonalisiert“. 3) In der dritten Phase verabschiedet sich das ethische Bewusstsein, Verzweiflung und das Verlangen nach sozialem Rückzug und Schuldgefühle dominieren nun die Gefühlswelt der

---

[18] Wissenschaftliches Institut der AOK: Zeitdruck und Stress: Burnout auf dem Vormarsch. http://www.wido.de/meldungakt+M5876222a488.html

[19] vgl. Hager, Hiptmayr 2006 zitiert nach

[20] Strasser 2010

Betroffenen[21]. Typisch für das Burnout ist, dass zu Beginn einstarkes Engagement für die beruflichen Ziele erfolgte, dies aber durch die Arbeitsumgebung nicht entsprechend honoriert wurde. Der Burnoutprozess entwickelt sich über einen längeren Zeitraum, indem die Betroffenen viel Energie einsetzen, ständigem Stress ausgesetzt sind und dafür keine entsprechende Entschädigung erhalten. Es gibt Risikofaktoren auf Seiten der Person (z.B. Neigung zu Perfektionismus) und auf Seiten der Organisation (z.B. hohe Arbeitsbelastung und mangelndes Feedback). Entsprechend gibt es für beide Seiten Interventionsstrategien, die auf Seiten der Person (z.B. Stressbewältigungstrainings) und auf Seiten der Organisation (z.B. Arbeitsgestaltung) ansetzen[22].

Burnout ist ein schleichender Prozess, auch wenn der Zusammenbruch zuweilen sehr plötzlich erfolgt. Bereits vor dem eigentlichen Kollaps verursacht diese Erkrankung großen Schaden im persönlichen wie im beruflichen Umfeld des Patienten. Geht man davon aus, dass im Normalfall der Patient vom Beginn der Erkrankung bis zu ihrer Behandlung noch rund neun Monate arbeitet, wird klar, wie groß der potenzielle Schaden ist, der auch dem Arbeitgeber entstehen kann. Denn zu spät erkennen die Betroffenen in der Regel, dass sie Hilfe benötigen, häufig erst, wenn der völlige Erschöpfungszustand eingetreten ist.Im Vorfeld aber kann es unter anderem zu verminderter Produktivität, Absenzen, Fehlern im Arbeitsablauf kommen, aber auch zur Beschädigung intangibler Güter des Arbeitgebers wie beispielsweise der Reputation des Unternehmens oder des Betriebsklimas[23]. Die mit Burnout zusammenhängendenÜberlastungen führen häufig zu psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale). Dabei gehen vielfältige körperlicheBeschwerden mit massiven Konzentrationsstörungen, allgemeiner Leistungs- und Antriebsschwäche und einer ständigen starken Müdigkeit einher. Das Verhalten der von Burnout Betroffenen beeinträchtigtdie sozialen Beziehungen innerhalb von Unternehmen undOrganisation und hat deutlich negative Effekte auf die Effizienz der Arbeit. Zunehmend mangelnde Flexibilität, Intoleranz und die Zurückweisung jeglicher Kritik im Endstadiumdes Burnoutprozesses wirken sich auf die Leistung undinsbesondere auf die Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten und Patienten aus. Damit ist Burnout ein ernstzunehmendes Problem für Betriebe: Wenn sich die Fehlzeiten erhöhen oder wenn Patienten schlecht betreut werden,steigen die Kosten deutlich[24]. Eine Erkrankung auf ihre wirtschaftlichen Faktoren zu reduzieren, mag etwas Inhumanes an sich haben. Betrachtet man aber den schon fast epidemischen Anstieg der vom Burnout Betroffenen in den letzten Jahren, könnte gerade das Kostenargument vielleicht den einen oder anderen Entscheidungsträger dazu bewegen, dieses Phänomen

[21] ebd.
[22] Stadler 2006
[23] NZZ online 2006
[24] Stadler 2006

und seine ökonomischen Konsequenzen vermehrt in seine Überlegungen einzubeziehen[25].

Messinstrument

Für die Messung von „Burnout“ wurden die Skalen zur Distanzierung von der Arbeit und der Erschöpfung aus dem Oldenburger Burnout Inventar (OLBI)verwendet[26]. Demeroutidefiniert Burnout als einen Zustand, bei dem das Gleichgewicht zwischen den Anforderungen und der verfügbaren Energie einer Person gestört ist und die Energiereserven erschöpft sind. Demerouti löst sich von der berufsgruppenspezifischen Definition bei Maslach. Vielmehr untersucht sie Burnout gerade als berufsgruppenübergreifendes Phänomen. Mit dem OLBI werden die Dimensionen „Erschöpfung“ und „Distanzierung von der Arbeit“ gemessen. Demeroutifasst die im Maslach-Burnout-Inventar (MBI) gemessene Reduzierung der Leistungsfähigkeit als Folge des Burnout auf. Sie sieht darin keine Abweichung von der „Kernbedeutung“ des Burnout, da die elementaren Komponenten einschließlich der Leistungsreduzierung im OLBI enthalten sind[27]. Jacobshagen (2005) verglich MBI und OLBI mit dem Ergebnis, dass das MBI länger aber nicht besser sei. Die reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit sei hierbei kein sauberes Konstrukt[28].

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Burnout “ (Gesamtskala: α=.861; n=852)

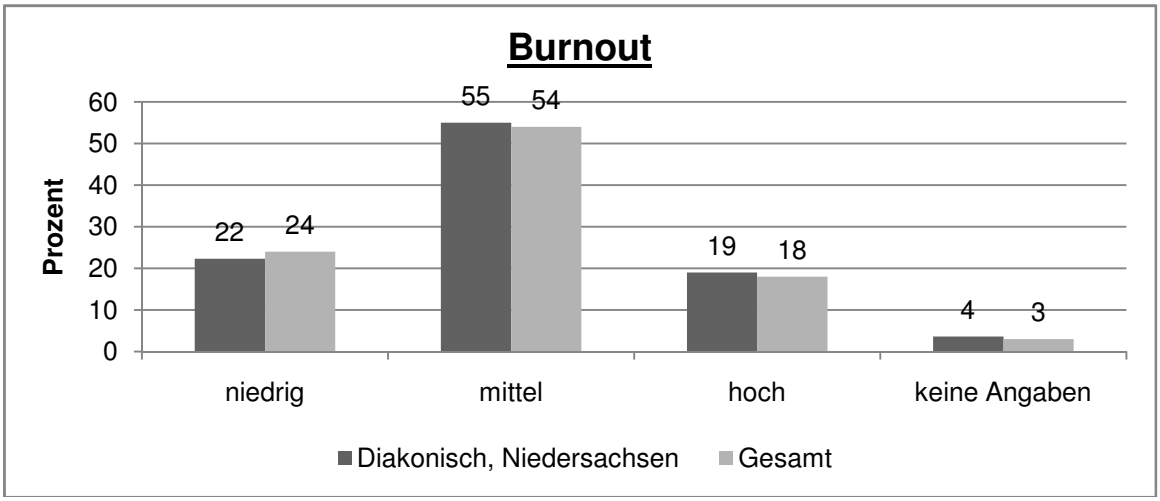
Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
Es passiert mir immer öfter, dass ich mich abwertend über meine Arbeitstätigkeit äußere.
Ich neige in letzter Zeit vermehrt dazu, bei meiner Arbeit wenig zu denken, sondern sie fast mechanisch zu erledigen.
Meine Arbeit stellt viele Herausforderungen an mich.
Mit der Zeit habe ich die innere Beziehung zur eigenen Arbeit verloren.
Nach der Arbeit bin ich in der Regel noch fit für meine Freizeitaktivitäten.
Manchmal bin ich von meiner Arbeitstätigkeit richtiggehend angewidert.
Ich kann mir für mich keinen anderen Beruf vorstellen.
Es gibt Tage, an denen ich mich schon vor der Arbeit müde fühle.
Nach der Arbeit brauche ich jetzt oft längere Erholungszeiten als früher, um wieder fit zu werden.
Die Belastung durch meine Arbeit ist ganz gut zu ertragen.
Ich habe bei der Arbeit immer häufiger das Gefühl, emotional ausgelaugt zu sein.
Nach der Arbeit fühle ich mich in der Regel schlapp und abgespannt.
In der Regel kann ich meine Arbeitsmenge gut schaffen.
Während meiner Arbeit fühle ich mich total fit.

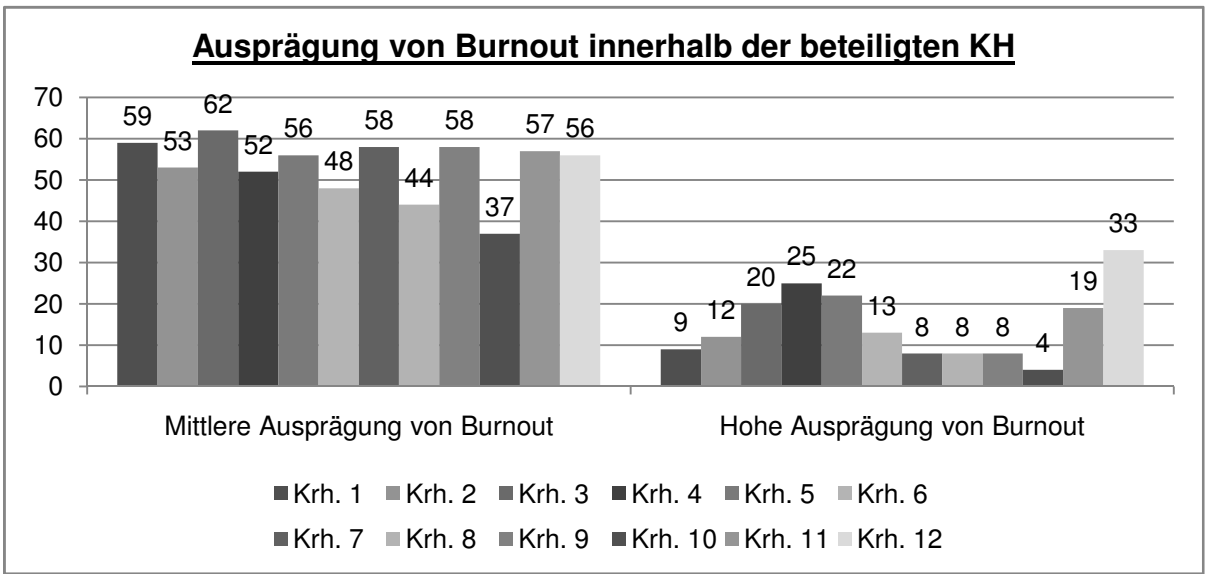
In Anlehnung an Demerouti, 1999.

Ergebnisse

[25] NZZ online 2006
[26] Demerouti, 1999
[27] Benzin, R. 2007
[28] zitiert nach Benzin, 2007

	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	137	22,3	215	24,4
mittel	338	55,0	479	54,3
hoch	117	19,1	158	17.9
Keine Angabe	22	3,6	30	3,4





Zusammenhänge

Zielvariablen	Burnout
Arbeitszufriedenheit	-.52
Sinnerleben im Beruf	-.53
Nicht religiös bedingte Arbeitsfaktoren	
Zeitdruck	.57
Unterstützung durch Vorgesetzte	-.40

Soziomoralische Atmosphäre	-.39
Unterstützung durch Kollegen	-.32
Patienten als Ressource	-.31
Belastende Patienten	.27
Finanzielle Situation	.17
Religiös bedingte Arbeitsfaktoren	
Diakonischer Druck	.35
Diakonisches Klima	-.29
Nicht religiös bedingte personale Faktoren	
Selbstwirksamkeit	-.25
Sinnquelle Team	-.13
Sinnquelle Tradition	-.12
Sinnquelle Patient	-.08
Sinnquelle Selbstverwirklichung	-.05
Religiös bedingte personale Faktoren	
Sinnquelle Glaube	-.12
Diakonische Identität	-.11
Religiöse Zentralität	-.10

Ergebnisse

- 19 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern in Niedersachsen zeigen eine hohe und 55 Prozent eine mittlere Ausprägung von Burnout-Indizien.
- Es besteht ein hoher negativer Zusammenhang zwischen Burnout mit Arbeitszufriedenheit und Sinnerleben im Beruf sowie ein hoher Zusammenhang mit Zeitdruck.
- Es besteht ein mittlerer Zusammenhang mit der soziomoralischer Atmosphäre, der Unterstützung durch Vorgesetzte, dem Diakonischen Druck. der Unterstützung durch Kollegen, den Patienten als Ressource und belastenden Patienten.
- Einen geringen Zusammenhang zeigt Burnout mit der finanziellen Situation und mit den Sinnquellen.
- Diakonische Identität, religiösen Gefühle sowie die religiöse Zentralität zeigen ebenfalls einen geringen Zusammenhang mit Burnout.

- Der Zusammenhang mit den arbeitsbedingten Ressourcen und Belastungsfaktoren ist insgesamt deutlich ausgeprägter als mit den Faktoren, die in der einzelnen Person liegen.
- Eine hohe Ausprägung von Burnout-Indizien variiert bei den beteiligten Krankenhäusern zwischen 4 Prozent und 33 Prozent.

Ergänzende Ergebnisse aus anderen Untersuchungen

Demerouti (1999):Burnout

Demerouti nahm an, dass konkrete Konstellationen von Arbeitsbedingungen existieren, die Erschöpfungszustände und distanzierte Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Arbeit fördern. Erwartet wurde, dass Kombinationen von Merkmalen der Arbeitssituation als Ursache von Burnout beschrieben werden können und nicht *der* eine Belastungsfaktor. Ergänzt wurde die Befragung, die der Erhebung der subjektiven Einschätzung der Betroffenen diente, durch Beobachtung mit Hilfe zweier Beobachter.
Demerouti fand ihre Annahmen bestätigt. Die beiden Burnout-Dimensionen Erschöpfung und Distanzierung von der Arbeit sind danach voneinander unabhängig und auf unterschiedliche Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Negative Arbeitsanforderungen waren für den erlebten Erschöpfungsgrad verantwortlich, für die Distanzierung waren es fehlende motivationale Anreize. Als negative und damit Distanzierung fördernde Arbeitsbedingungen werden mangelhafte Rückmeldung über Arbeitsergebnisse, unzureichende Belohnung, Arbeitsplatzunsicherheit, geringe Kontrolle über die Arbeitsdurchführung, (Nicht-)Partizipation in Entscheidungsprozessen, mangelnde Kommunikation und hohe Verantwortung festgestellt. Für Erschöpfung relevant sind nach den Ergebnissen körperliche Belastungen, Umgebungsbedingungen, Zeitdruck und der Kontakt mit Kunden.
Im Ergebnis waren die Arbeitsbedingungen ausschlaggebend für Burnout. Burnout ist danach ein arbeitsplatzbezogenes Merkmal, individuelle Unterschiede der Personen sind nach den Ergebnissen nur als Moderatorvariable relevant. Demerouti fasst chronischen Stress als eine Ursache von Burnout auf, bei der Burnout eine Langzeitfolge von Stress darstellt[29].

Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten.

Badura beschreibt im Fehlzeitenreport 2006, dass für Mediziner und Pflegepersonal meist eine Prävalenzzwischen 20-30 Prozent genannt wird[30]. Er weist jedoch darauf hin, dass die Häufigkeit aufgrund unterschiedlicher Konzeptionen und Messinstrumente letztendlich umstritten ist. Die höchsten Werte werden meist für die emotionale Erschöpfung ermittelt. Die Quoten für die Depersonalisierung fallen meist geringer aus.

[29] Benzin 2007
[30] Bandura 2007

Next-Studie

In der Next-Studie wurde Burnout mittels sechs Fragen aus dem CopenhagenBurnout Inventar[31] erfasst:

Wie häufig ...

- fühlen Sie sich müde?
- sind Sie körperlich erschöpft?
- sind Sie emotional erschöpft?
- denken Sie: Ich kann nicht mehr?
- fühlen Sie sich ausgelaugt?
- fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?

Die Antwortmöglichkeiten lauteten: „nie/fast nie“, „einmal oder ein paar Mal pro Monat“, „ein- oder zweimal pro Woche“, „drei- bis fünfmal pro Woche“, „(fast) jeden Tag“. Je höher der erreichte Punktwert, umso größer die Belastung durch Burnout.

Nach den Ergebnissen der Next-Studie umschreibt Burnout einen Zustand emotionaler Erschöpfung und steht in Zusammenhang mit dem Arbeit/Familie-Konflikt und einer geringeren Arbeitszufriedenheit. Eine mögliche Folge von Burnout ist der vorzeitige Berufsausstieg. Europaweit liegt der Mittelwert von Burnout beim Pflegepersonal im Krankenhaus bei 2,5 von 5. Dies ist auch der Mittelwert für das Pflegepersonal in Deutschland insgesamt (nicht nur Krankenhaus).Laut den Ausführungen zur Next-Studie betrifft Burnout ca. 25 Prozent aller Pflegekräfte, dieser Anteil steigt auf 64 Prozent bei Pflegepersonen mit hohen affektiven Belastungen und auf 39 Prozent bei Pflegepersonen mit hohen kognitiven Belastungen[32].

Strasser,B. (2010): Korrelationen zwischen Burnoutund ArbeitsplatzbedingungenÜber alle beteiligten Personen hinweg zeigen die Mittelwerte, dass weder die Emotionale Erschöpfung (Mittelwert 1,9377 von 6), noch die Depersonalisierung (Mittelwert 1,067 von 6) besonders stark ausgeprägt sind. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse sind sämtliche Burnout-Faktoren hoch signifikant mit der Unterstützung und dem positiven Feedback durch Vorgesetzte korreliert. Das Gemeinschaftsgefühl am Arbeitsplatz korreliert ebenfalls mit fast allen Faktoren, die sich aus den MBI-Skalen ergeben. Besonders hervorzuheben sind dabei die Emotionale Erschöpfung und die Persönliche Erfüllung.

G. Mosler (2006):Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal

Bei der Emotionalen Erschöpfung zeigen die Ergebnisse, dass 55 Prozent des Krankenpflegepersonals sich „nie“, bis „eher selten“ erschöpft fühlen und 45 Prozent fühlen

[31] Borritz und Kristensen 2001 zitiert nach Next-Studie 2005
[32] Estryn-Behar et al 1990 zitiert nach Next-Studie 2005

sich „manchmal“ bis „sehr oft“ erschöpft. Zur Depersonalisierung: 84 Prozent haben „nie“ bis „eher selten“ negative Gefühle gegenüber den Patienten und nur 16 Prozent haben diese Gefühle „manchmal“ bis „sehr oft“. Persönliche Erfüllung: 95 Prozent erleben Gefühle zur persönlichen Erfüllung „sehr oft“ bis „manchmal“ und nur 5 Prozent geben an diese Gefühle „nie“ bis „eher selten“ zu erleben. Die Ergebnisse zeigen, dass weder Emotionale Erschöpfung (MW=3,01) noch Depersonalisierung (MW=2,12) besonders stark ausgeprägt sind. Bei der Persönlichen Erfüllung (MW 4,68) gaben 95,2 Prozent an derartige Gefühle „manchmal bis „sehr oft“ zu empfinden und nur 4,8 Prozent gaben an, diese Gefühle „nie“ bis „eher selten“ zu empfinden. Daher kann die Forschungsfrage in welcher Ausprägung Krankenpflegepersonal die drei Burnout-Komponenten erlebt, dahingehend beantwortet werden, dass die Emotionale Erschöpfung anhand des Mittelwertes eine mittlere bis geringe und die Depersonalisation eine geringe Ausprägung aufweist. Die Persönliche Erfüllung ist nicht reduziert.

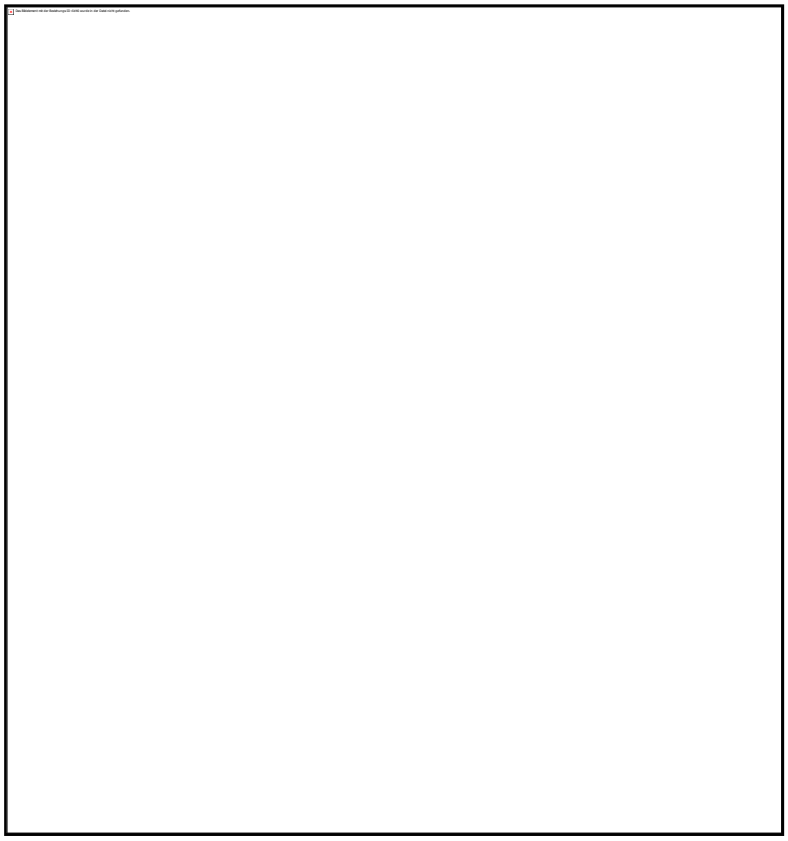
Moosler weist darauf hin, dass die auf den ersten Blick erfreulichen Mittelwerte jedoch ernstzunehmende Probleme verbergen können. Nach dem Modell von Maslach& Jackson und auch nach dem von Leiter steht die wachsende Emotionale Erschöpfung am Anfang der Burnout-Entstehung. Nach dem Modell von Leiter (1993) entwickelt sich Burnout von einem Stadium der erhöhten Emotionalen Erschöpfung (Stadium I) über eine Phase der erhöhtenDepersonalisierung (Stadium II) zum Stadium der reduzierten Persönlichen Erfüllung (Stadium III). Depersonalisierung wird hier als eine Art Bewältigungsstrategie im Burnout-Prozessaufgefaßt, die dann einsetzt, wenn keine anderen Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können. Im Stadium III ist diese Form der Bewältigung nicht mehr möglich. Mittelwerte bei der Emotionalen Erschöpfung, die ≥ 4 sind, weisen auf das Stadium I hin - Mittelwerte bei der Depersonalisierung, die ≥ 4 sind, weisen auf das Stadium II hin.[33]

Gute Stationsorganisation kann Burnout reduzieren

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsorganisation und Burnout? Diese Frage hat die TU Dresden untersucht und konnte aufzeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für emotionale Erschöpfung bei weniger guter Stationsorganisation etwa doppelt so groß ist wie bei guter Organisation. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass es trotz Standardisierung und indirekter Zeitvorgeben möglich ist, unterschiedlich effiziente, d.h. belastungsgünstige und patientenfreundliche Stationsorganisationsweisen zu entwickeln. Es ist weiterhin möglich, auf der gleichen Station unterschiedlich effiziente individuelle Arbeitsweisen auszubilden. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Organisationsaspekte wie Pflegeprinzip, Pflegeorganisation, Entscheidungsmöglichkeiten, Zusammenarbeit im Team,

[33] Büssing & Glaser 1999 zitiert nach Moosler 2006

Vollständigkeit informationsbestimmender Tätigkeiten, psychosoziale Zuwendung und die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Stationsorganisation Gestaltungsspielräume in der stationären Krankenpflege aufweisen und bei günstiger Formung langfristig zur Vermeidung von Fehlbelastungen beitragen.[34]



Die klare Regelung von Abläufen und Zuständigkeiten stellte sich als bedeutender Entlastungsfaktor dar. Erlebte Fehlbeanspruchung durch unklare Befugnisse erwies sich in ungünstig organisierten Häusern fünfmal so hoch wie in günstig organisierten[35].

Weitergehende Überlegungen

Burnout zeigt sich als ein komplexes Geschehen mit verschiedenen Einflussfaktoren. In der Burnout-Forschung fehlen eine einheitliche Definition und als „allgemein anerkannt" geltende Entstehungsursachen.

In Bezug auf die ermittelten „Burnout-Werte" ist das Ergebnis der Studieselbstkritisch zu hinterfragen. Es ist zu bedenken, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ausgebrannt sind, an der Befragung wahrscheinlich nicht teilgenommenhaben, weil diese nicht mehr bereit sind, an einer Fragebogenaktion teilzunehmen. Unter Berücksichtigung dieser selbstkritischen Überlegungen sind die Ergebnisse mit Besorgnis zu betrachten. Knapp 20 Prozent der beteiligten Pflegepersonen zeigen eine starke Ausprägung von Burnout-Indizien – hinzugerechnet werden müssen die Pflegepersonen, die bereits an Burnout erkrankt sind

[34] Stab, Hacker in Richter et al. 2007
[35] Stab, Karmann, Junge in Die Schwester/der Pfleger 50. Jahrg. 09/11

und deshalb im „Krank“ den Fragebogen nicht erhalten haben und diejenigen, die noch zur Arbeit gehen, aber denen bereits alles „zu viel“ ist und deshalb an keiner Befragung mehr teilnehmen. Besondere Aufmerksamkeit muss in diesem Fall auch der „mittleren“ Gruppe geschenkt werden. Bedenkt man, dass Burnout ein schleichender Prozess ist, so sind die Pflegepersonen mit mittlerer Ausprägung der Burnout-Indizien gefährdet, weiter in die hohe Ausprägung zu rutschen. Betrachtet man die Ergebnisse von Krankenhaus 12, dann stimmt es sehr nachdenklich, dass 89 Prozent des dortigen Pflegepersonals eine hohe oder mittlere Ausprägung von Burnout-Indizien aufzeigen. Zeitdruck weist den höchsten Zusammenhang mit Burnout auf, gefolgt von der fehlenden sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte, einer mangelnden soziomoralischen Atmosphäre sowie belastenden Patienten.

6.3 Sinnerleben im Beruf

Pflegen macht Sinn...

Sinn macht vieles, vielleicht alles ertragbar...“ (C.G. Jung)

Sinnerleben in Deutschland

Auf Berichte vom Einflussverlust der Kirchen folgten Mutmaßungen über Sinn- und Wertekrisen sowie Orientierungsverlust. Es stellt sich die Frage, obdie kirchliche Religion bis dahin tatsächlich der dominierende Orientierungsgeber war? Ist heute Sinnleere, wo christliche Inhalte und Praktiken verschwinden? Theoretisch müsste der Mensch im postindustriellen Zeitalter anfällig für Sinnkrisen sein, davon gehen Fromm („Krankheit des Jahrhunderts“), Frankl („existentielles Vakuum“) und auch Wirtz und Zöberli (1995) aus[36]. In den Augen letzterer ist „der moderne Mensch aus den sinntragenden Bezügen herausgefallen; er hat sich verirrt in der Komplexität des Daseins und ist einsam und heimatlos geworden. Diese Kennzeichnung widerspricht jedoch dem Ergebnis einer repräsentativen Untersuchung von Schnell zu Sinnerfüllung und Sinnkrisen in der deutschen Bevölkerung. 74 Prozent der Befragten (n=603) erfahren ihr Leben als „eher“ bis „absolut“ sinnerfüllt. Wenige sind es, die an einem Mangel an Sinn leiden. Nur vier Prozent der Stichprobe zeigen Hinweise auf eine Sinnkrise. Als bedeutsamste Sinnquellen wurden Moral (Orientierung an klaren Richtlinien und Werten) und Harmonie/Fürsorge (der sorgsame Umgang miteinander) ermittelt.[37]

Sinn als personale Ressource

Hauser beschreibt Sinn als eine hochaggregierte personale Ressource. Als solche wirkt Sinn als Moderator zwischen Widerfahrnissen und Maßen von Wohlbefinden und Besserung. Je

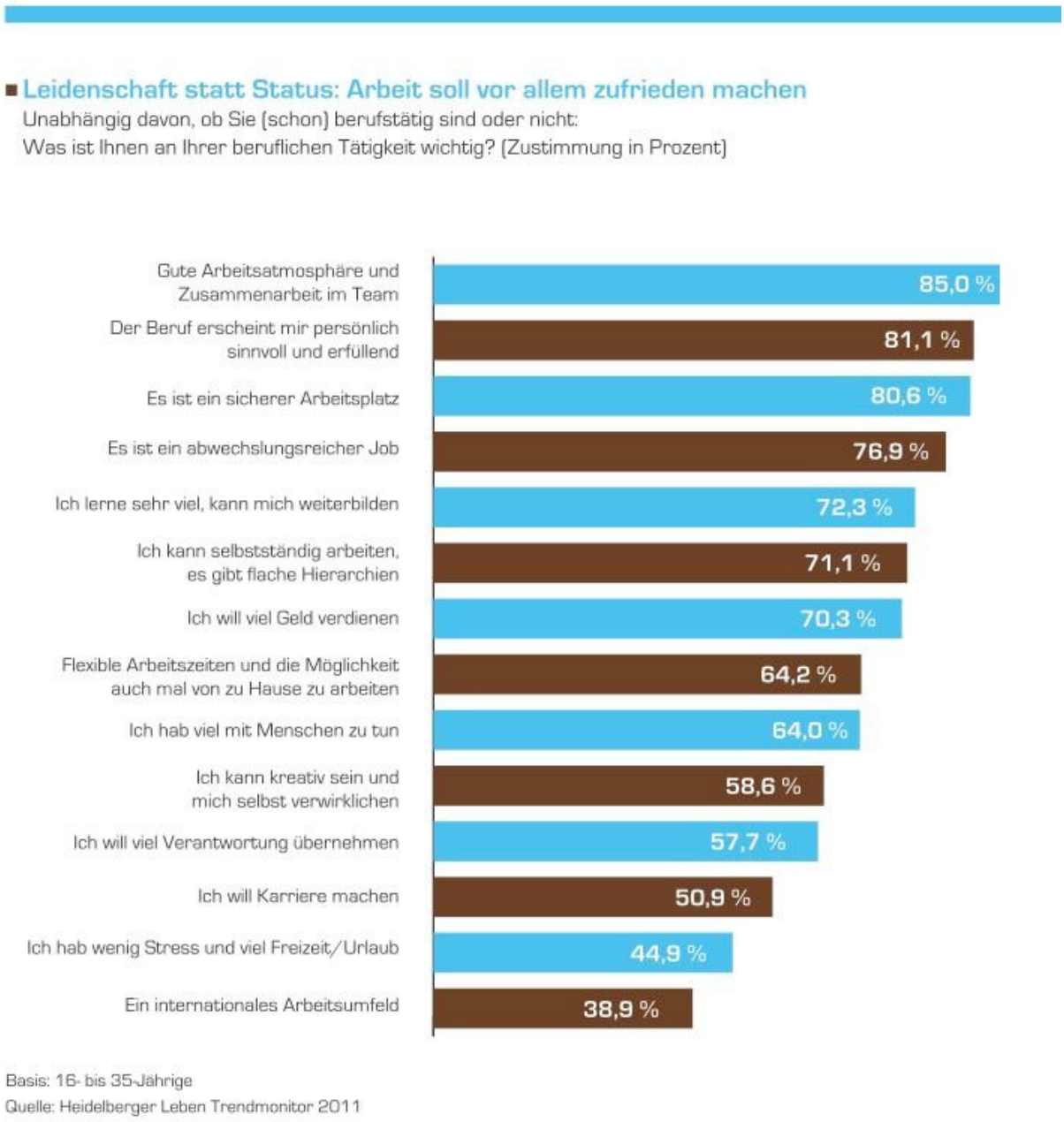
[36] zitiert nach Schnell 2009
[37] Schnell 2009

breiter, tiefer und vom Niveau her höher stehend das Sinnsystem, desto zuverlässiger kann es als Stütze bei Widerfahrnissen dienen. Nach dem Eintreffen eines Lebensereignisses, welches das Selbst- und Weltbild erschüttert, haben die Menschen das Bedürfnis, einen höheren Sinn zu fassen. Wer nach einem einschneidenden Lebensereignis Sinn fassen kann, wird sich schneller und auf nachhaltigere Weise (d.h. auch flexibler) an die neuen Lebensumstände bzw. Erkenntnisse anpassen können. Religiosität/Spiritualität stellt eine personale Ressource dar, die aufgrund hohen Sinnniveaus ein wichtiger Moderator zwischen Widerfahrnissen und Maßen von Wohlbefinden und Besserung ist.[38]

Der Beruf als Sinnquelle

Sinn und Beruf – zwei Themen von hoher Relevanz in unserem Kulturkreis. Gerade die negativen Seiten von Arbeit wie Stress, Arbeitsbelastung und Burnout erscheinen derzeit in den Industriegesellschaften allgegenwärtig zu sein. Kann „Arbeit“ und insbesondere soziale Arbeit unter diesen Rahmenbedingungen überhaupt noch als sinnvoll erlebt werden?
Im Vorwort des Buches von Hänsel und Matzenauer ist zu lesen: „In Zeiten der globalisierten Wirtschaft wird zunehmend suggeriert, man könne froh sein, einen regulären Arbeitsplatz zu haben, nach Sinn zu fragen scheint da übertriebener Luxus.“ [39]
Zugleich ergab eine im Auftrag von „Heidelberger Leben Trendmonitors 2011“ durchgeführte, repräsentative Umfrage des Markforschungsinstituts YouGovPsychonomics folgende Ergebnisse:Eine „gute Arbeitsatmosphäre sowie Zusammenarbeit im Team“ (85 Prozent) und ein „sinnvoll wahrgenommener und erfüllender Beruf“ (81 Prozent) sind vielen 16- 35-Jährigen ebenso wichtig oder sogar wichtiger als bloße Arbeitsplatzsicherheit (81 Prozent)[40].

[38] Hauser 2004
[39] Hänsel, Matzenauer 2009
[40]



Junge Arbeitnehmer möchten in ihrem Beruf vermehrt Sinn erleben und persönliche Entfaltungsmöglichkeiten und ein kreatives Arbeitsumfeld finden. Arbeit wird in der bisherigen Forschung als fundamentales Element gesehen, das Lebenssinn stiften kann. Sie erfüllt dabei besonders ein Bedürfnis nach Selbstverwirklichung.[41] Je sinnerfüllter Personen sind, umso zufriedener sind sie auch mit ihrer Arbeit. Sinnerfüllung in der Arbeit kann definiert werden als individuelle Erfahrung von Bedeutsamkeit, Zielorientierung, Zugehörigkeit und Kohärenz in Bezug auf Persönlichkeit und Lebenseinstellungen im Rahmen der aktuellen Arbeitstätigkeit[42].

Messinstrument

[41] Schnell & Höge, 2012
[42] ebd.

Erfasst wurde das Sinnerleben im Beruf über die Skala „Sinnerleben und Sinnkrise im Beruf“ von Tatjana Schnell. Bei der eingesetzten Skala handelt es sich um eine auf den beruflichen Kontext adaptierte Version der allgemeinen Sinnerfüllungsskala des Fragebogens zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn von Schnell und Becker.[43]

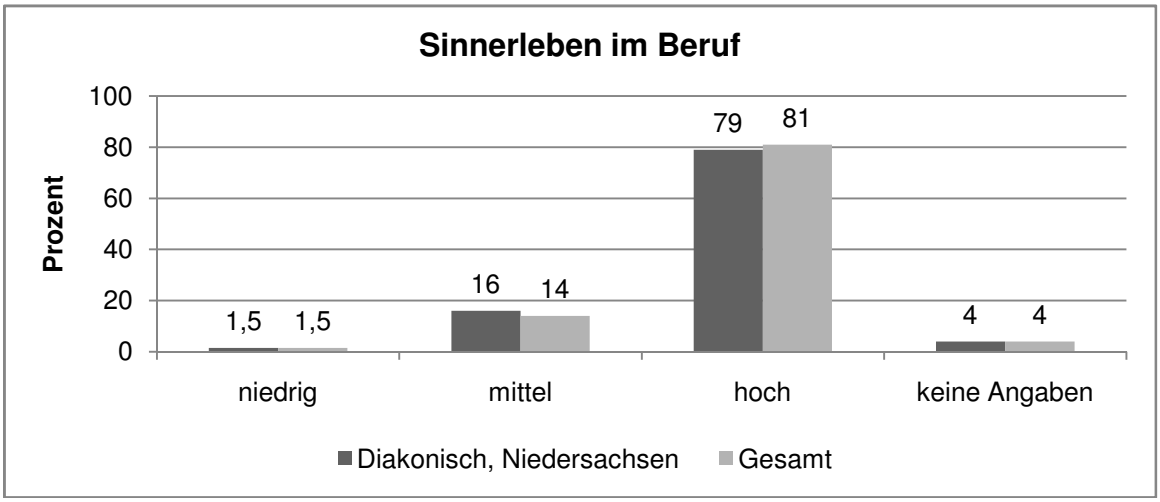
...ob es sinnvoll ist, was ich mache...
DANKE, es ist eine gute Frage, werd´ sie mitnehmen.

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnerleben im Beruf“ (α=.890; n=848)

1.	Meine Arbeit erfüllt mich.
2.	Wenn ich über den Sinn meiner Arbeit nachdenke, empfinde ich nur Leere.
3.	Die Tätigkeiten, die ich an meiner Arbeit ausführe, erscheinen mir sinnvoll.
4.	Meine Arbeit ist bedeutungslos.
5.	Meine beruflichen Tätigkeiten passen gut zu dem, was ich mir in meinem Leben vorgenommen habe.
6.	Meine beruflichen Tätigkeiten erscheinen mir sinnlos.
7.	Durch meine berufliche Tätigkeit fühle ich mich als Teil eines größeren Ganzen.
8.	Ich stecke beruflich in einer Sinnkrise.
9.	Meine Arbeit passt gut in mein Lebenskonzept.
10.	Ich leide darunter, dass ich in meiner Arbeit keinen Sinn entdecken kann.
11.	Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll.

Schnell, T. 2008.

Ergebnisse



	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	9	1,5	13	1,5

[43] Siller 2009

mittel	98	16	122	13,8
hoch	483	79	713	80,8
Keine Angabe	24	4	34	3,9

Zusammenhänge

Zielvariablen	**Sinnerleben im Beruf**
Arbeitszufriedenheit	.55
Burnout	-.53
Arbeitsressourcen/ -stressoren: nicht religiös bedingt	
Sozial:	
Soziomoralische Atmosphäre	.39
Unterstützung durch Kollegen	.37
Unterstützung durch Vorgesetzte	.32
Belastende Patienten	-.13
Patienten als Ressource	.27
Nicht sozial:	
Zeitdruck	-.20
Finanzielle Situation	-.18
Arbeitsressourcen/ -stressoren: religiös bedingt	
Diakonischer Druck	-.37
Diakonisches Klima	.30
Unterstützung durch Seelsorge	
Personale Ressourcen /Stressoren: nicht religiös bedingt	
Selbstwirksamkeit	.27
Sinnquelle Patient	.23
Sinnquelle Tradition	.25
Sinnquelle Team	.21
Personale Ressourcen /Stressoren: religiös bedingt	
Diakonische Identität	.20
Sinnquelle Glaube	.17
Religiöse Zentralität	.09

- Bei ca. 80 Prozent der Pflegenden ist das Sinnerleben im Beruf hoch ausgeprägt. Das Sinnerleben ist somit eine sehr hoch ausgeprägte personale Ressource der Pflegepersonen mit hohem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen sowie einem hohen negativen Zusammenhang mit Burnout. Dies spiegelt auch die relativ hohe Zufriedenheit mit den Inhalten der Arbeit wieder sowie die hohe

Ausprägung der Sinnquellen, die in Zusammenhang mit den Patientinnen und Patienten sowie dem Team stehen.

- Es besteht ein geringer Zusammenhang zwischen Religiosität und Sinnerleben im Beruf – Sinnerleben im Beruf ist nicht religiös determiniert.
- Es besteht ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem Sinnerleben im Beruf und sozialen, arbeitsbedingten Ressourcen/ Stressoren.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen Sinnerleben im Beruf und personalen Ressourcen/Stressoren.
- Der Zusammenhang zwischen dem beruflichen Sinnerleben ist zu den sozialen Arbeitsressourcen/ -stressoren deutlich höher ausgeprägt als zu den nicht sozialen und personalen Ressourcen/ Stressoren.

