



Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen

Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz

Prof. Dr. phil. habil. Dirk Richter

Birgit Heckemann, MNSc

Februar 2014

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit

Angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege

Impressum

Titel	Resilienzförderung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen – Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz
Jahr	2014
Projektteam BFH	Prof. Dr. phil. habil. Dirk Richter Birgit Heckemann, MNSc Franziska Boinay, MNSc
Auftraggeberin vertreten durch	Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf Dipl.-Ing. Theo Blättler
Copyright	Unfallkasse Nordrhein-Westfalen Bernener Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Murtenstrasse 10, 3008 Bern T: 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
0.1	Methodisches Vorgehen	5
0.2	Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews	5
0.2.1	Bestandsaufnahme der Belastungen am Arbeitsplatz und Auswirkungen auf Team und Individuum	5
0.2.2	Resilienzfaktoren: Bestandsaufnahme verfügbarer und eingesetzter Ressourcen zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz	6
0.2.3	Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeitenden	7
0.3	Entwicklung eines Resilienzförderprogramms	7
0.4	Einführung eines Resilienztrainingsprogramms	8
0.5	Danksagung	8
1	Das Resilienz-Konzept	9
1.1	Psychosoziale Belastungen bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen	9
1.2	Resilienz – Ein biopsychosoziales Konzept	10
1.3	Resilienzforschung	11
1.4	Anwendung des Resilienzkonzepts	12
1.5	Resilienz im gesundheitspolitischen Kontext	12
1.6	Bedeutung des Resilienzkonzepts für Patientinnen und Patienten	13
1.7	Bedeutung des Resilienzkonzepts für Beschäftigte im Gesundheitswesen	13
1.8	Resilienz von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen	14
1.9	Resilienzförderprogramme	14
1.10	Schlussfolgerungen für das Forschungsprojekt	16
2	Methode: Qualitative Fokusgruppen-Interviews	17
2.1	Methodische Details	17
2.2	Stichprobe und Interviewdurchführung	17
2.3	Analysetechniken	18
2.4	Kategorienbildung und Kategoriensystem	19
2.5	Gütekriterien	19
3	Ergebnisse	20
3.1	Arbeitsbelastungen	20
3.1.1	Allgemeine Aspekte der Arbeitsbelastung	20
3.1.2	Auswirkungen von langzeiterkrankten Mitarbeitenden	20
3.1.3	Kurze Liegezeiten und schlecht planbare Organisation	22
3.1.4	Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe	22

3.1.5 Inadäquate Behandlungsplanung	23
3.1.6 Suboptimale Räumlichkeiten	23
3.1.7 Fehlende Wertschätzung	24
3.1.8 Patientenbezogene Belastungen	26
3.1.9 Auswirkungen auf die Mitarbeitenden	29
3.2 Protektive Faktoren: Bestandsaufnahme verfügbarer und eingesetzter Resilienzressourcen zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz	30
3.2.1 Extern-organisatorische Faktoren	31
3.2.1.1 Wertschätzung des Arbeitgebers im öffentlichen Dienst	32
3.2.2 Inter-personelle Faktoren	33
3.2.3 Intra-personelle Faktoren	35
3.2.4 Wünsche und Bedürfnisse	38
4 Diskussion und Schlussfolgerungen	42
5 Inhalte des Resilienztrainings	45
5.1 Konzeptionelle und methodische Vorüberlegungen	45
5.2 Module des Resilienzförderungsprogramms	45
6 Literatur	50
7 Anhänge	55
7.1 Anhang 1: Interviewleitfaden Resilienz	55
7.2 Anhang 2: Definitionen zum Kodierungssystem	56

0 Zusammenfassung

In nahezu allen westlichen Ländern stehen das Gesundheitswesen und seine Beschäftigten unter erheblichem psychosozialen Belastungsdruck. Neben dem absehbaren Mangel an Fachpersonen liegt dies vor allem an der zunehmenden Ökonomisierung und ihrer Begleiterscheinungen, die zu einer Arbeitsverdichtung führen. Pflegende und andere Berufsgruppen fühlen sich der einschlägigen Forschung nach immer weniger in der Lage, ihre Aufgaben vollständig und zum Wohle der Patienten durchzuführen. Daher wird es eine der zentralen Herausforderungen für das Management, aber insbesondere auch für die Verantwortlichen für die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden sein, diese adäquat zu unterstützen.

Resilienz kann eines der Konzepte sein, die hierbei eine große Rolle spielen. Unter diesem Stichwort wird gegenwärtig verstanden, dass Menschen über Eigenschaften verfügen bzw. diese Eigenschaften entwickeln, die sie befähigen, mit schwierigen Situationen und Verhältnissen umgehen können. Im engeren Sinne handelt es sich um die 'Widerständigkeit' gegenüber psychosozialen Belastungen. Dabei sind es vielfältige Faktoren, die die psychische Widerstandsfähigkeit eines Individuums bestimmen. In der Resilienzforschung geht es vor allem darum zu identifizieren, welche Faktoren oder Einflüsse die Widerstandsfähigkeit eines Individuums fördern oder hindern.

Das vorliegende Projekt verfolgte mehrere Ziele. Zum einen sollten arbeitsplatzbezogene Belastungen und Resilienzfaktoren erhoben werden. Das zweite Ziel war es, ein Trainingsprogramm zu erarbeiten, das Mitarbeitende befähigt, mit den Belastungen des täglichen Klinikalltags besser umzugehen, und so deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit auf lange Sicht zu erhalten. Und drittens schließlich sollte das Programm pilotweise in einem Kliniksetting implementiert worden sein.

0.1 Methodisches Vorgehen

Zur Erhebung der Belastungs- und Resilienzfaktoren ist ein qualitatives Forschungsdesign gewählt worden. Es wurden 6 Fokusgruppeninterviews in zwei Kliniken in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine somatische und eine psychiatrische Klinik. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. Anschließend wurden sie inhaltsanalytisch ausgewertet mit dem Ziel, wiederkehrende Themen und Inhaltsbereiche zu extrahieren, narrativ zusammenzufassen und zu interpretieren.