Vergleich der Ergebnisse mit anderen Untersuchungen

Siller hat das berufliche Sinnerleben bei 183 Personen im Alter zwischen 20-62 Jahre untersucht. In ihrer Untersuchung waren Personen mit verschiedenen Berufen einbezogen – den Schwerpunkt bildeten Büro/Verwaltung/Medien/IT sowie Sozial- und Gesundheitsberufe[44]. Siller verwendete ebenfalls die Skala von Schnell zur Erfassung von Sinnerleben im Beruf. Im Folgenden der Vergleich einiger Daten:

	Mittelwert (Standardabweichung) „Sinnerleben im Beruf“
SI der EKD (Pflegepersonen im Krankenhaus)	4,11 (0,60)
Siller (verschiedene Berufe)	3,55 (1,06)
Pollet (verschiedene Berufe)	3,47 (1,13)
Pollet - soziale Berufe	3,9

Bei Pollet beträgt der Mittelwert der Skala „Sinnerfüllung im Beruf“ bei Personen die einen sozialen Beruf ausüben 3,90 und fällt im Vergleich mit Personen, die nicht dieser Berufsgruppe angehören (M=3,20) signifikant höher aus[45].

Vergleich der Korrelationen

	Soziale Unterstützung der Kollegen (Siller)	Soziale Unterstützung der Kollegen (SI der EKD)
Sinnerfüllung im Beruf	.317	.37

	Soziale Unterstützung der Vorgesetzten (Siller)	Soziale Unterstützung der Vorgesetzten (Si der EKD)
Sinnerfüllung im	.411	.32

[44] Siller 2009
[45] Pollet 2011

Beruf		

	Zeitdruck (Siller)	Zeitdruck (SI der EKD)
Sinnerfüllung im Beruf	Kein signifikanter Zusammenhang	.20

	Soziomoralische Atmosphäre (Siller)	Soziomoralische Atmosphäre (SI der EKD)
Sinnerfüllung im Beruf	.475	.39

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

Sinnerleben im Beruf und Arbeitsengagement

	Arbeitsengagement (Höge/Schnell)	Arbeitsengagement (Pollet)
Sinnerfüllung im Beruf	.81 (p<.01)	.814 (p-< .01)

Sinnerfüllung im Beruf und Arbeitsengagement stehen in einem positiven Zusammenhang. Die hohe Korrelation von .814 deutet darauf hin, dass Sinnerfüllung im Beruf und Arbeitsengagement zwei sehr ähnliche Konstrukte sind. Höge und Schnell konnten mittels Faktorenanalyse feststellen, dass es sich um die zwei Seiten einer Medaille handelt: Sinnerfüllung als die kognitive Seite und Arbeitsengagement als die affektiv-motivationale Seite[46].Das Ergebnis von Pollett, dass sowohl ein direkter Einfluss von beruflicher Sinnerfüllung auf das Arbeitsengagement vorliegt, als auch ein indirekter Einfluss über das Stimmungsniveau, lässt vermuten, dass Sinnerfüllung in der Arbeit die kognitive Voraussetzung für Arbeitsengagement ist.
Die Bedeutsamkeit einer Aufgabe für andere ist der stärkste Prädiktor für Sinnerfüllung und Arbeitsengagement.[47]

Sinnerleben im Beruf und Lebenszufriedenheit, körperliches Wohlempfinden und Stimmungsniveau

	Allgemeine Lebenszufriedenheit (Pollet)
Sinnerfüllung im Beruf	.44

	Körperliches Wohlbefinden (Pollet)
Sinnerfüllung im Beruf	.305

	Stimmungsniveau (Pollet)
Sinnerfüllung im Beruf	.285

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege

[46] Höge, Schnell 2012
[47] ebd.

Die DAK-BGW-Studie wurde als schriftliche Befragung einer Zufallsstichprobe von bei der DAK krankenversicherten Pflegenden durchgeführt. Ca. 3300 DAK-Versicherte, die in einer stationären Einrichtung tätig sind, erhielten 2004 einen 15 Seiten umfassenden Fragebogen. 1719 (52 Prozent) haben geantwortet – davon 1306 Personen, die in Akutkrankenhäusern oder Fachkliniken arbeiten. Die Studie bezieht sich auf diese Personengruppe.
„Ich habe das Gefühl mit meiner Arbeit etwas Sinnvolles zu tun."

Trifft gar nicht zu:	0,5 Prozent
Trifft wenig zu:	2,2 Prozent
Trifft teilweise zu:	12,3 Prozent
Trifft eher zu:	37,9 Prozent
Trifft völlig zu:	47,3 Prozent

Next-Studie - Bedeutung der Arbeit

Die NEXT-Studie[48] untersucht in zehn europäischen Ländern die Arbeitssituation von Pflegepersonal und die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg. Insgesamt haben fast 40.000 Pflegende in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Norwegen, den Niederlanden, Polen, Norwegen und der Slowakei an dieser Befragung teilgenommen. In Deutschland haben sich 2.672 Pflegende aus Krankenhäusern an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 56 Prozent im Krankenhausbereich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den großen Einrichtungen aus Kapazitätsgründen nicht das gesamte Pflegepersonal befragt werden konnte. Der Anteil dreijährig examinierter Pflegekräfte in der Stichprobe lag bei 94 Prozent.
Im Rahmen der Next-Studie wurde die „Bedeutung der Arbeit" für Pflegepersonen untersucht.Der Begriff reflektiert hier die Wichtigkeit der eigenen Arbeit. Die Skala „*Bedeutung der Arbeit"* besteht aus drei Fragen:

- oSind Ihre Arbeitsaufgaben sinnvoll?
- oHaben Sie das Gefühl, dass die Arbeit, die Sie leisten, wichtig ist?
- oFühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit motiviert und engagiert?

Die erste Frage erfasst den „Sinngehalt" der Arbeit.
Das Ergebnis bestätigt, dass die Bedeutung der Arbeit in Beziehung zur Arbeitszufriedenheit und der Motivation von Arbeitnehmern steht. Weiterhin wird von einer Beeinflussung des Berufausstiegs und Gesundheit durch die Bedeutung der Arbeit ausgegangen. Es bestehen Zusammenhänge zwischen der Bedeutung der Arbeit und weiteren Aspekten wie der Bindung an die Einrichtung (r=0,37) oder den Entwicklungsmöglichkeiten (r=0,57). Weiterhin zeigt sich eine negative Assoziation zwischen der Absicht, den Beruf zu verlassen und der Bedeutung der Arbeit (r=-0.33). Das bedeutet: je höher die Bedeutung der Arbeit, desto

[48] Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003

geringer die Absicht, den Beruf zu verlassen.

Berufliche Belastung, Gesundheitszustandund Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte(2009)

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie auf Basis einerrepräsentativen Stichprobe sächsischer berufsaktiver Ärzte im Jahr 2007. Alle Daten wurden mittels eines Fragebogens erhoben.Die Analyse-Stichprobe besteht aus N=2.234Teilnehmern und deren Datensätzen, die indie Auswertung einbezogen wurden.
In der Untersuchung werden besonders positive Angaben bei der Bewertung der eigenen Arbeit als sinnvollund wichtig gemacht. Insgesamt als auch im Geschlechtervergleich wird hier als Maßder zentralen Tendenz der höchste Wert (Stufe 7) erreicht.
Mehr als neun von zehn Befragten(91,8 Prozent) geben diesbezüglich positive Urteile ab (Stufen 5-7). Abweichend von den übrigen zur Analyse herangezogenen Gruppen, fällt beim Vergleich derTätigkeitsbereiche Klinik und Praxis ein Unterschied in der mittleren Beurteilung des Sinnerlebensauf: Die stationär tätigen Befragten beurteilen dieses Item im Mittel etwas negativer(Stufe 6). Der Gruppenvergleich ergibt diesbezüglich einen signifikanten Unterschied zwischenden Tätigkeitsbereichen.
Die anhand des Mittelwertvergleiches aufgezeigte Divergenz spiegelt sich anschaulich in den Antworthäufigkeiten: Die in Kliniken tätigen Befragten geben deutlich seltener als ihre in Praxen tätigen Kollegen die positivste Wertung (Stufe 7) für das Sinnerleben in der Berufstätigkeit an und wählen dafür häufiger die moderat positiven Antworten. Jedoch geben insgesamtauch die stationär arbeitenden Mediziner in der Mehrzahl (90,9 Prozent) positive Zufriedenheitswerte(Stufen 5-7) bezüglich des Sinnerlebens im Beruf an[49].

Sinnerleben von Fließbandarbeitern

Isaksen (2000) beschäftigte sich in einer Interviewstudie unter anderem mit der Frage, ob es auch für Fließbandarbeiter möglich ist, Sinn in ihrer Arbeit zu erleben. Die Annahme, die der Untersuchung zugrunde liegt, ist, dass Sinn in der Arbeit nicht alleine durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst wird, sondern dass jedem Menschen ein Streben nach Sinn innewohnt – den Willen zum Sinn nach Frankl. Lazarus und Folkman (1984; nach Isaksen, 2000) gehen davon aus, dass Arbeitsbedingungen das Handeln, Denken und Fühlen eines Menschen nicht direkt beeinflussen, sondern dass Personen auf ihre Arbeitsumgebung aufgrund ihrer subjektiven Wahrnehmung der Anforderungen, der Hindernisse und der Potentiale *re*agieren. Eine „Geschichte“ entsteht nicht nur durch die vorherrschenden Bedingungen oder die Persönlichkeit eines Menschen, sondern vor allem durch die Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt. Isaksen zieht daraus den Schluss, dass

49

sich Sinn aus solchen interaktionalen Prozessen ableiten lässt. Sinnhaftigkeit wohnt nicht einer speziellen Arbeitsform inne, sondern sie ist eine individuelleGeisteshaltung, welche entsteht, wenn ein Mensch die Beziehung zwischen ihm und seiner Umgebung als befriedigend ansieht. Da Menschen eine unvergleichbar starke Fähigkeit haben, Sinn zu konstruieren, ist für Isaksen das Empfinden von Sinn bei Fließbandarbeit zwar schwierig, aber dennoch möglich. In der Untersuchung wurde festgestellt, dass die Arbeiter auf mehreren verschiedenen Wegen Sinn konstruieren, wobei die Arbeiter nicht nur einen einzelnen Weg verwendeten, sondern zwischen zwei und sechs Wegen variierten. Jene vier Wege, die am meisten zur Sinnstiftung beitragen, sind

a) *Zugehörigkeitsgefühl zur Arbeitsstelle und zur Tätigkeit*, wenn dieses Gefühl zur Identität oder zur Selbstachtung des Arbeiters beiträgt. 25 Prozent der Befragten ziehen ihr Sinnerleben aus diesem Punkt.

b) *Engagement in sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz*. 21 Prozent der Interviewten erleben Sinn durch die Beziehungen zu ihren KollegInnen, Konflikte können durch den Austausch gelöst und auch Privates kann besprochen werden.

c) *Betrachtung der Arbeit als notwendigen Teil in einem größeren, sinnvollen Zusammenhang.* Dieser Punkt bedeutet, dass der Sinn der Arbeit darin gesehen wird, dass durch sie Aktivitäten außerhalb ermöglicht werden. Durch das verdiente Geld kann das Privat- bzw. Familienleben oder ein zukünftiges Projekt im Leben finanziert werden. 15 Prozent finden Sinn auf diesem Weg. Eine Zahl die die Annahme, dass für die Arbeiter hauptsächlich materielle Anreize im Vordergrund stehen, nicht bestätigt.

d) *Gefühle der Verantwortung und des Stolzes*für die eigene Arbeit sind für 14 Prozent der Befragten sinnstiftend.

Insgesamt konnten 75 Prozent der Befragten Sinn in ihrer Arbeit finden. 25 Prozent betrachten ihre Arbeit als sinnlos, dies äußert sich unter anderem in Langeweile, einer negativen Einstellung zur Arbeit und geringem Selbstbewusstsein sowie mehr Klagen über Beschwerden[50].

Weiterführende Überlegungen

Verschiedene Studien (s.o) bestätigen das Ergebnis der vorliegende Untersuchung: Der deutlich überwiegende Anteil an Pflegepersonen erlebt ihren Beruf auch unter den derzeitigen Rahmenbedingungen als sinnvoll. Auch Ärzte haben ein hoch ausgeprägtes Sinnerleben in ihrem Beruf. Die Untersuchung von Pollet zeigt auf, dass das Sinnerleben in sozialen Berufen höher ausgeprägt ist. Allerdings zeigt die Studie von Isaksen, dass auch Fließbandarbeiter ein stark ausgeprägtes Sinnerleben haben können.

[50] Siller 2009

Was sagt dieses Ergebnis aus? Wie ist es zu deuten? Sinnerleben im Beruf und Zufriedenheit mit den Inhalten der Arbeit (siehe 6.1) sind eine hoch ausgeprägte personale Ressource der Pflegepersonen. Pflegende erleben das, was sie tun als hochgradig sinnvoll und dies steht in hohem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und Burnout. Hinzuweisen ist sicher auf eine deutliche Gefahr: Wir tendieren dazu, uns für Dinge, die uns als sehr sinnvoll erscheinen, selbst auszubeuten. Die Frage ist somit, wie lange ein Zustand des sinnerfüllten Arbeitens unter deutlich suboptimalen Bedingungen andauern kann. Wenn der Beruf so sinnstiftend erlebt wird, somit auch eine hohe Bedeutung im Lebensgefüge hat, ist die Bereitschaft groß, viele Repressalien einzustecken (Schnell 2011). Natürlich schließt sich auch die Frage an, was den Pflegepersonen in ihrem Beruf Sinn spendet – welche Sinnquellen sie nutzen. Diese Ergebnisse finden Sie unter 7.

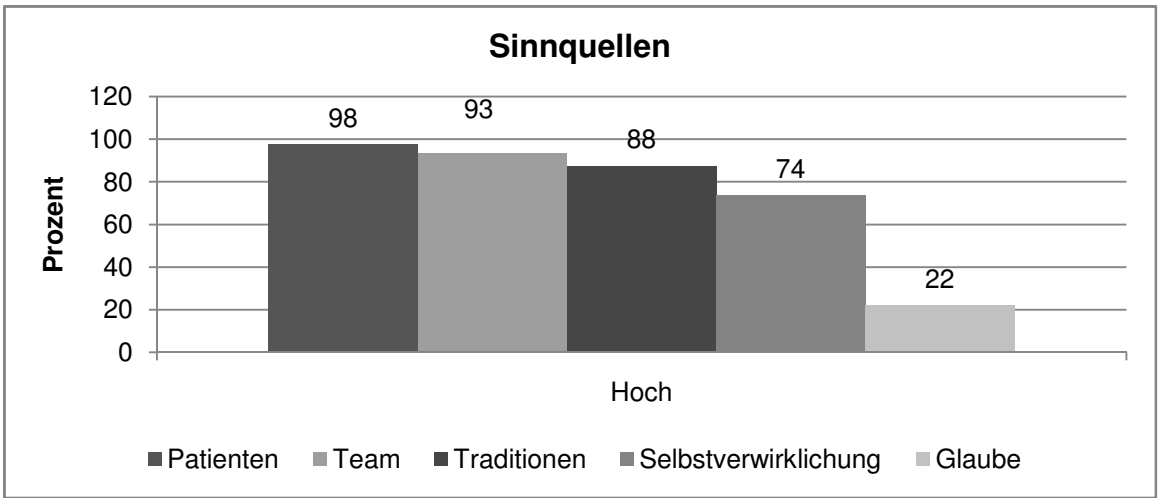
Es besteht ein hoch ausgeprägter Zusammenhang zwischen Sinnerleben im Beruf und der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen. Wie ist es aber zu deuten, dass das Sinnerleben hoch ausgeprägt ist, trotz eher niedriger Arbeitszufriedenheit und einem hohen Zusammenhang zwischen beiden Faktoren? Auf jeden Fall ist es notwendig, diese hohe personale Ressource in die diakonischen Einrichtungen zu integrieren. Es prägt die Kultur maßgeblich, wenn sinnstiftende Erfahrungen Raum finden.

Es besteht ein hoher negativer Zusammenhang zwischen Burnout und dem Sinnerleben im Beruf. Dies weist darauf hin, dass das Sinnerleben im Beruf ein wesentlicher Faktor für die Arbeitszufriedenheit und der Vorbeugung von Burnout ist. Es besteht ein Zusammenhang - jedoch ein geringer - zwischen der Zentralität der Religiosität und dem Sinnerleben im Beruf – Sinnerleben im Beruf ist nicht religiös determiniert.

7. Was macht Sinn?

Sinnstiftung findet auf unterschiedlich abstrakten und komplexen Ebenen menschlichen Erlebens statt, von Wahrnehmungen über Handlungen zu Zielen, Absichten und Plänen, Lebensbedeutungen und verschiedenen Qualitäten von Lebenssinn. Jede Art von Sinn beruht auf einer Zuschreibung durch ein Individuum; Sinn ist somit immer subjektiv[51].
T. Schnell hat die Sinnquellen in Deutschland mit folgenden Ergebnissen untersucht. Sinn wird gefördert durch:
1. **Aktive** Teilhabe am Leben: Position beziehen; sich engagieren; leidenschaftlich für das eintreten, was uns wichtig ist
2. Dabei ist es sinn-produktiv, wenn wir uns für **verschiedene** Dinge einsetzen (nicht *nur* für sich selbst, aber auch nicht *nur* für andere): Ausgewogenheit und Vielfalt zählen
3. Als wichtigste Sinnquelle von allen hat sich **Generativität** erwiesen: etwas von bleibendem Wert tun oder schaffen, sich den kommenden Generationen und der Menschheit im allgemeinen verpflichtet fühlen – und danach handeln![52]
Pflegende erleben ihre Arbeit als sinnvoll. Was stiftet ihnen in ihrem Beruf trotz schwieriger Rahmenbedingungen Sinn?

[51] Schnell 2009
[52] www.sinnforschung.org

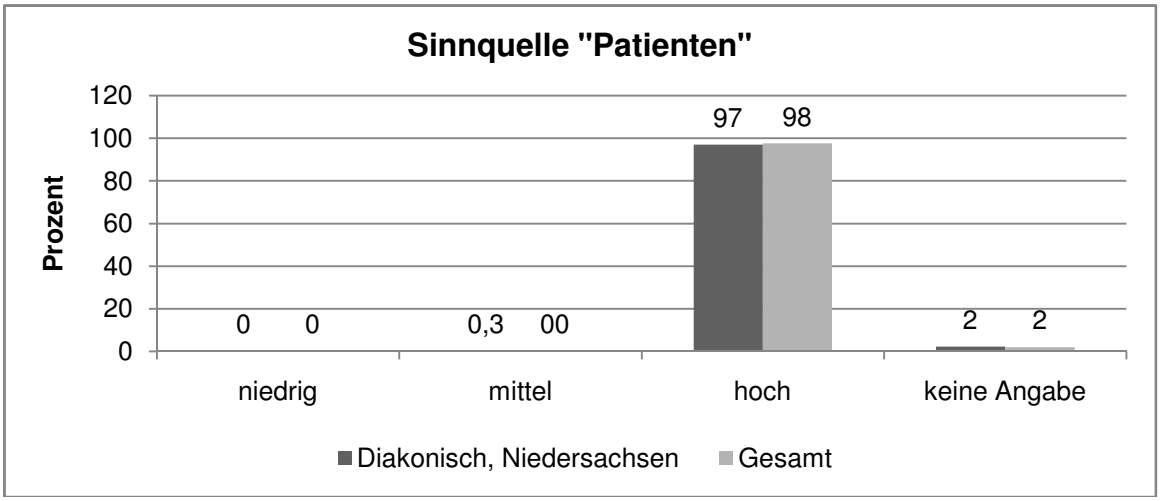


Sinnquelle Patient

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnquelle Patienten“ (α=.729.; n=777)

Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:
Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten
Die Patientinnen und Patienten fühlen sich wohl
Die Genesung der Patientinnen und Patienten

Ergebnisse

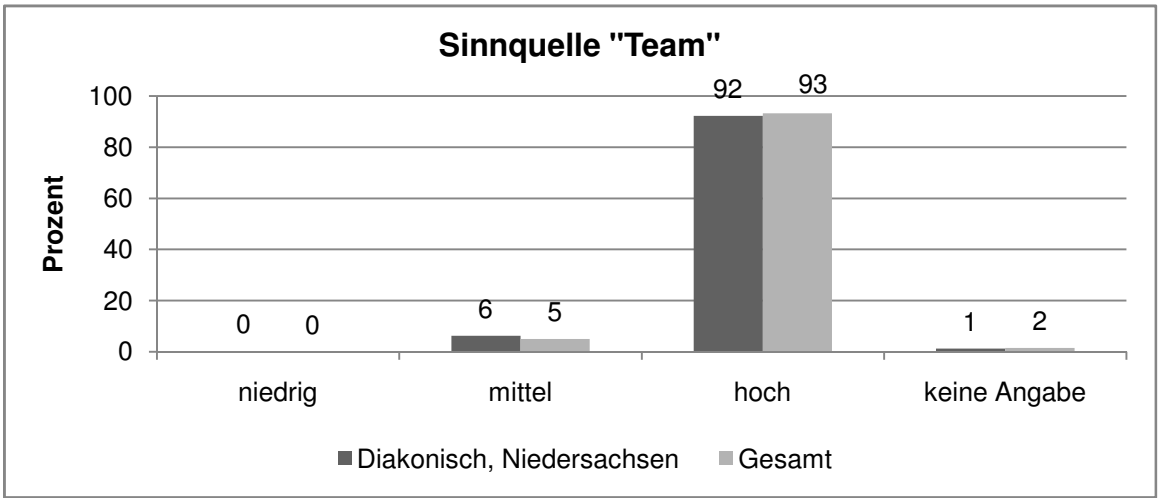


	Diakonisch, Niedersachsen		**Gesamt**	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	------	-----	--------	-------
mittel	2	0,3	3	0,3
hoch	511	97	774	97,6
Keine Angabe	12	2,2	16	2

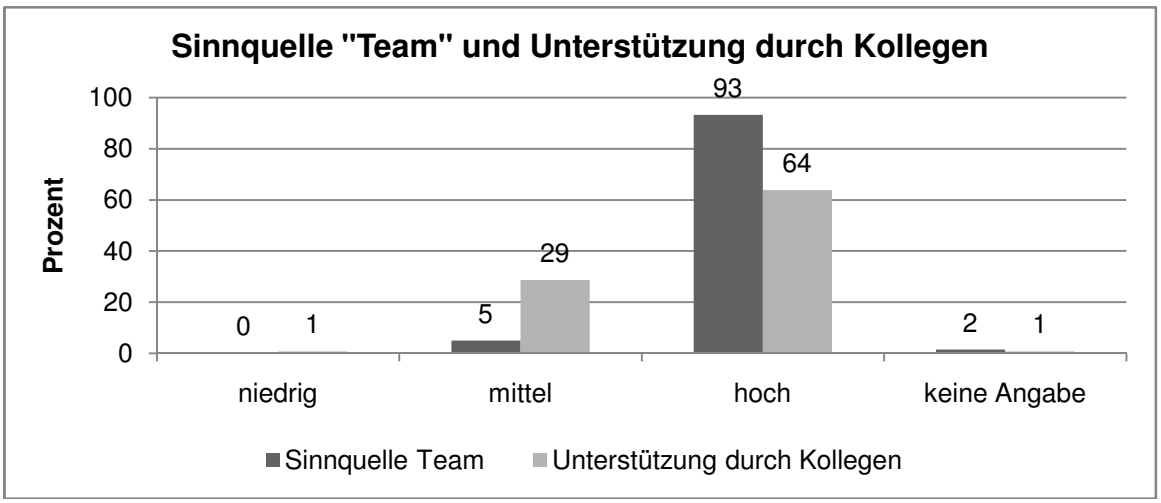
Sinnquelle Team

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnquelle Team“ (α=.637.; n=869)

Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:
Mein Engagement für eine gut funktionierende Station
Das Wohl meiner Kolleginnen und Kollegen
Gute Teamarbeit
Harmonie
Meine Fähigkeiten am Arbeitsplatz einsetzen zu können



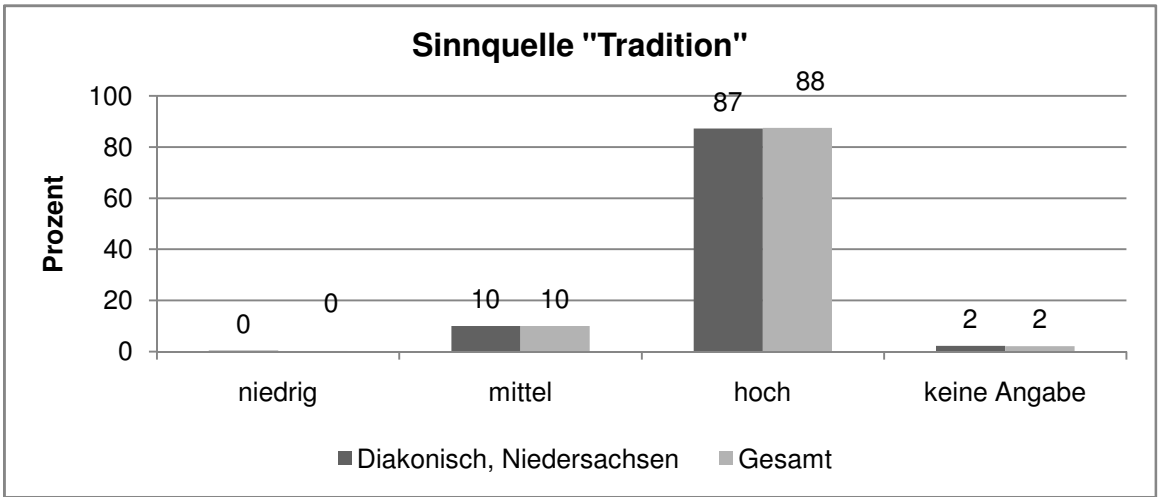
	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	2	0,3	2	0,2
mittel	38	6,2	44	5
hoch	566	92.2	823	93,3
Keine Angabe	8	1,3	13	1,5



Sinnquelle Ordnung/Tradition

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnquelle Ordnung/Tradition“ (α=.623.; n=776)

Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:
Pflichterfüllung
Ordnung
Traditionen
Die Arbeit läuft in geregelten Bahnen ab



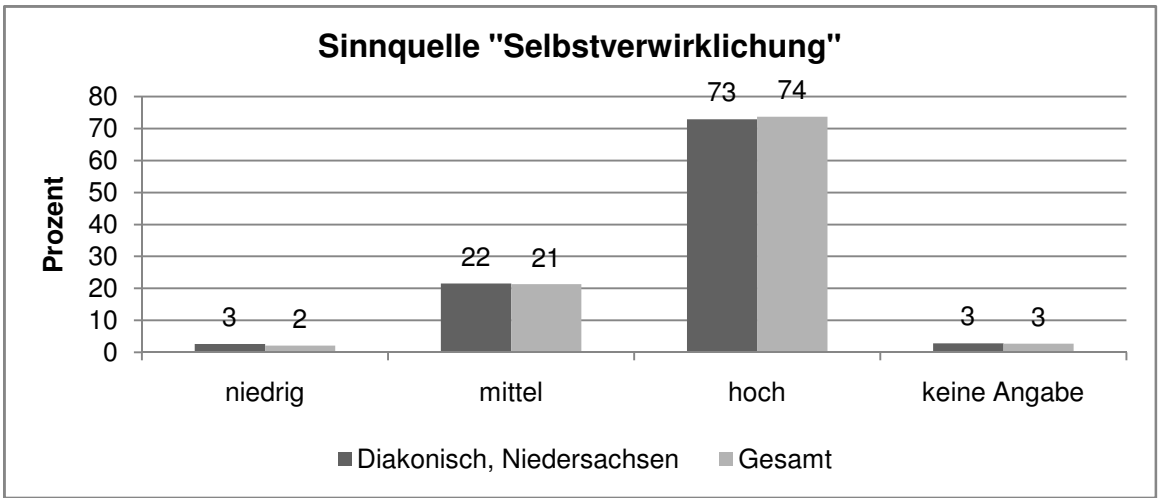
	Diakonisch, Niedersachsen		**Gesamt**	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	2	0,38	2	0.25
mittel	53	10	80	10
hoch	458	87,2	694	87,5
Keine Angabe	12	2,2	17	2,1

Sinnquelle Selbstverwirklichung

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnquelle Selbstverwirklichung“ (α=.847.; n=771)

Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:
1. Mein Engagement für meine Bedürfnisse
2. Meine berufliche Weiterentwicklung
3. Die Verwirklichung meiner beruflichen Ziele
4. Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung
5. Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung

Deskriptive Ergebnisse

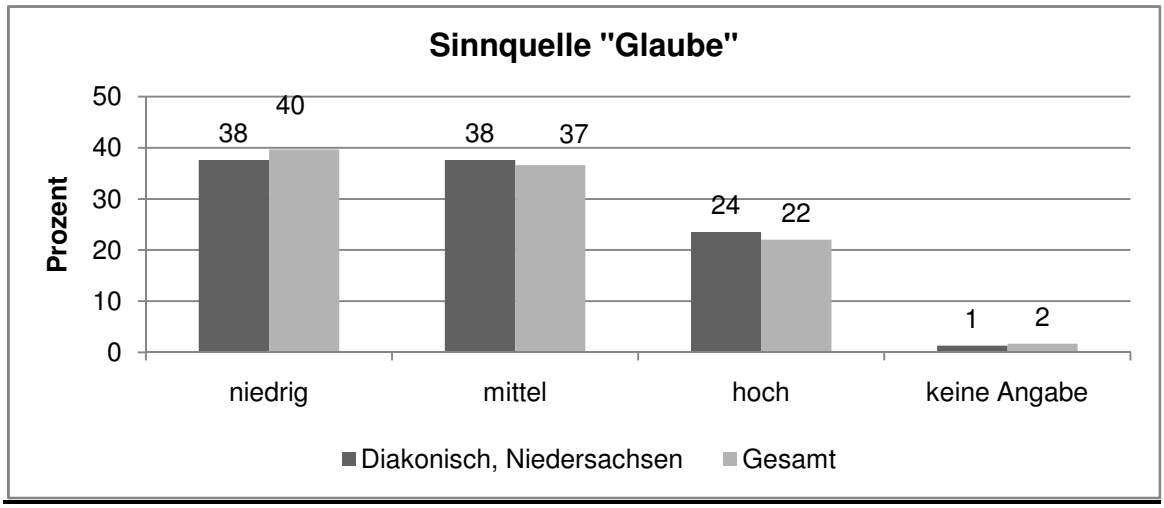


	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	14	2,6	17	2,1
mittel	113	21,5	169	21,3
hoch	383	72,9	585	73,7
Keine Angabe	15	2,8	22	2,7

Sinnquelle Glaube

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Sinnquelle Glaube“ (α=.816; n=867)

Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:
Mit Patientinnen und Patienten über religiöse Fragen zu reden
Aus dem Glauben Kraft zu schöpfen
Die Erfahrung einer diakonischen Gemeinschaft



	Diakonisch, Niedersachsen	Gesamt

	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	231	37,6	350	39,7
mittel	231	37,6	323	36,6
hoch	144	23,5	195	22,0
Keine Angabe	8	1,3	15	1,7

Korrelative Zusammenhänge mit Arbeitszufriedenheit, Sinn und Burnout

Nicht religiös bedingte personale Ressourcen/Stressoren	Arbeitszufriedenheit	Sinnerleben im Beruf	Burnout
Sinnquelle Team	.23	.21	-.13
Sinnquelle Patient	.20	.23	-.08
Sinnquelle Tradition/Ordnung	.26	.25	-.12
Sinnquelle Selbstverwirklichung	.07	_____	_____
Sinnquelle Glaube	.22	.17	-.12

Ergebnisse

- 98 Prozent der Pflegenden ist die Sorge für das Wohl der Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Für 93 Prozent der Pflegenden ist ein gutes Team sehr bedeutsam. 64 Prozent der Pflegenden fühlen sich im Alltag von ihren Kolleginnen und Kollegen in hohem Maß unterstützt.
- Für 88 Prozent der Pflegenden ist Ordnung/Tradition sehr bedeutsam.
- Für 74 Prozent der Pflegenden ist die Selbstverwirklichung von hoher Bedeutung.
- Für 22 Prozent der Pflegenden ist der Glaube eine bedeutsame Sinnquelle im Beruf – in diakonischen Krankenhäusern zu 24 Prozent.
- Die Sinnquellen Patienten, Team, Tradition/Ordnung und Glaube zeigen einen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und Sinnerleben im Beruf sowie einen negativen Zusammenhang mit Burnout.
- Das Wohl der Patientinnen und Patienten sowie ein gutes Team sind für Pflegende bedeutsamer als Selbstverwirklichung.
- Die Sinnquelle Glaube spielt im Vergleich mit den anderen Sinnquellen eher für eine geringere Anzahl von Pflegepersonen eine sehr bedeutsame Rolle.

Selbstwirksamkeit

Als personale Ressourcen in der Stressbewältigung werden von Lazarus und Folkman (1987) Kontrollüberzeugungen, ein positiver Selbstwert und Commitments diskutiert. Implizit wird angenommen, dass diese Variablen mit einer effizienten Selbstregulation in

Zusammenhang stehen. Positive Erwartungshaltungen und ein positives Selbstkonzept können den Prozess der Stressverarbeitung durch bewertende, emotionale, physiologische und behaviorale Reaktionen moderieren. Dabei werden u.a. folgende Annahmen gemacht: Positive Erwartungshaltungen wirken einer pessimistischen, resignativen Einschätzung anforderungsreicher Situationen entgegen; sie puffern gegen die durch Bedrohung oder Verlust ausgelösten negativen emotionalen Reaktionen ab und reduzieren die physiologische Erregung, die langfristig die körperliche und seelische Widerstandskraft der Person beeinträchtigt. Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht. Dieses Konzept beruht auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1992, 1997, 2001). Danach werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert.[53]

Messinstrument

Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. SWE soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990; Schwarzer, 1994).

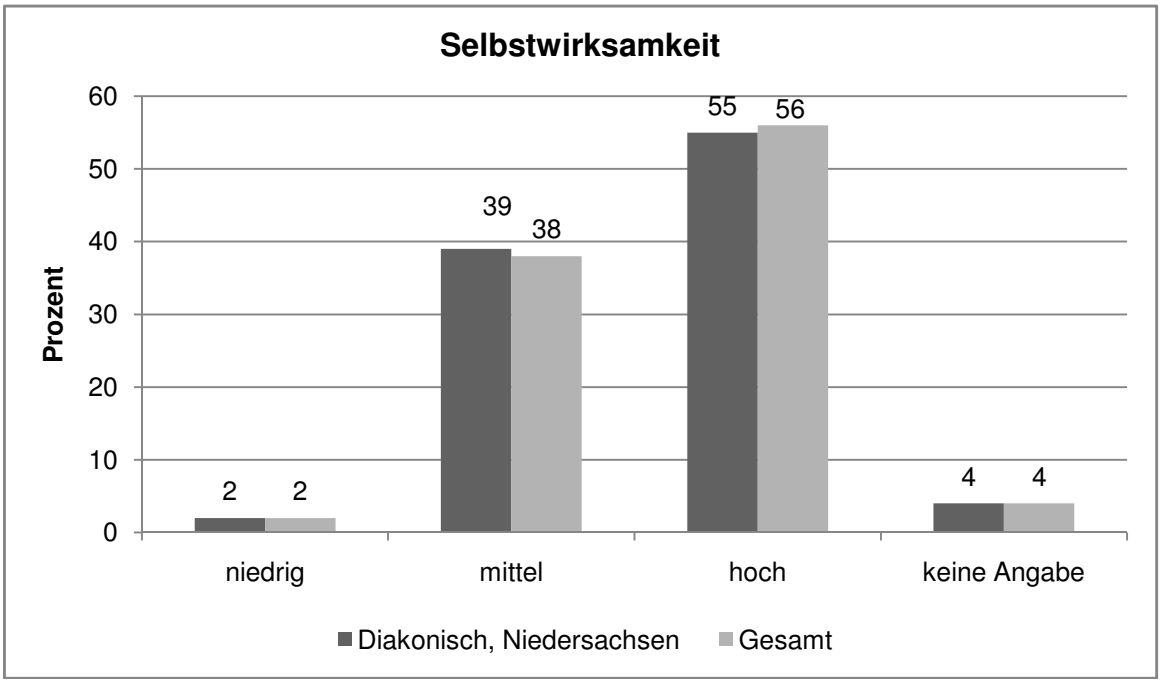
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Selbstwirksamkeit“ (α=.855.; n=847)

Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999)

[53] Schwarzer, Jerusalem, 2002

Ergebnisse



	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	12	2,0	14	1,6
mittel	239	38,9	335	38,0
hoch	338	55	496	56,2
Keine Angabe	25	4,1	37	4,2

56 Prozent der beteiligten Pflegepersonen weisen eine hohe Ausprägung von Selbstwirksamkeit auf – nur 2 Prozent eine niedrige Ausprägung. Die Selbstwirksamkeit weist einen mittleren Zusammenhang mit Burnout auf.

Weiterführende Überlegungen

Die dauerhafte Enttäuschung von Selbstwirksamkeitserwartungen kann das Selbstbild negativ beeinflussen und in der Folge die Mobilisierung personaler und sozialer Ressourcen für die Bewältigung von Problemen und Belastungen erschweren[54].

54

8. Pflegen aus der Kraft des Glaubens?

In diakonischen Krankenhäusern stellt sich die Frage, welche Rolle der Glaube der Pflegenden spielt – ist er eine Kraftquelle für den Beruf? Welchen Einfluss hat die Diakonische Identität? Wie ist es um das Diakonische Klima bestellt? Stehen Anspruch und Wirklichkeit annähernd im Einklang?

8.1 Diakonische Identität

ora in labora?!

pray in work?!

Die Identität diakonischer Unternehmen ist „mehr“ als eine ökonomisch sinnvolle Funktion im Wettbewerb. Als „Kernaufgabe“ beschreibt sie Grundausrichtung, Sinn und Zweck der Organisation. Identität kann abgelehnt oder angenommen werden, sie kann fremd bleiben oder nahe kommen, man kann zu ihr stehen oder sie übergehen, aber egal ist sie nicht. Menschen, die mit ihr arbeiten, sind eingeladen, sie gut zu finden, ihre Botschaft zu bewähren, ihre Potentiale zu erschließen. Der christliche Glaube ist der Kern, die Substanz, das Pfund, mit dem zu wuchern ist. Die Identität diakonischer Unternehmen ernst zu nehmen, gleicht dem dringenden Appell Jesu, unsere Schätze lieber nicht zu vergraben, sondern mit ihnen existentiell Sinnvolles zu machen, dringenden Mehrwert zu erzeugen, gottgewollte Kraft zum Menschsein zu schöpfen.Können wir Diakonie auf die Gleichung reduzieren: Diakonie = Sozialarbeit + Spiritualität? Der berühmte Ausspruch Benedikt von Nursias „ora et labora“ (bete und arbeite) meint eigentlich: „ora in labora“. Ob Gebet oder Arbeit, nach Benedikt gibt es keine Spaltung des Dienstes. Spiritualität und Wertebindung können nicht auf- und abgesetzt werden wie ein Hut. Anzuknüpfen ist an die alte christliche Tradition der Einheit von Aktion und Kontemplation[55].