0.2 Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Die vorliegende Analyse einer Serie von sechs Fokusgruppen-Interviews mit Mitarbeitenden bildet den ersten Arbeitsschritt im Gesamtprojekt. Durch direkte Befragung wurden bereits existierende und fehlende Resilienzressourcen, sowie Bedürfnisse bei Mitarbeitenden ermittelt. Die Auswertung der sechs Interviewtexte ergab insgesamt 601 Kodierungen oder Textzuordnungen in insgesamt 30 Kategorien. Die Analyse teilt sich in drei thematische Hauptbereiche auf.

0.2.1 Bestandsaufnahme der Belastungen am Arbeitsplatz und Auswirkungen auf Team und Individuum

Eine Vielzahl von Faktoren (organisatorisch/ administrativ, patientenbezogen und Betriebskultur) sorgen im Zusammenspiel dafür, den Pflegeberuf zu einer körperlich, emotional und psychisch anspruchsvollen und herausfordernden Aufgabe zu machen.

- Organisatorisch/ administrative Faktoren: Dieses sind vor allem eine problematische

Personal – und Dienstplanung, auch im Hinblick auf ältere oder nicht voll leistungsfähige Mitarbeitende und drohende Überalterung von Pflgeteams und Überlastung jüngerer Mitarbeiter. Des Weiteren sorgen schlecht koordinierte Arbeitsabläufe, hoher Patientendurchsatz und, besonders in der Somatik, verkürzte Liegezeiten für hohe Arbeitsbelastung. Steter Lärm, stete Verfügbarkeit und das Fehlen lärmgeschützter Arbeitsplätze und Pausenräume belasten die Mitarbeitenden zusätzlich stark. Mitarbeitende, die im Drei-Schichtdienst arbeiten, empfinden dieses als körperlich anstrengend.

- Patientenbezogene Faktoren: Neben der emotionalen Belastung, die entsteht, wenn Mitarbeitende mit tragischen Patientenschicksalen konfrontiert werden, sind es vor allem ein stark gestiegenes Anspruchsdenken, täglich erlebtes respektloses Verhalten oder verbale Aggression von Patienten oder Angehörigen, die Pflegekräfte psychisch belasten. Auch tätliche Angriffe von Patienten mit psychiatrischen oder Suchterkrankungen kommen vor. Darüber hinaus wird der Umgang mit Suizidalität als belastend erlebt. Zudem ist die Pflege von schwerkranken Patienten körperlich anstrengend.
- Betriebskultur: Dieser Faktor schließt ein, dass Mitarbeitende sich in ihrem Arbeitsumfeld in einer Opferrolle empfinden. Mitarbeitende sind Zielscheibe für den Ärger, die Aggressionen und die Unzufriedenheit von Patienten und deren Angehörigen. Sie müssen die Anfeindungen jedoch stets freundlich, beherrscht und professionell hinnehmen. Sie selber erfahren subjektiv nur wenig Rückendeckung von Vorgesetzten, wenn es zu Beschwerden von Patienten oder auch von anderen Berufsgruppen kommt. Mitarbeitende wissen, dass sie eine wichtige Aufgabe erfüllen, bekommen aber dafür wenig Wertschätzung von Klinikleitung oder Patienten.

Die Belastungen in der Arbeitsumgebung äußern sich auf vielfache Weise. Kurzfristige Belastung führt in der Regel zu emotionalen Reaktionen. Die Mitarbeitenden beschreiben Ärger, Wut, das Gefühl, genervt zu sein, Ungeduld und einen Verlust von Gelassenheit. Längerfristig kommt es zu psychischen Symptomen wie beispielsweise Frustration, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Müdigkeit, sozialem Rückzug und Lustlosigkeit, Freizeitaktivitäten zu unternehmen. Körperlich kann sich die Belastung in Sodbrennen, Schlafstörungen oder zum Beispiel Rückenschmerzen äußern.

Im Team kann kurzfristige Belastung zu einem veränderten Umgang miteinander führen, beispielsweise in Form eines rauerer Umgangstons. Dieser Aspekt wird jedoch nur am Rande erwähnt. Vielmehr wird betont, dass die Teams in belastenden Situationen stark zusammenhalten. Wenn Teams über längere Zeit grossen Belastungen ausgesetzt sind, kann es zu Frustration, Resignation, erhöhtem Krankenstand und Verminderung der Pflegequalität kommen.

0.2.2 Resilienzfaktoren: Bestandsaufnahme verfügbarer und eingesetzter Ressourcen zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz

Der zweite thematische Teil der Analyse ist eine Bestandsaufnahme der verfügbaren und bereits eingesetzten Resilienzressourcen der Mitarbeitenden. Die Ressourcen wurden – wie auch in der Literatur üblich (z.B. Grotberg 2003) – in drei Bereiche eingeordnet: externe Ressourcen, intrapersonelle Ressourcen sowie interpersonelle Faktoren.

Extern-organisatorische Faktoren/ Ressourcen: Es ist vor allen Dingen das Team, der starke Zusammenhalt, Werte wie bedingungsloses Vertrauen ineinander und die gegenseitige Unterstützung, Kommunikationsfähigkeit, Rücksichtnahme aufeinander und Loyalität, die Pflegekräften ermöglicht, extreme Belastungssituationen zu meistern. Das Gespräch mit Teamkollegen ist für die meisten Mitarbeiter wichtiger, als Gespräche über Probleme bei der Arbeit mit Angehörigen

oder Freunden. Des Weiteren stehen den Mitarbeitenden, besonders den in der Psychiatrie Tätigen, institutionelle Ressourcen zur Verfügung. Diese schließen beispielsweise Deeskalationstrainer und Supervision ein. Diese Ressourcen fehlen Pflegekräften im Akutkrankenhaus, die eher auf Kollaboration und Teamgeist setzen müssen. Bei gesundheitlichen Problemen war einigen Teilnehmern jedoch der betriebsärztliche Dienst eine wertvolle Ressource. Trotz der Belastungen, die die Tätigkeit mit sich bringt, sind die Befragten in der Regel mit ihrem Arbeitgeber zufrieden. Wichtige Faktoren sind hier die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die regelmäßige Gehaltszahlung.