[55] Wettreck

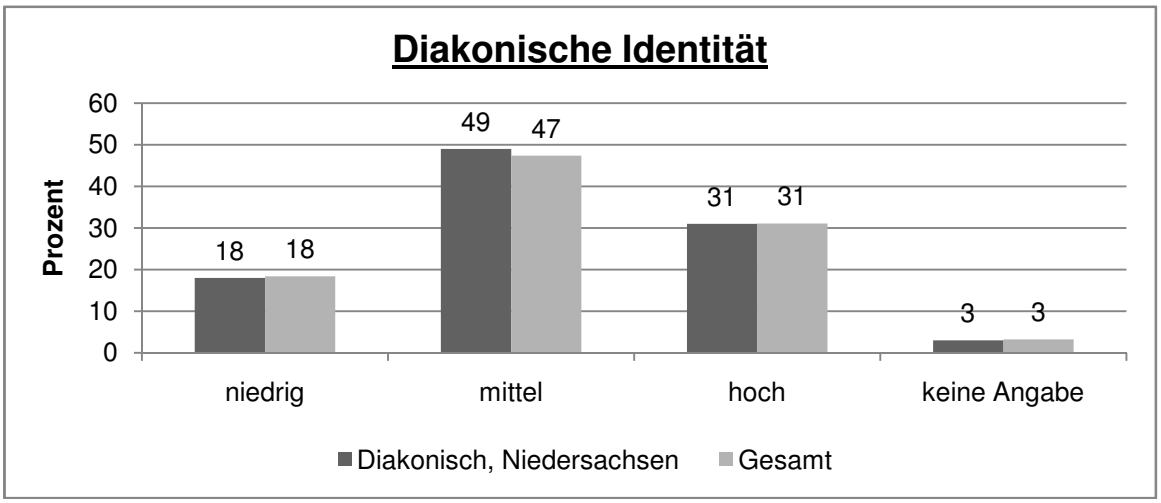
Messinstrument

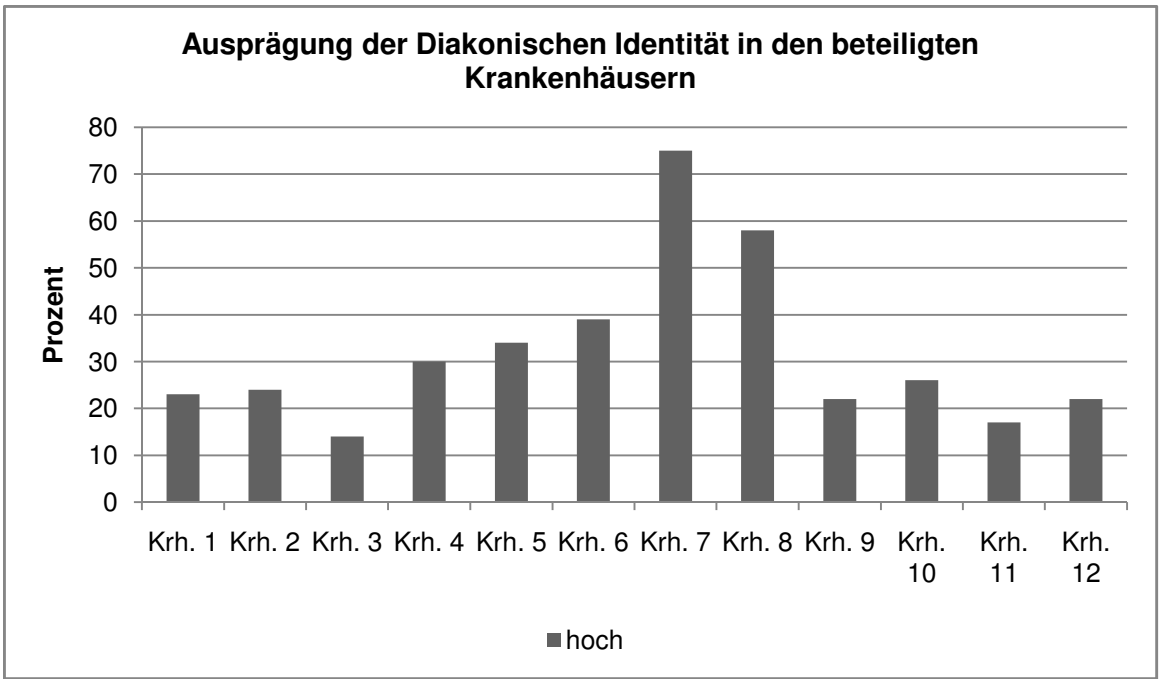
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Diakonische Identität“ (α=.855.; n=847)

Wie wichtig ist Ihnen (an Ihrem Arbeitsplatz):
... die Erfahrung einer diakonischen Gemeinschaft
...mit Patientinnen und Patienten über religiöse Fragen zu reden
... aus dem Glauben Kraft zu schöpfen
... bei einem diakonischen Arbeitgeber zu arbeiten?
... das Gebot der Nächstenliebe in Ihrer Berufsausübung?
... Mitgefühl bei Ihrem beruflichen Handeln?
... dass Glaube und berufliches Handeln mit einander verknüpft sind?
... die diakonische Gemeinschaft?
... dass der Glaube den Umgang im Alltag im Krankenhaus miteinander prägt?
... die Berücksichtigung der religiösen Bedürfnisse der Patienten.
... die Berücksichtigung von Sinnfragen der Patienten.
... einfühlende Nähe zum Patienten.
...ich wünsche mir mehr ansprechende religiöse Angebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in meinem Haus.
...ich wünsche mir mehr Informationen über den Glauben in meinem Haus.

Ergebnisse

	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	112	18	162	18,4
mittel	298	49	418	47,4
hoch	187	31	274	31,1
Keine Angabe	17	3	28	3,2





Ca. 30 Prozent der beteiligten Pflegepersonen haben eine hoch ausgeprägte Diakonische Identität. 18 Prozent zeigen eine niedrig ausgeprägte Diakonische Identität. Die Ausprägung hoher diakonischer Identität variiert in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 14 Prozent und 75 Prozent. Ein diakonisches Krankenhaus im Osten hat eine Ausprägung von 59 Prozent. Die Ausprägung in den zwei städtischen Krankenhäusern ist nicht geringer als in einigen diakonischen Krankenhäusern.

Die diakonische Identität zeigt einen mittleren Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und soziomoralische Atmosphäre, einen geringen negativen Zusammenhang mit Burnout und dem diakonischem Klima sowie einen mittleren positiven Zusammenhang mit der Sinnskala. Es besteht ein hoher Zusammenhang mit der religiösen Zentralität und dem diakonischen Klima.

Weiterführende Überlegungen

Ein pflegerischer Geschäftsführer beschreibt den Zustand in seinem Krankenhaus wie folgt: Wir sind nicht nur finanziell beinahe insolvent, sondern wir sind auch diakonisch insolvent. Vielleicht ist derzeit in vielen Krankenhäusern unklar, was im Alltag das „Diakonische“ ist, mit dem man sich identifizieren kann oder auch nicht.

31Prozent der beteiligten Pflegepersonen zeigen eine hohe Identifikation mit dem „Diakonischen“. Auch wenn zwei städtische Krankenhäuser nicht repräsentativ sind, stimmt es nachdenklich, dass in ihnen die Diakonische Identität nicht geringer ist als in Diakonischen Krankenhäusern. Die konfessionellen Krankenhäuser und ihre Träger stehen vor großen Herausforderungen. Schon seit längerer Zeit taucht immer wieder die Frage auf, ob die Kirche nicht ihre Krankenhäuser abgeben und das Arbeitsfeld anderen überlassen sollte. Dafür werden im Wesentlichen drei Gründe angeführt. Erstens gäbe es inzwischen

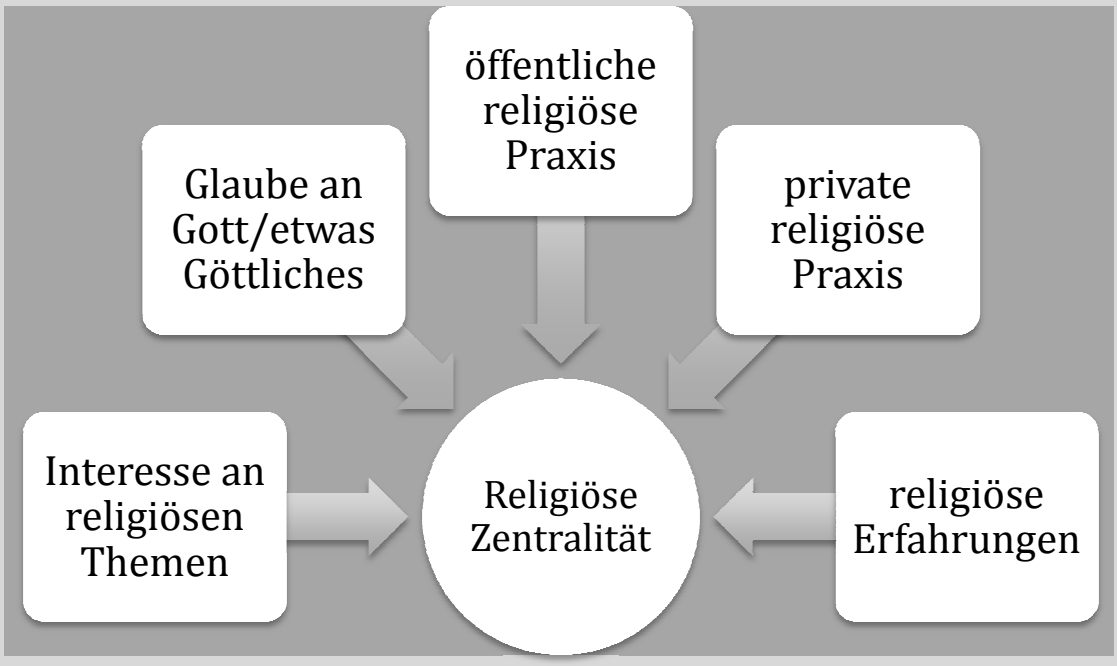
andere Anbieter, die kompetent den Auftrag der Versorgung kranker Menschen übernehmen könnten; zweitens sei der Spagat zwischen Ökonomie und Ethik nicht mehr auszubalancieren; und drittens fehle es an einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer kirchlichen Bindung. Alle diese Gründe würden dazu führen, dass konfessionelle Krankenhäuser nur um den Preis einer christlichen Profilschwäche auf dem Markt bestehen könnten. Die finanziellen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, aber auch die Veränderungen in kirchlichen Trägerstrukturen erfordern grundlegende Reformprozesse. Dabei geht es nicht nur um das nackte finanzielle Überleben der konfessionellen Krankenhäuser, sondern auch um eine gestaltete Weiterentwicklung auf der Grundlage ihrer eigenen kirchlichen und biblischen Tradition und unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Anforderungen. Die Einlösung ihres Selbstanspruchs an die Versorgung kranker Menschen, die sich aus der biblischen Tradition und der kirchlichen Praxis ableitet, führt sie unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu der Frage, wie das Verhältnis von Ökonomie und Ethik in der Unternehmensgestaltung ausbalancieren können, ohne ihre Identität preiszugeben. Dabei geht es nicht nur um eine Profilierung ihrer eigenen Identität, sondern in gleicher Dringlichkeit um die Umsetzung eben dieser Identität in unternehmerisches Handeln [56].

Dienst	Leistung
Qualität der Beziehung	Qualität des Produkts
subjektiv	objektiv
Ethischer Begriff	technischer Begriff
einzigartig	wiederholbar
Nicht einforderbar	einforderbar
Ist individuell zu definieren	inhaltlich definierbar
Wird indirekt entlohnt	wird direkt entlohnt
Erfordert Empathie und Interesse	erfordert Fach- und Methodenwissen
Ergebnis bleibt offen	Ergebnis sofort sichtbar

M. Schäfer nach Hoffmann-Gabel 1999

[56] vgl. Fischer, Michael, 2010, 7-15; Fleßa, Steffen; Städtler-Mach, Barbara, 2001, 5-7

8.2 Religiöse Zentralität



Religiosität von Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern...

Pflege und Medizin sind nicht per se human: Um die Evidenz und Anerkennung und Umsetzung der menschlichen Würde muss ständig – auch in Medizin und Pflege – gerungen werden. Der Quellgrund dieses Glaubens an die Menschenwürde, auch in seinen säkularisierten Formen, liegt unzweifelhaft in der jüdisch-christlichen Tradition. Werte entstehen und nähren sich aus einem Sinn-Kontext. Werte vertrocknen, wenn man sie von ihren Quellen trennt. Sie verlieren ihre Überzeugungskraft, sie werden verlernt. Werte hängen davon ab, wie kraftvoll präsent die Erzählungen sind, auf denen sie beruhen. Werte brauchen nährende Spiritualität und Sinnstruktur.Darum kann es uns nicht egal sein, vor welchem weltanschaulichen Hintergrund jemand in der Diakonie langfristig für die uns anvertrauten Menschen tätig ist. Es kann uns nicht egal sein, vor welchem Hintergrund jemand Menschen führt, die wiederum für die uns anvertrauten Menschen tätig sind. Es kann uns nicht egal sein, welche Formen und Sitten des Umgangs den Geist des Hauses prägen.Das wahrhaft pflegerische, das wahrhaft ärztliche Ethos braucht – gegen Zynismus, Burnout, Oberflächlichkeit, Machtgehabe – gelebte Sinnstrukturen, die halten. Nach innen und außen plausibel ist eine Diakonie, die die besten humanistischen Orientierungen der Helferberufe wertschätzt und vertieft – und mit christlicher Überzeugung

verbindlich in die Organisation und Gesellschaft einträgt[57].
Wie zentral ist die Religiosität von Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern heute? Gibt es Zusammenhänge zwischen der Religiosität und Burnout, der Arbeitszufriedenheit, dem Sinnerleben im Beruf und den verschiedenen Ressourcen und/oder Stressoren im Berufsalltag? Erleben Pflegende in ihrem Berufsalltag „heilige" Momente? Diesen Fragen wurde mit der vorliegenden Untersuchung nachgegangen.

Das Messinstrument: Religionsmonitor - Religiöse Zentralität

DerReligionsmonitorderBertelsmannStiftungisteininterdisziplinärausgerichtetesundinterreligiöseinsetzbaresErhebungsinstrument,dassowohltraditionellealsauchneue FormenvonReligiositätumfassendmessenkann.IhmliegteinsubstanziellerReligionsbegriffzugrunde,dersowohlinallenReligionenanwendbaristalsaucheinergrößtmöglichen individuellenReligiositätentspricht.
DerReligionsmonitorerfasstdasreligiöseEmpfindenunddiereligiösenErfahrungenderMenschen unabhängigvoneinerKirchenmitgliedschaft.
DerReligionsmonitorerhebtdabeiinsbesonderesechsKerndimensionenvonReligiosität:

- dasInteresseanreligiösenThemen,
- denGlaubenanGottoderetwasGöttliches,
- dieöffentlichereligiösePraxis,
- die private religiöse Praxis
- religiöseErfahrungensowie
- dieallgemeineAlltagsrelevanzderReligion.

DieErgebnissederFragemodulewerdenzusätzlichineinemZentralitätsindexverdichtet, woraussicheineZuordnungnachHochreligiösen,ReligiösenundNichtreligiösenergibt.
Die Kategorie der Zentralität der Religiosität bezieht sich auf die Frage, wie religiöse Inhalte im psychischen System eines Menschen verankert sind.
BeidenHochreligiösenspielenreligiöseInhalteeinezentraleRolleinderPersönlichkeit. Dies hat zur Folge, dass auch nicht-religiöse Erlebens- und Handlungsfelder, wie zum Beispiel der Umgang mit Krankheit und Gesundheit oft in einem religiösen Licht gesehen wird. Hochreligiöse verfügen häufig über ein reichhaltiges Repertoire von Erlebens- und Verhaltensweisen beim religiösen Coping.
DieReligiösensindfürreligiöseInhalteundDeutungsmuster„ansprechbar" – jedoch ist die Religiosität in einer untergeordneten Position in der Architektur der Persönlichkeit. In der Regel wird der religiöse Anteil der Persönlichkeit von anderen Anteilen dominiert. Dies hat zur Folge, dass nicht-religiöse Erlebens- und Handlungsfelder nur selten in einem religiösen Licht erscheinen. Dies wirkt sich auf die Möglichkeiten des religiösen Copings aus, die vom

[57] Wettreck

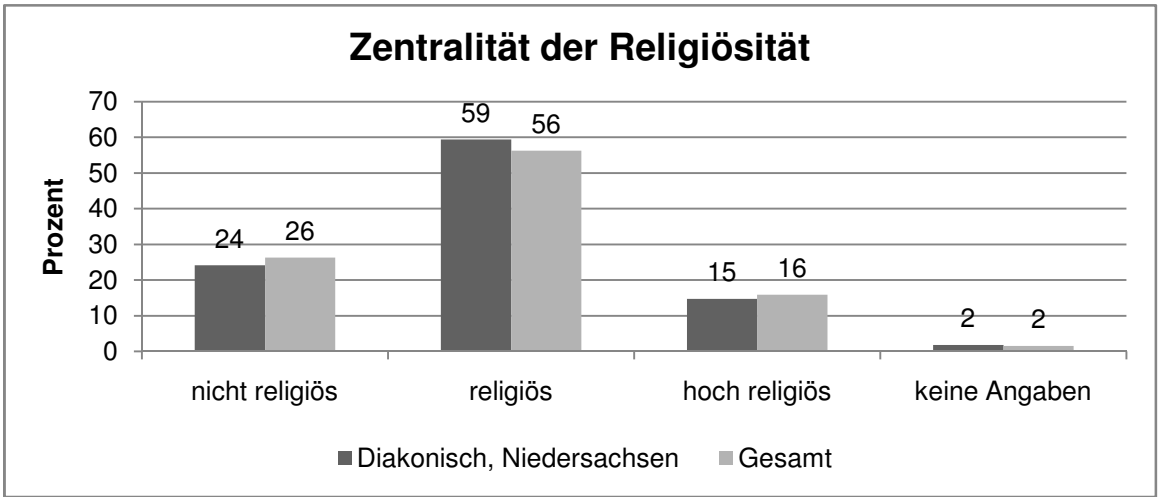
Repertoire deutlich eingeschränkter als bei Hochreligiösen sein werden.
ImLebenderNichtreligiösenkommen religiösePraktiken,InhalteundErfahrungenkaumvor[58]

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Religiöse Zentralität“ (α=.894.; n=869)

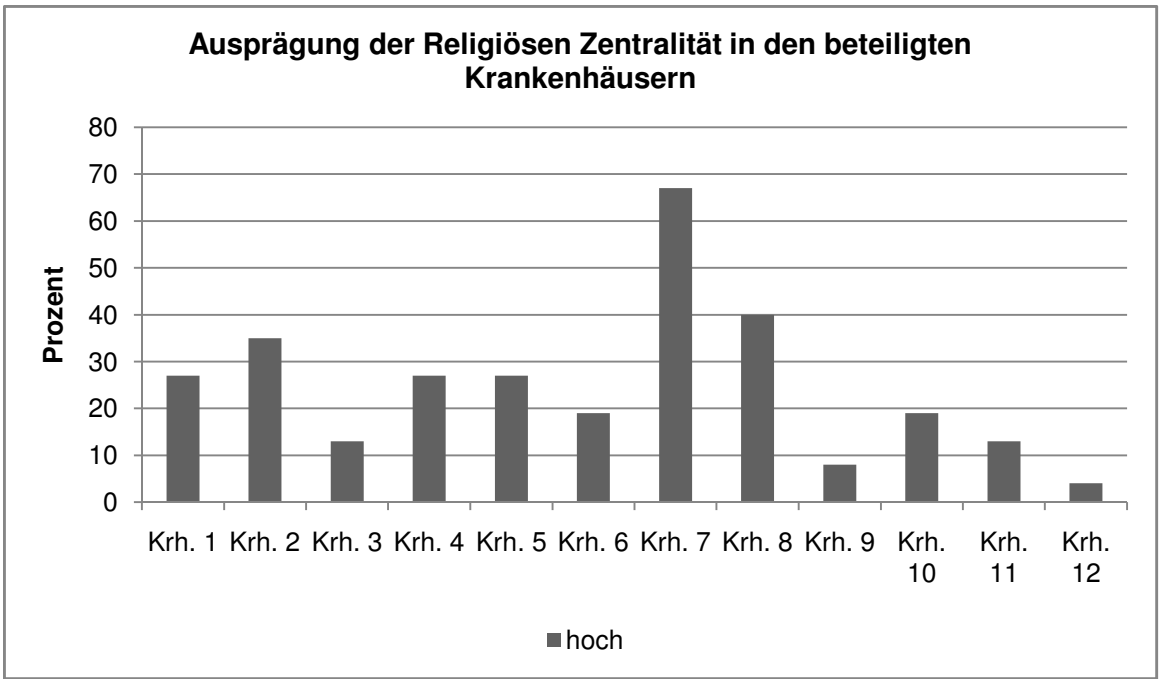
Wie oft denken Sie über religiöse Themen nach?
Wie stark glauben Sie daran, dass es Gott oder etwas Göttliches gibt?
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass
...Gott oder etwas Göttliches in Ihr Leben eingreift?
...Gott oder etwas Göttliches in Ihr Leben eingreift?
...mit Allem Eins zu sein?
Wie oft beten Sie?
Wie oft meditieren Sie?
Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten teil?

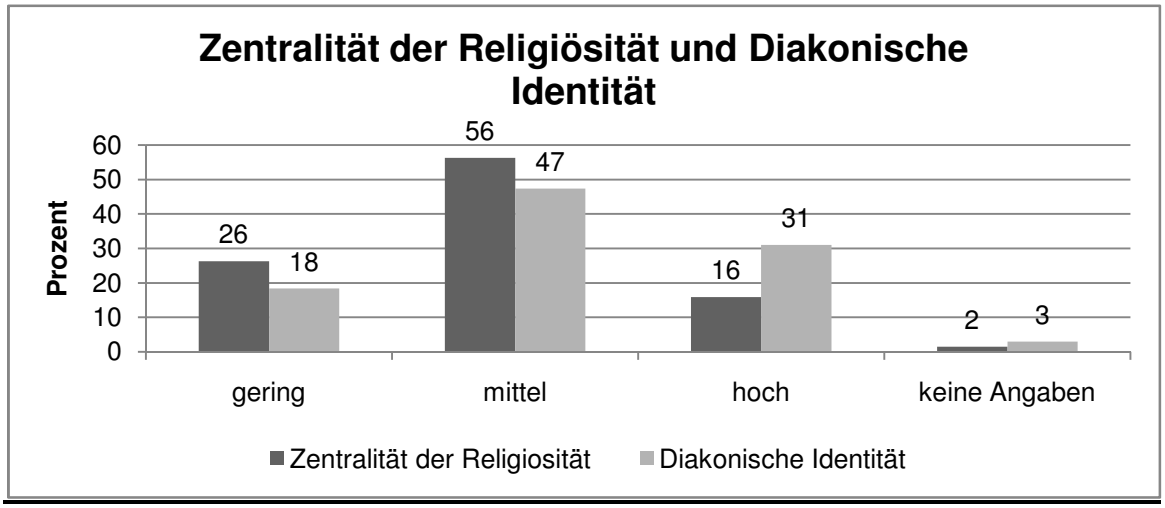
Ergebnisse

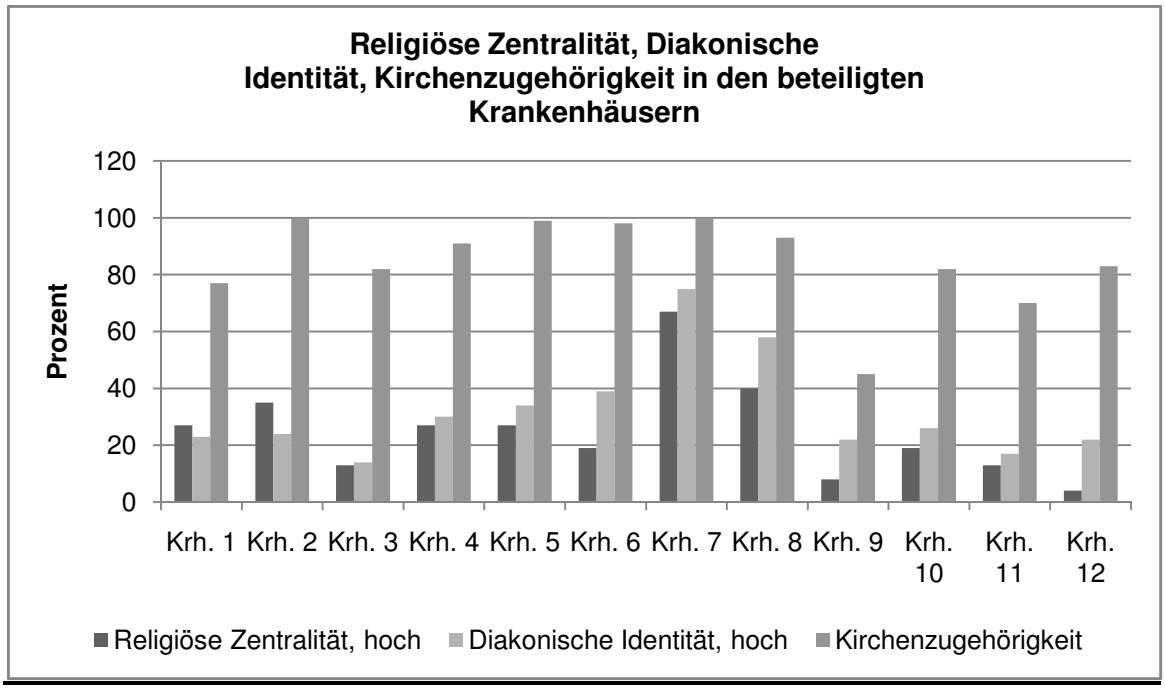
	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
nicht religiös	148	24,1	232	26.3
religiös	365	59,4	497	56.3
hoch religiös	90	14,7	140	15.9
Keine Angabe	11	1,8	13	1,5

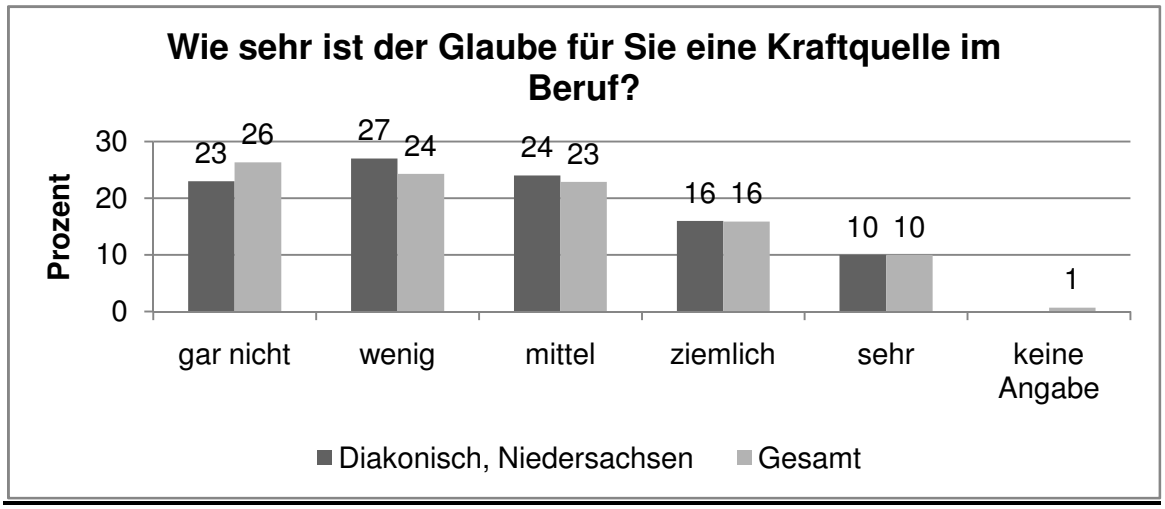


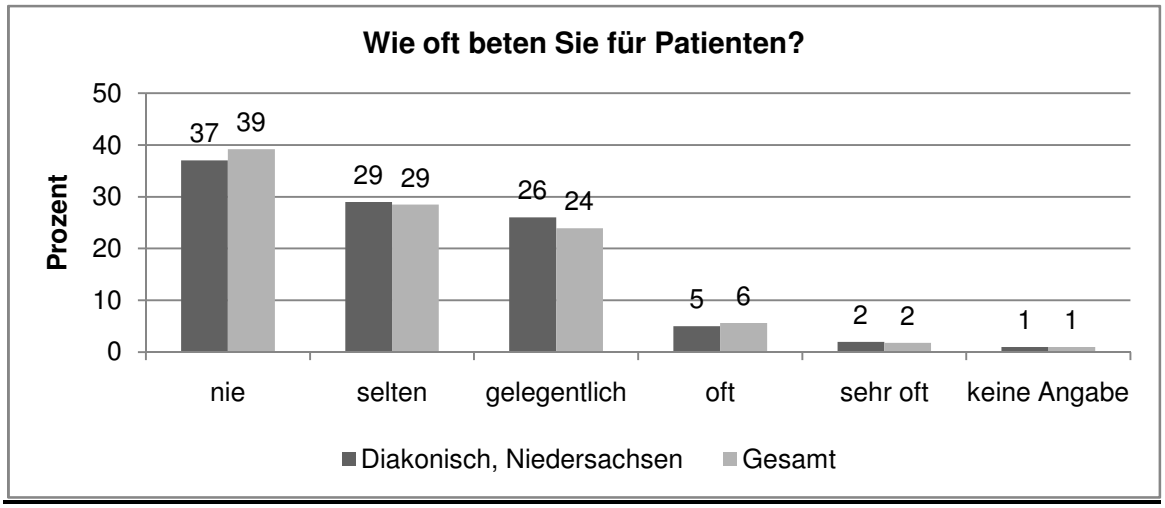
[58] Huber, S. 2011; www. religionsmonitor.com

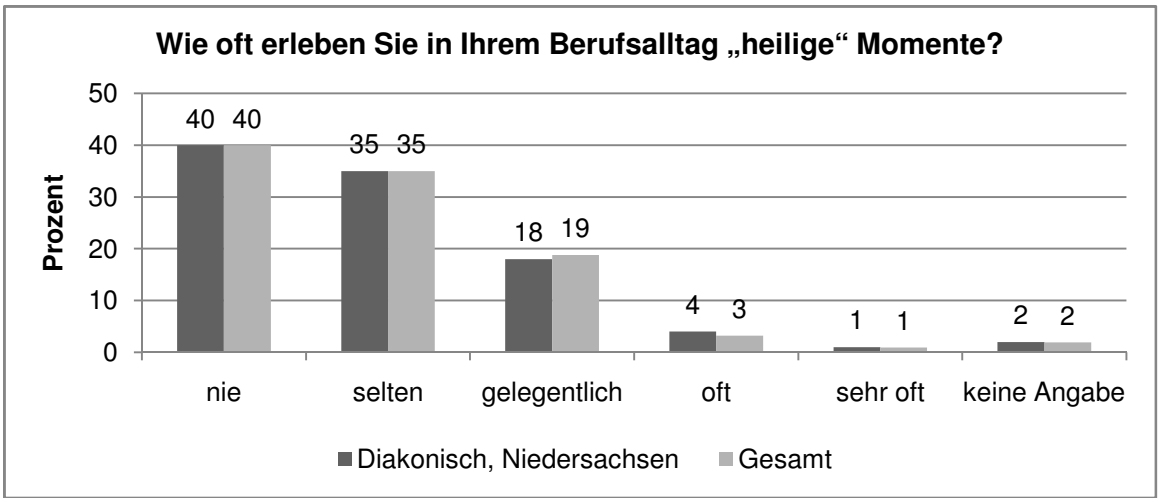

Ausprägung der Religiösen Zentralität in den beteiligten Krankenhäusern
Prozent
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Krh. 1
Krh. 2
Krh. 3
Krh. 4
Krh. 5
Krh. 6
Krh. 7
Krh. 8
Krh. 9
Krh. 10
Krh. 11
Krh. 12
hoch

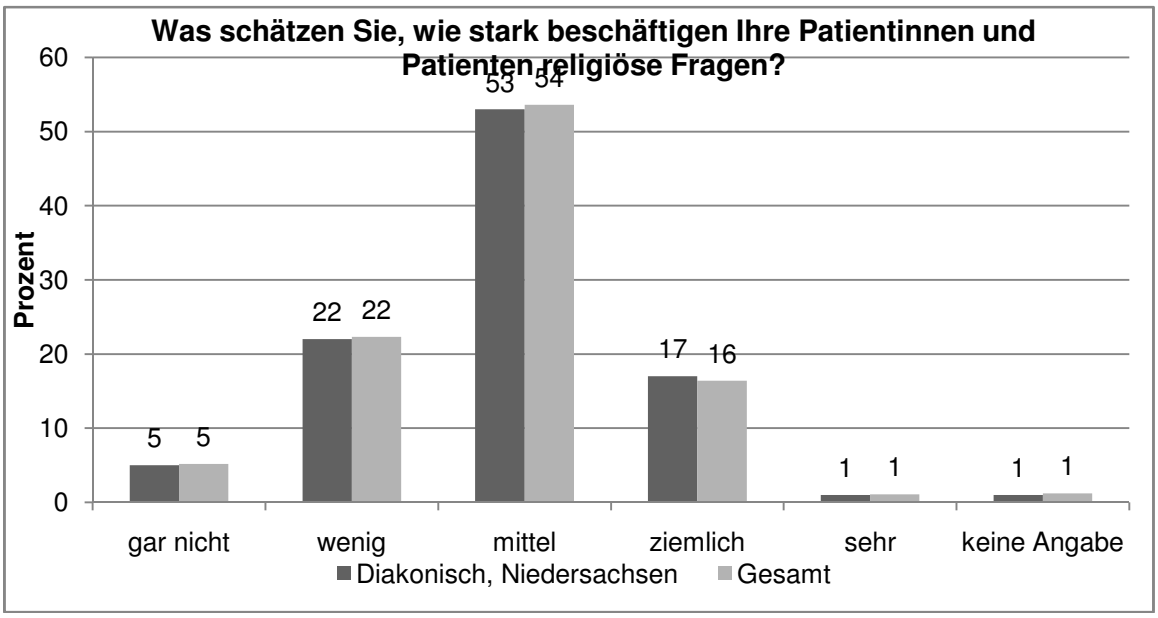

Zentralität der Religiösität und Diakonische Identität
Prozent
60
50
40
30
20
10
0
26
18
56
47
16
31
2
3
gering
mittel
hoch
keine Angaben
Zentralität der Religiosität
Diakonische Identität

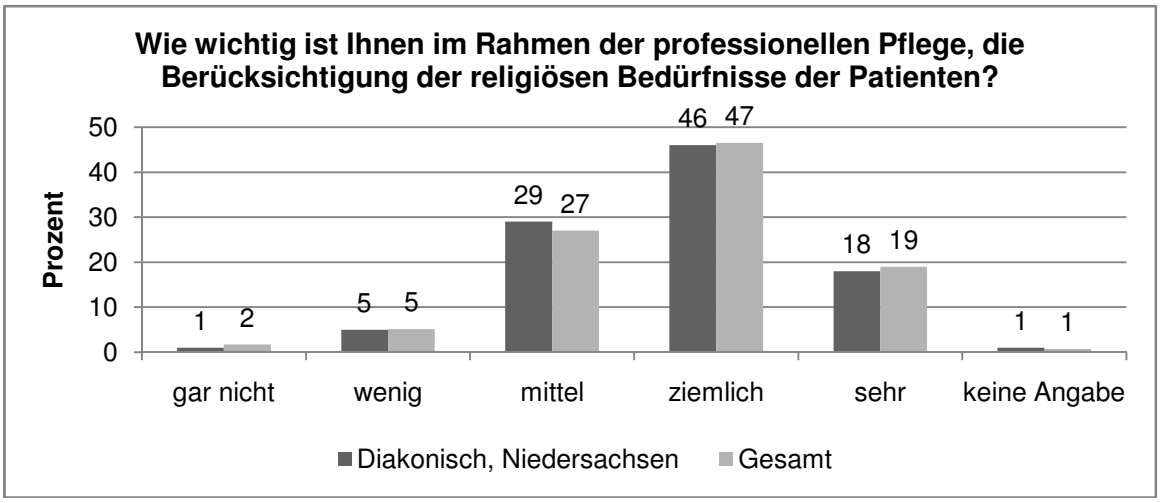

Religiöse Zentralität, Diakonische Identität, Kirchenzugehörigkeit in den beteiligten Krankenhäusern
Prozent
120
100
80
60
40
20
0
Krh. 1
Krh. 2
Krh. 3
Krh. 4
Krh. 5
Krh. 6
Krh. 7
Krh. 8
Krh. 9
Krh. 10
Krh. 11
Krh. 12
Religiöse Zentralität, hoch
Diakonische Identität, hoch
Kirchenzugehörigkeit

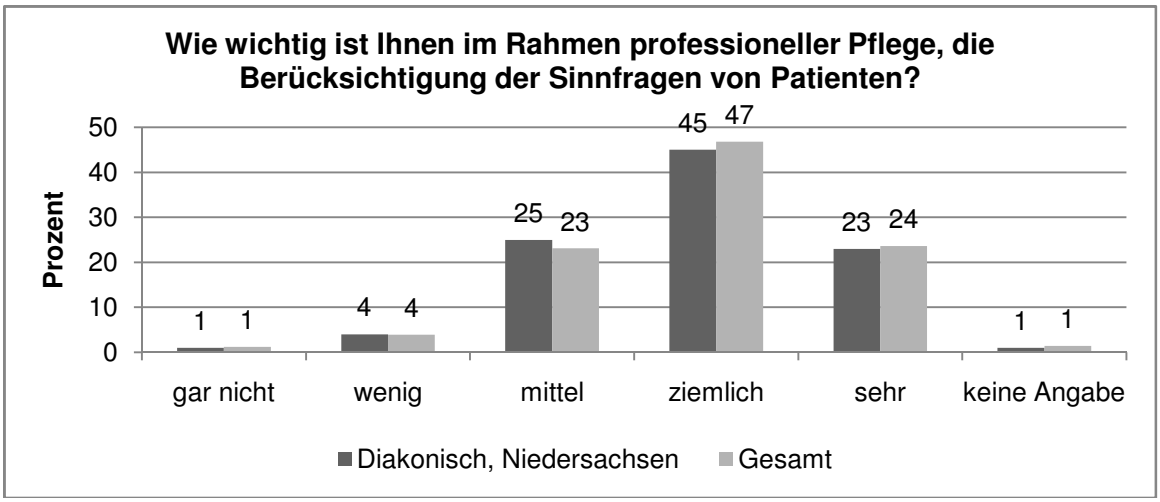

Wie sehr ist der Glaube für Sie eine Kraftquelle im Beruf?
Prozent
30
20
10
0
23
26
27
24
24
23
16
16
10
10
1
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Wie oft beten Sie für Patienten?
Prozent
50
40
30
20
10
0
37
39
29
29
26
24
5
6
2
2
1
1
nie
selten
gelegentlich
oft
sehr oft
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Wie oft erleben Sie in Ihrem Berufsalltag „heilige“ Momente?
Prozent
50
40
30
20
10
0
40 40
35 35
18 19
4 3
1 1
2 2
nie
selten
gelegentlich
oft
sehr oft
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Was schätzen Sie, wie stark beschäftigen Ihre Patientinnen und Patienten religiöse Fragen?
Prozent
60
50
40
30
20
10
0
5 5
22 22
53 54
17 16
1 1
1 1
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Wie wichtig ist Ihnen im Rahmen der professionellen Pflege, die Berücksichtigung der religiösen Bedürfnisse der Patienten?
Prozent
50
40
30
20
10
0
1 2
5 5
29 27
46 47
18 19
1 1
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt



- 15 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens sind hoch religiös - 24 Prozent sind nicht religiös.
- Die höchste Ausprägung für ein Krankenhaus in der Gesamterhebung hat mit 40 Prozent ein Krankenhaus in den neuen Bundesländern. Die niedrigsten Werte im Rahmen aller beteiligten Krankenhäuser haben ein städtisches Krankenhaus und ein Krankenhaus im Osten. In einem weiteren städtischen Krankenhaus liegt der Anteil hoch religiöser jedoch gleich hoch wie in einem diakonischen Krankenhaus Niedersachsens.
  Der Anteil von 68 Prozent hochreligiöser liegt in einem Krankenhaus vor, in dem nur die Mitglieder eines Schwesternrates an der Erhebung teilgenommen haben.
- Im Durchschnitt ist die Diakonische Identität bei den beteiligten Krankenhäusern doppelt so hoch ausgeprägt wie die Religiöse Zentralität.
- In zwei Krankenhäusern ist die Religiöse Zentralität höher ausgeprägt als die Diakonische Identität – in 10 Krankenhäusern ist die Diakonische Identität höher ausgeprägt als die Religiöse Zentralität.
- 26 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben ihren Glauben „sehr“ oder „ziemlich“ als Kraftquelle im Beruf.
- 7 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens betet oft oder sehr oft für Patienten – 66 Prozent tun dies nie oder selten.
- 75 Prozent erleben nie oder selten „heilige“ Momente im Berufsalltag, 18 Prozent gelegentlich und 5 Prozent oft oder sehr oft.
- 18 Prozent schätzen, dass religiöse Fragen ihre Patienten stark beschäftigen – 27 Prozent vermuten, dass religiöse Fragen ihre Patienten gar nicht oder wenig beschäftigen.
- 66 Prozent ist es sehr oder ziemlich wichtig, dass sie die religiösen Bedürfnisse der Patienten im Rahmen professioneller Pflege berücksichtigen – 6 Prozent ist dies gar nicht oder wenig wichtig.

- 68 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens ist es sehr oder ziemlich wichtig, Sinnfragen von Patienten im Rahmen prof. Pflege zu berücksichtigen.
- Religiöse Zentralität hat einen hohen Zusammenhang mit der Diakonischen Identität (.68) und einen mittleren Zusammenhang mit dem diakonischen Klima (.34).
  Der Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, dem beruflichen Sinnerleben, der soziomoralischen Atmosphäre, der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten, belastende Patienten und der Sinnquelle Tradition ist gering ausgeprägt. Der Zusammenhang mit Burnout, der Sinnquelle Selbstverwirklichung und Diakonischem Druck ist gering negativ ausgeprägt.