Intra-personelle Faktoren: Alle Interviewteilnehmer sind sich der Notwendigkeit eines Ausgleichs zur anstrengenden Arbeit im Privatbereich bewusst. Sie übernehmen in der Regel Verantwortung für ihr Wohlergehen und gehen Aktivitäten nach, die Ihnen nach der Arbeit Kraft und Entspannung geben. Die Strategien, die sie dabei einsetzen, sind vielfältig, z.B. Sport, Gärtnern, Shopping oder soziale Aktivitäten (Beschäftigung mit Familie oder Hund, etc.). Außerdem sind die Mitarbeitenden in der Lage, besonders mit ihren Teamkollegen, Stress durch Humor abzubauen.

Inter-personelle Faktoren: Viele Mitarbeitende beziehen ihre soziale Unterstützung bezüglich der psychosozialen Belastungen nahezu ausschließlich aus dem Arbeitsbereich. Im Familien- und Freundeskreis – so haben sie das Gefühl – könne man diese schwierigen Sachverhalte nicht besprechen.

Die Mitarbeitenden haben Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit dem Stress des Berufs umgehen zu können, dennoch ist kaum ein Befragter der Meinung, den körperlichen und psychischen Belastungen des Berufs bis zum Rentenalter standhalten zu können. Trotz der Erwartung, nicht bis zur Pensionierung im Beruf arbeiten zu können, planen nur wenige Teilnehmer gezielt einen Ausstieg aus dem Beruf (z.B. durch Weiterbildung): Die meisten Teilnehmer wünschen sich, im Beruf und in ihrem Team zu verbleiben.

0.2.3 Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeitenden

Die Mitarbeitenden wünschen sich besonders mehr Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit durch Patienten, andere Berufsgruppen und Klinikleitung. Weitere Wünsche betreffen die Optimierung der Organisation des Klinikalltags durch bessere Verteilung von Ressourcen. Das betrifft besonders die Organisation von interdisziplinären Arbeitsabläufen und die Personalplanung. Neben einer situationsangepassten Zukunftsplanung, um der drohenden Überalterung von Pflegeteams vorzubeugen, wird auch eine ausgewogenere Zusammensetzung von Teams in Bezug auf Fähigkeiten, auch körperlicher Leistungsfähigkeit, gewünscht, um eine Überbelastung voll leistungsfähiger Mitarbeiter zu verhindern.

Eine bauliche Optimierung der Arbeitsumgebung durch Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten für Pausen und Büroarbeiten, ausreichend Raum für Patientenbetreuung, angenehmeres 'Arbeitsklima' auf den Stationen durch adäquate Klimatisierung und Beleuchtung, sowie Lärmschutz wären für die Mitarbeitenden eine große Entlastung.

0.3 Entwicklung eines Resilienzförderprogramms

Auf der Basis der durchgeführten Interviews und der vorhandenen Literatur wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, das auf die Stärkung der Resilienz der Mitarbeitenden zielte. Das Trainingsprogramm war auf Wunsch der beteiligten Klinik auf einen Tag angelegt. Es enthielt die folgenden Module:

- Einführung in das Resilienzkonzept
- Selbstbeobachtung: Wie nehme ich Überlastung wahr?

- Umgang mit Stress und Belastungen
- Umgang mit Denkfallen
- Gute Beziehungen pflegen
- Arbeitsbedingungen gestalten
- Umgang mit ‚schwierigen‘ Patienten, Angehörigen, Arbeitskollegen
- Körperliches Gesundheit
- Freizeitverhalten
- Achtsamkeit

0.4 Einführung eines Resilienztrainingsprogramms

Das Programm wurde an einem Tag über einen Zeitraum von 8 Stunden in einer Klinik eingeführt. Die Resonanz darauf war recht positiv. Sowohl direkt nach der Veranstaltung als auch noch per Mail in den darauffolgenden Tagen erhielt der Projektleiter positive Rückmeldungen.

0.5 Danksagung

Wir bedanken uns recht herzlich bei den teilnehmenden Kliniken, ihren Geschäftsleitungen und den an den Interviews teilnehmenden Mitarbeitenden. Die Kliniken haben einen grossen Mut bewiesen, sich der Thematik der psychosozialen Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu stellen; eine Bereitschaft, die leider heutzutage nicht selbstverständlich ist.

Wir haben uns entschlossen, die Namen der Einrichtungen nicht zu veröffentlichen, da von den Mitarbeitenden zum Teil recht drastische Kritik an der Organisation und an der Leitung geübt wurde. Obwohl eine kritikbereite Mitarbeiterschaft auch als Teil einer resilienten Organisation verstanden werden kann, könnte diese Kritik in der Öffentlichkeit missverstanden und zu Zwecken verwendet werden, welche die Verfasser nicht intendiert haben. Wir sind uns sicher, dass die hier berichteten Problemlagen in den allermeisten Kliniken Deutschlands ebenfalls anzutreffen sind.

Der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen gilt der besondere Dank für den Auftrag zu diesem spannenden Projekt. Herrn Dipl.-Ing. Theo Blättler als Ansprechpartner bei der Unfallkasse ist für die unkomplizierte und stets hilfsbereite Kooperation zu danken.

1 Das Resilienz-Konzept

1.1 Psychosoziale Belastungen bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen gehört zu den Arbeitsbereichen mit einer hohen subjektiven Belastung, auch und gerade im Vergleich zu anderen Industrie- und Dienstleistungsbranchen. Eine aktuelle Untersuchung der deutschen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat ergeben, dass die Gesundheitsberufe in nahezu allen Anforderungsmerkmalen zu den Professionen mit der größten Belastung zählen (Lohmann-Haislah 2012). Diese hohe Belastung ist jedoch nicht auf Deutschland beschränkt, sondern findet sich in verschiedenen anderen Ländern ebenfalls. Britische Studien sehen dies ebenso (McDonald *et al.* 2013). Eine aktuelle, aber weitaus detailliertere Auswertung des Belastungserlebens verschiedener Berufsgruppen in Großbritannien hat gezeigt, dass die selbstberichtete Arbeitsbelastung vor allem in den Pflege-, Sozial- und Betreuungsberufen besonders hoch ausfällt (HSE 2012). Die besondere Belastung der Pflegeberufe zeigt sich auch bei Vergleichen zwischen Professionen in der Psychiatrie; die Pflege wies hier die geringste Berufszufriedenheit auf (Baruch *et al.* 2013, Voltmer *et al.* 2013).