Ergänzende Ergebnisse aus anderen Untersuchungen

Zentralität der Religiosität in Deutschland

Rund 81 Prozent der westdeutschen Bevölkerung kann als religiös oder hoch-religiös charakterisiert werden. Der Anteil der hoch-religiösen beträgt in Westdeutschland 23 Prozent.

Ein Blick zurück in die Anfänge...

Aus dem im Lukas-Evangelium formulierten Postulat, unseren Nächsten zu lieben wie uns selbst, und aus der Mildtätigkeit des frühen Christentums abgeleitet, wird die Geschichte der Pflege nicht selten als eine kontinuierliche Entwicklung vom „barmherzigen Samariter“ zur „professionellen Pflegeperson“ beschrieben. Gespickt mit Hinweisen auf die mittelalterlichen Ordens- und Hospitalgemeinschaften wird über die an die Klöster angegliederten Hospize für Kranke, Sterbende und Alte berichtet, in denen „Dienst am Nächsten“ verrichtet wurde.[59]Die Anfänge der Krankenpflege waren geprägt vom biblischen Auftrag der Nachahmung Gottes, der „*imitatio Dei*“. Christen der Spätantike bemühten sich, durch Ausübung von Liebeswerken zum Abbild Gottes, zur „*icona Dei*“ zu werden. Wenn sie sich um die Pflege Leidender bemühten, nahmen sie sich die Daseins- und Wirkungsweisen des mit-leidenden Gottes zum Vorbild. Es wurde zu ihrem Hauptmotiv und es entwickelte sich eine eigentliche Spiritualität des Mit-Leidens in der Pflege, welche vom Christentum über Jahrhunderte tradiert wurde und nach KÄPPELI sowohl für die Leidenden als auch für die Pflegenden große Bedeutung hatte.[60]

KÄPPELI beschreibt als minimalen ethischen Konsens über die Jahrhunderte hinweg, dass Krankenpflege ein auf die Heiligkeit bezogener, von Transzendentem durchdrungener

[59] vgl. SEIDLER 1993 in SCHROETER 2006, 43

[60] vgl. KÄPPELI 2004, 19

Prozess ist. Durch alle von KÄPPELI[61] untersuchten Pflegeauffassungen schimmert die Wahrnehmung einer der Krankenpflege inhärenten Transzendenz. Damit ist die in der Pflege Leidender immer wiederkehrende Berührung mit dem Numinosen gemeint. In ihm mischen sich verschiedene Formen des Heiligen: Eine im Sinn von OTTO empfundene Erschütterung. Das Heilige als etwas, dem man Ehrfurcht entgegenbringt, dessen Verletzlichkeit einem bewusst ist und für dessen Schutz und Unversehrtheit man sich einsetzen will - oder das Heilige im Sinn von heil sein oder ganz sein. In diesen immer wiederkehrenden Berührungen setzt sich das geschöpflich-religiöse Urverständnis der Krankenpflege bis heute fort.

Religiös motivierten Pflegenden und solchen, die sich von einem humanitären Ethos anderer oder ihnen unbewusster Art leiten lassen, geht es um die Bewahrung oder um die Restitution von etwas, das ihnen heilig ist, wie etwa die Unversehrtheit des Lebens. Dieses Unantastbare stellt sich für KÄPPELI als gemeinsamer Nenner aller Pflegeparadigmen und aller ethischen Normen heraus. Das Transzendieren von Eigeninteressen – tätiges Mit-Leiden – erweist sich als vielfältig gestaltete Grundkonstante der Krankenpflege[62].Die Pflege von Kranken war zu allen Zeiten eine biologische Notwendigkeit, die jedoch nie auf den menschlichen Organismus beschränkt war. Aus der Wahrnehmung heraus, dass jeder Kranke, Verletzte oder Sterbende auch ein emotional-geistiges Wesen ist, wurde die Krankenpflege immer aus einer bestimmten geistigen Haltung heraus gestaltet[63].Aufgrund des inneren Zusammenhangs zwischen dem Kranken und Gottes Gegenwart wurde der Pflegeberuf in der christlichen Spiritualität als Berufung gesehen. Den Pflegenden wurde lange Zeit auch eine dienende und aufopfernde Rolle zugewiesen. Aus der Motivation der Berufung und der dominierenden Rolle des Dienens löste sich die Krankenpflege in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts durch erste Professionalisierungsbestrebungen, die ihre Wurzeln in der langsam beginnenden Pflegewissenschaft sowie der emanzipatorischen Frauenbewegung und säkularisierenden Prozessen haben. Konsequenterweise entwickelte sich die Pflege in eine Richtung, in der sie sich als Profession immer mehr über medizinische und technische Fähigkeiten und Fertigkeiten definierte.Die Professionalisierung wurde überwiegend von einer medizinisch-wissenschaftlichen Herangehensweise gesteuert, die stark fragmentierend wirkte und die Krankenpflege zu einem medizinisch-biologischen Geschehen reduzierte. Neben allen Errungenschaften war die Folge, dass die Spiritualität der Krankenpflege austrocknete[64].

Pflegepersonen sind jedoch täglich mit Fragen konfrontiert, die das Leiden, den Tod, den Sinn oder eine Existenz eines Lebens „danach“ betreffen. Fragen, die Patienten an

[61] Studie zur Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege, 2004.

[62] ebd.

[63] ebd.

[64] vgl. WAAIJMAN 2004, 104-105

Pflegende herantragen oder die unausgesprochen im Raum stehen und auf ihre Formulierung warten. KÄPPELI formuliert die Hoffnung, dass eine Besinnung auf die religiöse Tradition der Krankenpflege dazu beitragen wird, dass sie ihre Identität, sowie ihre praktische und wissenschaftliche Bedeutung in der Betreuung Kranker und Leidender wieder erlangt[65].

8.3 Diakonisches Klima

Bei den Fragen zum Diakonischen Klima geht es zum Einen um die Ausgewogenheit vom diakonischen Anspruch und der erlebten Wirklichkeit der Pflegepersonen. Zum anderen um die Frage, wie sehr der Glaube den Umgang miteinander im Alltag prägt.

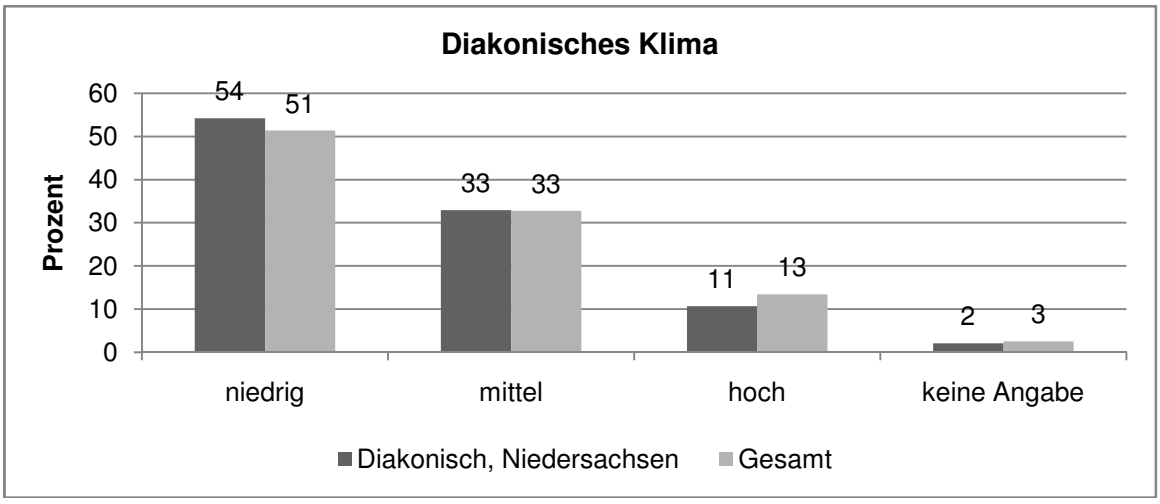
Messinstrument

Das Diakonische Klima wurde mittels 2 Items gemessen.

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Diakonisches Klima“ (α=.741.; n=860)

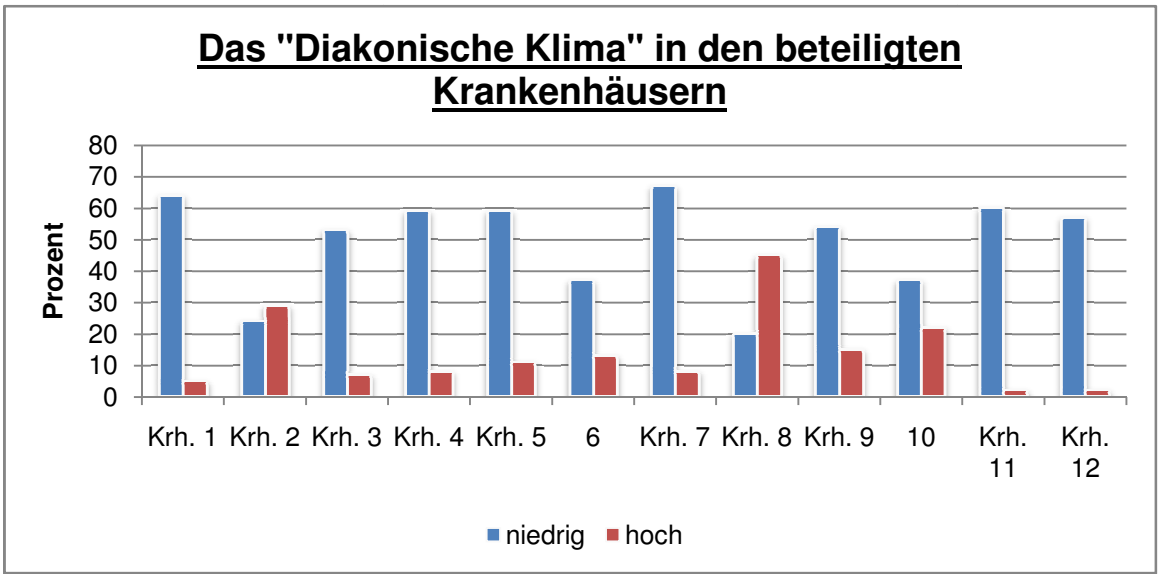
Der Glaube prägt den Umgang miteinander im Alltag in meinem Krankenhaus.
Der diakonische Anspruch und die gelebte Wirklichkeit im Alltag stehen im Einklang in meinem Krankenhaus.

Ergebnisse



	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	333	54,2	453	51,4
mittel	202	32,9	289	32,8
hoch	66	10,7	118	13,4
Keine Angabe	13	2,1	22	2,5

[65] vgl. KÄPPELI 2004, 21



11 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben das „Diakonische Klima“ hoch ausgeprägt - 54 Prozent erleben es als niedrig ausgeprägt.Das Diakonische Klima hat einen hohen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, der Sinnquelle „Glaube“, der soziomoralischen Atmosphäre sowie der Diakonischen Identität. Ein mittlerer Zusammenhang besteht mit dem Sinnerleben im Beruf, der Zentralität der Religiosität sowie der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten. Ein mittlerer negativer Zusammenhang besteht mit Burnout. Ein geringer Zusammenhang besteht mit allen anderen untersuchten Faktoren mit Ausnahme den belastenden Patienten.

Weiterführende Überlegungen

Wettreck macht deutlich, dass konsequente diakonische „Markenbildung“ nur in Koproduktion möglich ist. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beklagen häufig Differenzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sie haben nach seiner Ansicht recht. Denn zu einer diakonischen Unternehmensentwicklung muss es gehören, religiöse und normative Orientierungen der Diakonie konsequent im Arbeitsalltag wahrzunehmen, umzusetzen und Defizite zu bearbeiten, und zwar durch Bildung, Systeme und Strukturen.
So müssen und können Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich neu für ihre Aufgaben engagieren, sich von dem Impuls glaubwürdiger tätiger Nächstenliebe begeistern lassen, Stolz und Leidenschaft für den Auftrag der Diakonie entwickeln. Sie sollen eigenverantwortlich in ihrem Bereich an der Umsetzung diakonischer Werte mitarbeiten können und, wenn nötig, im konkreten Fall Unterstützung erfahren[66].

[66] Wettreck

8.4 Diakonischer Druck

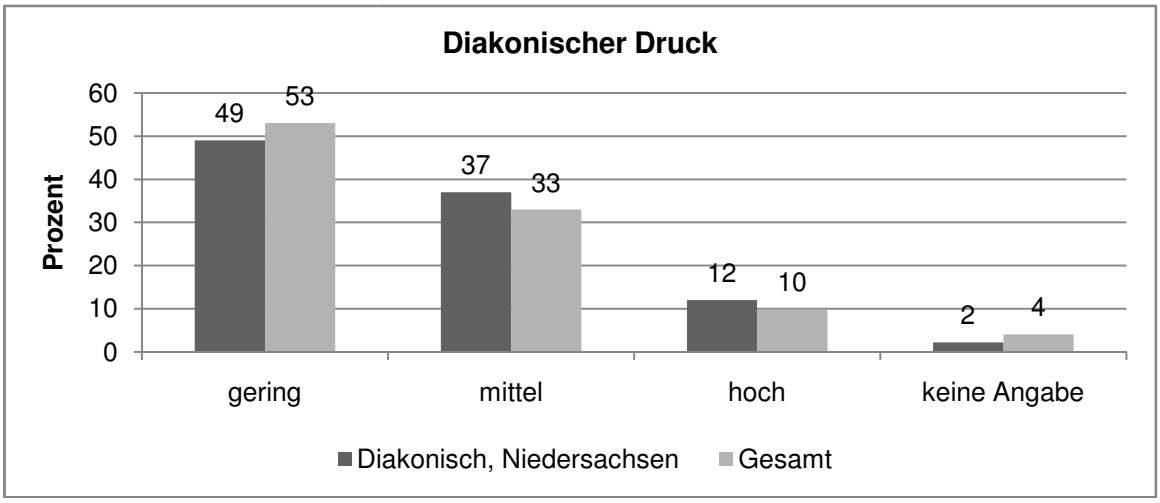
Erleben Pflegepersonen den Diakonischen Anspruch als zusätzlichen Druck?

Messinstrument

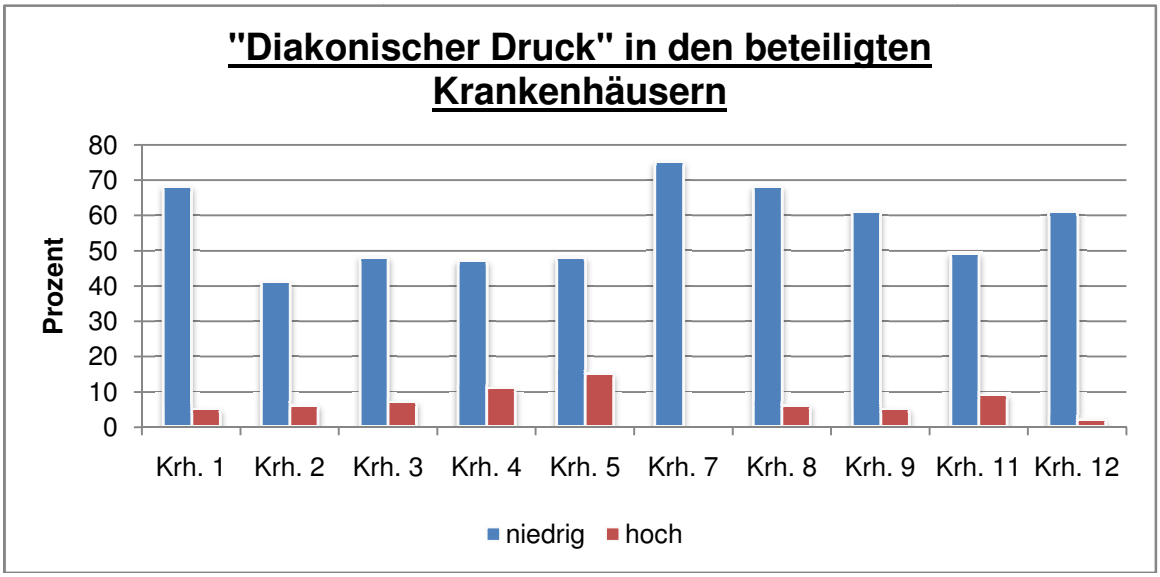
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Diakonischer Druck“ (α=.553.; n=760)

Ich erlebe die Forderung von „Nächstenliebe“ in meinem Beruf als zusätzlichen Druck.
Ich empfinde den diakonischen Anspruch im Krankenhaus oft als Zumutung

Ergebnisse



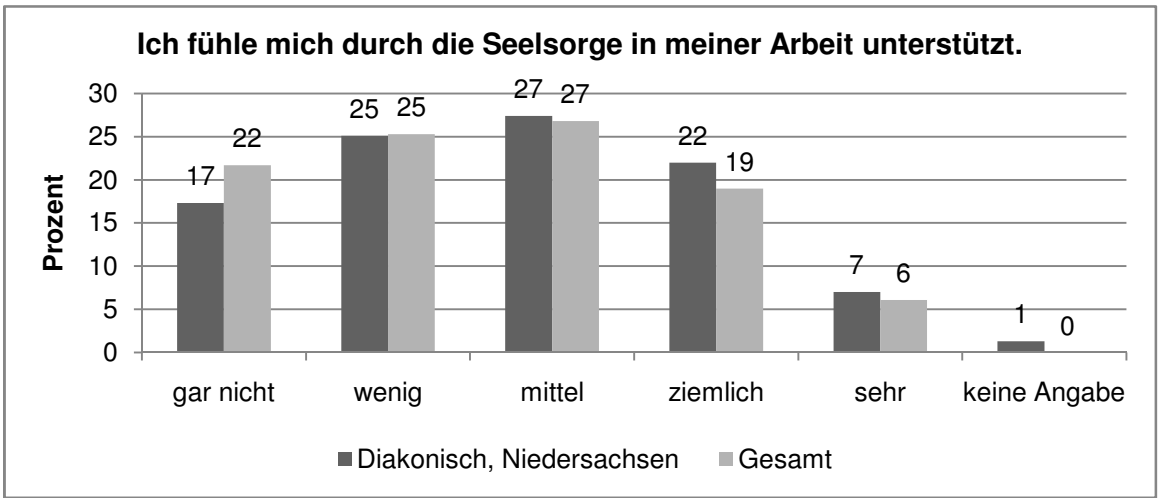
	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	256	49	419	53
mittel	194	37	263	33
hoch	63	12	78	9,8
Keine Angabe	12	2,2	33	4,1

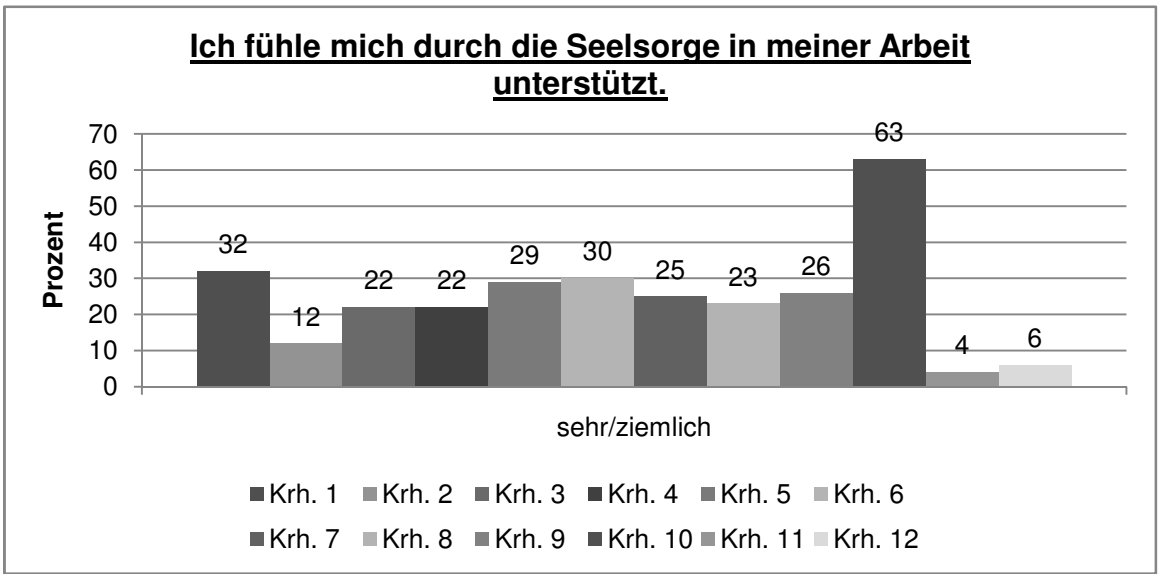


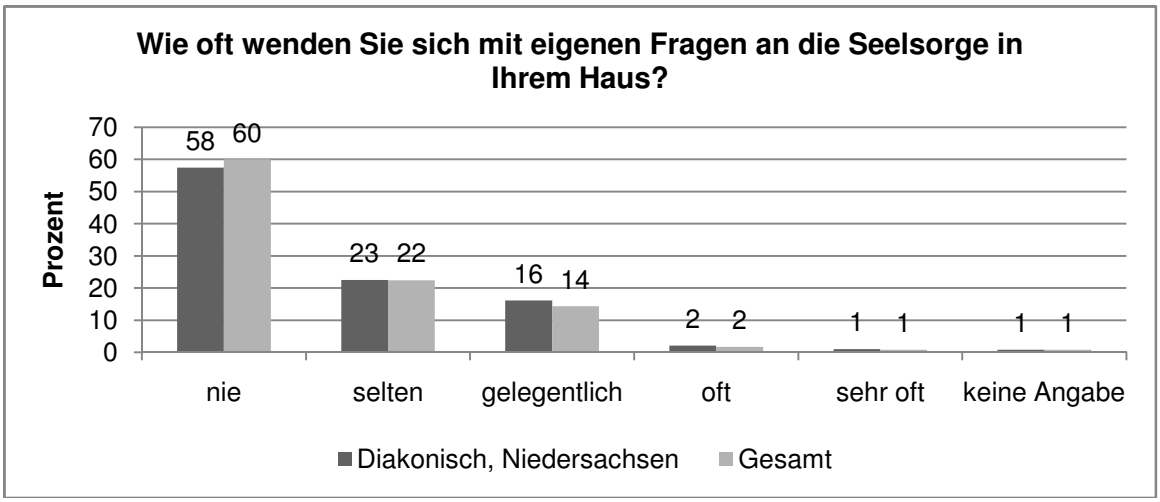
12 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben den „Diakonischen Druck“ als hoch und 49 Prozent als gering. Der Diakonische Druck steht in mittlerem negativem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, dem Sinnerleben im Beruf und der soziomoralischen Atmosphäre. Es besteht ein mittlerer positiver Zusammenhang mit Burnout.

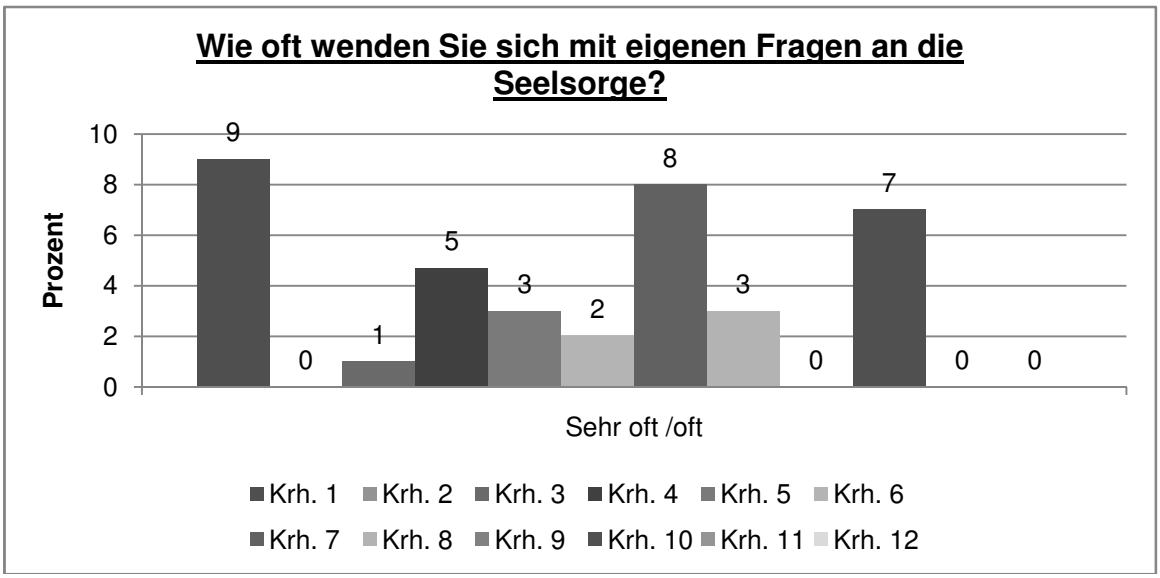
8.5 Unterstützung durch die Krankenhausseelsorge

Die Unterstützung durch die Seelsorge wurde mit zwei Items abgefragt.









29 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens fühlen sich durch die Seelsorge in ihrer Arbeit sehr oder ziemlich unterstützt. 42 Prozent fühlen sich gar nicht oder wenig durch die Seelsorge in ihrer Arbeit unterstützt. Auch wenn zwei Krankenhäuser nicht repräsentativ sind – die Pflegenden fühlen sich in diakonischen Krankenhäusern deutlich mehr durch die Seelsorge unterstützt als in städt. Krankenhäusern. 80 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens wenden sich nie oder selten mit eigenen Fragen an die Seelsorge in der eigenen Einrichtung. 3 Prozent tun dies oft oder sehr oft.

9. Was sind für Pflegende arbeitsbedingte, nicht religiöse Ressourcen oder Belastungsfaktoren?

9.1 Zeitdruck

Alles hat seine Zeit...?!
Rememberthat time ismoney... (B. Franklin)

Für die meisten Pflegepersonen ist Zeitdruck ein alltägliches Thema.
Zu wenig Personal und zu viel Dokumentation sind häufig genannte Gründe für Zeitdruck. Die Folgen sind ebenfalls bekannt: Arbeiten unter Zeitdruck ist einer der Hauptbelastungsfaktoren für Pflegeberufe[67]. Das bleibt nicht folgenlos: Psychische und physische Erkrankungen sowie ein frühzeitiger Berufsausstieg sind im Pflegebereich schon lange ein Thema – fast nirgendwo in Europa denken so viele Pflegekräfte so oft daran den Beruf aufzugeben bzw. in eine andere Berufssparte zu wechseln als in Deutschland. Der wachsende Kostendruck im Gesundheitswesen stellt Krankenhäuser vor die Aufgabe, die Patientenversorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten zu optimieren. Handlungsleitend ist dabei die Idee, „durch Zeit Geld zu sparen".
Zeitdruck entsteht immer dann, wenn es nicht möglich ist, die notwendige (oder als notwendig empfundene) Arbeit termingerecht, in der erforderlichen Qualität und ohne Stress zu erledigen. Arbeiten unter häufigem oder ständigem Zeitdruck erhöht das Risiko gesundheitlicher Beschwerden bzw. arbeitsbedingter Erkrankungen.
Schrem beschreibt die „Pflegekrise" als Krise ihrer Zeitorganisation. Pflege verfügt über geringe Möglichkeiten einer autonomen Zeitgestaltung. Typisch für den Pflegeberuf sind

[67] inQa.de

aufgezwungene Zeitmuster durch hierarchische Strukturen und eine mangelnde Koordination bzw. Schnittstellenmanagement mit anderen Berufsgruppen[68].

> Wir haben keine Zeit mehr für den Patienten, es geht alles seinen sozialistischen Gang, oder es geht gar nichts. Individualität oder kleine extra Wünsche können nicht mehr erfüllt werden und die Akten beschäftigen uns Stunden. Den Patienten bekommt man fast nur zu der Vitalzeichenkontrolle, dem An- und Ausziehen der Antithrombosestrümpfe und bei dem Verteilen der Mahlzeiten zu Gesicht. Das ist sehr unbefriedigend.

Messinstrument

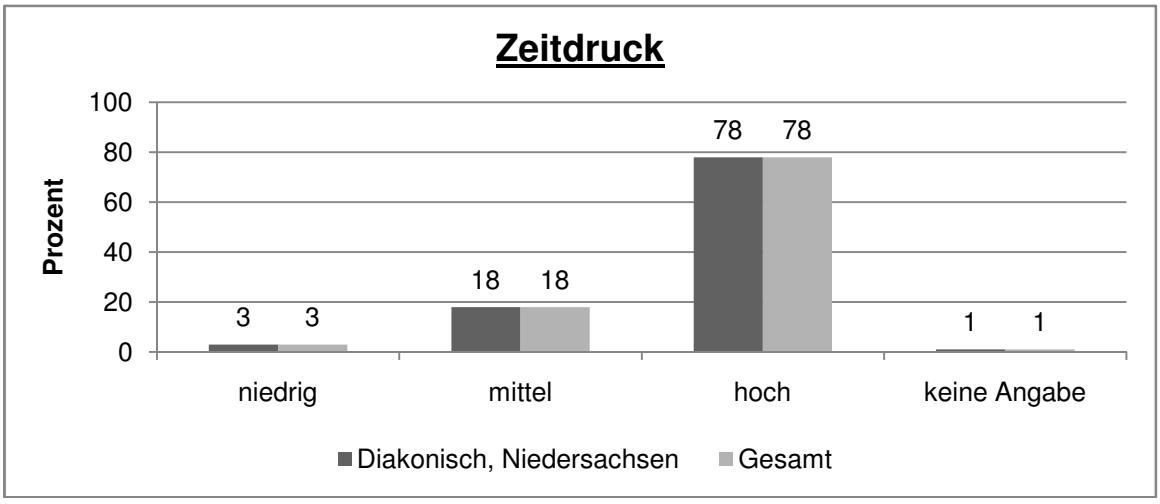
Das Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA) von Semmer, Zapf und Dunkel misst aufgaben-, organisations- und arbeitsumgebungsbezogene Belastungen am Arbeitsplatz. Das bedeutet, es werden Merkmale erhoben, die stressrelevant sind und somit Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden ausüben[69]. Die eingesetzte Version 6.0 des ISTA besteht aus 19 Skalen. Für die vorliegende Untersuchung wurde zur Erfassung der Arbeitsbelastung die Skala „Zeitdruck“ ausgewählt. Der Wertebereich der Skala reicht von 1-5.

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Zeitdruck“ (α=.871; n=875)

Wie oft kommen folgende Situationen in Ihrer Arbeit vor?
Ich stehe unter Zeitdruck.
Ich arbeite schneller, als ich es normalerweise tue, um die Arbeit zu schaffen.
Ich gehe wegen zuviel Arbeit nicht oder verspätet in die Pause.
Ich gehe wegen zuviel Arbeit verspätet in den Feierabend.
Es wird ein hohes Arbeitstempo verlangt.

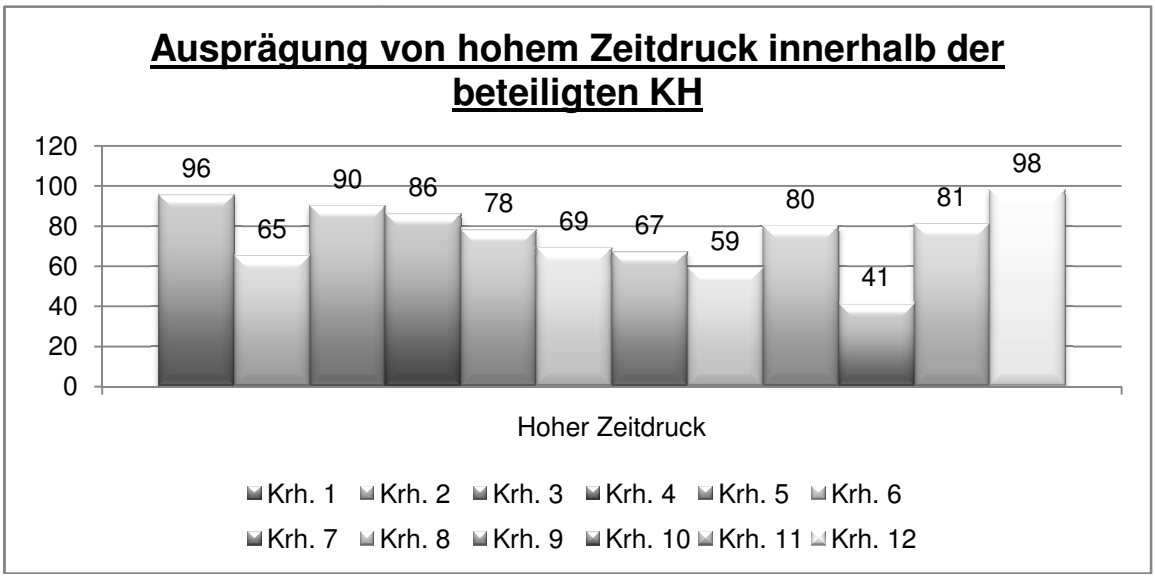
Semmer, Zapf und Dunkel, 1999 zitiert nach Siller

Ergebnisse



[68] Westermann-Binnewies
[69] Siller

	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	20	3	27	3,1
mittel	109	18	161	18,3
hoch	481	78	687	77,9
Keine Angabe	4	1	7	0,8



- Fast 80 Prozent der Pflegepersonen arbeiten oft oder sehr oft unter Zeitdruck.
- Die Spanne bei den beteiligten Krankenhäusern liegt zwischen 41 Prozent und 98 Prozent.
- Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und Burnout.
- Es besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und dem Erleben von belastenden Patienten sowie der Unterstützung durch die Vorgesetzten.
- Es bestehen Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Zeitdruck und dem Sinnerleben im Beruf sowie der Arbeitszufriedenheit.

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

NEXT-Studie

In der NEXT-Studie wurden quantitative Anforderungen an Pflegepersonen untersucht.Unter Quantitativen Anforderungen wird die anfallende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit verstanden. Die von der NEXT-Studie verwendeten fünf Fragen lauten:

- *Wie häufig fehlt Ihnen Zeit, alle Ihre Aufgaben zu vollenden?*
- *Können Sie Pausen machen, wann Sie wollen?*
- *Müssen Sie sehr schnell arbeiten?*
- *Ist Ihr Arbeitsaufkommen ungleich verteilt, so dass sich Dinge anhäufen?*

- *Haben Sie genug Zeit, um mit den Patienten zu reden?*

Der Durchschnittswert für die „Quantitativen Anforderungen“ aller Einrichtungen liegt bei 60 von 100. Damit liegen die quantitativen Anforderungen im Krankenhaus im Vergleich zu Altenheimen (65) und ambulanten Diensten (55) im mittleren Bereich. *Quantitative Arbeitsanforderungen* haben sich als ein wichtiger Aspekt in der NEXT Studie herausgestellt. Dies gilt insbesondere für Deutschland. In keinem anderen Teilnehmerland finden sich so hohe Werte wie hierzulande. Weitere Analysen zeigen, dass Personen mit sehr hohen *quantitativen Arbeitsanforderungen* eher ausgebrannt sind, mehr Fehltage aufweisen und eher den Pflegeberuf verlassen möchten als Kollegen mit mittleren oder niedrigen Anforderungen. Neben dem „Arbeit-Familie-Konflikt“ und den Entwicklungsmöglichkeiten gibt es keinen weiteren im Rahmen der NEXT-Studie untersuchten Aspekt, der derartdeutlich mit dem Risiko für den Berufsausstieg verbunden ist (Quelle).

DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005:

Zeitdruck und unvorgesehene Unterbrechungen sind die häufigsten Belastungen. Vier von fünf Befragten (81,5 Prozent) stehen oft oder sehr oft unter Zeitdruck. Unvorgesehene Unterbrechungen treten bei 67,9 Prozent häufig auf. Auf eine hohe Belastungssituation weist außerdem hin, dass deutlich mehr als die Hälfte (59,2 Prozent) angibt, oft oder sehr oft die vorgesehenen Pausen nicht einhalten zu können.

Zeitdruck im Krankenhaus – eine Untersuchung in Krankenhäusern der Maximalversorgung

Die Befragung zeigt vor allem zwei Handlungsmuster als Reaktion auf Zeitdruck in beschleunigten Prozessen: das „Abarbeiten“ von Tätigkeiten und das „Multitasking“. Abarbeiten ist gekennzeichnet durch ein beschleunigtes Step-by-step-Vorgehen nach dem Prinzip „Augen zu und durch“. Im „Abarbeitungsmodus“ wird die Patientin/der Patient zum Fall, der durchgeschleust werden muss. Weniger seine medizinischen als seine kommunikativen Bedürfnisse werden zum potenziellen Störfaktor. Beim Multitasking wird zwischen verschiedenen Arbeitsschritten und Orten hin und her gesprungen, was mit der Wahrnehmung einhergeht: nichts richtig zu Ende zu bringen“. Unaufgearbeitete Restbestände beanspruchen mentale Kapazitäten und werden im Hintergrund für viele zum Dauerstress. Der Zeitdruck resultiert für alle Berufsgruppen in einem oft tabuisierten Maßnahmenverzicht. Der Zwang zur Priorisierung und Rationierung wird als spannungsreicher Abstrich vom eigenen Anspruch erlebt. Dies verursacht einen nicht unerheblichen Leidensdruck. Zeitdruck zwingt die handelnden Akteure zur Komplexitätsreduktion. Um entscheidungsfähig bleiben zu können, muss alles so einfach wie möglich und ggf. auch noch ein bisschen einfacher gemacht werden. Die Aufmerksamkeit

verengt sich, das Verhalten des Einzelnen ist an „lokalen Rationalitäten“ im Dienste von persönlichen, professions- oder abteilungsspezifischen Subzielen orientiert. Übergeordnete Ziele der Gesamtorganisation geraten aus dem Blick. Eine Optimierung der Prozesse auf der Ebene des Gesamtsystems Krankenhaus und damit eine Verringerung des Zeitproblems wird nach Zwack vermutlich erst dann wahrscheinlicher, wenn die verschiedenen Zeitdruckphänomene so massenhaft und intensiv werden, dass sie den wirtschaftlichen Erfolg in der Steigerung von Fallzahlen nachhaltig und unübersehbar gefährden. Als Alternative beschreibt Zwack „Systemführung“ und „Organisationsbewusstsein“. Dies setzt voraus, das Führungspersonen aus Medizin, Pflege und Verwaltung aufeinandertreffen, die ihre Interdependenz anerkennen und in Aushandlungsprozessen eine fachübergreifende Problembearbeitung im Sinne des Gesamtsystems sicherstellen. Der „rasende Stillstand“ könnte dann einem lebensförderlichen Tempo weichen.

Weiterführende Überlegungen

80 Prozent der Pflegenden arbeiten oft oder sehr oft unter Zeitdruck – das Erleben der Pflegenden schwankt zwischen den verschiedenen Einrichtungen. In fünf Einrichtungen liegt die Quote unter 70 Prozent - in drei Einrichtungen liegt sie bei 90 Prozent und deutlich darüber. Der DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 bestätigt das vorliegende Ergebnis – auch dort arbeiten gut 80 Prozent der Pflegepersonen oft oder sehr oft unter Zeitdruck.ROSA zeigt anhand zahlreicher Studien auf, wie sehr sich Zeitwahrnehmung und Temporalstrukturen in unserer Zeit beschleunigen sowie Unruhe und Zeitnot wachsen. Nicht Geld, nicht Macht, sondern Beschleunigung regiert unsere Welt.Die „stumme normative Gewalt“ der Beschleunigung ist es, die unsere Zeit und alles Leben maßgeblich bestimmt. Zeithorizonte und -strukturen erscheinen uns als „naturgegebenes Faktum“ , denen wir ausgeliefert sind und die von uns wenig bis gar nicht beeinflusst werden können[70]. Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und Burnout. Dieses Ergebnis wird durch die Next-Studie bestätigt und gibt den dringenden Anlass über die Zeitkultur in Krankenhäusern nachzudenken.

Christliche Einrichtungen haben nur die Chance als solche erfahrbar wahrgenommen zu werden, wenn sie sich dem „Zeitgeist“ widersetzen und einerseits für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten bewusst Zeiten und Orte der Ruhe, Stille, des Gebetes, der Meditation, der Reflexion gestalten und andererseits auch im Arbeitsablauf andere Umgangsformen mit der Zeit finden als „hetzten und rasen“.

Als weiters wesentliches Ergebnis ist fest zu halten, dass ein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zeitdruck und der Unterstützung durch den Vorgesetzten besteht.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich durch den Vorgesetzten unterstützt fühlen, werden

[70] Rosa

vom Zeitdruck weniger beansprucht.Die Arbeitsbelastung ist auch in solchen Einrichtungen hoch, welche die Gesundheit der Beschäftigten sowie deren Beteiligung an der Arbeitsgestaltung als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege ansehen. Aber im Unterschied zu anderen Einrichtungen verfügen solche mitarbeiterorientierten Einrichtungen trotz der hohen Arbeitsbelastung über ein gutes Betriebsklima, was die Motivation fördert und die Gesundheit stärkt – beides wichtige Ressourcen, damit die Beschäftigten vom Zeitdruck und anderen Belastungen weniger beansprucht werden[71].