Zu den psychosozialen Stressoren der Arbeit im Gesundheitswesen gehören patientenbezogene, arbeitsplatzbezogene sowie organisationsbedingte Elemente (Rössler 2012). Verschiedene Untersuchungen im deutschsprachigen Raum sowie international haben in den letzten Jahren detailliert einzelne Belastungsfaktoren der Arbeit im Gesundheitswesen untersucht. Ein besonderes Augenmerk hat dabei der Umgang mit Aggression und Gewalt erfahren, der als einer der relevanten patientenbezogenen (sowie angehörigen- oder besucherbezogenen) Faktoren gilt (Estryn-Behar *et al.* 2008, Hahn *et al.* 2008, Richter & Berger 2006, 2009, Zeh *et al.* 2009). Körperliche Übergriffe haben bekanntermaßen potenziell traumatisierende Folgen. Neben körperlichen Übergriffen spielen verbale Aggressionen eine relevante, wenn nicht sogar noch belastendere Rolle. Einer Studie der Berner Fachhochschule im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen zufolge, stufen die befragten Mitarbeitenden verbale Aggressionen als weitaus gravierender ein (Richter 2012).

Für den psychiatrischen Arbeitsbereich kommt zusätzlich zu den zuvor genannten Themen der Umgang mit Suizidalität und vollzogenen Patientensuiziden. Patientensuizide können sich erheblich negativ auf die psychische Befindlichkeit von Mitarbeitenden auswirken (Gulfi *et al.* 2010, Talseth & Gilje 2011). Neben dem allgemeinen Thema des Verlusts eines Menschenlebens geht es hier in erster Linie um die Frage der eigenen Verantwortung und des Einflusses eigener Entscheidungen auf die Selbsttötung von Patientinnen bzw. Patienten. Sowohl die Aggression als auch der Suizid von Patientinnen oder Patienten haben darüber hinaus potenziell negative Folgen für die Arbeit mit kranken Menschen.

Nach belastenden Ereignissen wie sie Übergriffe oder Patientensuizide darstellen, wird mittlerweile von einem erheblichen Risiko für sog. posttraumatische Belastungsreaktionen ausgegangen. Studien, die sich mit den noch enger definierten und als psychische Erkrankung einzustufenden Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) im Gesundheitswesen befasst haben, berichten einer Übersichtsarbeit zufolge zwischen 10 und 20 Prozent Betroffene nach einem derartigen Ereignis (Robertson & Perry 2010). Diese relativ hohen Prävalenzraten treten typischerweise in den ersten Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis auf und sind zum Teil noch als akute Belastungsreaktion einzustufen. Im Zeitverlauf geht die psychische Belastung in der Regel deutlich zurück, wenngleich ein kleiner Teil der davon betroffenen Mitarbeitenden chronisch erkranken kann.

Zu den arbeitsplatzbedingten Einflussfaktoren werden die besonderen Merkmale der Gesundheitsberufe wie der Umgang mit Leiden und Tod oder die professionsbezogenen ethischen Standards und Erwartungen (z.B. Helfen und Heilen) gezählt. Bei den organisationsbedingten Themen

geht es unter anderem um die spezifische Organisation Krankenhaus bzw. Spital, die Kooperation zwischen den Berufsgruppen, die damit verbundenen Hierarchie- und Machtkonstellationen und aktuell vor allem um die ökonomisch und politisch bedingten Veränderungen in der stationären Versorgung. Aktuelle Studien berichten über eine massive Arbeitsverdichtung bei gleichzeitigem Stellenabbau, welcher vor allem die Pflegeberufe betroffen hat (Braun *et al.* 2010, Zander *et al.* 2013).

Diese Themen und Entwicklungen stellen die Akteure im Gesundheitswesen (Kliniken, Berufsorganisationen, Gesundheitspolitik, Unfallversicherungen) vor erhebliche Herausforderungen. Angesichts des gleichzeitig stattfindenden demografischen Wandels, der einerseits zu mehr Pflegebedarf in der Gesellschaft führt und andererseits das Angebot an potenziellen Mitarbeitenden einschränkt, rücken die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz Gesundheitswesen zunehmend ins Blickfeld (Stichwort: Burnout). Es stellt sich die Frage, ob und gegebenenfalls wie diese Belastungen abgefangen werden können, insbesondere, da ein nicht unerheblicher Anteil etwa der Pflegenden den Beruf verlassen möchte. Eine aktuelle Studie ergab, dass in verschiedenen europäischen Ländern zwischen 5 und 17 Prozent der befragten Pflegenden über die Berufsaufgabe nachdenkt (Heinen *et al.* 2013). Andere Studien berichten sogar, dass bis zu einem Drittel den Pflegeberuf verlassen möchte, was vor allem mit den Arbeitsbedingungen zusammenhängt (Van den Heede *et al.* 2013).

Die Resilienz (Widerständigkeit) gegenüber psychosozialen Belastungen wird in jüngster Zeit als eines der wichtigen Konzepte auch für Mitarbeitende im Gesundheitswesen betrachtet (McAllister & Lowe 2011, McAllister & McKinnon 2009, Zwack 2013). Hierbei wird davon ausgegangen, dass Menschen zum einen von sich aus bestimmte Eigenschaften mitbringen, die es ihnen ermöglicht, angesichts schwieriger Umstände gesund zu bleiben und zum anderen, dass es möglicherweise gelingen kann, diese Eigenschaften zumindest teilweise zu erwerben oder sich anzueignen.

Dabei ist das körperliche und geistige Wohlbefinden des Personals unabkömmlich, wenn Qualität in der Gesundheitsversorgung garantiert werden soll. Der britische „NHS (*National Health Service*) Health and Wellbeing Review“ hat einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlbefinden von Personal im Gesundheitswesen mit drei Dimensionen von Servicequalität festgestellt: Patientensicherheit, Patientenerfahrung/ Patientenzufriedenheit und Effektivität in der Patientenbetreuung (NHS 2009). Trotz dieses Zusammenhangs ist die Sorge um das Wohlergehen des Personals selten Priorität von Gesundheitsinstitutionen. Dabei geht der zitierte britische Bericht davon aus, dass der Krankenstand des Personals um ca. ein Drittel gesenkt werden könnte, was gleichbedeutend mit knapp 15.000 zusätzlichen Mitarbeitenden wäre und die Personalnot im Gesundheitswesen erheblich mildern könnte.

Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Wohlbefinden der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Qualität der Patientenbetreuung sind optimale Arbeitsbedingungen wünschenswert. Die Organisation einer Klinik ist über den Faktor Belastung der Mitarbeitenden mit der Qualität der Behandlung verbunden (Montgomery *et al.* 2011, Montgomery *et al.* 2013).

Da es im klinischen Alltag nicht möglich ist, alle Stressfaktoren zu eliminieren, sollte es bei der Optimierung der Arbeitsbedingungen viel mehr darum gehen zu verstehen, welche Situationen Stress beim Individuum auslösen, welche dieser Faktoren beeinflussbar sind und welche nicht eliminiert werden können. Anschließend kann ein gesunder Umgang mit den Faktoren, die nicht beeinflussbar sind, dem Personal beispielsweise durch Schulungen vermittelt werden (Sergeant & Laws-Chapman 2012).

1.2 Resilienz – Ein biopsychosoziales Konzept

Die Begrifflichkeit der ‚Resilienz‘ ist abgeleitet vom lateinischen *resiliere* (dt.: abprallen) und wird im deutschen Sprachgebrauch vorwiegend in der Psychologie verwendet. Es bezeichnet psychi-

sche Widerstandskraft oder die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Resilienz ist initial als ein Prozess beschrieben worden, in dem Kinder, die in unvorteilhaften sozialen Umgebungen aufgewachsen sind, sich durch eine Anzahl von unterschiedlichen Bewältigungs-Strategien den teilweise schwierigen Umständen anpassen konnten, und ihnen zum Trotz sogar gut und erfolgreich leben (Werner & Smith 1992, Wolin & Wolin 1993). In Verbindung mit anderen Konzepten der Gesundheitspsychologie wie dem Kohärenz-Begriff oder dem Begriff der Salutogenese (Antonovsky 1987) hat sich ‚Resilienz‘ heute zu einem der zentralen Gebiete der sog. Positiven Psychologie entwickelt.

Resilienz konstituiert sich nach heutigem Wissensstand durch eine Kombination biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Fähigkeiten und Eigenschaften (auch solche, die genetisch determiniert sind) werden situationsentsprechend eingesetzt, je nachdem, welche Bewältigungsstrategien Erfolg versprechen. Die psychologischen Faktoren sind entscheidend dafür, wie eine kritische Situation wahrgenommen wird und ob sie aktiv und mit Optimismus angegangen oder passiv ertragen wird (Scharnhorst 2010). Soziale Faktoren wirken fördernd oder hemmend auf die Ausbildung der Resilienz.

Dementsprechend wird in neuerer Zeit ‚Resilienz‘ eher als Sammelbegriff für eine Anzahl von Konzepten, beeinflussenden Faktoren, Umständen und Persönlichkeitsmerkmalen verstanden, die gegen widrige Umstände resistent machen (Masten & Obradovic 2006). Resilienz ist somit ein interaktives Konzept, beim dem die unterschiedlichen Faktoren einander beeinflussen, und bei dem es um die relative Widerstandsfähigkeit gegen Umgebungsrisiken oder um die erfolgreiche Bewältigung von Stress und schwierigen Lebensumständen geht. Der Begriff kann auf Individuen, aber auch auf Gruppen angewendet werden (Davydov *et al.* 2010, Rutter 2006).

1.3 Resilienzforschung

Resilienzforschung ist eine relativ junge und sich dynamisch entwickelnde Forschungsdisziplin, deren bisherige Entwicklung sich grob in vier Phasen einteilen lässt (Masten & Obradovic 2006). In der ersten Phase (ca. 1970er Jahre) wurden vorwiegend die Ergebnisse longitudinaler, deskriptiver Studien veröffentlicht, die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die unter sehr widrigen Lebensumständen aufwuchsen, beobachteten. Diese Kinder entstammten beispielsweise Familien mit suchtkranken oder psychisch erkrankten Eltern, lebten in extremer Armut, waren Opfer von häuslicher Gewalt oder auch von Kriegen. Überraschenderweise ergaben viele dieser Studien, dass 50–70 % der Kinder trotz dieser schwierigen Lebensumstände soziale Kompetenz entwickelten und ein erfolgreiches Leben führen konnten (Benard 1991). Ziel der Forschung war es, herauszufinden, welche Anlagen oder Schutzfaktoren mit Resilienz in Zusammenhang gebracht werden können. Aus dieser Phase resultierte eine Auswahl an Resilienzskriterien, deren Wirkmechanismen und regulative Prozesse in der zweiten Phase untersucht wurden (ca. 1980er Jahre).

Zeitgleich mit dem Entstehen der Präventionsforschung (ca. 1990er Jahre) rückten schließlich in der dritten Phase der Resilienzforschung Prävention, Intervention und sozialpolitische Strategien zur Resilienzförderung gefährdeter Kinder und Jugendlicher in den Fokus. Heute steht die Resilienzforschung an der Schwelle ihrer vierten Phase. Resilienz soll nun auf multiplen Ebenen und interdisziplinär, zum Beispiel unter Einschluss von Genetik und Neurowissenschaften, untersucht werden, um die bestehende Evidenzlage mit Forschungsergebnissen aus diesen Disziplinen zu untermauern (Southwick & Charney 2012a, b).

Neben der Grundlagen- und Interventionsforschung sind mittlerweile auch verschiedene Skalen entwickelt worden, mit deren Hilfe Resilienz gemessen werden kann. In einer systematischen Übersicht konnten immerhin 15 englischsprachige Instrumente identifiziert werden, deren psychometrische Eigenschaften allerdings nicht immer befriedigend waren. Die Autoren kamen

zu dem Schluss, dass es noch kein Gold-Standard-Instrument zur Messung von Resilienz gäbe (Windle *et al.* 2011).