[71] Zeitdruck in der Pflege reduzieren. inQa.de
www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/.../**pflege**-hh1-**zeitdruck**

9.2 Soziomoralische Atmosphäre

Soziomoralische Atmosphäre ist eine Kommunikationskultur, bei der man Probleme offen anspricht. Emotionale Unterstützung und Toleranz gegenüber Fehlern sind vorhanden, so dass ein Gefühl der Wertschätzung entsteht. Kommuniziert wird zwanglos, das heißt, dass über Regeln auch diskutiert und gestritten werden darf und diese nicht widerstandslos hingenommen werden. Soziomoralische Atmosphäre bedeutet auch, dass die Angestellten verantwortlich für ihr eigenes Wohlbefinden und das der KollegInnen sind. Nach aktuellen Ergebnissen zeigt sich, dass Unternehmen, die eine derartige Unternehmenskultur pflegen, dafür mit sinnerfüllten MitarbeiterInnen und steigendem Arbeitsengagement belohnt werden (www.sinnforschung.org)

> „Konflikte werden zwar besprochen, aber nur in kleinen Maßen entgegengenommen, abgeändert oder toleriert.

> „Konflikte werden von der Obrigkeit nicht gern gesehen, so dass diese bei widersprüchlichen Diskussionen fluchtartig den Raum verlassen. Ein bisschen diktatorisch, oder?“

Messinstrument

Zur quantitativen Erfassung einer im Unternehmen herrschenden soziomoralischen Atmosphäre wurde von Weber et.al. (2008) im Rahmen des Forschungsprojektes ODEM

(Organisationale Demokratie) das ScreeningverfahrenSoziomoralischeAtmosphäre-Screening (SMA-S) entwickelt. Folgende Komponenten werden erfasst:

- Offener Umgang mit sozialen Konflikten
- Zuverlässig gewährte Wertschätzung
- Zwanglose Kommunikation und partizipative Kooperation
- Zuweisung von Verantwortung

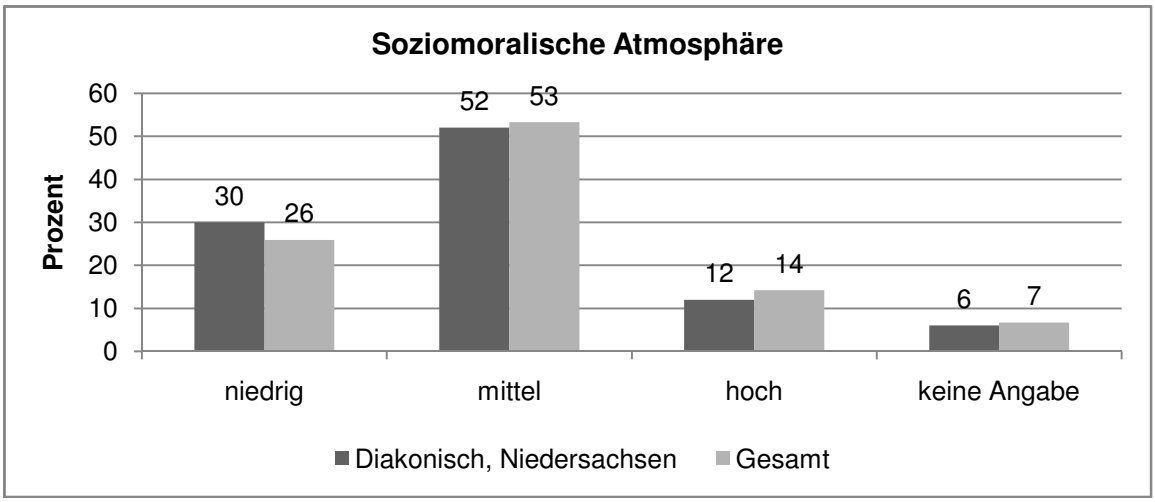
Die Skala von Weber et al wurde in der vorliegenden Studie leicht abgewandelt angewandt. Der Wertebereich reicht von 1-5.

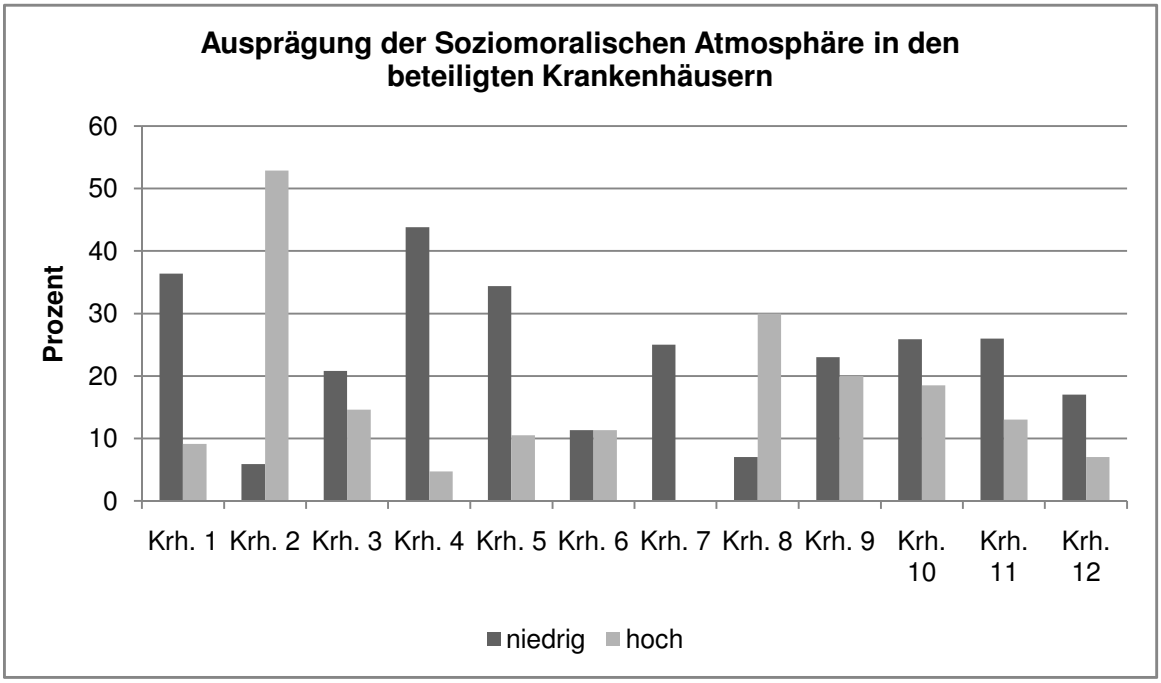
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Soziomoralische Atmosphäre“ (α=.880; n=823)

1.	In unserem Unternehmen geht man offen mit Konflikten und Interessensgegensätzen um.
2.	Man kann bei uns auch Fehler machen, ohne dafür bestraft zu werden.
3.	Bei uns ist es möglich Kritik zu üben, ohne dafür mit unangenehmen Konsequenzen rechnen zu müssen.
4.	Probleme und Konflikte werden bei uns unter den Teppich gekehrt.
5.	Bei uns wird man auch dann geachtet, wenn man andere Ansichten oder Überzeugungen vertritt.
6.	Widersprüchliche Interessen zwischen MitarbeiterInnen und dem Unternehmen werden offen diskutiert.
7.	Bei uns findet jede und jeder Beachtung. Man ist sich nicht gleichgültig.
8.	In unserem Unternehmen hat auch jemand anderer Nationalität, Konfession, politischen Überzeugung etc. echte Karrierechancen.
9.	Konflikte zwischen Abteilungen/Teams werden am „Runden Tisch“ ausgehandelt.
10.	MitarbeiterInnen werden unabhängig von der Ausbildung und Qualifikation geachtet.
11.	Auch bei weit reichenden Veränderungen haben die MitarbeiterInnen ein Wörtchen mitzureden.

Ergebnisse

	Niedersachsen		**Gesamt**	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	182	29,6	228	25,9
mittel	319	52,0	470	53,3
hoch	73	11,9	125	14,2
Keine Angabe	40	6,5	59	6,7





- Im Durchschnitt erleben 12 % der beteiligten Pflegepersonen in Diakonischen Krankenhäusern in Niedersachsen die soziomoralische Kultur in ihrem Krankenhaus als ziemlich hoch oder hoch ausgeprägt. 30% erleben die soziomoralische Atmosphäre als gering oder sehr gering ausgeprägt.
- Die Werte variieren zwischen den verschiedenen Krankenhäusern.
- Die soziomoralische Atmosphäre hat einen hohen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Diakonischen Klima.
- Einen mittleren Zusammenhang mit dem Sinnerleben im Beruf, mit dem Burnout der Pflegepersonen (negativ), sowie der Unterstützung durch die Vorgesetzten und Kollegen.

- Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zentralität der Religiosität und der soziomoralischen Atmosphäre und ein geringer Zusammenhang mit der Diakonischen Identität.

Weiterführende Überlegungen

In der Gestaltung und Kultivierung der soziomoralischen Atmosphäre scheint in diakonischen Krankenhäusern ein enormes Verbesserungspotenzial zu liegen. Nur ein bis zwei von zehn Pflegepersonen erleben die soziomoralische Atmosphäre in ihren Krankenhäusern als hoch oder sehr hoch ausgeprägt. Ein möglicher Hinweis darauf, dass der Aspekt der „Kultur“ in den letzten Jahren in den Krankenhäusern stark vernachlässigt wurde.
Die Ergebnisse zeigen auf, dass die soziomoralische Atmosphäre gemeinsam mit dem Diakonischen Klima und der Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen die höchsten Zusammenhänge mit Burnout, Arbeitszufriedenheit und Sinnerleben im Beruf hat. Dies weist darauf hin, dass es sich für Einrichtungen langfristig unabdingbar ist, diesem Bereich vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken und entsprechend Zeit, Kraft und Geld zu investieren.

9.3 Finanzielle Situation

Money, money...

Im Jahr 2008 hat die deutsche Agentur für Arbeit erstmals eine Studie zum Thema Zufriedenheit am Arbeitsplatz durchgeführt. Dabei werden mindestens 1000 ArbeitnehmerInnen aus allen Bundesländern und allen Betriebsgrößen befragt. Die Umfrage besteht aus mehreren Fragen wobei nur die zwei Kernfragen zum Wohlbefinden und dessen Einflussfaktoren unveränderlich sind. Dies soll einen Langzeitvergleich ermöglichen und so die Schwankungen der Zufriedenheit sowie deren Gründe in einem längeren Vergleich möglichen.Eine wichtige Rolle in der Beurteilung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz spielt das eigene Nettoeinkommen. Arbeitnehmer mit einem vergleichsweise geringen Nettoeinkommen haben ihr Wohlbefinden in dieser ersten Umfrage deutlich schlechter bewertet als Arbeitnehmer mit einem höheren monatlichen Nettoeinkommen. Betrachtet man die Bewertungen von Arbeitnehmern mit einem Nettoeinkommen von über 2500 Euro pro Monat so erhält man einen sehr hohen Wert von 8,5 auf der Zufriedenheitsskala.Dennoch ist Geld nicht der wichtigste Einflussfaktor auf das Wohlbefinden der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz. Deutlich öfter wurde in der Umfrage das vorherrschende Arbeitsklima als Indikator für ein hohes eigenes Wohlbefinden genannt. An zweiter Stelle folgten die eigenen Aufgaben und erst an dritter Stelle wurde das Gehalt als Einflussfaktor angegeben. Einen Unterschied gab es hier lediglich zwischen den Geschlechtern. Während bei männlichen Arbeitnehmern das Gehalt mit 44 Prozent deutlich wichtiger war, wurde es von Frauen mit 33

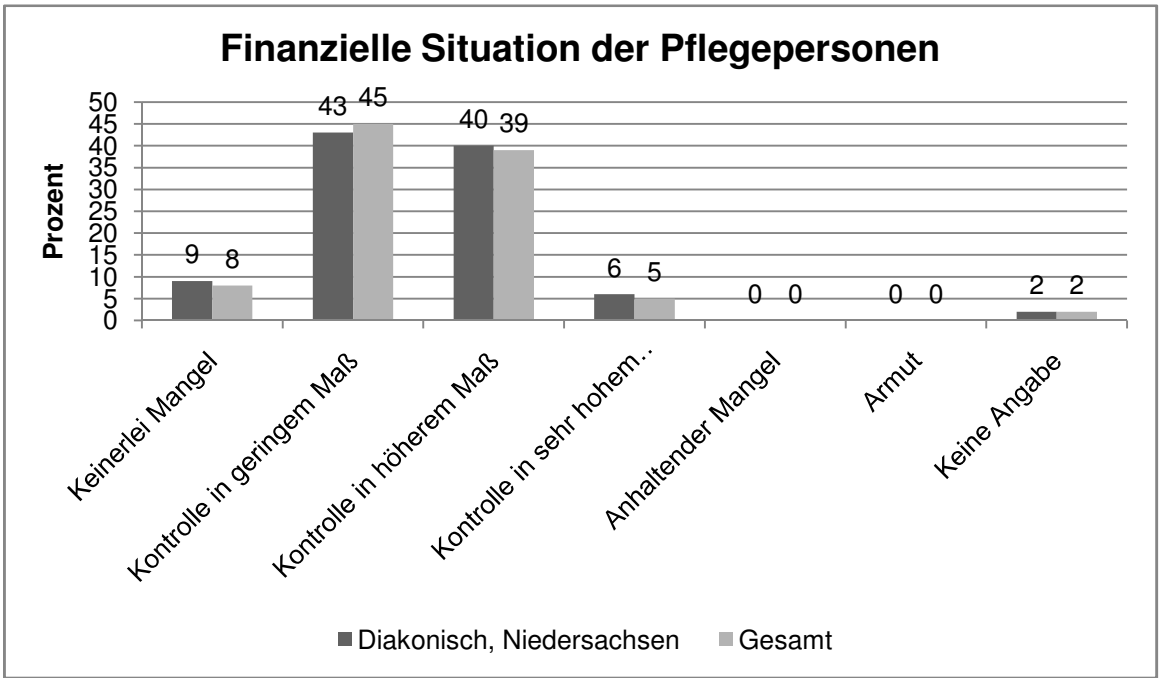
Prozent als weniger wichtig angesehen.[72]

Messinstrument

Die finanzielle Situation der Pflegenden wurde mittels folgernder Items erhoben – der Wertebereich liegt zwischen 1 und 5:

Welche der folgenden Aussagen beschreibt die Situation in Ihrem Haushalt/Ihrer Familie am besten?
Ich erfahre keinerlei Mangel und muss meine Ausgaben in keiner Weise einschränken.
Ich muss mein Budget in geringem Maße kontrollieren; ich muss unsere Ausgaben bei unnötigen Dingen, z. B. Luxusgütern einschränken.
Ich muss mein Budget in höherem Maße kontrollieren, um damit auszukommen; ich muss unsere Ausgaben für Kleidung und ähnliches einschränken.
Ich muss mein Budget in sehr hohem Maße kontrollieren, das gilt auch für die Ausgaben für Nahrungsmittel.
Ich erfahre einen anhaltenden Mangel an lebenswichtigen Gütern.
Ich lebe in Armut.

Ergebnisse



	Diakonisch, Niedersachsen		**Gesamt**	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keinerlei Mangel	53	8,6	74	8,4
Kontrolle in geringem Maß	266	43,3	397	45
Kontrolle in höherem Maß	247	40,2	346	39,2
Kontrolle in sehr hohem Maß	34	5,5	48	5,4
Anhaltender Mangel	1	0,2	1	0,1

[72] http://www.kapitalfokus.de/zufriedenheit-mit-dem-monatlichen-netto-einkommen-72.html

Armut	2	0,3	2	0,2
Keine Angabe	11	1,8	14	1,6

Gut 50 Prozent der Befragten erleben keinerlei Mangel oder müssen die Finanzen nur in geringem Maß kontrollieren. Ca. 45 Prozent müssen ihre finanzielle Situation in höherem oder sehr hohem Maß kontrollieren. 0,5 Prozent der Befragten in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens erleben anhaltenden Mangel oder Armut. Es besteht ein geringer Zusammenhang mit Burnout und ein geringer negativer Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Sinnerleben im Beruf.

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, kam 2008 nahezu jeder elfte private Haushalt (8,6 Prozent) in Deutschland nach eigener Einschätzung „sehr gut“ mit seinem monatlichen Einkommen zurecht, weitere 69,5 Prozent der Haushalte „gut“ (24,3 Prozent) oder „relativ gut“ (45,2 Prozent). Probleme hatte dagegen gut ein Fünftel (21,9 Prozent) der Haushalte, die mit ihrem Einkommen „relativ schlecht“ (14,1 Prozent), „schlecht“ (5,2 Prozent) oder „sehr schlecht“ (2,6 Prozent) zurechtkamen.

9.4 Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte

Die ganze Kunst der so schwierigen Menschenführung besteht darin, seine Mitarbeiter so zu behandeln, wie man selbst von seinem Vorgesetzten behandelt werden möchte. *Richard Nixon*

Die Qualität der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen hat entscheidenden Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit. [73]

In einer sich verändernden Arbeitswelt bilden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das wichtigste Potenzial eines Unternehmens, denn nur motivierte, leistungsbereite und gesunde Mitarbeiter gelten als Garanten für einen nachhaltigen Unternehmenserfolg. In diesem Zusammenhang spielen Führungspersonen eine zentrale Rolle. Zum einen tragen sie Verantwortung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zwar nicht nur im Hinblick auf die Leistungen, sondern auch auf ihre Gesundheit. In dieser Hinsicht haben Führungspersonen eine gewisse Vorbildfunktion. Auf der anderen Seite hingegen sind Führungspersonen selbst großen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt. Entsprechend kommt ihnen eine Doppelrolle zu: Sie müssen Verantwortung für die Leistungen und die Gesundheit der Mitarbeiter wie auch

> Vorgesetzte entfernen und entfremden sich immer mehr vom eigentlichen Personal.

> Ich fühle mich von Vorgesetzen „im Stich" gelassen, Probleme werden nicht gelöst, sondern immer „schön geredet". Ich fühle mich in der Wertschätzung

> Ich erfahre wenig Wertschätzung durch meinen Vorgesetzten – fühle mich austauschbar.

[73] DAK-BGW-Pflegereport 2005

für sich selbst übernehmen. Es besteht Konsens darüber, dass ein wertschätzender und respektvoller Führungsstil die Gesundheit der Beschäftigten und ihre Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.[74]

Im Mittelpunkt eines gesunden Arbeitsklimas, das eine Weiterentwicklung des Individuums ermöglicht, steht das Verhältnis eines Arbeitnehmers zu seinen direkten Vorgesetzten.[75]

Messinstrument

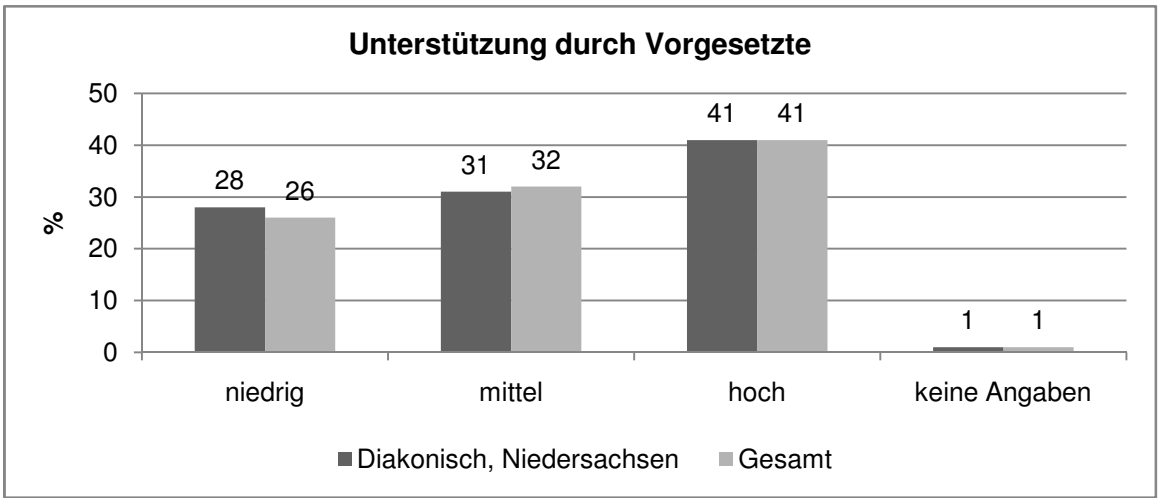
Der Fragebogen Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (SALSA) von Rimann und Udris (1997) kann zur Erfassung von Anforderungen, Belastungen und sozialen wie organisationalen Gesundheitsressourcen im beruflichen Kontext eingesetzt werden[76]. Für die durchgeführte Untersuchung wurden vom Fragebogen SALSA die zwei Skalen „soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten“ und „Soziale Unterstützung durch ArbeitskollegInnen“ verwendet. Der Wertebereich der Skala reicht von 1 bis 5.

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Ressource Vorgesetzte“ (α=.909; n=873)

11. Ich kann mich auf meine Vorgesetzten verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen.
12. Meine Vorgesetzten sind bereit, meine Probleme in der Arbeit anzuhören.
13. Meine Vorgesetzten unterstützen mich aktiv, so dass ich es in der Arbeit leichter habe.

Rimann und Udris (1997) zitiert nach

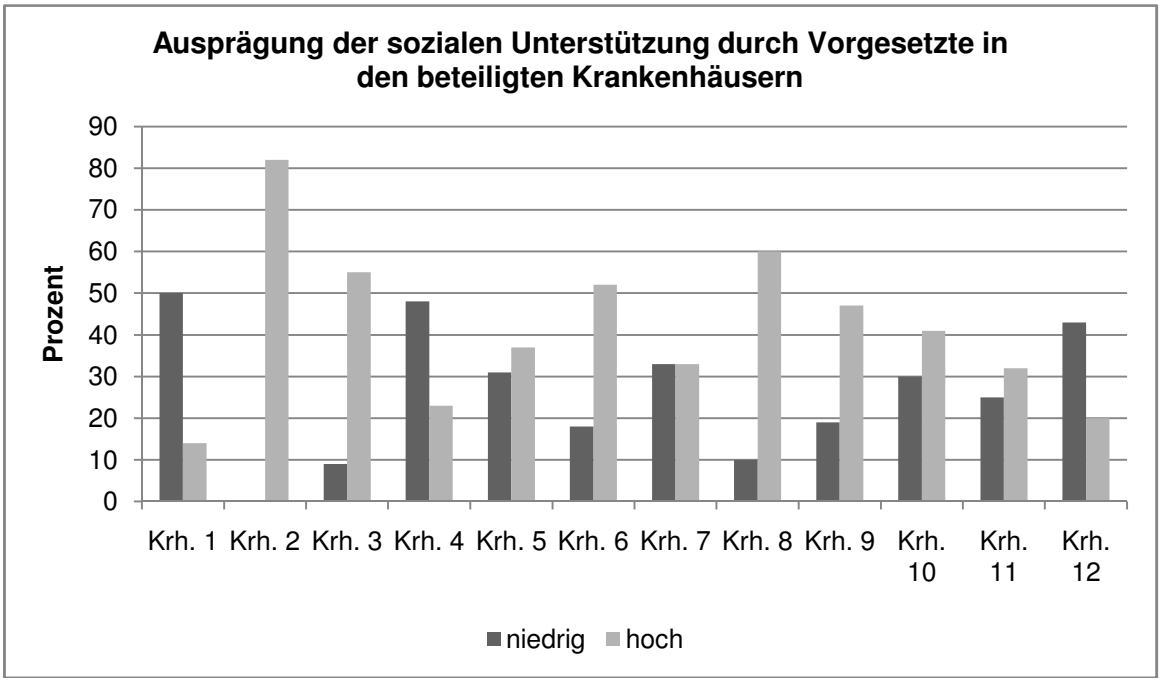
Ergebnisse



	Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	170	28	229	26
mittel	190	31	282	32

[74] Badura
[75] Next, Europa
[76]

hoch	247	40	362	41
Keine Angabe	7	1	9	1



Ergebnisse

- 41 Prozent der Pflegepersonen fühlen sich in hoher Ausprägung durch die Vorgesetzten unterstützt - 28 Prozent fühlen sich in niedrigem Ausmaß durch Ihre Vorgesetzten unterstützt.
- Das Spektrum der Pflegepersonen, die sich in hoher Ausprägung durch den Vorgesetzten unterstützt fühlen, liegt in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 14 und 82 Prozent.
- Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch die Vorgesetzten und der Arbeitszufriedenheit, ein mittlerer Zusammenhang mit Sinnerleben im Beruf und ein hoher negativer Zusammenhang mit Burnout.
- Zwischen der Unterstützung durch die Vorgesetzten und der Zentralität der Religiosität sowie der Diakonischen Identität ist ein geringer Zusammenhang.

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

Mittelwerte zur sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte	
SI der EKD (2011)	3,2
Next-Studie - Wert für Deutschland	3,3

Im Europavergleich von acht Ländern nimmt Deutschland den zweiten Platz ein. In Belgien ist die soziale Unterstützung durch die Vorgesetzten mit einem Mittelwert von 3,4 noch höher.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005

Das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten wird „durchwachsen“ beurteilt. Etwa ein Drittel empfindet nur wenig Arbeitserleichterung durch die Unterstützung durch die Vorgesetzten. 63% fühlen sich durch die Vorgesetzten persönlich anerkannt, knapp 14% verneinen und fast ein Viertel hat Zweifel.

NEXT-Studie

Jede vierte Pflegekraft (26%) bezeichnet das Verhältnis zur Pflegedienstleitung als angespannt/feindselig. Dies ist ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu Stationsleitungen, Ärzten, Verwaltung und Kollegen.

Die *soziale Unterstützung* durch die Kollegen und den Vorgesetzten stehen in enger Beziehung zur Bindung an den Beruf und die Einrichtung. So besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch den Vorgesetzten und der Bindung an die Institution ($r=0,28$; $p<0,01$). Die Unterstützung durch die Kollegen steht hingegen im engeren Zusammenhang mit der Bindung an den Beruf ($r=0,19$; $p<0,01$).

Items:

- Ist ihr direkter Vorgesetzter in der Lage den Wert und die Ergebnisse ihrer Arbeit zu würdigen?
- Äußert Ihr direkter Vorgesetzter Ihnen gegenüber seine Meinung über Ihre Arbeit?
- Im Großen und Ganzen: Ist Ihr direkter Vorgesetzter bereit, Sie bei der Ausführung Ihrer Aufgaben zu unterstützen?
- Gibt Ihnen Ihr direkter Vorgesetzter unterstützenden Rat?

STUDIE DER BERTELSMANN-STIFTUNG (März 2011)

Sozial fürsorgliches Verhalten des Chefs wirkt sich messbar positiv auf die Arbeitsleistung der Mitarbeiter aus. Das ist das Ergebnis einer Langzeit-Studie, durchgeführt vom Health_Management-SpezialistenSciencetransfer aus Zürich.Danach kann das Burnout-Risiko signifikant gesenkt werden, wenn der Chef da ist und sich kümmert. Eine um 20% stärkere Unterstützung hatte ein um 10% niedrigeres Risiko zur Folge – bei stark belasteten Personen eine Menge. Es geht dabei um folgende Aspekte:

1. instrumentelle Hilfeleistungen (z.B. beim Urlaubsplan Bedürfnisse berücksichtigen)
2. emotionale soziale Unterstützung (z.B. Zuhören, ernst nehmen und Zuspruch geben)
3. Erreichbarkeit (ein abwesender empathischer Chef nützt nichts...)

Und: Die Unterstützung muss kontinuierlich sein. Reduziert der Vorgesetzte sein Engagement wieder, steigen die Ausfälle wegen Burnout wieder an.Kostenloser Download unter www.bertelsmann-stiftung.de

Weiterführende Überlegungen

Vier von 10 Pflegepersonen fühlen sich durch die Vorgesetzten ziemlich oder sehr unterstützt. Jede vierte Pflegeperson fühlt sich gar nicht oder wenig unterstützt. Im Vergleich mit den Ergebnissen der NEXT-Studie in Deutschland fällt der Mittelwert in Diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens niedriger aus.Das Spektrum der Pflegepersonen, die sich ziemlich oder sehr durch den Vorgesetzten unterstützt fühlen, liegt in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 14% und 82%. Diese breite Streuung weist darauf hin, dass die Unterstützung durch Vorgesetzte in den verschiedenen Krankenhäusern unterschiedlich wahrgenommen wird – es verschiedenen Vorgesetzten in unterschiedlichem Ausmaß gelingt ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen. Die Ergebnisse zeigen nennenswertes Verbesserungspotenzial im Bereich des Führungsverhaltens in der Mehrzahl diakonischer Krankenhäuser in Niedersachsen.

Vorgesetzte haben eine Schlüsselposition im Zusammenhang mit Burnout und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Art und Weise *wie* Mitarbeiter geführt werden, wie und in welchem Umfang Informationen an Mitarbeiter weitergeleitet werden, wie Teamarbeit und wie einzelne Mitarbeiter gefördert und unterstützt werden, hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Zahlreiche Studien belegen, dass schlechte Führung Demotivation und höhere Fehlzeiten bei Mitarbeitern und damit auch schlechtere Betriebsergebnisse verursachen (Gregersen et al. 2010). Gute Führung hingegen kann das Sozialkapital eines Unternehmens und damit das Betriebsergebnis positiv beeinflussen (Badura et al. 2008).

Führung soll Aufmerksamkeit bündeln, Sinn und Richtung vermitteln, den Zusammenhang zwischen dem Einzelnen und dem Ganzen aufmachen, Themen transparent und glaubwürdig machen, Werte und Wertschätzung vermitteln, dem Unternehmen, der Abteilung, dem Bereich Kriterien und Entscheidungen zur Verfügung stellen, sie motivieren, Angst nehmen, Mitwirkungsräume schaffen.

Mitarbeiter in der Diakonie brauchen von ihren Führungskräften ein eigenes Profil auch in christlich-diakonischer Hinsicht. Erst wenn Mitarbeiter auf deutliche Optionen stoßen, können sie selber deutlich werden. Menschen bilden sich an der Andersheit des anderen – heraus aus mancher bequemen Undeutlichkeit.Führungskräfte in der Diakonie brauchen darum eine eigene spirituelle und werteorientierte Position (auch wenn sie fragmentarisch ist). Diakonische Deutlichkeit hat einen Inhalt und eine Form und einen je persönlichen Ausdruck. Dies wird also unsere Aufgabe sein: wieder einen Kanon, eine gute Ordnung und Form des Diakonischen im Medizin- und Pflege- und Verwaltungsalltag zu entwickeln, und die Führungskräfte zu befähigen und ihnen Lust zu machen, darin persönlich Gesicht zu zeigen. Führungskräfte auf allen Ebenen haben Anteil und Mitverantwortung nicht nur am jeweiligen fachlichen, sondern auch am gesamtunternehmerischen Wohl und Wehe.

Führungsverantwortung wird integral. Diakonisches Profil ist damit Führungssache, auf allen

Ebenen.Dies geschieht einmal durch Rahmung. Kein diakonischer Vorstand, kein Chefarzt, keine Abteilungsschwester kann diakonisches Leben und Handeln „am Bett“ erzwingen und machen, aber es systematisch bahnen, rahmen, mit verbindlicher Bedeutung versehen, priorisieren und befördern oder – allein schon durch Nichtbeachtung – behindern. Es geschieht zum anderen durch Transparenz. Eingreifende fachliche oder wirtschaftliche Entscheidungen können und sollen immer auch auf ihren ethisch-diakonischen Horizont hin transparent gemacht werden (Wettreck).
Diakonische Führung geschieht auch durch Definition diakonischer Leistungen. Bisher haben wir „diakonische Leistungen“ im Krankenhausalltag nicht systematisch definiert, gefördert und eingefordert. Arbeitsziele waren primär fachlicher oder allgemein sozialer Natur. Werteorientierte Führung ist jedoch nicht möglich ohne werteorientierte Leistungsbeschreibungen und deren verbindliche Einschreibung in die Rollenbeschreibungen und Zielvereinbarungssysteme des diakonischen Unternehmens. Erst wenn diakonische Maßnahmen – genauso wie wirtschaftliche und fachliche Ziele – nötigenfalls auch mit monetären Anreizen in Verbindung gesetzt werden, erhält das diakonische Profil eine ernsthafte systemische Einbettung und organisatorische Verbindlichkeit (Wettreck).

9.5 Soziale Unterstützung durch Kollegen

2+2=5

Die Weisheit der sozialen Unterstützung durch Kollegen – die Weisheit einen guten Teams ist 2+2=5: Synergie. Das Ganze ist mehr als seine Teile.
Die Wahrnehmung eines Arbeitnehmers darüber, in welchem Ausmaß er bei seiner Tätigkeit Unterstützung von den Vorgesetzten und Kollegen erhält, ist hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit insbesondere im Pflegeberuf von hoher Relevanz. Zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtige Voraussetzungen für die Arbeitszufriedenheit und sind mit gesundheitlichen Beschwerden, Fehlzeiten und Arbeitsplatzwechsel assoziiert[77]. Mit Blick auf den erheblichen Mangel an Pflegepersonen und auf die Tatsache, dass das Arbeitsklima in Institutionen ein Faktor ist, auf den das Management Einfluss ausüben kann, ist es wichtig zu verstehen, in wieweit der Wunsch Pflegender, ihren Beruf aufzugeben, im Zusammenhang mit ihrem konkreten Arbeitsumfeld steht.

Messinstrument

Tabelle x: Indikatoren der Skala „Ressource Kollegen“ (α=.879; n=875)

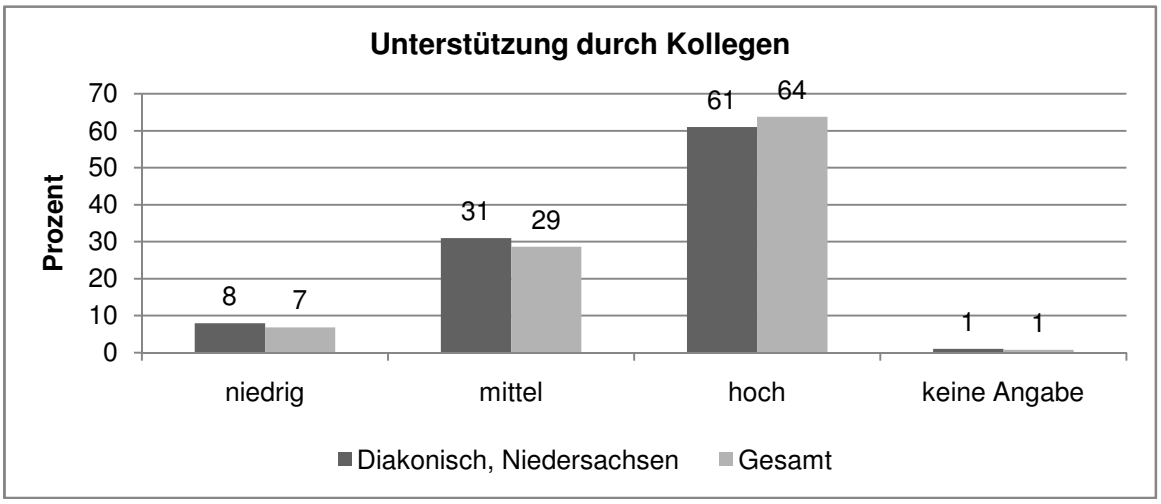
1.	Ich kann mich auf meine Arbeitskollegen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen.
2.	Meine Arbeitskollegen sind bereit, meine Probleme in der Arbeit anzuhören.
3.	Meine Arbeitskollegen unterstützen mich aktiv, so dass ich es in der Arbeit leichter habe.

Ergebnisse

	Diakonisch,	**Gesamt**

[77] Tett & Meyer, 1993 zitiert nach Hasselhorn et al. (2005)

	Niedersachsen			
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	48	8	60	6,8
mittel	187	31	252	28,6
hoch	373	61	563	63,8
Keine Angabe	6	1	7	0,8



- 61 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens und 64 Prozent der beteiligten Pflegepersonen insgesamt, fühlen sich durch ihre Kolleginnen und Kollegen in hoher Ausprägung unterstützt.
- 8 Prozent der beteiligten Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern Niedersachsens fühlen sich durch ihre Kolleginnen und Kollegen wenig unterstützt.
- Die Spannbreite der Pflegepersonen, die sich in hohem Maß durch ihre Kolleginnen und Kollegen unterstützt fühlen, liegt in den beteiligten Krankenhäusern zwischen 42 und 94 Prozent.
- Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch die Kollegen und der Arbeitszufriedenheit, ein mittlerer Zusammenhang mit Sinnerleben im Beruf und ein mittlerer negativer Zusammenhang mit Burnout.
- Zwischen der Unterstützung durch die Kollegen und der Zentralität der Religiosität besteht kein signifikanter Zusammenhang - mit der Diakonischen Identität besteht ein geringer Zusammenhang.

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

Next-Studie

Die Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen fällt insgesamt positiver aus als die Unterstützung durch den Vorgesetzten. Der Mittelwert aller Einrichtungen liegt bei 62, wobei die Spannweite von 59 bis 67 reichte. Interessant ist die Abhängigkeit von der

Krankenhausgröße: Lehrkrankenhäuser weisen die niedrigsten Werte für *soziale Unterstützung* durch die Kollegen (60) auf, gefolgt von Krankenhäusern mit mehr als 400 Betten (62) und Krankenhäusern mit weniger als 400 Betten (64).
Die soziale Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen sowie den Vorgesetzten stehen nach den Ergebnissen der Next-Studie in enger Beziehung zur Bindung an den Beruf und die Einrichtung. So besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch den Vorgesetzten und der Bindung an die Institution. Die Unterstützung durch die Kollegen steht hingegen im engeren Zusammenhang mit der Bindung an den Beruf.
Die Mittelwerte für die soziale Unterstützung durch Kollegen waren in Italien (3.3) am niedrigsten und in den Niederlanden (3,7) am höchsten. Deutschland liegt mit einem Mittelwert von 3,5 von 5 im Mittelfeld.

Mittelwerte zur sozialen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	
SI der EKD (2011)	3,7
Next-Studie (2005) - Wert für Deutschland	3,5

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005

Im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 wurde folgende Frage gestellt: Das Klima unter den Kollegen ist vertrauensvoll und unterstützend. Die Antworten verteilten sich wie folgt:
Trifft voll zu: 21,8 Prozent
Trifft eher zu: 42,5 Prozent
Trifft teilweise zu: 27,3 Prozent
Trifft wenig zu: 7 Prozent
Trifft gar nicht zu: 1,4 Prozent

9.6 Patienten als Ressource und Belastung

Geben und nehmen?!

Freundliche, kooperative und dankbare Patienten können Pflegenden sehr viel geben – zurückgeben. Diese können für die Pflegenden eine wichtige Ressource darstellen – das Wohl der Patienten ist für Pflegepersonen eine sehr bedeutsame Sinnquelle. Nicht allen Patienten ist es aus verschiedenen Gründen möglich, den Pflegenden augenscheinlich etwas zurück zu geben. Sei es, weil sie dementierend sind, sei es weil sie „schwierig“ oder selbstbezogen sind. In diesen Fällen können Patienten eine Belastung darstellen. Gleichfalls belastend können sehr leidende oder sterbende Patienten erlebt werden.

Messinstrument

Der Wertebereich der Skala liegt zwischen eins und fünf.