1.4 Anwendung des Resilienzkonzepts

Während Resilienzforschung anfangs auf Kinder und Jugendliche fokussiert war, ist das Konzept mittlerweile auch auf Erwachsene angewendet worden, beispielsweise im Militärwesen, bei Sicherheitskräften und bei Personal in Notdiensten. Hier steht im Vordergrund die Frage, wie Menschen befähigt werden können, erfolgreich als Individuum, aber auch im Team, mit schwierigen Situationen umzugehen und daran möglicherweise sogar noch persönlich zu wachsen (Cacioppo *et al.* 2011, Sharma & Sharma 2012). Ein weiterer Aspekt ist der Schutz des Personals vor krankmachenden Auswirkungen, zum Beispiel dem Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen nach Kriseneinsätzen (Arnetz *et al.* 2009). Obschon gerade im Wirtschafts- und Organisationsbereich noch Forschungsbedarf besteht, wird das Resilienzkonzept auch hier zunehmend populär. Es wird nicht nur auf Personal, beispielsweise im Managementtraining, angewendet, sondern es geht auch darum, wirtschaftliche Organisationen im Ganzen widerstandsfähig zu gestalten (Scharnhorst 2010).

Ein attraktiver Aspekt des Resilienzkonzepts ist sicherlich, dass es einen positiven Ausblick bietet, nämlich, dass aus Unglück potenziell Gutes und Positives resultieren kann. Darüber hinaus birgt es das Versprechen, dass Individuen die Möglichkeit haben, selber Einfluss darauf nehmen zu können, wie erfüllt und zufrieden sie ihr Leben leben können, wie auch immer die Umstände sein mögen, und dass diese Fähigkeit erlernbar ist.

Bei Resilienzförderung geht es vor allem darum, die mentale Gesundheit und das psychische Wohlbefinden von Menschen oder auch von ganzen Personengruppen zu stärken. Resilienztraining ist eine Möglichkeit, dieses Ziel zu erreichen. Es existiert bereits eine Vielzahl an Programmen, die zur Resilienzförderung eingesetzt werden. Häufig liegt dabei der Schwerpunkt auf der Förderung des Individuums und seiner Fähigkeiten. Daneben werden Programme angeboten, welche einen integrativen, gesamtorganisatorischen Ansatz verfolgen (Scharnhorst 2010). Mit seinem Ansatz, präventiv einzugreifen, bevor psychische Störungen entstehen, fügt sich das Resilienzkonzept nahtlos in den derzeitigen gesundheitspolitischen Kontext ein.

1.5 Resilienz im gesundheitspolitischen Kontext

Mit der Veröffentlichung der „Ottawa Charta“ im Jahr 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2013) einen neuen gesundheitspolitischen Kurs eingeschlagen, der es neben der Prävention und Behandlung von Krankheit auch vorrangig die Förderung von Gesundheit zum Ziel hat. Daher ist nun unter psychischer Gesundheit nicht die Abwesenheit psychischer Störungen zu verstehen, sondern der Zustand, in dem der Mensch sein Potenzial ausschöpfen und mit den Stressfaktoren des täglichen Lebens so umgehen kann, dass er produktiv arbeiten und seinen Beitrag zur Gesellschaft leisten kann. Die Philosophie des Resilienzkonzepts und der Ansatz, Faktoren zu identifizieren, die die Widerstandsfähigkeit und damit die mentale Gesundheit fördern, entsprechen dem gesundheitspolitischen Leitbild der WHO.

Doch obschon seit Veröffentlichung der Ottawa Charta mehr als 20 Jahre vergangen sind, sind die Forderungen der Charta in den meisten Ländern nicht umgesetzt worden. Bis heute herrscht in vielen Gesundheitssystemen ein einseitiges Paradigma vor: Krankheitssymptome und Pathologie werden behandelt, aber Chancen zur Gesundheitsförderung werden vernachlässigt (Edward *et al.* 2009). In der Bilanz nimmt das Belastungserleben bei Individuen auf der ganzen Welt zu. Das hat nicht nur signifikante Auswirkungen auf den Einzelnen, sondern auch schwerwiegende soziale und ökonomische Konsequenzen, von denen auch Deutschland nicht ausgenommen ist.

Das Resilienzkonzept zur Stärkung der psychischen Widerstandskraft wird als Grundlage zukunftsweisender Strategien angesehen, um die psychische Gesundheit in der Gesellschaft zu verbessern und dadurch Leistungsfähigkeit zu bewahren, sowie Lebensqualität bei steigender Lebenserwartung zu sichern und finanzierbar zu machen (Scharnhorst 2010).

1.6 Bedeutung des Resilienzkonzepts für Patientinnen und Patienten

Auch für den Umgang mit chronisch erkrankten Menschen ist Resilienz ein zukunftsweisendes Modell. Zusätzlich zu den psychosozialen Problemen, die oft begleitend auftreten, müssen diese Patienten langwierige, oft belastende Therapien ertragen und persönlich und innerhalb ihrer Familien Bewältigungsstrategien erarbeiten (Auslander & Freedenthal 2012). Fortschritte in der Krebstherapie haben dazu geführt, dass Tumorpatienten bessere Überlebenschancen haben, jedoch unter Umständen an Langzeitfolgen leiden, die sich in psychischen oder sozialen Anpassungsproblemen äußern können (Teall *et al.* 2013).

Eine relativ neue Sichtweise auf die psychosozialen Probleme chronisch erkrankter Patienten ist es, die Fähigkeit eines Menschen, mit seiner Erkrankung zu leben, als Ressource zu betrachten (Ridgway 2001). Im klinischen Kontext birgt dieser Gedanke Herausforderungen, aber auch Chancen, die Effizienz von Pflege- und Therapiemaßnahmen zu verbessern, wenn bereits beim Erstkontakt mit Patienten die vorhandenen Resilienzressourcen und Schutzfaktoren, die einen Heilungsprozess vorantreiben, identifiziert und in die Behandlungsplanung eingearbeitet werden könnten (Edward *et al.* 2009). In neuerer Zeit wird daher besonders im angloamerikanischen Raum zunehmend auch zum Thema Patientenresilienz geforscht. Erste Erkenntnisse weisen darauf hin, dass dieser Ansatz sinnvoll ist, um Krankheitsbewältigung zu ermöglichen und Rekonvaleszenz, zum Beispiel beim Umgang mit psychischer Erkrankung oder auch die psychische Rekonvaleszenz junger Erwachsener nach Krebserkrankung, zu fördern (Edward *et al.* 2009, Teall *et al.* 2013).

Es bedarf jedoch weiterer Forschung zur Identifikation der Rolle und Interaktion von Prozessen, inneren Einstellungen, Strategien und Ressourcen, die diejenigen Menschen einsetzen, die besonders erfolgreich mit beispielsweise psychischen Erkrankungen umgehen. Dies gilt vor allem vor der Herausforderung, diese Erkenntnisse im klinischen Kontext auch für diejenigen nutzbar zu machen, die größte Schwierigkeiten haben, mit den Belastungen einer chronischen Krankheit zu leben.

1.7 Bedeutung des Resilienzkonzepts für Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die große Bedeutung psychischer Belastungen in der Arbeitswelt ist ein zunehmend beachtetes Thema. Nicht zuletzt durch die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie ist diese Thematik auch in der Arbeitswelt, die vormals eher von körperlichen Gesundheitsgefahren geprägt war, heute angekommen. Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sind nunmehr aufgefordert, die schon länger bekannte Herausforderung anzunehmen und in den Betrieben und Einrichtungen des nicht nur des Gesundheitswesens umzusetzen. Eine entsprechende Leitlinie führt detailliert in diese Problematik ein (Nationale Arbeitsschutzkonferenz 2012).

Angesichts der Herausforderungen, die die alternde Bevölkerung und die Zunahme psychischer Krankheiten an das Gesundheitswesen stellen, kann Wissen um das Resilienzkonzept möglicherweise essenziell für Beschäftigte im Gesundheitswesen werden, nicht nur in Bezug auf eine effizientere Pflege und Behandlung für Patienten, sondern auch, um die psychische Gesundheit der Beschäftigten selber zu bewahren. Insofern wäre das Resilienzkonzept sehr gut geeignet, die oben zitierten Anforderungen und Erwartungen an Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu unterstützen. Die Fähigkeit, sich selbst schwierigen Bedingungen erfolgreich anzupassen, und so die eigene körperliche und geistige Gesundheit trotz widriger Umstände zu erhalten, ist in Gesund-

heitsberufen unabdingbar angesichts der physischen und psychischen Herausforderungen der Arbeit.

Auf der emotionalen Ebene müssen Pflegende, Ärzte und andere Beschäftigte in Heilberufen stets die Gratwanderung zwischen Empathie mit zum Teil traumatisierenden Patientenschicksalen bei gleichzeitiger Wahrung einer professionellen Distanz bewältigen (Wick 2006). Zusätzlich erleben gerade Mitarbeitende täglich emotional schwierige Situationen mit Patienten oder Angehörigen, die herausforderndes Verhalten, zum Beispiel Aggression oder Suizidalität, zeigen. Die zunehmend schwierigen organisatorischen und politischen Bedingungen im Gesundheitswesen, wie der stetig zunehmende Dokumentationsaufwand, verkürzte Patientenverweildauer, Arbeit unter extremem Zeitdruck und der Anspruch, dass mit immer weniger Ressourcen immer mehr erreicht werden soll, tun ihr übriges, um die Arbeit im Gesundheitswesen belastend zu machen.

Die dauerhafte Belastung am Arbeitsplatz birgt für die Mitarbeitenden ein erhöhtes Risiko, gesundheitlichen Schaden zu erleiden, beispielsweise in Form des Burnout-Syndroms (Maslach *et al.* 2001). Daraus kann nicht nur ein erhöhter Krankenstand resultieren, Personal, das sich den Anforderungen nicht gewachsen fühlt, verlässt häufig den Pflegeberuf (Estryn-Behar *et al.* 2008). Hohe Fluktuation unter Pflegekräften trägt so zum bereits bestehenden weltweiten Mangel an qualifiziertem Personal bei.

1.8 Resilienz von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen

Der relativ junge Stand der allgemeinen Resilienzforschung hat bislang nur wenig empirische Spuren bezüglich der Mitarbeiterschaft im Gesundheitswesen hinterlassen. Ein erstes, empirisch begründetes Modell hat die Faktoren Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Kontrolle, Bewältigungsmechanismen und Kompetenz beschrieben (Gillespie *et al.* 2007). Die bislang nur spärliche Forschung ist jüngst bezüglich der personalen Faktoren zusammengefasst worden und hat gezeigt, dass kognitives Umdeuten, Distanzierungstechniken sowie Hoffnung zentrale Mechanismen sind, die von Pflegenden angesichts schwieriger Arbeitssituationen eingesetzt werden (Hart *et al.* 2012). Positive Emotionen wie Optimismus, aber auch arbeitsplatzbezogene Aspekte wie Autonomie und Empowerment, sind in einer weiteren Literaturübersicht zu Resilienz bei Pflegenden herausgestellt worden (Jackson *et al.* 2007). Im Rahmen von mehreren Studien konnte etwa bei Intensivpflegenden gezeigt werden, dass Resilienz mit deutlich weniger posttraumatischen Belastungsstörungen und Burnout einhergeht (Mealer *et al.* 2012).

Diese generellen Aspekte des Umgangs mit Belastungserleben ist auch von arbeitspsychologischer Seite bestätigt worden. So konnte gezeigt werden, dass die Persönlichkeitseigenschaften Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung („Locus of Control“) sowie emotionale Stabilität mit weitaus weniger Belastungserleben bei Mitarbeitenden in Kliniksettings einherging (van Doorn & Hülshager 2013).

In eine ähnliche Richtung ging eine australische Untersuchung, die sich dieser Thematik für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gewidmet hat (Cooke *et al.* 2013). Resilienz war hier negativ assoziiert mit Burnout, sekundärer Traumatisierung, Angst und Unsicherheit. In verschiedenen qualitativen Arbeiten hat eine deutsche Arbeitsgruppe sich mit den pathogenen und salutogenen Faktoren der Ärztesundheit befasst. Hierbei stellte sich für die Resilienz heraus, dass die Interaktion mit Patienten eine besonders positive Rolle spielt, eine Verbesserung autonomer Handlungsentscheidungen sowie außerberufliche Faktoren wie Beziehungen und Work-Life-Balance (Zwack 2013, Zwack *et al.* 2011, Zwack *et al.* 2012, Zwack & Schweitzer 2013).