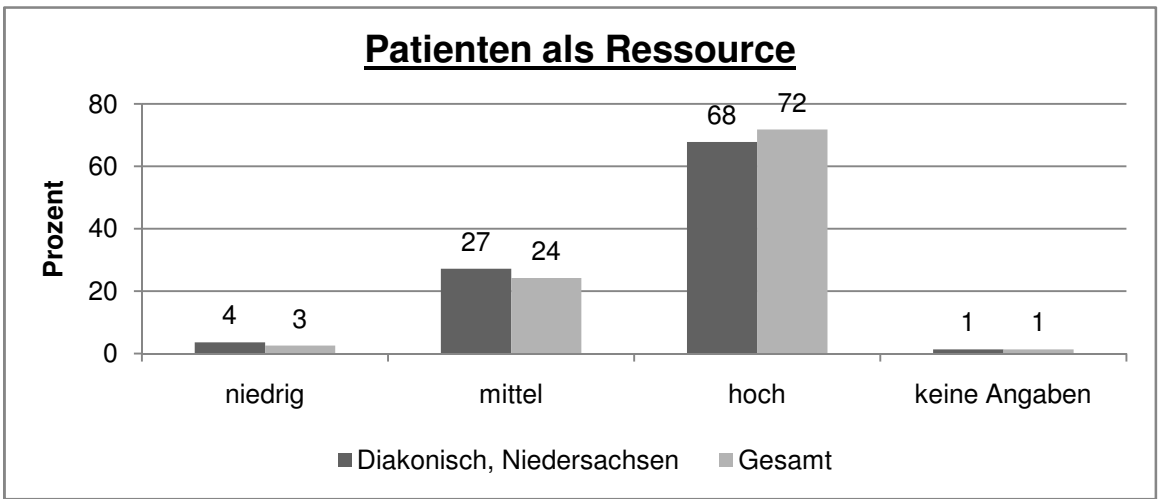
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Patienten als Ressource“ (α=.879; n=875)

Freundliche Patientinnen und Patienten
Kooperative Patientinnen und Patienten
Dankbare Patientinnen und Patienten
Patientinnen und Patienten mit deutlichen Heilungserfolgen

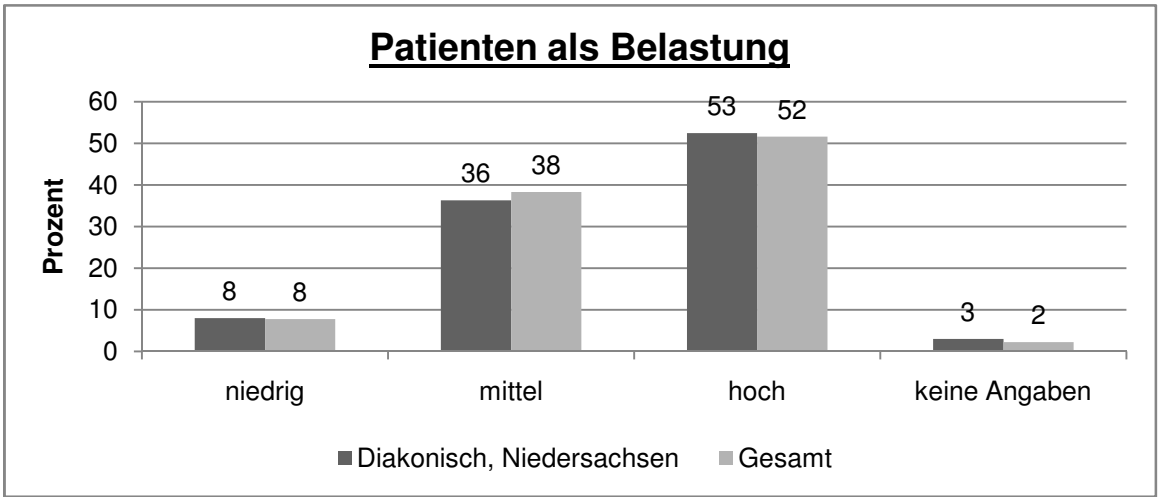
Tabelle x: Indikatoren der Skala „Patienten als Belastung“ (α=.786.; n=775)

Sehr leidende Patientinnen und Patienten
Patientinnen und Patienten mit hochgradiger Demenz
Selbstbezogene Patientinnen und Patienten
„Schwierige“ Patientinnen und Patienten
Sterbende Patientinnen und Patienten

Ergebnisse



	Diakonisch, Niedersachsen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	19	3,6	21	2,6
mittel	143	27,2	192	24,2
hoch	356	67,8	570	71,8
Keine Angabe	7	1,3	10	1,3



	Niedersachsen	Gesamt

	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
niedrig	42	8,0	62	7,8
mittel	191	36,3	304	38,3
hoch	276	52,5	409	51,6
Keine Angabe	16	3,0	18	2,2

Ca. 70 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben in hoher Ausprägung Patienten, die ihnen etwas zurückgeben – in Form von Dankbarkeit, Freundlichkeit, Kooperation und deutlichen Heilungserfolgen. Ca. 52 Prozent der beteiligten Pflegepersonen erleben in hoher Ausprägung belastende Patienten, wie beispielsweise selbstbezogene und „schwierige“ oder sehr leidende und sterbende Patienten.
Es besteht ein mittlerer Zusammenhang zwischen den Patienten als Ressource und der Arbeitszufriedenheit und dem Sinnerleben im Beruf sowie ein mittlerer negativer Zusammenhang mit Burnout. Zwischen belastenden Patienten und der Arbeitszufriedenheit sowie dem Sinnerleben im Beruf besteht ein negativer geringer Zusammenhang. Mit Burnout besteht ein mittlerer Zusammenhang. Zwischen der Zentralität der Religiosität und belastenden Patienten besteht ein sehr geringer Zusammenhang. Die Diakonische Identität steht in geringem Zusammenhang mit Patienten als Ressource und belastenden Patienten.

Ergänzende Ergebnisse anderer Untersuchungen

Next-Studie (2005)[78]

Der in der NEXT-Studie verwendete Begriff der *emotionalen Anforderung* wurde mittels vier Fragen untersucht, die extra für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen von de Jonge (1999) entwickelt wurden. Die Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, wie oft sie mit

o*Tod,*

o*Krankheit, oder anderen menschlichen Leiden,*

o*aggressiven Patienten* oder

o*unfreundlichen Patienten*

konfrontiert werden. Die Antwortmöglichkeiten reichten dabei von „nie“, „selten“ und „manchmal“ bis „oft“ und „immer“. Ein Wert von 100 beschreibt dabei die maximale emotionale Anforderung. Hierbei ist zu beachten, dass nur danach gefragt wird*, wie oft* die Teilnehmer solchen emotional belasteten Situationen ausgesetzt waren, nicht, *wie sehr* sie sich hierdurch emotional belastet fühlten. Die Mittelwerte in allen Einrichtungen liegen zwischen 60 und 70, lediglich eine Einrichtung liegt mit 52 darunter. In den Ergebnissen der NEXT-Studiesind hohe emotionale Belastungen deutlich mit dem Risiko für Burnout verknüpft. Personen mit Werten über 75 haben gegenüber Kollegen mit Werten von 0 bis 50 das doppelte Risiko, auszubrennen. Vor allem der Umgang mit aggressiven und

[78] Simon, M. et al. 2005

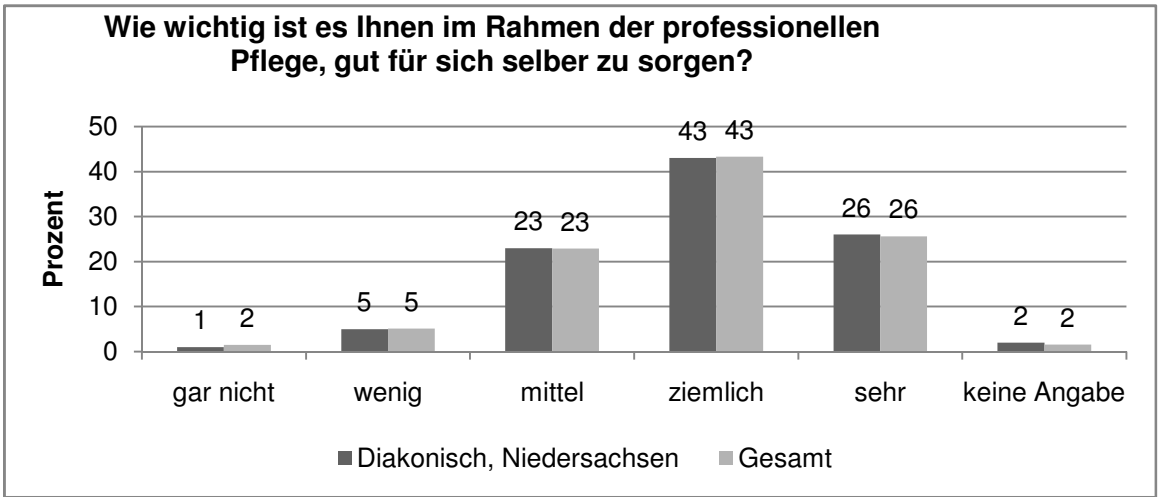
unfreundlichen Patienten wird hier als belastend erlebt.

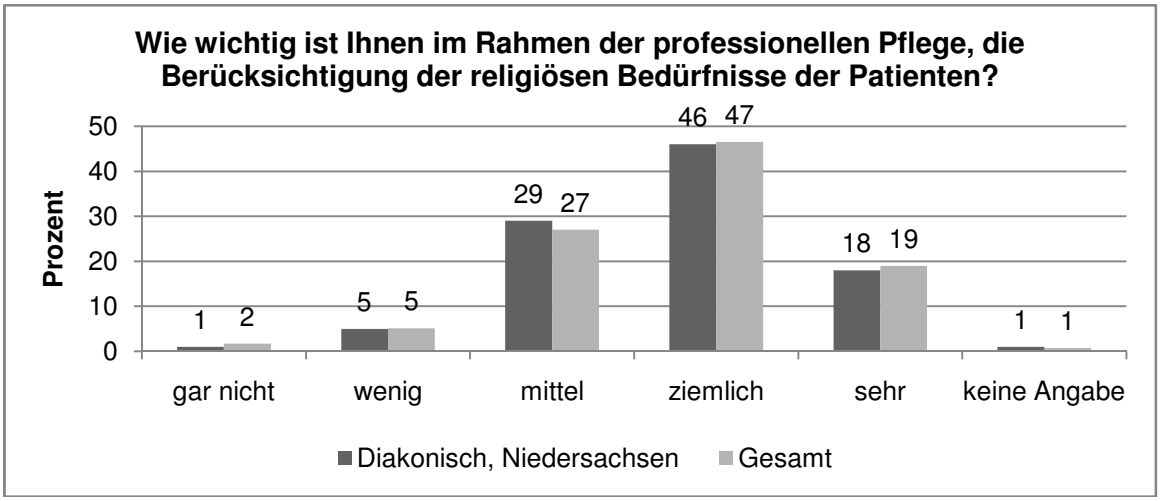
Zusammenhänge

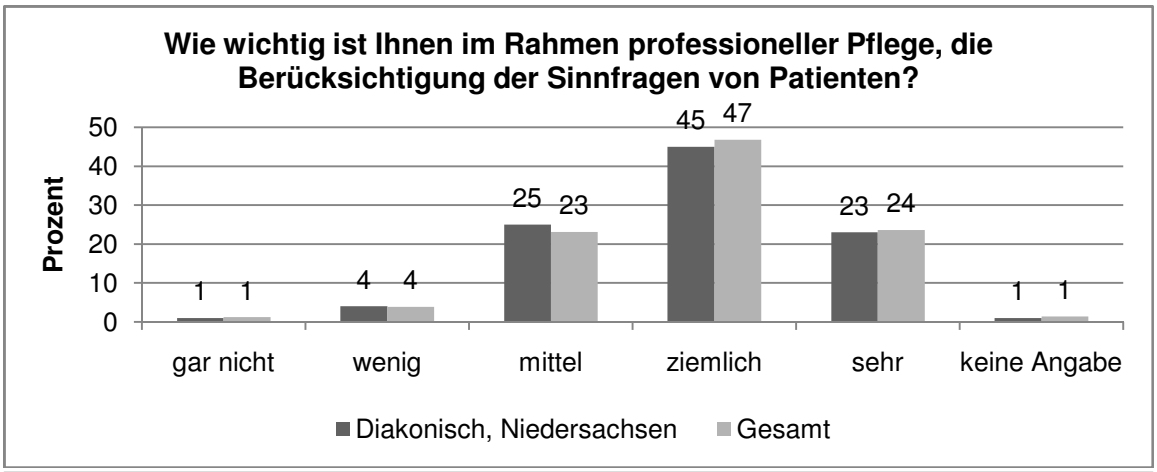
Nicht religiös bedingte Arbeitsressourcen/-stressoren	Arbeits-zufrieden-heit	Sinner-leben im Beruf	Burnout	Zentrale Religiosität	Diakon-ische Identität
Zeitdruck	-.27	-.20	.57	-----	-----
Unterstützung durch Vorgesetzte	.56	.32	-.40	.07	.16
Unterstützung durch Kollegen	.49	.37	-.32	-------	.09
Finanzielle Situation	-.19	-.18	.17	--------	------
Soziomoralische Atmosphäre	.59	.39	-.39	.07	.26
Patienten als Ressource	.31	.27	-.31	-------	.15
Belastende Patienten	-.13	-.13	.27	.07	.10

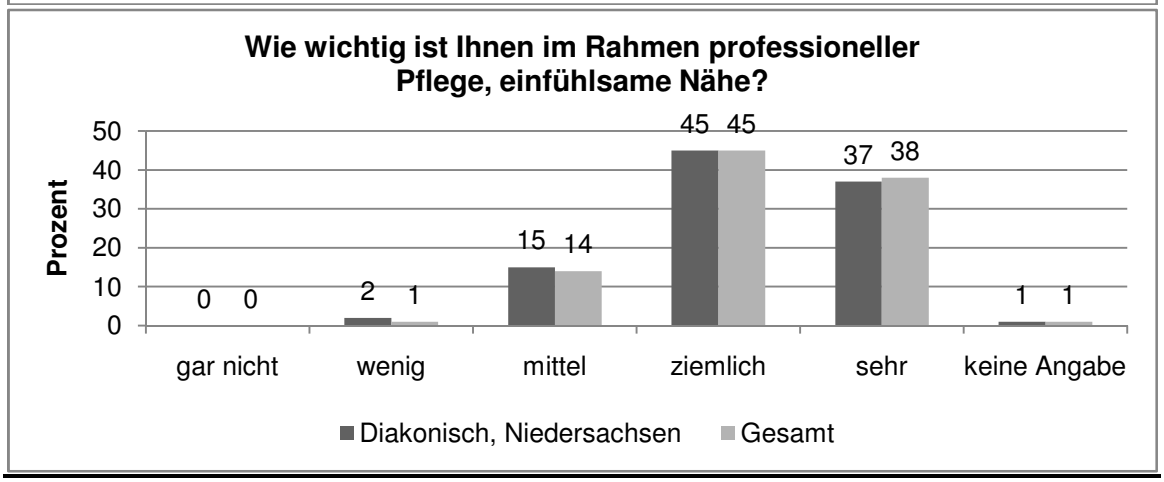
10. Was ist Pflegenden in Ihrem Beruf wichtig?

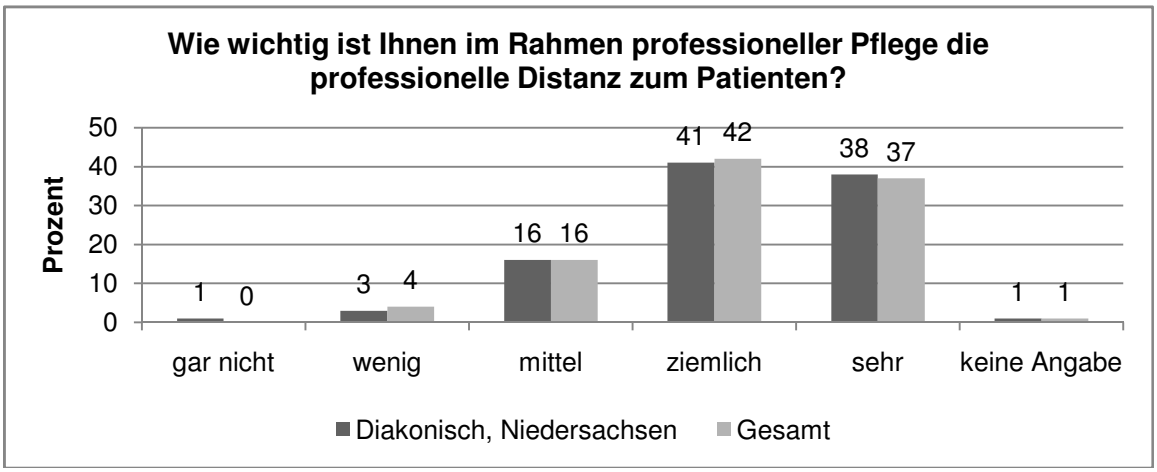
Folgende Aspekte sind den Pflegenden im Rahmen professioneller Pflege wichtig:





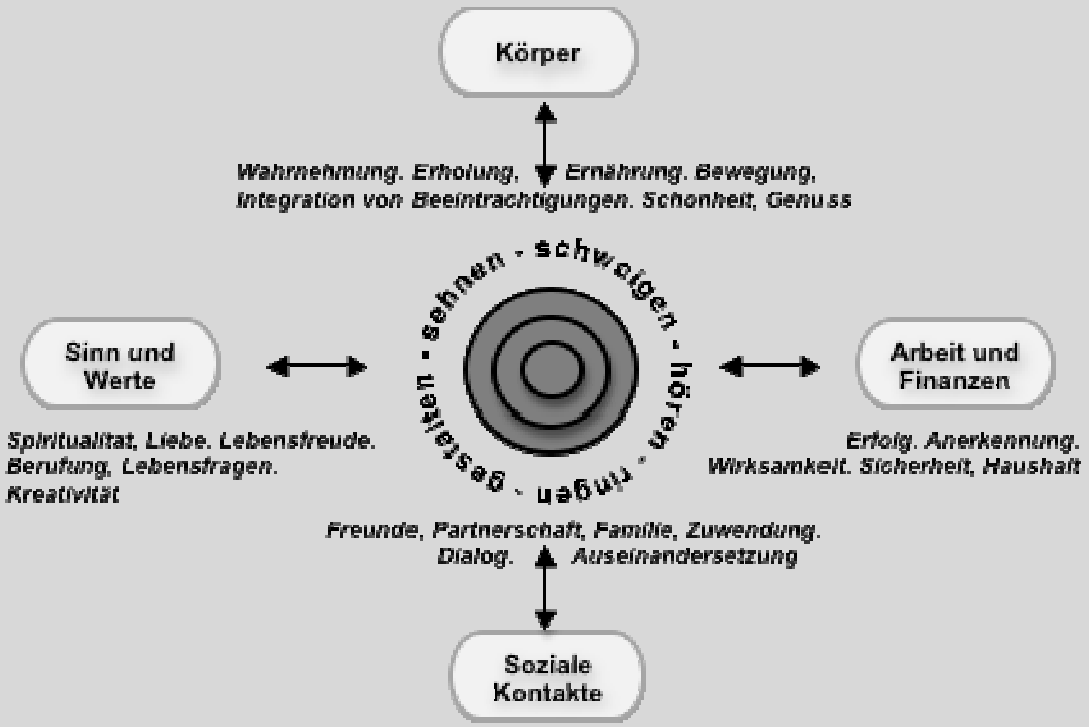




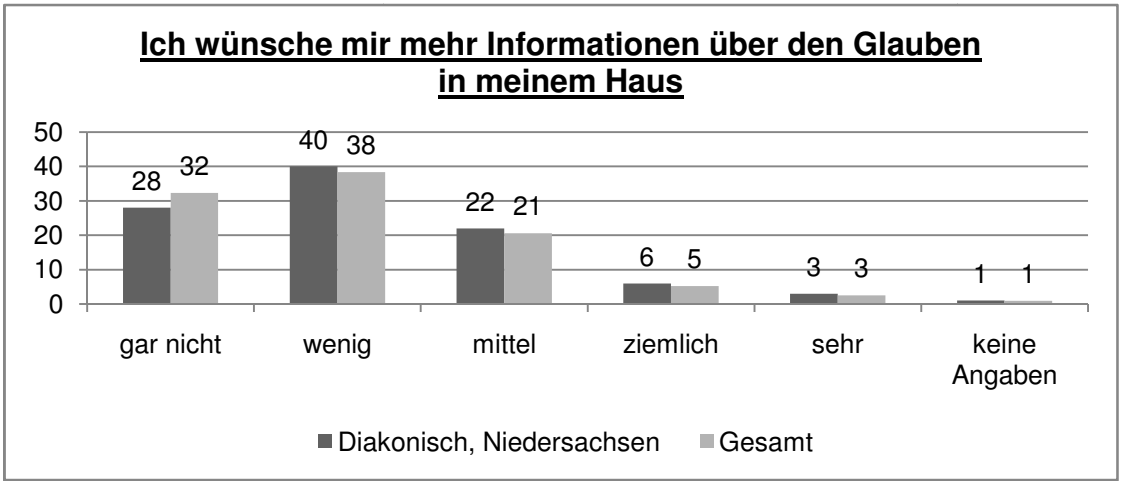


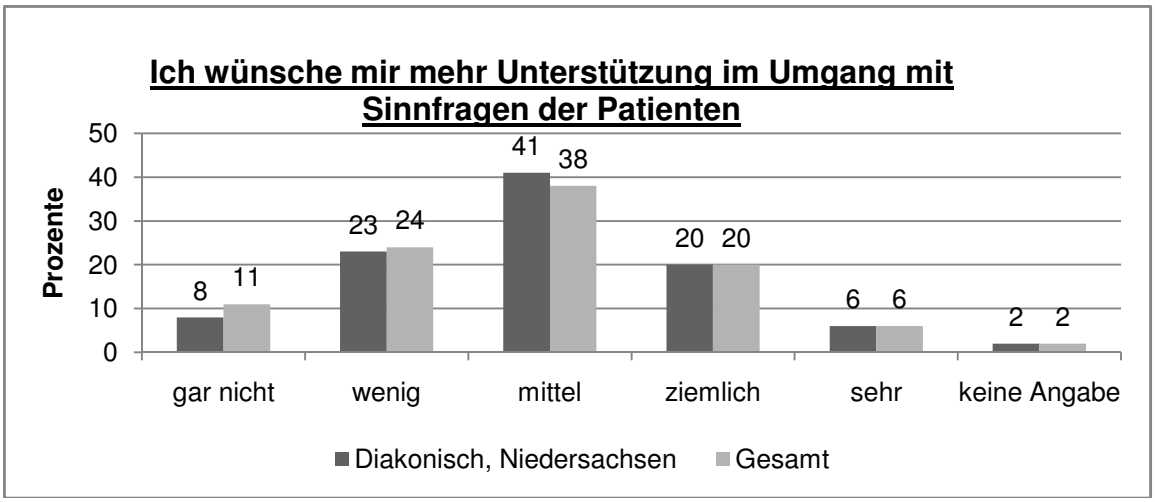
Im Rahmen professioneller Pflege ist Pflegenden die einfühlsame Nähe von den erfragten Aspekten mit 83 Prozent (sehr/ziemlich wichtig) am wichtigsten – gefolgt von dem ergänzenden Gegenpart – der professionellen Distanz mit 79 Prozent. Die Berücksichtigung von Sinnfragen der Patientinnen und Patienten ist 71 Prozent der Befragten sehr oder ziemlich wichtig. 69 Prozent der Befragten ist es im Rahmen professioneller Pflege auch wichtig, gut für sich selber zu sorgen – für 66 Prozent ist es sehr oder ziemlich wichtig die religiösen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

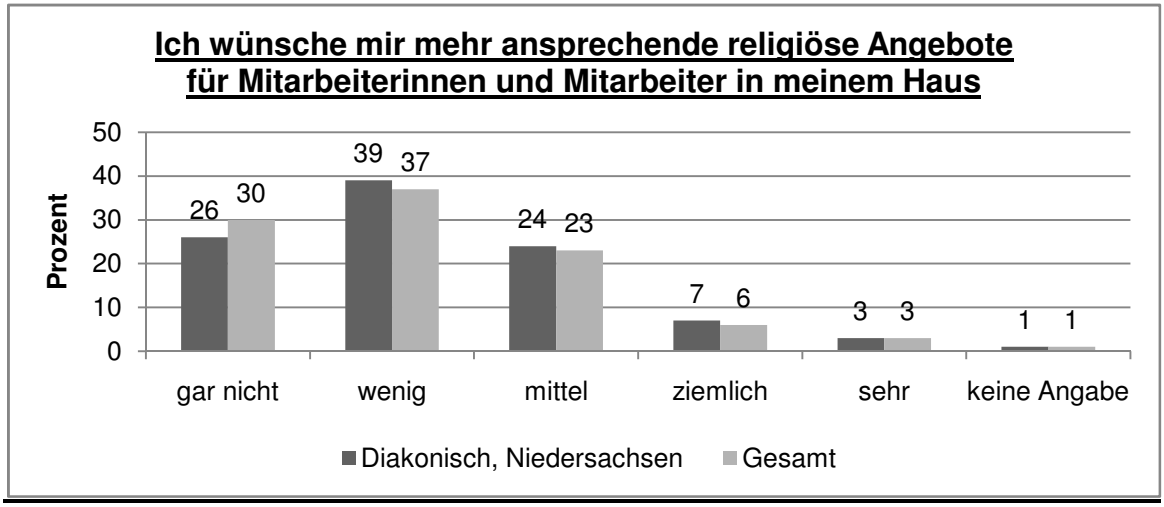
11. Was wünschen sich Pflegende von ihrem Arbeitgeber?

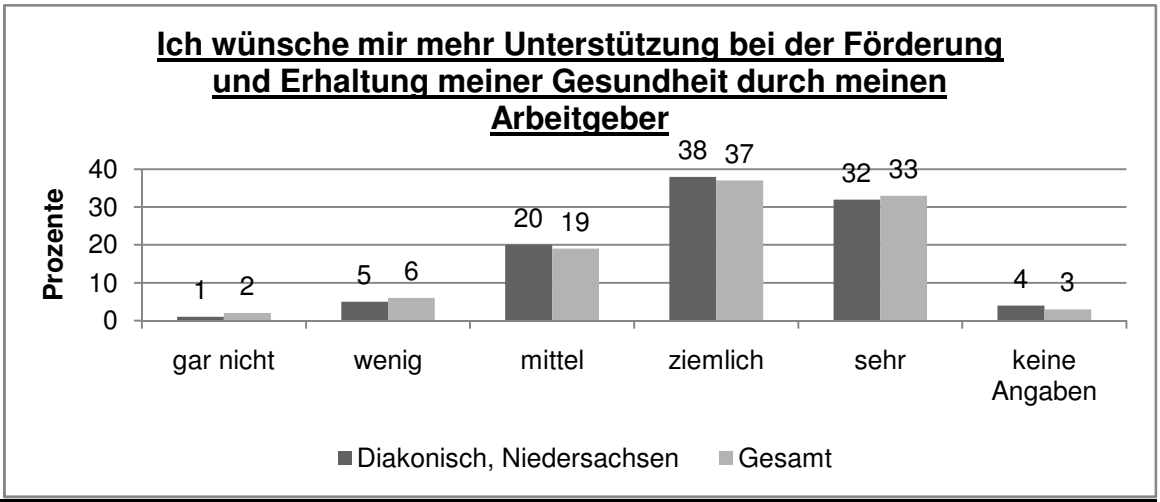


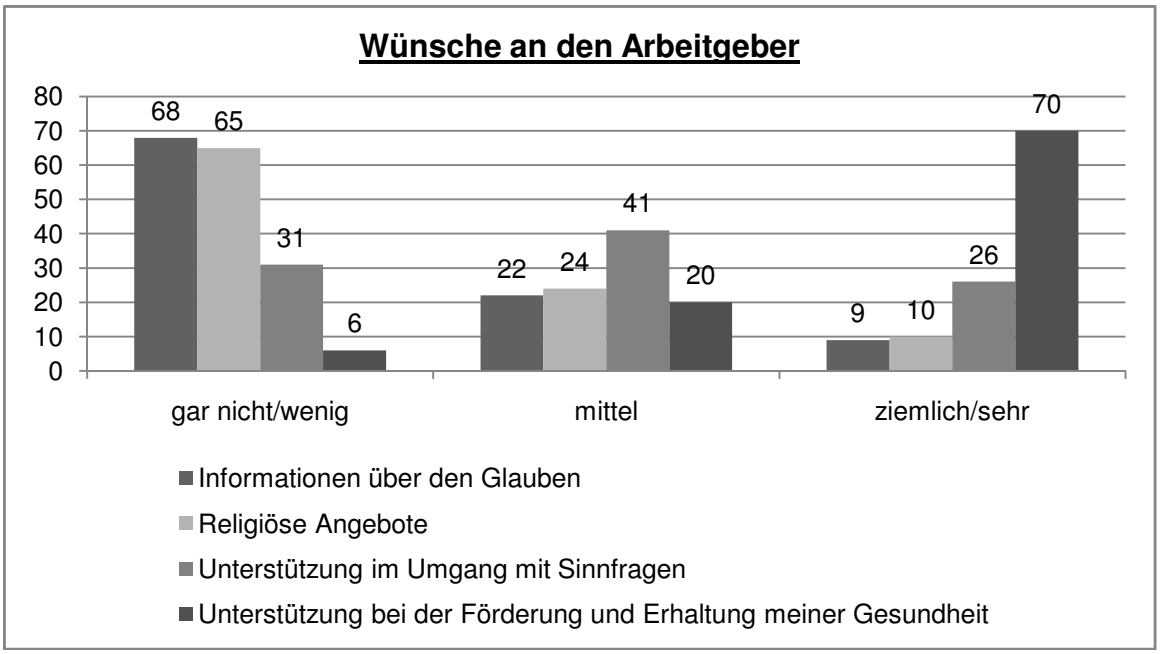
Folgende Punkte wünschen sich Pflegepersonen von ihrem Arbeitgeber:




Ich wünsche mir mehr Unterstützung im Umgang mit Sinnfragen der Patienten
Prozente
50
40
30
20
10
0
8 11
23 24
41 38
20 20
6 6
2 2
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Ich wünsche mir mehr ansprechende religiöse Angebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in meinem Haus
Prozent
50
40
30
20
10
0
26 30
39 37
24 23
7 6
3 3
1 1
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angabe
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt


Ich wünsche mir mehr Unterstützung bei der Förderung und Erhaltung meiner Gesundheit durch meinen Arbeitgeber
Prozente
40
30
20
10
0
1 2
5 6
20 19
38 37
32 33
4 3
gar nicht
wenig
mittel
ziemlich
sehr
keine Angaben
Diakonisch, Niedersachsen
Gesamt



Ergebnisse

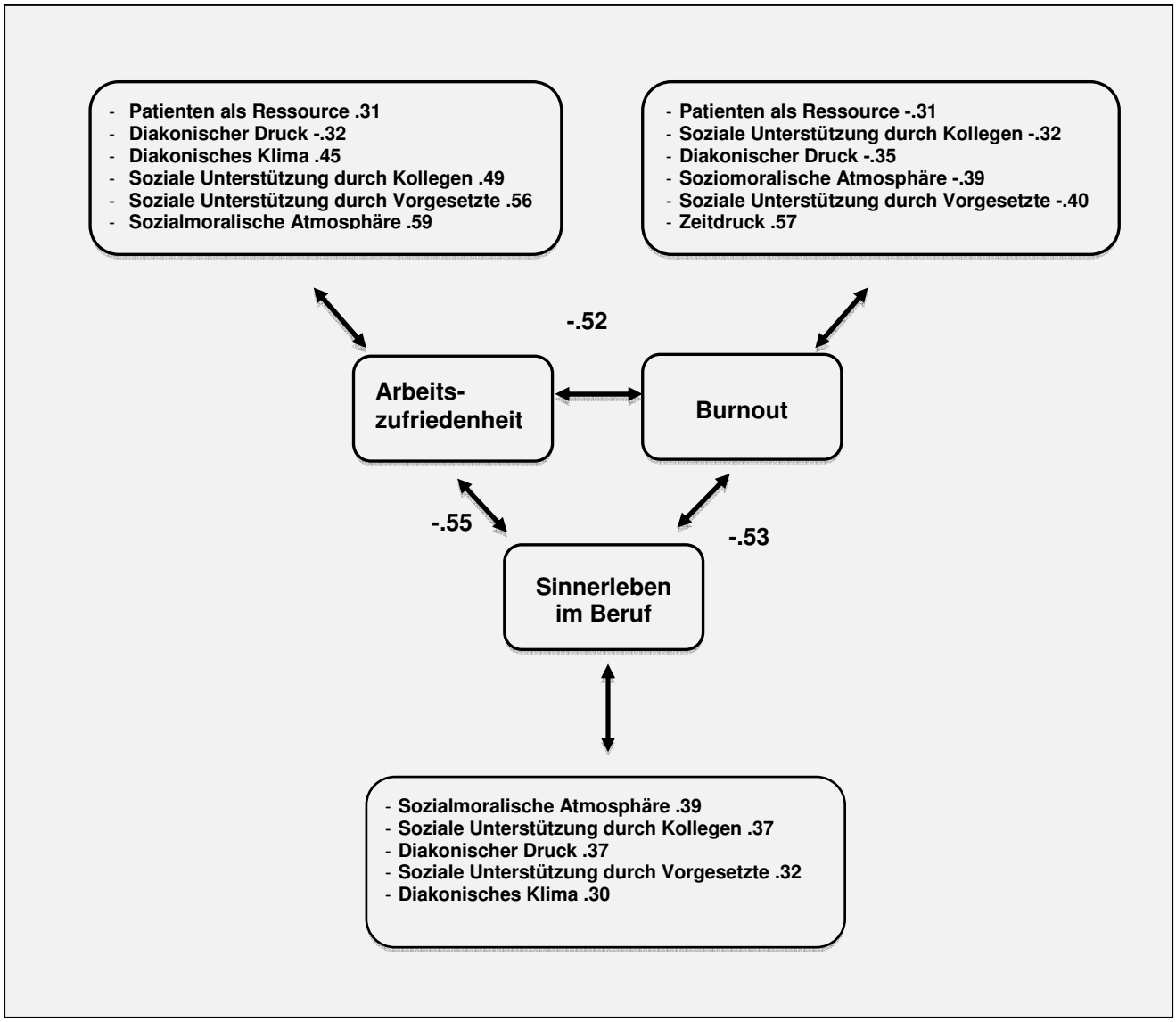
- Ca. 10 Prozent der beteiligten Pflegepersonen wünschen sich ziemlich oder sehr Informationen über den Glauben und/oder religiöse Angebote.
- 26 Prozent wünschen sich ziemlich oder sehr Unterstützung im Umgang mit Sinnfragen.
- 70 Prozent der beteiligten Pflegepersonen wünschen sich Unterstützung bei der Förderung und Erhaltung Ihrer Gesundheit.

Weitergehende Überlegungen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diakonischen Krankenhäusern äußern sehr eindeutig einen Wunsch an ihre Arbeitgeber: Bitte unterstützt uns bei der Förderung und Erhaltung unserer Gesundheit!

In Krankenhäusern bedarf es dringend umfassende Konzepte zur Gesundheitsförderung (siehe auch unter 12).

12. Zusammenfassendes Modell der Zusammenhänge



13. Führung macht den Unterschied: Schlussfolgerungen und Empfehlungen

"Tradition ist die Weitergabe des Feuers und nicht die Anbetung der Asche." G. Mahler

Die vorliegende Studie hat zwei übergeordnete Zielsetzungen. Zum einen die Erhebung von Daten zu folgenden Themenkreisen:

- Glauben als Kraftquelle
- Sinnerleben im Beruf
- Arbeitszufriedenheit
- Burnout
- Belastungsfaktoren
- Ressourcen
- Diakonische Identität
- Unternehmenskultur

Dieses Ziel kann als erreicht angesehen werden. Das zweite übergeordnete Ziel ist das Schaffen einer Datengrundlage, die es ermöglicht die Wurzeln des christlichen Glaubens in der Berufsgruppe der Pflege als Feuer neu zu beleben. Hat sich dieses Ziel aufgrund der Ergebnisse erledigt? Die Religiosität steht in nur sehr geringem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und dem Sinnerleben im Beruf. Hat dies zur Konsequenz, dass sie für Diakonische Krankenhäuser unbedeutend ist? Auf jeden Fall kann sie nicht als das neue Heilmittel gegen Burnout und Arbeitszufriedenheit in der Diakonie eingesetzt werden. Das ist gut so. Die Pflegenden erleben ihren Beruf in hohem Maß als sinnvoll – es ist ihnen ausgesprochen wichtig, sich für das Wohl der Patientinnen und Patienten sowohl für ein gutes Team einzusetzen. Vielleicht kann man sagen: da schlägt ihr Herz – aus diesem Grund sind sie diesen anspruchsvollen Beruf angetreten.
Es gilt diese Leidenschaft wach zu halten, bzw. sie wieder neu zu beleben und zu schützen. Der Beruf ist und bleibt zutiefst diakonisch... An der Stelle, an der „Diakonie“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konkret erfahrbar wird, nämlich dem Diakonischen Klima besteht ein wesentlicher Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und dem Sinnerleben im Beruf. Die Werte für das Diakonische Klima in den beteiligten Krankenhäusern fallen im Durchschnitt schlecht aus – erfreulicherweise gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhäusern. Das ist eine der wesentlichen Herausforderungen für die Führungspersonen in Diakonischen Krankenhäuser: Das Diakonische Klima für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv erfahrbar werden lassen. Es muss erlebbar sein, dass die Würde und das Wohl der Patientinnen und Patienten wahrhaft im Mittelpunkt stehen und dies mit neuer Leidenschaft vorgelebt wird und in Strukturen und Prozesse integriert wird. Dies ist in erster Linie Führungsaufgabe. Führung macht den Unterschied... Die Ergebnisse der Studie verweisen sehr deutlich auf die herausragende Rolle der Führungspersonen im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und

dem Sinnerleben im Beruf hin. Die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten hat einen wesentlichen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und Burnout der beteiligten Pflegepersonen. Ebenfalls stehen die soziomoralische Atmosphäre und das Diakonische Klima in deutlichem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Burnout – beides Faktoren, die wesentlich von Führungspersonen geprägt werden. Zeitdruck ist somit nicht der bedeutsamste Faktor – er steht in höchsten Zusammenhang mit Burnout. Es ist auch die Frage, wie in den Krankenhäusern mit dem Zeitdruck umgegangen wird – er steht in wesentlichem Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten. Aufgrund der herausragenden Rolle der Vorgesetzten wird diese im Rahmen der Schlussfolgerungen und Empfehlungen fokusiert. Im Sinne einer Ideenskizze werden verschiedene Aspekte aufgezeigt und angedacht. Im Pflegebereich von Krankenhäusern gibt es verschiedene Hierarchien von Vorgesetzten. Die Mitarbeitervertretungen hatten ein Interesse daran, diese nicht näher zu definieren, damit Rückschlüsse nicht auf eine Personengruppe in den jeweiligen Krankenhäusern zu eng gefasst werden können. „Führung macht den Unterschied“ wird auch nicht auf die Führungspersonen im Pflegebereich zu begrenzen sein. Die Kultur eines Hauses wird maßgeblich von den Führungspersonen insgesamt geprägt.

Raus aus dem Hamsterrad...

Die Komplexität im Krankenhausalltag steigt – der Gestaltungsbedarf übersteigt vielfach unsere Gestaltungsfähigkeit. Bisherige Werte können nicht mehr ausreichend gelebt werden und im Alltag mehren sich Situationen mit Unlösbarkeiten. Wir strampeln uns ab, um den Anforderungen noch irgendwie gerecht zu werden, dabei verlieren wir aus dem Blick, was uns wirklich wichtig ist und wie wir arbeiten wollen. Uns quält das schlechte Gewissen, weil unser Strampeln nicht ausreicht. Wir haben das Gefühl, „es nicht geregelt zu bekommen“ und merken nicht, dass uns kollektive Prozesse im Griff haben. Wir sind erschöpft – versuchen abzuschalten – aber unsere Energie wird immer weniger. Es fehlen Pausen, in denen wir uns und unser Tun reflektieren – wir handeln unreflektiert und manchmal geradezu mechanisch. Wir schaffen eine Arbeitswelt, unter der wir selber leiden. Wenn wir stetig so weiter machen, ist es schlicht weg zum Verzweifeln. Wenn wir uns diese Verzweiflung eingestehen, haben wir die Chance aus dem Hamsterrad auszusteigen und Alternativen zum Abstrampeln einzuüben.

Ringen statt Strampeln...

Wenn wir die Komplexität von unserem Alltag anerkennen und Unlösbarkeiten zulassen, spüren wir, dass es darum geht, um „Lösungen“ zu ringen. Es geht im Alltag immer wieder darum zu unterscheiden, ob wir uns abstrampeln oder um die Dinge ringen. Wichtig sind

hierbei Pausen und die Erlaubnis für Gär-, Schwel- und Reifeprozesse sowie für das Kraftschöpfen. Manchmal ist es notwendig, die Größe der Aufgabe anzuerkennen, sich die Ohnmacht einzugestehen und zunächst einmal loszulassen. Wir benötigen neben Kompetenzen des Tuns, auch Kompetenzen des Lassens: Geschehen lassen, sich einlassen, loslassen, weg lassen... Häufig können wir dann wieder zu einer Haltung gelangen, die es ermöglicht, sich in aller Komplexität wieder auf das Wesentliche zu konzentrieren. Das Wesentliche in der Sache, den Beziehungen und für das Unternehmen.

Reflexionsoasen

Wir benötigen im Krankenhausalltag Zeiten und Orte, an denen wir gemeinsam stehen bleiben und prüfen – uns vergewissern, ob wir das Wesentliche und das Richtige tun. Zeiten, in denen wir die Widersprüche des Alltags kollektiv und systematisch reflektieren, kommunizieren und nach Lösungen suchen oder sie aushalten.

Unternehmensvision und Ziele

Unternehmensvisionen sind wie Berggipfel, die über den Alltagsproblemen unerschütterlich hervorragen.Mit großen, herausfordernden Zielen ist es Führenden immer wieder gelungen, enorme Kräfte zu mobilisieren und Menschen zu einem ungewöhnliche Maß an Kooperation zu bewegen. Wesentlich ist, dass die großen Ziele mit Leidenschaft und nicht nur mit Ehrgeiz angestrebt werden und dass sie den wahren Willen des Unternehmens zum Ausdruck bringen. Was wollen wir für die Patientinnen und Patienten in unseren Krankenhäusern bewegen? Welchen gesellschaftlichen Beitrag wollen wir leisten? Die Unternehmensvision soll den Alltag durchsäuern – an den verschiedenen Stellen immer wieder präsent sein – allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine gemeinsame Ausrichtung geben. Warum tun wir das Ganze? Es ist zu langfristig zu wenig, wenn es nur um das bloße Überleben geht. Wir brauchen Bilder von dem, was wir erreichen wollen.

Ausbalancierte Führung

Ziel ist es, dass in konfessionellen Krankenhäusern die Aspekte der Ökonomie, der medizinischen und pflegerischen Leistungserbringung gleichermaßen gestaltet werden, wie die Dimensionen der Gemeinschaft sowie der Spiritualität und Ethik. „Der Mensch lebt nicht vom Brot allein...“: Auch konfessionelle Krankenhäuser können nicht „vom Brot“ allein leben. „Brot“ steht fürMaterielles, das zwar zum Überleben unabdingbar nötig ist, aber nichtgenügt für ein sinnerfülltes und leidenschaftliches Sein und Arbeiten. Das Wort aus Matthäus 4,4 trifft auf eine Situation in den Krankenhäusern, inder vielmals eingeschränkt nach den Maßstäben der Leistung, des Nutzensund des unmittelbaren Gewinns kalkuliert wird. Die Fortsetzung des Wortes lautet: „...sondern von einem jeden Wort, das Gott redet.“ Wie kann es in konfessionellen Krankenhäusern gelingen, dieser Dimension, die Verheißung und

Zumutung zugleich ist, Raum zu geben?Wie kann es gelingen, wesentliche Dimensionen neben der Ökonomie zu kultivieren und erfahrbar werden zu lassen? Konfessionelle Krankenhäuser sind lebendige Systeme mit spirituellen, beziehungsorientierten und funktionellen Dimensionen. Mit anderen Worten sind sie Gefäß für Gottes Geist, ein Leib mit vielen Gliedern und zugleich ziel- und ergebnisorientiert mit verschiedensten Strukturen und Prozessen. Jede der drei Kerndimensionen muss quantitativ und qualitativ kultiviert und geleitet werden. Wir legen Rechenschaft darüber ab, wie wir unseren gemeinsamen Glauben, wie wir unser gemeinschaftliches Miteinander und wie wir die Erreichung unserer Arbeitsziele ausgestalten wollen[79].

Wertediskurs - Leitbilder

Können wir Diakonie auf die Gleichung reduzieren: Diakonie = Sozialarbeit + Spiritualität? Für diakonische Unternehmen besteht insgesamt die entscheidende Herausforderung darin, „Christlichkeit“ nicht als additive Mehrleistung zu definieren oder in verschiedenen Variationen an Einzelpersonen zu delegieren, sondern organisationsrelevant, ablaufrelevant, arbeitsprozessbezogen und orientierend in Entscheidungen und Handlungen der Gesamtorganisation durchzubuchstabieren. Christlichkeit ist demnach nicht allein eine Frage der Haltung der Personen, sondern eine Selbst-Entwicklungsleistung der kirchlichen Organisationen (Wettreck). Christliche Krankenhäuser benötigen ein komplexes und eben kein rein personales, sondern ein systemisches Verständnis von Barmherzigkeit, das sowohl personale als auch organisationale Aspekte relational aufeinander bezieht.
Für welche Werte empfinden wir wirklich Leidenschaft?Was sind die verbindlichen Werte in den jeweiligen Krankenhäusern, auf die sich Führungskräfte beziehen können?Wie können Werte im Krankenhaus Bestandteil einer Organisationskultur werden, die einen würdigen Umgang mit Leben, Arbeiten und Sterben ermöglichen?Wie lassen sich widersprüchliche Werte ausbalancieren und notwendige Wertekonflikte bearbeiten?Wir können die Werte des Christlichen besprechbar und aus einer vielfach vorhandenen Sprachlosigkeit herausgeführt werden?Wie können Werte an relevante Fragen des Alltags herangetragen werden? Der ökonomische Druck lässt sich im Wertediskurs nicht mehr als Sachzwang darstellen, sondern wird als ein Wertekonflikt identifiziert. Der ökonomische Wert ist mit dem christlichen Wert auszubalancieren – ethische Ziele bedürfen zu ihrer Verwirklichung kluge ökonomische Konzepte und Strategien.
Die meisten konfessionellen Krankenhäuser haben Leitbilder erstellt, deren Inhalte und Visionen faktisch keinen orientierenden und stimulierenden Charakter für den Alltag, die Arbeitsprozesse und Projekte haben. Es folgte vielfach eine Leitbildmüdigkeit, weil die Auseinandersetzungen um Formulierungen all zu lange waren und die Relevanz für den Arbeitsalltag fehlte. Wie wollen und können christliche Krankenhäuser zukünftig mit ihren

[79] vgl. Zindel, Daniel, 2009, 37-46

Leitbildern umgehen? Wenn die finanzielle Sicherheit der Einrichtung einigermaßen gewährleistet ist, sollten sie nicht länger in den Ordnern oder Schubladen verbleiben. Die Führungsebene sollte für sich einen Wertediskurs einleiten und das Leitbild für sich und den Führungsalltag konkretisieren. Es genügt nicht die Leitbilder neu zu kommunizieren, sondern elementare Unternehmensentwicklungsschritte müssen auf verschiedenen Ebenen initiiert werden – hierfür bedarf es Organisationsstrukturen und verantwortliche Personen. Leitbilder sollen die Herzen und Seelen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreichen.

Diakonische Identität

Wettreck macht deutlich, dass konsequente diakonische „Markenbildung“ nur in Koproduktion möglich ist. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beklagen häufig Differenzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sie haben nach seiner Ansicht recht. Denn zu einer diakonischen Unternehmensentwicklung muss es gehören, religiöse und normative Orientierungen der Diakonie konsequent im Arbeitsalltag wahrzunehmen, umzusetzen und Defizite zu bearbeiten, und zwar durch Bildung, Systeme und Strukturen.

So müssen und können Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich neu für ihre Aufgaben engagieren, sich von dem Impuls glaubwürdiger tätiger Nächstenliebe begeistern lassen, Stolz und Leidenschaft für den Auftrag der Diakonie entwickeln. Sie sollen eigenverantwortlich in ihrem Bereich an der Umsetzung diakonischer Werte mitarbeiten können und, wenn nötig, im konkreten Fall Unterstützung erfahren (Wettreck 2008).

Wettreck beschreibt weiter, dass wir am Grenzpunkt einer Entwicklung stehen, in der sich die Identität der Diakonie angesichts der explosionsartigen Entwicklung der Fachlichkeiten immer mehr auf ein sprachloses Niemandsland zurückgezogen hat. Entstanden ist doppelte Sprachlosigkeit im klinischen Berufsalltag: die Sprachlosigkeit im Umgang mit Wertefragen und Wertverletzungen, und die Sprachlosigkeit im Umgang mit spirituellen, religiösen, sinnbezogenen Fragen und Botschaften. Diakonie hat, so Wolfgang Huber, die neuzeitliche Verengung auf das Handeln allein mit verinnerlicht.Die Frömmigkeit von Ärzten, Pflegenden, Psychologen liegt seitdem vermeintlich in ihrer qualifizierten, oft heroischen Arbeit und in nicht mehr. Spiritualität ist im diakonischen Alltag fremd geworden, Werte werden nicht aus dem Diakonischen, sondern allenfalls aus dem Fachkanon der jeweiligen Helferberufe abgeleitet. Auf Diakonie behaftet zu werden, hatte etwas Befremdendes, Beängstigendes, ja Peinliches und Übergriffiges.Diese Entwicklung kehrt sich nach Wettreck mittlerweiler um. Das Innenleben der Helfenden zu vernachlässigen, die persönliche Orientierung egal zu finden, das Diakonische allein auf gute Arbeitsqualität zu reduzieren, ist dabei, nicht länger als typisch diakonisch oder gar protestantisch zu gelten. Es wird neu angefragt, wozu im hoch professionalisierten Berufsalltag als Arzt und Pflegende „das

Christentum gut“ sein könnte (Wettreck 2008).
Evangelische Krankenhäuser werden zu „evangelischen Krankenhäusern“, indem sie als solche erkennbar werden. Denn sie haben nach Wettreck Grundhaltungen mitzuteilen: Zuversicht, Freimut und Lebensfreude, Freude an guter Arbeit, Verantwortung und intelligenter Innovation, Freude am Menschen und am Menschsein, an Gesundheit und Heilung, am tiefen Sinn der menschlichen Solidarität auch in schwieriger Zeit. Diakonie kann diese Botschaft stark machen im Gegensatz zu Angstbildern verquälter Moralität, verkrampfter und lebenssaurer Rechtgläubigkeit und leidensschwerer Depressivität. Glaube wird/ist attraktiv, wenn er christliche Lebenskunst im umfassenden Sinne vermittelt (Wettreck 2008).

Die Herrnhuter Losungen in allen Ehren...Dialogische Sprache religiösen Erlebens

„Das, was unser Leben im Innersten berührt, nämlich die Vergänglichkeit des Menschen, die Krankheit, der Tod, die Armseligkeit der Überzeugungen und Gedanken kann nicht in der alten Sprache der Theologie ausgedrückt werden, da diese seit vielen Jahrhunderten nichts anderes tut, als alle Aussagen zu einer glatten Kugel abzurunden, die sich leicht hin- und herrollen lässt, die man aber nicht fassen kann.“ (Czeslaw Milosz)
Diakonie ist nicht nur Herzenssache, sondern auch eine Sache der Methodik, des Wissens und der Sprache. Doch der Eindruck ist nicht von der Hand zu weisen, „dass die klassischen Kategorien, mit denen diakonisches Handeln beschrieben wird, bei den Mitarbeitern an der Hilfebasis kaum Aufnahme finden – und zwar auch bei denen nicht, die ihr Handeln durchaus christlich-diakonisch verstehen wollen. Das diakonische Handeln an der Basis droht sprachlos zu werden in Bezug auf seinen theologischen Gehalt.Mit einer glatten Formelsprache wird Theologie ortlos und leidet an ihren Relevanzgrenzen: unter Sprachverlust, Überkomplizierung, Versteppung von Erfahrungsfeldern, Unfähigkeit zum hilfreichen Gespräch, ja Unsichtbarmachung Gottes. Notwendig ist, theologisch neu hinzuhören, sich einzulassen auf die Vielfalt der alltäglichen Spannungsfelder in Medizin und Pflege und Verwaltung.Ist Gott nicht längst da im diakonischen Alltag? Es geht nicht um Beweis und Rechthaberei, sondern um den Hinweis auf das Heilige, um „Gott als Geheimnis der Welt“ und des diakonischen Alltags, um gemeinsames Sehen und Entdecken. Mitarbeiter sind eben nicht nur Empfänger theologischer Lehre, sondern – jeder auf seine Weise – „selbstständige Produzenten religiösen Denkens“ (sensu Henning Luther). Es wird zukünftig verstärkt darum gehen, aus dem Sprachverlust des diakonischen Alltags, aus der Einbahnstraße theologischer Diskurse wieder zur gemeinsamen spirituellen Kommunikation zu kommen; das zum Thema zu machen, was uns am Herzen liegt(Wettreck 2008).

Übersetzung von christlichen Leitbegriffen in unsere Zeit und die Strukturen der Einrichtung

Welche Bedeutung und Kraft haben die Begriffe „Nächstenliebe“, „Barmherzigkeit“, „Schuld“ etc. heute in christlichen Einrichtungen? Welche „neuen“ spirituellen Begriffe und Werte benötigen wir heute in unserem Leben?

Leidenschaft neu entfachen - der Glut unter der Asche trauen...

„Ich liebe meinen Beruf – doch ich hasse meinen Job!“ Pflegepersonen lieben das, was sie mit ihrem Beruf für andere tun können. Doch durch den Stress des Alltags wird dieses Feuer immer wieder durch die Asche der Erschöpfung zugedeckt. Gemeinsam gilt es, die Leidenschaft, für andere Menschen da zu sein und sie zu begleiten, wach zu halten und/oder neu zu beleben.

Diakonische Kultur - Widerspruchsmanagement

Es ist die Aufgabe von Führungspersonen, die Widersprüchlichkeiten im Unternehmen zu benennen, zu reflektieren, nach Lösungen zu suchen oder sie auszuhalten. So besteht die Chance, das häufig erlebte „Unwohlsein“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei erlebten Widersprüchen ans Licht zu holen und miteinander darüber sprachfähig zu werden. Vielleicht besteht nur so die Chance, dass „Diakonie“ als wahrhaftig und echt erlebt wird.

Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit als unterschiedliche Formen von Gerechtigkeit thematisieren

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems ist in vollem Gange – scheinbar unaufhaltsam. Nahezu resignativ wird das vielfach konstatiert, deprimiert hingenommen und aufgrund von Alternativlosigkeit hingenommen. Die meisten fühlen sich nur noch als Gehetzte und Gejagte. Als Teil eines nicht mehr überschaubaren und steuerbaren Ganzen? Es ist aber auch klar: Ohne Wirtschaftlichkeit sind Unternehmen nicht zu halten. Doch ohne

Menschlichkeit ist die Arbeit nicht auszuhalten. Einfache Lösungen wird es nicht geben. Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit sind ein Spannungsfeld – kein Widerspruch
Mit Menschlichkeit ist gemeint, dass es bei den Leistungen im Gesundheitswesen darauf ankommt, dass sie dem jeweiligen Menschen in seiner ganz individuellen Situation mit seinem spezifischen Krankheitsbild, mit seinem sozialen Umfeld und seinem Umgang mit dieser Krankheit oder diesem Leiden gerecht werden. Hier geht es im besten Sinne des Wortes um personalisierte Medizin, Pflege und Therapie. Gleichzeitig geht es aber auch darum, nicht nur einem einzelnen Menschen und seinen spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden, sondern möglichst alle Menschen einer Gesellschaft gleichermaßen zu berücksichtigen. Ihnen gerecht zu werden, bedeutet die Individualität des Einzelnen mit der Gerechtigkeit für alle in Balance zu bringen. Gerechtigkeit als Menschlichkeit bedeutet also individuell und bedürfnisorientiert zu agieren. Gerechtigkeit als Wirtschaftlichkeit bedeutet gesellschaftlich und nutzenorientiert zu agieren. Es ist unerlässlich, diese Spannung als eine produktive zu begreifen und sie nicht zugunsten des einen oder des anderen Pols einzuebnen. Es kann im Krankenhaus erhellend und verbindend sein, zu erkennen, dass sich Betriebswirtschaft und Pflege beide um Formen von Gerechtigkeit mühen – und gemeinsam um einen Umgang mit dem Spannungsfeld der unterschiedlichen Formen der Gerechtigkeit zu ringen. Wissend, dass sich im Alltag auch beide Formen vermischen.

Unternehmenskultur

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen der soziomoralischen Atmosphäre eine hohe Bedeutung im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, Burnout und Sinnerleben im Beruf von Pflegepersonen aus. Gleichzeitig ist sie in vielen Krankenhäusern eher gering ausgeprägt, d.h. an dieser Stelle liegt grosses Verbesserungs- und Unterstützungspotenzial für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
Kultur ist etwas Organisches, etwas das wächst. Strukturen und Prozesse lassen sich vorgeben – lassen sich mehr oder minder von außen in ein Unternehmen einführen. Dies ist bei der Kultur anders – sie muss wachsen, das heißt, sie muss aus einem inneren Antrieb heraus entstehen. Sie gedeiht nur, wenn sie das, was an Kräften, Anlagen, Potentialen da ist, aufnimmt. Und: Wachstum benötigt Zeit. Unternehmenskulturen haben als lebendige, organische Systeme ihre Eigenzeiten, die sie benötigen, bis etwas gedeihen kann. Gepflegte Kulturen wachsen nicht von selbst, sondern bedürfen der sorgenden Verantwortung. Man braucht jemanden, der die Unternehmenskultur in seine Verantwortung übernimmt. Es gilt das Wachstum von Kultur und Kulturen im Unternehmen als Gestaltungsaufgabe anzunehmen, d.h. sie bewusst zu formen und zu pflegen und die Entwicklungen nicht dem Spiel der Kräfte oder dem Zufall zu überlassen. Diese Art von Gestaltung setzt voraus, dass es eine grundsätzliche Idee gibt, wie der „Garten“ aussehen soll. Es muss Bilder/Visionen geben, welche Kultur das Unternehmen ausbilden und in welchen Feldern sich diese Vision

wie konkretisieren soll (Reber).
Wesentlicher Bestandteil einer gelingenden Kultur ist der Diskurs. Es braucht angstfreie, systematische, geregelte Gelegenheiten zur offenen Benennung und zur nachhaltigen Bearbeitung von Werteverletzungen und Wertekonflikten. Dienstgemeinschaft ist die Gemeinschaft der Verschiedenen, nicht der Gleichen. Wenn es gelingt, zwischen den sonst „eigensinnigen“ Disziplinen, Hierarchieebenen und Berufsgruppen eine Kultur der Augenhöhe und Wertschätzung zu halten, Konflikte konsequent und fair zu moderieren, die Grade der Abhängigkeit zu balancieren und jeweils die Beziehung mit den fachlichen Fragen immer mit im Auge zu behalten, dann ist die „Dienstgemeinschaft“ auf einem gutem Weg (Wettreck).

Zeitkultur

ROSA zeigt anhand zahlreicher Studien auf, wie sehr sich Zeitwahrnehmung und Temporalstrukturen in unserer Zeit beschleunigen sowie Unruhe und Zeitnot wachsen. Nicht Geld, nicht Macht, sondern Beschleunigung regiert unsere Welt.Die „stumme normative Gewalt“ der Beschleunigung ist es, die unsere Zeit und alles Leben maßgeblich bestimmt. Zeithorizonte und -strukturen erscheinen uns als „naturgegebenes Faktum“ , denen wir ausgeliefert sind und die von uns wenig bis gar nicht beeinflusst werden können[80].Es ist dringend geboten, das Thema „Zeit“ in Krankenhäusern zu thematisieren und die Folgen des Zeitdrucks aus der Tabuzone zu holen. Stehen bleiben und wahrnehmen, was mit uns, unseren Teams, zwischen den Berufsgruppen und mit den Patienten hinsichtlich des Themas Zeit „passiert“. Der Umgang mit der Beschleunigung muss im Krankenhaus ein kollektives Thema werden und nicht mit schlechtem Gewissen und dem dazu gehörigen Leidensdruck vieler Einzelner bezahlt werden. Die Studie von ... zeigt, dass berufsgruppenübergreifende Organisation von Prozessen den Leidensdruck einzelner verringert.
Reber beschreibt die „Unterbrechungskultur“ als wesentlichen Aspekt einer christlichen Unternehmenskultur. Der Theologe Metz nannte den Begriff „Unterbrechung“ einmal die kürzeste Definition von „Religion“. Nach Reber geht es in der Unterbrechungskultur nicht nur um Pausen zur Erholung und zum neuen Kraftschöpfen. Unterbrechungen als Vollzugsformen der Freiheit. Der Mensch zeigt damit an, dass er mehr ist als ein Teil eines Räderwerks. Diese Momente der Freiheit können in diakonischen Krankenhäusern wertvolle Zeichen gelebter Kultur sein.

Reflexion der Helferrolle in christlichen Einrichtungen

[80] Rosa

Fakt ist, dass Pflegende täglich damit konfrontiert sind, dass sie ihren eigenen, aber auch den Erwartungen der Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden können. Sind sie deshalb „schlechte“ Helfer? Wie können sie damit umgehen, wahrzunehmen, dass ein Patient jetzt Unterstützung benötigt, aber keine Pflegeperson zur Verfügung steht, die diese Unterstützung geben kann?

Existentielle Lebens- und Arbeitsthemen

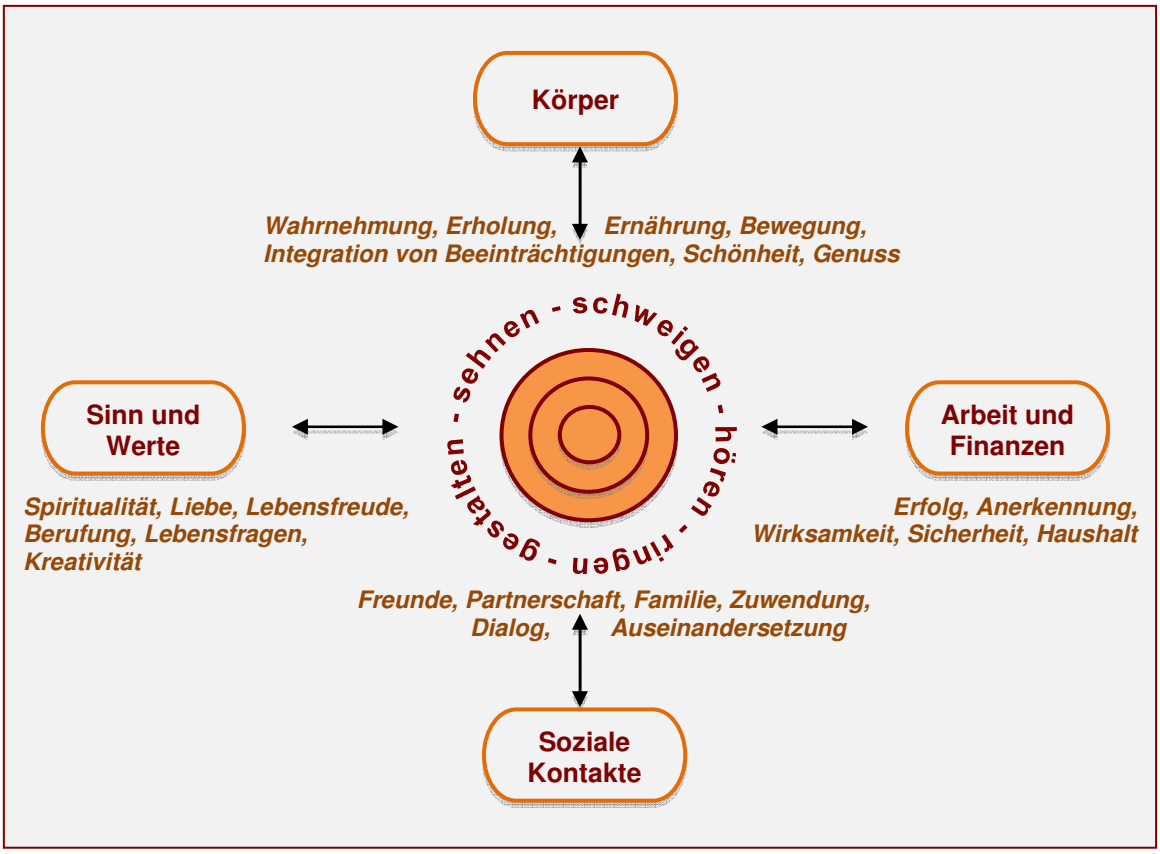
Angesichts von Grenzsituationen, Sinnfragen, Krisen- und Leiderfahrungen müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter täglich nach guten Formen der Unterstützung, Begleitung und Kommunikation suchen. Hier fehlt es häufig an Zeiten der Reflexion, um aus den Erlebnissen sinnstiftende Erfahrungen werden zu lassen. Es bedarf Lernorte, an denen Sicherheit in der Kommunikation existentieller Themen erlangt werden kann.
Um langfristig für die Arbeit mit Kranken, Pflegebedürftigen, Notfällen, sozial verletzten und verletzenden Menschen da zu sein, gilt es nicht nur gut mit unserem Können und unseren Idealen, sondern auch gut mit unseren Grenzen und Niederlagen und unserer Ermüdung umzugehen. Heißt, auch das Versuchte, das Gebrochene, das Fragmentarische, ja auch die Fehler und Lernschritte zu achten. Heißt, die Frage nach dem übergeordneten und je konkreten Sinn des Tuns nicht zu verlieren – und dafür Strukturen der Unterbrechung, Reflexion und Stärkung zu haben.Wo gehen wir hin, wenn uns ein Patient „in tabula“ stirbt? Wo lassen wir Selbstzweifel, Erschütterung über Außergewöhnliches, die beißende und zermürbendeNachtdiensterfahrung... Die spirituelle Leere im Alltag der Diakonie hat auch damit zu tun, dass berufsbedingte existentielle Lasten – und natürlich auch Glücksgefühle, Erfahrungen des Heilens und Gelingens – im Habitus der professionellen Pflege und Medizin zur Privatsache geworden sind. Wo existentielle Fragen und Dimensionen keinen Ort haben, sind auch existentielle Antworten und Angebote ortlos. Die Diakonie ist in der Pflicht, Angebote für Stärkungs-, Lern- und Reifeprozesse im Umgang mit den existentiellen Fragen des Berufsalltags zu machen (Wettreck 2008).

Rolle der Seelsorge

Die personenbezogene Begleitung, das Vier-Augen-Gespräch zwischen Patientin/Patient und Seelsorgerin/Seelsorger ist die fundamentale Aufgabe von Seelsorge im Krankenhaus. Die EKD-Leitlinie zur Krankenhausseelsorge benennt allerdings auch die Beratung und Seelsorge für Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen als ihre Aufgabe. Die Ordnung der Krankenhausseelsorge in der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers besagt: „Die Krankenhausseelsorge schafft und hält Kontakt zu den ärztlichen, pflegenden, verwaltenden und sonstigen Diensten und Gruppen, die in einer Klinik tätig sind. Dies geschieht u. a. dadurch, dass die Seelsorgenden im Alltag der Klinik präsent sind durch Gesprächsbereitschaft, Beratung und das Angebot von Veranstaltungen, durch Gottesdienste für

Mitarbeitende, sowie durch die Teilnahme am Klinikleben (Veranstaltungen, Feste etc.).“
Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Pflegende sich nur sehr selten an die Krankenhausseelsorge mit eigenen Anliegen wendet sowie, dass sie sich in ihrem Arbeitsalltag eher wenig unterstützt fühlen. In der Regel sind Seelsorger und Seelsorgerinnen im Krankenhaus Außenstehende, nicht wie andere Berufsgruppen in ein Team eingebunden. In Ausnahmen nehmen sie an Stationskonferenzen teil; in kirchlichen Häusern gehören sie oft Leitungsgremien an. Als ‚Außenseiter’ können sie weitgehend unabhängig von der hierarchischen Struktur des Krankenhauses arbeiten und sind im Erkennen von Defiziten freier als andere Mitarbeiter. Gerade deshalb entsteht für sie aber das Problem, dass sie häufig im Klinikbetrieb als störend empfunden werden und dass die Entlastung, die ihre Arbeit für die im therapeutischen Prozess Tätigen darstellt bzw. darstellen könnte, nicht deutlich wird.“ (Aus: Patienten-Orientierung, S.291-295)
Es ist die Frage, ob es zukünftig notwendig und sinnvoll ist, die organisationale Dimension der Tätigkeit aktiver wahrzunehmen und zu gestalten. In den Krankenhäusern bedarf es Absprachen und Konzepte zur Prioritätensetzung für die Seelsorgerinnen und Seelsorger, die in den Einrichtungen klar kommuniziert werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung



Gesundheitsförderung ist...

...mehr als Rückenschulung! Es geht um einen vernetzten Veränderungs- und Lernprozess. Er umfasst die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Gesundheit. Die „Klassiker“ Bewegung, Ernährung, Entspannung sind ebenso Thema wie z.B. die Lebensbalance und Sinnfragen. 70 Prozent der Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäuser in Niedersachsen wünschen sich „ziemlich“ oder „sehr“, dass sie der Arbeitgeber unterstützt, ihre Gesundheit zu erhalten oder zu fördern

Selbstpflege und Gesundheitsförderung für Führungspersonen

Systematische Thematisierung von Gesundheit und Belastungsfaktoren in der Einrichtung

Es nützt gar nichts, hohe Fehlzeiten und einen hohen Anteil an Langzeiterkrankten im Unternehmen zu verschweigen. Die Gefahren der Belastungsfaktoren in Pflege und Medizin müssen offen benannt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wollen erleben, dass den Vorgesetzten ihre Gesundheit am Herzen liegt. Es gilt gemeinsam zu prüfen, was für die Gesundheit getan werden kann und offen benannt werden, was vielleicht nicht geändert, sondern nur gemeinsam ausgehalten werden kann.

Einführung des Konzeptes der Salutogenese als Orientierungsrahmen

- Verstehbarkeit: Die Arbeitszusammenhänge so gestalten, dass sie für die Mitarbeiter verstehbar sind.
- Bedeutsamkeit: Menschen wollen eine Arbeit, die sie herausfordert und für die ein Engagement lohnt. Arbeit so gestalten, dass die Übernahme von Verantwortung nicht bestraft, sondern belohnt wird.
- Handhabbarkeit: Menschen wollen erleben, dass die Anforderungen, die an sie gestellt werden, zu bewältigen sind – es kann regelmäßig erfragt werden, ob die Situation als handhabbar erlebt wird.

Weitere beispielhafte Fragen:

- Was können Führungspersonen dazu beitragen, dass die Mitarbeiter auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit mehr in Richtung Gesundheit gehen können?
- Was können Führungspersonen dazu beitragen, dass die Mitarbeiter ihre Situation als handhabbar, bedeutsam und verständlich erleben können?
- Wie können Führungspersonen Strukturen schaffen und Prozesse fördern, die den Mitarbeitern die Möglichkeit lassen, Patienten so zu unterstützen, dass sie mehr gesund und weniger krank werden?

Gesundheitsförderliches Führungsverhalten

- Reflexion der eigenen Rolle im Zusammenhang mit der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- die Stärkung einer Vertrauenskultur
- die bessere Vernetzung der Mitarbeiter sowie
- die Entwicklung und Pflege unternehmensweit geteilter Überzeugungen, Werte und Regeln

Zukunftskompetenzen fördern

Laut Lotter ist „Orientierung“ die Kernkompetenz im 21. Jahrhundert. Unsere Arbeits- und Lebenswelten haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert – sie stellen neue Anforderungen an uns, denen wir im Moment häufig nur diffus begegnen. Wir benötigen neue Kompetenzen... Um auf die Veränderungen angemessen reagieren zu können, ist es hilfreich, sie bewusst wahrzunehmen, sie zu verstehen und sich zu ihnen positionieren zu können.

Nach dem Konzept der Salutogenese sind die Aspekte der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit von großer Bedeutung. Arbeitgeber fördern die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wenn sie sie unterstützen, ihre Arbeitswelt mehr zu verstehen und Kompetenzen fördern, konkret mit den neuen Anforderungen umzu-

gehen. Als konkrete Themen sind beispielsweise „Komplexität“, „Ambivalenz – Umgang mit Widersprüchen“, „Zeit“ und „Sicherheit in Zeiten der Unsicherheit“ zu nennen. Es ist für Pflegepersonen im Alltag hilfreich zu wissen, was sich hinter diesen Themen verbirgt, wie sie unseren Alltag beeinflussen, wie sich ihr Einfluss verändert hat und Kompetenzen zu entwickeln, angemessen – gesundheitsförderlich mit ihnen umzugehen.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind betriebliche Arbeitsgruppen, die das Ziel haben, dem vorzeitigen Verschleiß der Gesundheit von Beschäftigten entgegenzuwirken.
Sie sollen zu einer hierarchieübergreifenden, offenen Kommunikation über Symptome und Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen führen und daran anschließend Lösungsvorschläge entwickeln und in die Praxis umsetzen. Der Leitgedanke der Gesundheitszirkel sieht die Beschäftigten als Experten ihrer Arbeitssituation. Ausgehend von der Hypothese, dass die Beschäftigten die Ursachen ihrer Belastungen am Arbeitsplatz selbst am besten kennen und ihr Erfahrungswissen an diesem Punkt einbringen können, werden sie auch als Experten der Stärke ihrer Belastungen gesehen. Dieses wird besonders bei psycho-sozialen Arbeitsbelastungen deutlich, da diese nicht ohne weiteres von externen Experten objektiviert werden können.

IndividuellesGesundheitscoaching

Gesundheitscoaching als individuelle prozessorientierte Begleitung und Unterstützung bei der Erweiterung persönlicher Gesundheitskompetenzen. Ausgehend von einer Wechselwirkung zwischen Gesundheit und beruflichen Herausforderungen, stehen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie kann ich die Verantwortung für meine Gesundheit gestalten?
- Wie kann ich meinen Umgang mit Stress und Belastungen verändern?
- Wie kann ich meine Lebensbalancen verbessern?
- Wie kann ich gesundheitsorientierte Veränderungen in meinem Lebens- und Arbeitsstil verankern?

Unterstützung von Pflegepersonen ab 50 Jahre

Die Krankenhauspflege altert schneller– es bedarf dringend Konzepte, wie Pflegepersonen in ihrem Beruf alt werden können.Hien und Funk legen in ihrer Studie »Pflege bis 67?« eindrucksvoll auf Basis der Analyse von Krankenkassendaten dar, dass die Belastungen (ausgedrückt über Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund spezifischer Diagnosen) bis zu einem Alter von ca. 50 Jahren in Pflegeberufen in ähnlichem Umfang zu verzeichnen sind wie bei anderen Berufen. In der Gruppe der über 50-Jährigen aber kommt es zu einer Häufung von Arbeitsunfähigkeitstagen. Die bisherigen Entwicklungen (Personalverringerung und

Arbeitsverdichtung) wurden in der Vergangenheit in hohem Maße von einer beständig älter werdenden Belegschaft getragen. Die Kompensationsmöglichkeiten aber sind limitiert und stoßen schließlich an gesundheitsbezogene Grenzen. Betrachtet man die an dieser Stelle aufgezeigte Entwicklung vor dem Hintergrund hoher Zahlen an Frühberentungen in den Pflegeberufen und einem sehr geringen Prozentsatz an Personen, die bis zum Eintritt ins Rentenalter im klinischen Alltag tätig bleiben, so kann in den kommenden Jahren zusätzlich zu dem steigenden Personalbedarf außerhalb des Krankenhauses mit einem erheblichen Ersatzbedarf an Pflegepersonal im Krankenhaus gerechnet werden.

Sicherstellung von Arbeitsbedingungen, die Vollzeitarbeit ermöglichen

Der Teilzeitquote im Pflegebereich und deren Entwicklung wird derzeit noch nicht genug Beachtung geschenkt. Die genannten inhaltlichen Gründe für die weitere Zunahme können nur eingeschränkt quantifiziert und derzeit nicht im Detail begründet werden. Es wird zukünftig jedoch entscheidend sein, dass die Potenziale, die die Mitarbeiter zur Verfügung stellen wollen, auch möglichst vollumfänglich genutzt werden. Nur so lassen sich die steigenden Bedarfe professioneller Pflege in der Sektor übergreifenden Betrachtung stabilisieren. Es ist derzeit nicht damit zu rechnen, dass erheblich mehr Pflegepersonal ausgebildet werden wird, da sich die Pflegeberufe hinsichtlich der Gewinnung von jungen Menschen im Wettbewerb mit anderen Berufen befinden. Die systematische Verringerung der Teilzeitquote unter den Beschäftigten wird daher eine Möglichkeit sein, zusätzliche Personalressourcen entsprechend zu gewinnen.

Entscheidend dafür ist die Schaffung von Arbeitsumgebung und -bedingungen, die es erlauben, den Beruf vollumfänglich und entsprechend lange bis ins Rentenalter auszuüben. Vor diesem Hintergrund ist wichtig, die Entwicklungen zentraler Belastungskennzahlen zu diskutieren. Sie können Indizien dafür sein, wie sich eine arbeitsplatzbedingte und durch den Mitarbeiter selbst gewünschte Reduzierung der Arbeitszeit erklären lassen könnte.

14. Literatur

Arbeitszufriedenheit

Bartholomeyczik et al. (2008)

Buxel, H. (2011): Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden. In: Die Schwester/der Pfleger 50 Jahrg. 05/11.

Fischer, L., (2006): Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde. Göttingen: Hogrefe.

Gabels Wirtschaftslexikon

Grabbe, Y., Nolting, H. D., und Loos, S. (2007): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., und Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal inDeutschland und Europa. Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW -Verlag für neue Wissenschaft GmbH

Iwanowa, A. N. (2007): Formen der Arbeitszufriedenheit – Ergebnisse der Überprüfung von Gütekriterien des Kurzfragebogens in Richter, P.G.; Rau, R.; Mühlpfort, S. 2007: Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Standin einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengerich: Pabst.

Lesch et al. (2011): Arbeitszufriedenheit in Deutschland. Forschungsbericht aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln Nr. 70.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.,M., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B. H. (2005):Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, http://www.next.uni-wuppertal.de [Stand 2008-02-20]

Schmidt, S. et al (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung in: Pflege & Gesellschaft 13 Jg., H.2.

Weinert, A. B. (1998): Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Burnout

Badura (2007): Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten.

Benzin, R. (2007): Zusammenhang zwischen emotionaler Beanspruchung und sozialer Unterstützung am Beispiel zweier Dienststellen der Kriminalpolizei. http://www.fernuni-hagen.de/psychologie/aop/lehre/files/Magisterarbeit_benzin.pdf

Burisch, M. (2010): Das Burnout-Syndrom - Theorie derinneren Erschöpfung (4. Auflage). Berlin: Springer.

Büssing, A.; Glaser, J (2000): Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt. München: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU, Bericht Nr. 47.

Büssing, A.; Glaser, J (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe.

DBfK (2010): Balance halten im Pflegealltag. Was Sie selbst tun können, um bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben. www.dbfk.de

Demerouti, E. (1999). Burnout: Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten. Frankfurt: Peter Lang.

Moosler, G. (2006): Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal. www.careum-explorer.ch/.../Auspraegung_von_**Burnout**_Masterarbe...

NZZ online (2006): Die wirtschaftliche Dimension des Burnout-Syndroms. www.falkenstein.ag/uploads/media/nzz-**burnout**-030602006.pdf

Richter et al 2007: Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengerich: Pabst.

Stadler, P. (2006): Das Phänomen Burnout und was man dagegen tun kann. http://www.lgl.bayern.de/downloads/arbeitsschutz/praevention/doc/burnout2006.pdf

Stoll, A. (2009): Burnout. Wenn man trotzdem nicht mehr lachen kann. www.psychiatrie-sax.de/page4/**Burnout**.pdf

Strasser,B. (2010): Korrelationen zwischen Burnoutund Arbeitsplatzbedingungen.Ergebnisse einer Studie in einem oberösterreichischen Krankenhaus. www.inter-uni.net/.../p_2010_Strasser-etall-**Burnout**-**Arbeitsplatzbedingun**...

Wachter, v. M. (2009): Bevor der Job krank macht: Burnout - Anzeichen und –Prophylaxe. www.psychosomatik-aalen.de/**burnout**-pflege.pdf

Wissenschaftsliches Institut der AOK: Zeitdruck und Stress: Burnout auf dem Vormarsch. http://www.wido.de/meldungakt+M5876222a488.html

Badura, B. et. al. (2011): Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer.

Wettreck, R. (2008): Spiritualität, Werte, Organisation. Diakonische Identität und Profilierung im Gesundheitsmarkt.

Sinnerleben

Petzold, H. G., Orth, I. (Hgg.), 2005: Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn, Band I und II. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius.

Hauser, J., 2004: Vom Sinn des Leidens. Würzburg: Königshausen und Neumann.

Höge, T.; Schnell, T., 2012: Kein Arbeitsengagement ohne Sinnerfüllung. Eine Studie zum Zusammenhang von Work Engagement, Sinnerfüllung und Tätigkeitsmerkmalen.

Frankl, V., 1979: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper.

Vonhoff, B.; Reischl, G., 2009: Erfolgsfaktor Sinn. Die Entdeckung der Zufriedenheit. Wien: Ueberreuther.

Pattakos, A., 2005: Gefangene unserer Gedanken. Sieben Prinzipien, die Leben und Arbeit Sinn geben. Wien: Linde.

Wilbers, G., 2005: Sinnfindung im Beruf. Kamphausen-Verlag.

Jäger, W., Röttgers, K., 2008: Sinn von Arbeit. Soziaologische und wirtschaftsphilosophische Betrachtungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Fehige, C. et al, 2000: Der Sinn des Lebens. Dtv.

Pollet, E., 2011: Sinnerfüllung im Beruf. Über den Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen, Sinnerfüllung, Arbeitsengagement und Wohlbefinden.

Siller, E., 2009: Sinnerfüllung im Beruf. Zum Zusammenhang von Merkmalen der Arbeitstätigkeit, Sinnerfüllung, Arbeitsengagement und Wohlbefinden.

Wirtz/Zöbeli, 1995: Hunger nach Sinn.

Längele, S.: Voraussetzungen zu erfülltem Sinnerleben. Elemente der existentiellen Haltung. Existenzanalyse 2/00.

Schnell, T., 2009: Implizite Religiosität. Zur Psychologie des Lebenssinns. Lengerich: Pabst.

Schnell 2012

Diakonie

Fischer, M. 2010: Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. Münster: LIT.

Zeitdruck

Pilz, M.; Nöst, S. (2008): Zeitkultur im Krankenhaus.

www.klinikum.uni-heidelberg.de/.../Noest_Pilz_Praesentation

Zeitdruck in der Pflege reduzieren. inQa.de
www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/.../**pflege**-hh1-**zeitdruck**

Zwack, J.; Nöst, S.; Schweitzer, J.: Zeitdruck im Krankenhaus.
www.vlkonline.de/files/articles/2009-03/200903_187328edd5.pdf

Semmer, N.; Zapf, D.; Dunkel, H. (1999): Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse. In: Dunkel, H.: Handbuch psychologischer Arbeitsanalysenverfahren. Zürich: vdf. www.assessment-info.de

Westermann-Binnewies, A. (2003): Zeit und Macht im Krankenhaus.
Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung.
Rosa

Diakonische Identität

ALTMEYER, S.; BOSCHKI, R.; THEIS, J.; WOPPOWA, J. (Hrsg.) (2006): Christliche Spiritualität lehren, lernen und leben. Göttingen: V & R unipress.

FISCHER, Michael (2010): Das konfessionelle Krankenhaus.
Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive.
Münster: LIT-Verlag.

FLEßA, Steffen; STÄDTLER-MACH, Barbara, (2001): Konkurs der Nächstenliebe?
Diakonie zwischen Auftrag und Wirtschaftlichkeit. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

HINZE, D.F. (2001): Führungsprinzip Achtsamkeit. Heidelberg: Sauer.

REBER, J., 2009: Spiritualität in sozialen Unternehmen. Mitarbeiterseelsorge – spirituelle Bildung – spirituelle Unternehmenskultur. Stuttgart: Kohlhammer.

SCHLEGEL, H., 2009: Spiritual coaching. Führen und begleiten auf der Basis geistlicher Grundwerte. Würzburg: echter.

SCHMITZ, U.; ZWIERLEIN, E. (2009): Management und Spiritualität. Ein Erfahrungs- und Arbeitsbuch. Würzburg: Echter.

VONDRESSLER, A. (2006): Diakonie und Spiritualität.
Impulse aus der Welt der Kommunitäten. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.

WEGENER, G. (2007): Entscheidungen aus christlicher Freiheit – Spiritualität und Führungskultur. Online im Internet: „URL: http://www.ekd.de/si-download/071125_Wegner_Spiritualitaet_und_Fuehrungskultur_AEU.pdf [Stand: 09.03.2008]“.

ZINDEL, D., 2009: Geistesgegenwärtig führen. Spiritualität und Management. Schwarzenfeld: Neufeld Verlag.

Weiterführende Literatur zur Thematik

Schoenauer, H. (2012): Spiritualität und innovative Unternehmensführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Reber, J. (2009): Spiritualität in sozialen Einrichtungen. Mitarbeiterseelsorge – spirituelle Bildung – spirituelle Unternehmenskultur. Stuttgart: Kohlhammer.

Fleßa, S.; Städtler-Mach, B. (2001): Konkurs der Nächstenliebe? Diakonie zwischen Auftrag und Wirtschaftlichkeit. Göttingen: V&R.

Zindel, D. (2009): Geistesgegenwärtig führen. Spiritualität und Mangagement. Schwarzenfeld: Neufeld Verlag.

Claß, G. (2008): Herausforderung Diakonische Unternehmenskultur. Münster: LIT.

Wettreck, R. (2008): Spiritualität, Werte, Organisation. Diakonische Identität und Profilierung im Gesundheitsmarkt.

Anhang

A. Durchführung der Befragung

A.1 Reliabilitätsprüfung

Skala	Itemanzahl	Cronbachsα
Sinnerfüllung im Beruf	11	.890
Burnout	15	.860
Arbeitszufriedenheit	12	.831
Zentralität	5	.894
Positive religiöse Emotionen	4	.959
Negative religiöse Emotionen	4	.890
Diakonische Identität	14	.909
Diakonisches Klima	2	.741
Diakonischer Druck	2	.563
Soziomoralische Atmosphäre	11	.881
Zeitdruck	5	.871
Ressource Vorgesetzte	3	.909
Ressource Kollegen	3	.879
Ressource Patienten	3	.858
Patienten als Belastung	5	.786
Kraftquelle Selbstverwirklichung	4	.847
Kraftquelle Patienten	4	.729
Kraftquelle Glaube	3	.816
Kraftquelle Team	4	.637
Kraftquelle Tradition	4	.623
Selbstwirksamkeit	9	.851

A.2 Korrelationen

	Arbeitszufrieden-heit	Burnout	Sinnerleben im Beruf	Zentralität der Religiosität	Sinnquelle Glaube	Diakonisches Klima	Soziomoralische Atmosphäre	Unterstützung durch Vorgesetzte	Unterstützung durch Kollegen	Belastende Patienten	Sinnquelle Team	Sinnquelle Patienten	Sinnquelle Tradition	Sinnquelle Selbst-verwirlichung	Selbstwirksamkeit	Patienten als
Arbeitszufriedenheit		**-,52**	**,55**	**,12**	**,22**	**,45**	**,59**	**,56**	**,49**	**-,13**	**,23**	**,20**	**,26**	**,07**	**,24**	**,3**
Burnout	**-,52**		**-,53**	**-,10**	**-,12**	**-,29**	**-,39**	**-,40**	**-,32**	**,27**	**-,13**	**-,08**	**-,12**		**-,25**	**-,3**
Sinnerleben im Beruf	**,55**	**-,53**		**,09**	**,17**	**,30**	**,39**	**,32**	**,37**	**-,13**	**,21**	**,23**	**,25**	**,04**	**,26**	**,2**
Zentralität der Religiosität	**,10**	**-,10**	**,09**		**,68**	**,34**	**,07**	**,07**		**,07**			**,12**	**-,08**		
Sinnquelle Glaube	**,22**	**-,12**	**,17**	**,68**		**,51**	**,24**	**,14**		**,09**	**,13**	**,13**	**,35**	**,10**		**,0**
Diakonisches Klima	**,45**	**-,29**	**,30**	**,34**	**,51**		**,54**	**,38**	**,24**		**,16**	**,10**	**,25**	**,09**	**,17**	**,1**
Soziomoralische Atmosphäre	**,59**	**-,39**	**,39**	**,07**	**,24**	**,54**		**,56**	**,41**	**-,10**	**,24**	**,15**	**,22**	**,11**	**,25**	**,2**
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzte	**,56**	**-,40**	**,32**	**,07**	**,14**	**,38**	**,56**		**,47**	**-,12**	**,19**	**,12**	**,15**	**,13**	**,19**	**,1**
Soziale Unterstützung durch Kollegen	**,49**	**-,32**	**,37**			**,24**	**,41**	**,47**			**,38**	**,22**	**,17**	**,11**	**,23**	**,2**
Belastende Patienten	**-,13**	**,27**	**-,13**	**,07**	**,09**		**-,10**	**-,12**						**,15**		**-,1**
Sinnquelle Team	**,23**	**-,13**	**,21**		**,13**	**,16**	**,24**	**,19**	**,38**			**,39**	**,41**	**,28**	**,17**	**,1**
Sinnquelle Patienten	**,20**	**-,08**	**,23**		**,13**	**,10**	**,15**	**,12**	**,22**		**,39**		**,42**	**,33**	**,22**	**,1**
Sinnquelle Tradition	**,26**	**-,12**	**,25**	**,12**	**,35**	**,25**	**,22**	**,15**	**,17**		**,41**	**,42**		**,32**	**,31**	**,1**
Sinnquelle Selbstverwirklichung	**,07**			**-,08**	**,10**	**,09**	**,11**	**,13**	**,11**	**,15**	**,28**	**,33**	**,32**		**,29**	
Selbstwirksamkeit	**,25**	**-,25**	**,27**			**,18**	**,26**	**,19**	**,24**		**,18**	**,23**	**,32**	**,28**		**,0**
Patienten als Ressource	**,31**	**-,31**	**,27**		**,09**	**,15**	**,25**	**,17**	**,27**	**-,14**	**,19**	**,18**	**,17**		**,07**	
Zeitdruck	**-,27**	**,57**	**-,20**			**-,19**	**-,21**	**-,31**	**-,16**	**,31**				**,10**		**-,1**
Diakonischer Druck	**-,32**	**,35**	**-,37**	**-,14**	**-,14**	**-,24**	**-,32**	**-,17**	**-,19**	**,17**	**-,12**	**-,16**	**-,15**		**-,12**	**-,2**
Diakonische Identität	**,28**	**-,11**	**,20**	**,68**	**,88**	**,53**	**,26**	**,16**	**,09**	**,10**	**,16**	**,20**	**,37**	**,08**		**,1**
Finanzielle Situation	**-,19**	**,17**	**-,18**			**-,08**	**-,18**	**-,11**	**-,15**						**-,09**	**-,1**

A.3 Pretests

Im Mai 2010 erfolgte ein qualitativer Pretest in einem Diakonischen Krankenhaus mit einem Rücklauf von 18 Fragebögen. Es schloss sich ein quantitativer Pretest in zwei verschiedenen Krankenhäusern mit einem Rücklauf von 89 Fragebögen.

A.4 Beteiligung der Krankenhäuser

Es wurden 19 diakonische Krankenhäuser und Schwesternschaften in Niedersachsen, 23 diakonische Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, 29 Städtische Krankenhäuser in Niedersachsen sowie 5 Diakonische Krankenhäuser in Hamburg und Bremen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Die Beteiligung und der Rücklauf gestalteten sich wie folgt:

Niedersachsen, diakonisch	**Verteilte Fragebögen**	**Ausgefüllte Fragebögen**	**Rücklauf**
Klinik 1	45	22	51%
Klinik 2	37	17	46%
Klinik 3	300	96	32%
Klinik 4	140	64	47%
Klinik 5	1070	314	29%
Klinik 6	175	62	35%
Klinik 7	45	27	60%
Klinik 8	20	12	60%
Gesamt	**1832**	**614**	**33,5%**

Neue Bundesländer, diakonisch	**Verteilte Fragebögen**	**Ausgefüllte Fragebögen**	**Rücklauf**
Klinik 1	136	87	63%
Klinik 2	180	74	41%
Klinik 3	100	0	-------
Klinik 4	20	0	-------
Gesamt	**436**	**161**	**52%**

Niedersachsen, städtisch	Verteilte Fragebögen	Ausgefüllte Fragebögen	Rücklauf
Klinik 1	140	53	38%
Klinik 2	150	54	36%
Gesamt	**290**	**107**	**37%**

A.5 Zeitplan

Qualitativer Pretest: Mai 2010
Quantitativer Pretest: September 2010
Befragungsstart: November 2010
Befragungsende: August 2011
Auswertung: September 2011 bis Januar 2012

A.6 Datenschutz

Die Datenschutzerklärung ist am Ende beigefügt.

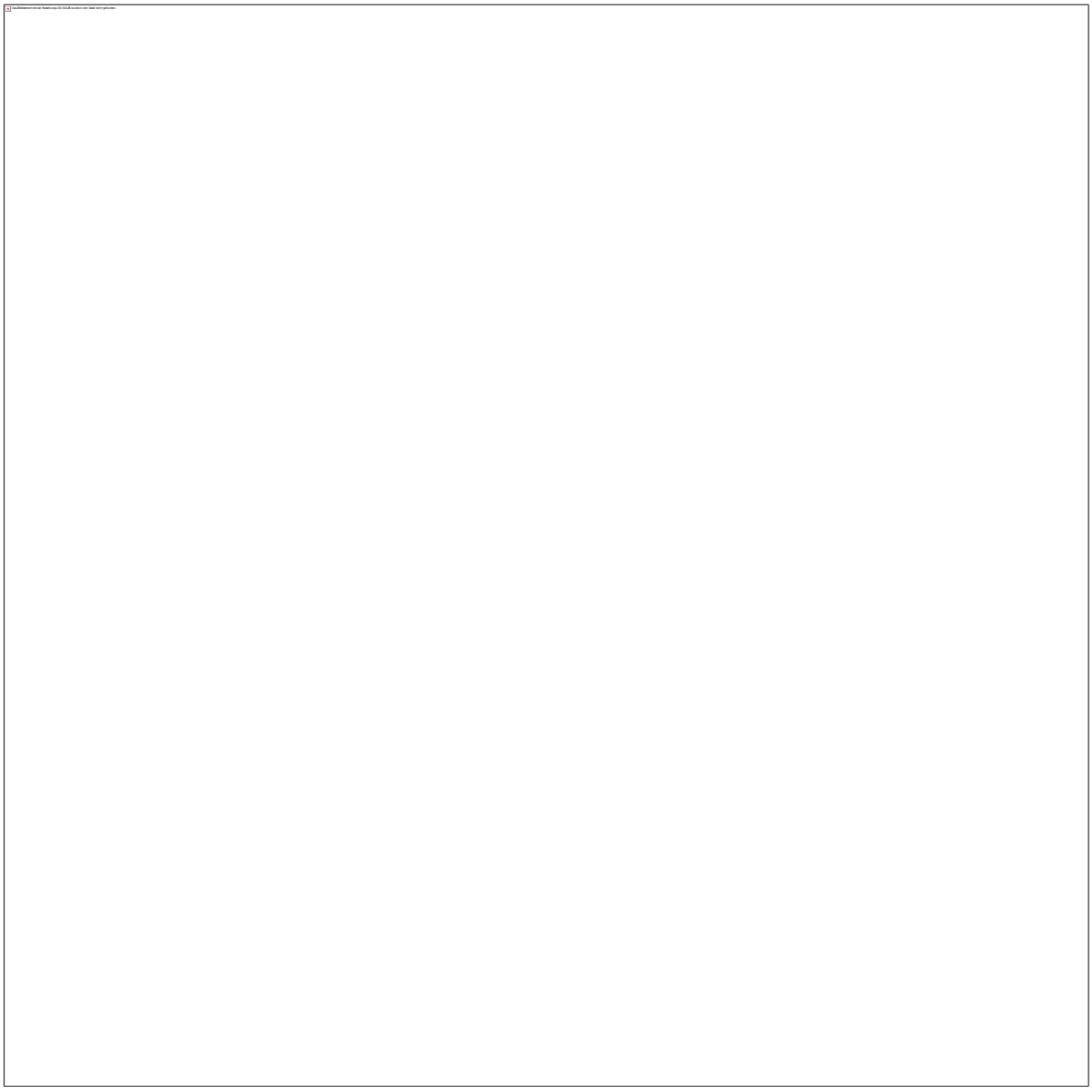
A.7 Genehmigung durch Mitarbeitervertretung/Betriebsrat

Die Befragung unterlag der Mitbestimmungspflicht durch die Mitarbeitervertretungen.

A.8 Auswertungsmethoden: Häufigkeiten, Mittelwert, Korrelationen

B. Grenzen der Studie

C. Ergänzende Studien im Überblick



SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT

der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD

Fragebogen:
Wie geht`s den Pflegepersonen?

© SI-EKD

Projektorganisation:
Heike Lubatsch (Dipl. Pflegewirtin, FH)

Wissenschaftliche Begleitung:
Dr. Stefan Huber

Ihre Meinung ist gefragt!

Bitte achten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens auf folgende Punkte:

- Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme an der Umfrage freiwillig.
- Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 20-35 Minuten**.**
- Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln und Ihren Fragebogen anonym auswerten.
- Falls Sie Rückfragen haben, sprechen Sie mich bitte an.
- Bitte antworten Sie so spontan und so offen wie möglich. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Es kommt nur auf Ihre ganz persönliche Meinung an.
- Bitte sagen Sie uns, wie Sie die Dinge wirklich sehen und nicht, wie Sie sie gerne hätten.
- Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.
- Bitte lassen Sie keine Frage aus.
  Wenn Ihnen eine Frage unklar erscheint, dann können Sie uns dies durch ein Fragezeichen am Rand zeigen. Bitte beantworten Sie diese Frage dann trotzdem so gut wie möglich und sprechen mich ggf. an.
- In vielen Fragen bitten wir Sie, uns zu sagen, wie oft bestimmte Ereignisse bei Ihnen vorkommen. Meistens haben Sie dazu fünf Antwortmöglichkeiten:

  nie=① selten=② gelegentlich=③ oft=④ sehr oft=⑤

  Bitte kreuzen Sie bei Ihren Antworten immer nur eine Zahl an – und zwar diejenige, die am besten auf Sie zutrifft. Ein Beispiel dazu:

Wie oft kommen bei Ihnen folgende Ereignisse vor?	**nie**	**selten**	**Gelegen-tlich**	**oft**	**sehr oft**
1. Wie oft gehen Sie ins Kino?	①	②	③	④	⑤

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie oft ins Kino gehen, dann kreuzen Sie bitte wie in dem Beispiel die Zahl ④ an. Wenn Sie jedoch eher selten ins Kino gehen, dann würden Sie die Zahl ② ankreuzen. Bei Ihren Antworten kommt es nicht auf irgendeinen objektiven Maßstab an, sondern nur auf Ihr ganz persönliches Gefühl. Am besten verlassen Sie sich bei Ihren Antworten auf Ihren ersten Eindruck.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld!

Wie geht`s den Pflegepersonen?

1. Bitte geben Sie Ihr Alter entsprechend den Altersgruppen an

☐ bis 24 Jahre ☐ 25-29 Jahre ☐ 30-39 Jahre ☐ 40-49 Jahre ☐ 50-54 Jahre ☐ 55 Jahre und älter

2. Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

3. Staatsangehörigkeit

☐ deutsch
☐ andere

Sind Sie in **Deutschland aufgewachsen**?

☐ ja, alte Bundesländer ☐ ja, neue Bundesländer ☐ nein

4. Familienstand

☐ In Partnerschaft ☐ allein stehend

5. Kirchen- oder Religionszugehörigkeit

☐ evangelisch
☐ katholisch
☐ freikirchlich
☐ Islam
☐ Judentum
☐ andere Kirche oder Religionsgemeinschaft
☐ keine Zugehörigkeit

6. Schulbildung

☐ Volksschule/Hauptschule
☐ Realschule/Fachschule/Handelsschule
☐ Oberschule/Gymnasium
☐ Universität/Hochschule/Fachhochschule

7. Kinder

☐ keine ☐ ja Anzahl: _____

8. Haushalt

Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?
(Sie selbst und die Kinder eingeschlossen) Anzahl: _____

Wie viele Personen sind davon 18 Jahre und älter? Anzahl: _____

Welche der folgenden Aussagen beschreibt die Situation in Ihrem Haushalt/Ihrer Familie am besten?

☐Ich erfahre keinerlei Mangel und muss meine Ausgaben in keiner Weise einschränken.

☐Ich muss mein Budget in geringem Maße kontrollieren; ich muss unsere Ausgaben bei unnötigen Dingen, z. B.
Luxusgütern einschränken.

☐Ich muss mein Budget in höherem Maße kontrollieren, um damit auszukommen; ich muss unsere Ausgaben für
Kleidung und ähnliches einschränken.

☐Ich muss mein Budget in sehr hohem Maße kontrollieren, das gilt auch für die Ausgaben für Nahrungsmittel.

☐Ich erfahre einen anhaltenden Mangel an lebenswichtigen Gütern.

☐Ich lebe in Armut.

9. Wohnort

☐ Dorf ☐ Kleinstadt/Städtischer Außenbezirk
☐ Großstadt

10. Welche **Pflegeausbildung** haben Sie absolviert?

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger/in
☐ Altenpfleger/in
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
☐ Altenpflegehelfer/in bzw. -assistent/in
☐ Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr)
☐ Pflegehelferin/-helfer (200 Std. Basiskurs)
☐ Sonstige pflegerische Qualifikation

11. Sind Sie **befristet oder unbefristet** in der Einrichtung beschäftigt?

☐ befristet beschäftigt ☐ unbefristet beschäftigt

12. In welchem **Umfang** sind Sie in der Einrichtung beschäftigt?

☐ Vollzeit beschäftigt ☐ Teilzeit beschäftigt, nämlich ☐☐ Prozent

13. Berufs- und Betriebszugehörigkeit Bitte geben Sie die folgenden Angaben zweistellig an (z.B. „04“)

Wie viele Jahre sind Sie bisher in der Pflege tätig?
ca. ☐☐ Jahre

Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber? ca. ☐☐ Jahre

14. In welcher **Funktion** sind Sie tätig? Mehrfachnennung möglich

☐ Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
☐ Stationsleitung
☐ Abteilungsleitung
☐Praxisanleiterin
☐ Fachkrankenschwester/-pfleger
☐ Pflegeexpertin (z.B. Wundmanagement)
☐ Andere:_____

15. Besuch von **Fort- und Weiterbildung**

An wie vielen Fortbildungstagen haben Sie in den letzten 12 Monaten teilgenommen?

☐ keinen Tag ☐ 11-15 Tage
☐ 1-5 Tage ☐ 16-20 Tage
☐ 6-10 Tage ☐ mehr als 20 Tage

Sind in den letzten 12 Monaten von Ihnen gestellte Fortbildungsanträge abgelehnt worden?

☐ ja ☐ nein

16. Krankheitstage

Wie viele Tage haben Sie ungefähr in den letzten 12 Monaten wegen Krankheit nicht gearbeitet?

☐ keinen ☐ 6-10 Tage ☐ 16-20 Tage
☐ 1-5 Tage ☐ 11-15 Tage ☐ mehr als 20 Tage

17. Auf welcher **Station bzw. in welcher Abteilung** sind Sie tätig?
(Bei ständiger interdisziplinärer Belegung bitte die jeweiligen Fachrichtungen ankreuzen – Mehrfachnennungen möglich)

☐ Innere Medizin ☐ Orthopädie ☐ Onkologie
☐ Intensivstation ☐ Geriatrie ☐ Neurologie
☐ Chirurgie ☐ Gynäkologie/Geburtshilfe ☐ Anästhesie ☐ Andere:_____

18. Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
6. Mein Engagement für eine gut funktionierende Station	①	②	③	④	⑤
7. Mein Engagement für meine Bedürfnisse	①	②	③	④	⑤
8. Ordnung	①	②	③	④	⑤
9. Traditionen	①	②	③	④	⑤
10. Die Arbeit läuft in geregelten Bahnen ab	①	②	③	④	⑤
11. Gute Teamarbeit	①	②	③	④	⑤
12. Das Wohl meiner Kolleginnen und Kollegen	①	②	③	④	⑤
13. Meine berufliche Weiterentwicklung	①	②	③	④	⑤

Fortsetzung: Wie wichtig ist Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
14. Die Erfahrung einer diakonischen Gemeinschaft	①	②	③	④	⑤
15. Mit Patientinnen und Patienten über religiöse Fragen zu reden	①	②	③	④	⑤
16. Die Verwirklichung meiner beruflichen Ziele	①	②	③	④	⑤
17. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
18. Meine Fähigkeiten am Arbeitsplatz einsetzen zu können	①	②	③	④	⑤
19. Harmonie	①	②	③	④	⑤
20. Aus dem Glauben Kraft zu schöpfen	①	②	③	④	⑤
21. Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung	①	②	③	④	⑤
22. Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung	①	②	③	④	⑤
23. Pflichterfüllung	①	②	③	④	⑤
24. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich wohl	①	②	③	④	⑤
25. Die Genesung der Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤

19. Wie häufig haben Sie mit folgenden Patientengruppen zu tun?	**nie**	**selten**	**ge-legen-tlich**	**oft**	**sehr oft**
Sehr leidende Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
Patientinnen und Patienten mit hochgradiger Demenz	①	②	③	④	⑤
Selbstbezogene Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
„Schwierige“ Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
Sterbende Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤

Freundliche Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
Kooperative Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
Dankbare Patientinnen und Patienten	①	②	③	④	⑤
Patientinnen und Patienten mit deutlichen Heilungserfolgen	①	②	③	④	⑤

20. Wie oft kommen folgende Situationen in Ihrer Arbeit vor?	**nie**	**selten**	**gelegentlich**	**oft**	**sehr oft**
1. Ich stehe unter Zeitdruck.	①	②	③	④	⑤
2. Ich arbeite schneller, als ich es normalerweise tue, um die Arbeit zu schaffen.	①	②	③	④	⑤
3. Ich gehe wegen zuviel Arbeit nicht oder verspätet in die Pause.	①	②	③	④	⑤
4. Ich gehe wegen zuviel Arbeit verspätet in den Feierabend.	①	②	③	④	⑤
5. Es wird ein hohes Arbeitstempo verlangt.	①	②	③	④	⑤

21. Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziemlich**	**sehr**
14. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	①	②	③	④	⑤
15. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	①	②	③	④	⑤
16. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	①	②	③	④	⑤
17. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	①	②	③	④	⑤
18. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	①	②	③	④	⑤
19. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	①	②	③	④	⑤
20. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	①	②	③	④	⑤
21. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	①	②	③	④	⑤
22. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	①	②	③	④	⑤

23. Ich kann mich auf meine Vorgesetzten verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen.	①	②	③	④	⑤
24. Ich kann mich auf meine Arbeitskollegen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen.	①	②	③	④	⑤
25. Meine Vorgesetzten sind bereit, meine Probleme in der Arbeit anzuhören.	①	②	③	④	⑤
26. Meine Arbeitskollegen sind bereit, meine Probleme in der Arbeit anzuhören.	①	②	③	④	⑤
27. Meine Vorgesetzten unterstützen mich aktiv, so dass ich es in der Arbeit leichter habe.	①	②	③	④	⑤
28. Meine Arbeitskollegen unterstützen mich aktiv, so dass ich es in der Arbeit leichter habe.	①	②	③	④	⑤
29. Es gibt Tage, an denen ich mich schon vor der Arbeit müde fühle.	①	②	③	④	⑤
30. Es passiert mir immer öfter, dass ich mich abwertend über meine Arbeitstätigkeit äußere.	①	②	③	④	⑤
31. Nach der Arbeit brauche ich jetzt oft längere Erholungszeiten als früher, um wieder fit zu werden.	①	②	③	④	⑤
32. Die Belastung durch meine Arbeit ist ganz gut zu ertragen.	①	②	③	④	⑤
33. Ich neige in letzter Zeit vermehrt dazu, bei meiner Arbeit wenig zu denken, sondern sie fast mechanisch zu erledigen.	①	②	③	④	⑤
34. Meine Arbeit stellt viele Herausforderungen an mich.	①	②	③	④	⑤
35. Ich habe bei der Arbeit immer häufiger das Gefühl, emotional ausgelaugt zu sein.	①	②	③	④	⑤
36. Mit der Zeit habe ich die innere Beziehung zur eigenen Arbeit verloren.	①	②	③	④	⑤
37. Nach der Arbeit bin ich in der Regel noch fit für meine Freizeitaktivitäten.	①	②	③	④	⑤
38. Manchmal bin ich von meiner Arbeitstätigkeit richtiggehend angewidert.	①	②	③	④	⑤
39. Nach der Arbeit fühle ich mich in der Regel schlapp und abgespannt.	①	②	③	④	⑤
40. Ich kann mir für mich keinen anderen Beruf vorstellen.	①	②	③	④	⑤

Fortsetzung: **Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
41. In der Regel kann ich meine Arbeitsmenge gut schaffen.	①	②	③	④	⑤
42. Während meiner Arbeit fühle ich mich total fit.	①	②	③	④	⑤
43. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	①	②	③	④	⑤

22. Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Merkmalen Ihrer Arbeitstätigkeit?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
13. Mit den äußeren Bedingungen meiner Arbeit (Räumlichkeiten, Wärme, Kälte etc.)	①	②	③	④	⑤
14. Mit dem eigentlichen Inhalt meiner Arbeitstätigkeit (mit dem was Sie täglich tun)	①	②	③	④	⑤
15. Mit den Möglichkeiten Neues bei der Arbeit zu lernen	①	②	③	④	⑤
16. Mit den Möglichkeiten das Gelernte bei der Arbeit anderswo anzuwenden	①	②	③	④	⑤
17. Mit den Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs	①	②	③	④	⑤
18. Mit der Anerkennung für meiner Leistung und für die Ergebnisse meiner Arbeit	①	②	③	④	⑤
19. Mit der Abwechselung bei der Arbeit	①	②	③	④	⑤
20. Mit der Vielfältigkeit der Arbeitstätigkeit	①	②	③	④	⑤
21. Mit den sozialen Beziehungen zu meinen Vorgesetzten	①	②	③	④	⑤
22. Mit den sozialen Beziehungen zu meinen Kolleginnen und Kollegen	①	②	③	④	⑤
23. Mit der zeitlichen Regelung meiner Arbeit	①	②	③	④	⑤
24. Mit der Entlohnung	①	②	③	④	⑤

23. Wie stark treffen folgende Aussagen auf die allgemeine Atmosphäre in Ihrem Krankenhaus zu?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
12. In unserem Unternehmen geht man offen mit Konflikten und Interessensgegensätzen um.	①	②	③	④	⑤
13. Man kann bei uns auch Fehler machen, ohne dafür bestraft zu werden.	①	②	③	④	⑤
14. Bei uns ist es möglich Kritik zu üben, ohne dafür mit unangenehmen Konsequenzen rechnen zu müssen.	①	②	③	④	⑤
15. Probleme und Konflikte werden bei uns unter den Teppich gekehrt.	①	②	③	④	⑤
16. Bei uns wird man auch dann geachtet, wenn man andere Ansichten oder Überzeugungen vertritt.	①	②	③	④	⑤
17. Widersprüchliche Interessen zwischen MitarbeiterInnen und dem Unternehmen werden offen diskutiert.	①	②	③	④	⑤
18. Bei uns findet jede und jeder Beachtung. Man ist sich nicht gleichgültig.	①	②	③	④	⑤
19. In unserem Unternehmen hat auch jemand anderer Nationalität, Konfession, politischen Überzeugung etc. echte Karrierechancen.	①	②	③	④	⑤

Fortsetzung: Wie stark treffen folgende Aussagen auf die allgemeine Atmosphäre in Ihrem Krankenhaus zu?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**

20. Konflikte zwischen Abteilungen/Teams werden am „Runden Tisch“ ausgehandelt.	①	②	③	④	⑤
21. MitarbeiterInnen werden unabhängig von der Ausbildung und Qualifikation geachtet.	①	②	③	④	⑤
22. Auch bei weit reichenden Veränderungen haben die MitarbeiterInnen ein Wörtchen mitzureden.	①	②	③	④	⑤

24. Wie wichtig ist für Sie....	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
1. ... bei einem diakonischen Arbeitgeber zu arbeiten?	①	②	③	④	⑤
2. ... das Gebot der Nächstenliebe in Ihrer Berufsausübung?	①	②	③	④	⑤
3. ... Mitgefühl bei Ihrem beruflichen Handeln?	①	②	③	④	⑤
4. ... dass Glaube und berufliches Handeln mit einander verknüpft sind?	①	②	③	④	⑤
5. ... die diakonische Gemeinschaft?	①	②	③	④	⑤
6. ... dass der Glaube den Umgang im Alltag im Krankenhaus miteinander prägt?	①	②	③	④	⑤

25. Wie wichtig sind Ihnen folgende Punkte innerhalb professioneller Pflege?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
1. Gut für mich selber zu sorgen (Selbstpflege).	①	②	③	④	⑤
2. Die Berücksichtigung der religiösen Bedürfnisse der Patienten.	①	②	③	④	⑤
3. Die Berücksichtigung von Sinnfragen der Patienten.	①	②	③	④	⑤
4. Einfühlende Nähe zum Patienten.	①	②	③	④	⑤
5. Professionelle Distanz zum Patienten.	①	②	③	④	⑤

26. Geben Sie bitte Ihre Einschätzung zu folgenden Punkten ab.	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**

1. Ich erlebe die Forderung von „Nächstenliebe“ in meinem Beruf als zusätzlichen Druck.	①	②	③	④	⑤
2. Ich wünsche mir mehr ansprechende religiöse Angebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in meinem Haus.	①	②	③	④	⑤
3. Ich wünsche mir mehr Informationen über den Glauben in meinem Haus.	①	②	③	④	⑤
4. Ich fühle mich durch die Seelsorge in meiner Arbeit unterstützt.	①	②	③	④	⑤
5. Der Glaube prägt den Umgang miteinander im Alltag in meinem Krankenhaus.	①	②	③	④	⑤
6. Der diakonische Anspruch und die gelebte Wirklichkeit im Alltag stehen im Einklang in meinem Krankenhaus.	①	②	③	④	⑤
7. Ich möchte mich nicht in die Rolle des barmherzigen Samariters drängen lassen.	①	②	③	④	⑤
8. Ich empfinde den diakonischen Anspruch im Krankenhaus oft als Zumutung.	①	②	③	④	⑤
9. Ich wünsche mir mehr Unterstützung im Umgang mit Sinnfragen der Patienten.	①	②	③	④	⑤

26. Fortsetzung: Geben Sie bitte Ihre Einschätzung zu folgenden Punkten ab.	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
10. Ich wünsche mir mehr Unterstützung bei der Förderung und Erhaltung meiner Gesundheit durch meinen Arbeitgeber.	①	②	③	④	⑤

27. Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**
12. Meine Arbeit erfüllt mich.	①	②	③	④	⑤
13. Wenn ich über den Sinn meiner Arbeit nachdenke, empfinde ich nur Leere.	①	②	③	④	⑤
14. Die Tätigkeiten, die ich an meiner Arbeit ausführe, erscheinen mir sinnvoll.	①	②	③	④	⑤
15. Meine Arbeit ist bedeutungslos.	①	②	③	④	⑤
16. Meine beruflichen Tätigkeiten passen gut zu dem, was ich mir in meinem Leben vorgenommen habe.	①	②	③	④	⑤
17. Meine beruflichen Tätigkeiten erscheinen mir sinnlos.	①	②	③	④	⑤
18. Durch meine berufliche Tätigkeit fühle ich mich als Teil eines größeren Ganzen.	①	②	③	④	⑤
19. Ich stecke beruflich in einer Sinnkrise.	①	②	③	④	⑤
20. Meine Arbeit passt gut in mein Lebenskonzept.	①	②	③	④	⑤
21. Ich leide darunter, dass ich in meiner Arbeit keinen Sinn entdecken kann.	①	②	③	④	⑤
22. Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll.	①	②	③	④	⑤

Die bisherigen Fragen haben sich schwerpunktmäßig auf die Situation im Krankenhaus bezogen.
Die nun folgenden Fragen beziehen sich ganz allgemein auf Ihre Einstellung zur Religiosität.

28. Wie oft kommen die folgenden Ereignisse und Situationen bei Ihnen vor? Wie oft...	**nie**	**selten**	**gelegen-tlich**	**oft**	**sehr oft**
1. ... denken Sie über religiöse Themen nach?	①	②	③	④	⑤
2. ... beten Sie?	①	②	③	④	⑤
3. ... meditieren Sie?	①	②	③	④	⑤
4. ... nehmen Sie an Gottesdiensten teil?	①	②	③	④	⑤
5. ... setzen Sie sich mit kritisch mit religiösen Lehren auseinander, denen Sie grundsätzlich zustimmen?	①	②	③	④	⑤
6. ... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben,					
a) dass Gott oder etwas Göttliches Ihnen etwas mitteilen will	①	②	③	④	⑤
b) dass Gott oder etwas Göttliches in Ihr Leben eingreift?	①	②	③	④	⑤
c) mit Allem Eins zu sein?	①	②	③	④	⑤
7. ... überdenken Sie einzelne Punkte Ihrer religiösen Einstellungen?	①	②	③	④	⑤
8. ... denken Sie über Leid und Ungerechtigkeiten in der Welt nach?	①	②	③	④	⑤
9. ... orientieren Sie sich in Ihrem Alltag an religiösen Geboten?	①	②	③	④	⑤

Fortsetzung: Wie oft kommen die folgenden Ereignisse und Situationen bei Ihnen vor? Wie oft...	**nie**	**selten**	**gelegen-tlich**	**oft**	**sehr oft**
10. ... erleben Sie in Ihrem Berufsalltag „heilige“ Momente?	①	②	③	④	⑤
11. ... beten Sie für Patienten?	①	②	③	④	⑤
12. ... wenden Sie sich mit eigenen Fragen an die Seelsorge in Ihrem Haus?	①	②	③	④	⑤

29. Wie interessant, wichtig oder wahrscheinlich sind für Sie die folgenden Inhalte?	**gar nicht**	**wenig**	**mittel**	**ziem-lich**	**sehr**

1. Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Themen zu erfahren?	①	②	③	④	⑤
2. Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?	①	②	③	④	⑤
3. Wie wichtig ist für Sie die Meditation?	①	②	③	④	⑤
4. Wie wichtig ist für Sie die Frage nach dem Sinn des Lebens?	①	②	③	④	⑤
5. Wie stark glauben Sie daran, dass es Gott oder etwas Göttliches gibt?	①	②	③	④	⑤
6. Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an Gottesdiensten?	①	②	③	④	⑤
7. Wie wichtig ist es für Sie, religiöse Fragen von verschiedenen Seiten aus zu betrachten?	①	②	③	④	⑤
8. Wie stark glauben Sie daran, dass es ein Leben nach dem Tod gibt, z.B. Unsterblichkeit der Seele, Auferstehung der Toten, Reinkarnation?	①	②	③	④	⑤
9. Wie sehr sind Sie in Ihrer Religiosität auf der Suche?	①	②	③	④	⑤
10. Wie stark leben Sie in Ihrem Alltag nach religiösen Geboten?	①	②	③	④	⑤
11. Was schätzen Sie, wie stark beschäftigen Ihre Patientinnen und Patienten religiöse Fragen?	①	②	③	④	⑤
12. Wie sehr ist der Glaube für Sie eine Kraftquelle im Beruf?	①	②	③	④	⑤

30. Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf Gott oder etwas Göttliches haben:	**nie**	**selten**	**gelegen-tlich**	**oft**	**sehr oft**
1. Vertrauen	①	②	③	④	⑤
2. Ehrfurcht	①	②	③	④	⑤
3. Freude	①	②	③	④	⑤
4. Schuld	①	②	③	④	⑤
5. Geborgenheit	①	②	③	④	⑤
6. Ärger	①	②	③	④	⑤
7. Dankbarkeit	①	②	③	④	⑤
8. Versagen	①	②	③	④	⑤
9. Angst	①	②	③	④	⑤
10. Befreiung von Schuld	①	②	③	④	⑤

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung! Auf der Rückseite ist Platz für Anmerkungen - Gelegenheit Ihnen wichtige Dinge zusätzlich aufzuschreiben.

SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT

der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD

Datenschutzerklärung

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Sie füllen den Fragebogen aus und stecken ihn anschließend in einen beigefügten Briefumschlag. An einem neutralen Ort in Ihrem Krankenhaus (z.B. Poststelle, MAV) steht eine Box, in der die Fragebögen bis zu einem vereinbarten Termin gesammelt werden.

Dadurch wird sichergestellt, dass der Fragebogen anonym bleibt und erst im Sozialwissenschaftlichen Institut ausgewertet wird. Die Angaben im Fragebogen werden von uns in Zahlen umgesetzt und in anonymisierter Form auf einem Datenträger gespeichert. Dann werden die Daten der Befragung elektronisch ausgewertet. Das Gesamtergebnis und die Ergebnisse von Teilgruppen werden in Tabellenform ausgedruckt.

In jedem Fall gilt:

- Ihre Teilnahme ist **freiwillig**.
- Es ist selbstverständlich, dass wir **alle Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einhalten**.
- **Sie können absolut sicher sein**, dass wir **keine** Einzeldaten an Dritte weitergeben, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen könnten.

6. Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben

Die Befragung „Wie geht es den Pflegepersonen?“ erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen über Datenschutz. Die Ergebnisse dieser Befragung werden ausschließlich in

- **anonymisierter Form und**
- **für Gruppen zusammengefasst**

dargestellt. Das bedeutet: Niemand kann aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben vielleicht kommen könnten. Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ist verantwortlich:

Prof. Dr. Wegner
Direktor

Heike Lubatsch (Dipl. Pflegewirtin, FH)
Projektorganisation

Für Rückfragen zum Datenschutz, wenden Sie sich bitte direkt an das Sozialwissenschaftliche Institut der EKD, Tel: 0511/554741-0, E-Mail: Heike.Lubatsch@si-ekd.de