1.9 Resilienzförderprogramme

Dass resiliente Personen über diese genannten Eigenschaften verfügen, ist der aktuellen Forschung nach unumstritten. Menschen mit diesen Eigenschaften schaffen es, widrige Situationen zu bewältigen, sei es in der Situation oder im Anschluss daran. Weitaus umstrittener ist gegen-

wärtig, ob man Menschen auch trainieren kann, sich diese Eigenschaften anzueignen. Angesichts der zahlreichen körperlichen, aber vor allem der psychosozialen Risiken, denen Arbeitskräfte heute ausgesetzt sind und angesichts des erheblichen individuellen Leids und der sozialen Folgekosten erscheinen primärpräventive Maßnahmen indiziert zu sein.

Aus dieser Sicht ist es verständlich, dass vor allem westliche Armeen zunehmend darauf setzen, die Resilienz ihrer Soldatinnen und Soldaten zu erhöhen. Bekanntermaßen haben Einsätze in Kriegs- und Krisengebieten massive psychische Folgen, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen, deren Prävalenz nach direktem Kampfeinsatz auf 10-14 Prozent geschätzt wird (McNally 2012). In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder über erhöhten Suchtmittelkonsum sowie zahlreiche Suizide von ehemaligen Soldaten berichtet. Die US-amerikanische Armee hat nach den verheerenden Erfahrungen des Vietnam-Kriegs daher präventive Maßnahmen initiiert, die vor allem in der Spätphase des zweiten Irakkriegs und im Afghanistan-Einsatz zum Tragen gekommen sind (McNally 2012).

Diese Maßnahmen werden sowohl vor als auch nach dem Einsatz angewendet. Das bekannteste Programm dieser Art zur Anwendung vor dem Einsatz ist von der US-Armee unter dem Titel ‚Comprehensive Soldier Fitness‘ entwickelt worden (Cornum *et al.* 2011, Reivich *et al.* 2011). Das Programm umfasst ein Assessment der psychosozialen Ressourcen, ein allgemeines Resilienztraining sowie ein auf das Assessmentprofil des einzelnen Soldaten angepasstes individualisiertes Training (z.B. in Richtung sozialer Kompetenzen). Ein weiteres Programm, das primär im während des Einsatzes sowie im Anschluss daran angewendet wird, heißt ‚Battlemind‘ und befasst sich mit dem Umgang erwartbarer Folgen nach traumatisierenden Ereignissen (Reivich *et al.* 2011).

Als zentraler Hintergrund von Resilienz und ihrer Trainingsmaßnahmen gilt die sog. Positive Psychologie. Hierbei handelt es sich um die Annahme, dass durch die Herstellung einer positiven Gemütsstimmung nachfolgend positive Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit einstellen (Lyubomirsky & Layous 2013). Eine der wichtigsten Theorien in diesem Zusammenhang, die zwischenzeitlich umfangreiche empirische Forschung nach sich gezogen hat, ist die sog. ‚Broaden-and-Build‘-Theorie (dt. ungefähr: ‚Verbreiterung und Aufbau‘; (Fredrickson 2001, 2013)). Durch die Vermeidung kognitiver Engführungen (z.B. Denkfallen; s.u.) und insbesondere durch einen adäquaten Umgang mit negativen Emotionen sollen mentale Flexibilität mit einer Verbreiterung der Optionen entstehen. Hierdurch wiederum können neue psychosoziale Ressourcen aufgebaut werden, die dann als Basis einer Aufwärts-Spirale in Richtung Gesundheit gelten können. Zentraler Ansatzpunkt ist somit die Befassung mit positiven Ressourcen und nicht – wie in der klinischen Psychologie üblich – der Umgang mit Defiziten und Krankheiten.

Im Kern des Trainings stehen psychologische Techniken, welche sich auf die Bewertung von und den Umgang mit Stressoren beziehen. Die ‚Rational-emotive Therapie‘ nach Albert Ellis (Ellis 1962) und ihre Weiterentwicklungen befassen sich in erster Linie mit kognitiven Einstellungen gegenüber Belastungen sowie gegenüber vergangenen und zukünftig zu erwartenden Ereignissen. Unter Belastungserleben neigen viele Menschen dazu, in sog. Denkfallen zu geraten, mit denen sie sich als Opfer oder als Ursache bestimmter Entwicklungen sehen, welche nicht durch ‚objektive‘ Fakten gedeckt sind (z.B. „Wenn ich in dieser Situation versagt habe, dann werde ich das auch in anderen Situationen tun“). Resilienztrainings mit diesem Hintergrund versuchen von vornherein, auf das Risiko derartiger Denkfallen zu vermeiden und Hilfestellungen zu geben, wo denn individuell die Denkfallen verborgen liegen.

Sollten sich diese Maßnahmen als erfolgreich erweisen – was derzeit noch umstritten ist –, kann sicherlich von den Erfahrungen aus dem militärischen Bereich gelernt werden. Umstritten ist insbesondere die Frage, ob Resilienzfördertrainings tatsächlich in der Lage sind, Psychotraumata vorzubeugen. Die von der US-Armee bisher vorgelegte Evidenz beschreibt lediglich die allgemeine psychische Verfasstheit als Ergebnisindikator (Eidelson & Soldz 2012). Die Skepsis gegenüber

der Traumaprävention wird bestärkt von einer jüngst veröffentlichten systematischen Übersicht über Traumapräventionstrainings aus verschiedenen Bereichen (inkl. Militär, Polizei, Katastrophenhelfer). Die Übersicht hat ergeben, dass bis heute keine adäquaten Studien erstellt wurden, die hinreichend einen Effekt auf Traumaprävention belegen (Skeffington *et al.* 2013). Aktuell kann man davon ausgehen, dass Resilienzfördertrainings allenfalls unspezifische Wirkungen zeitigen insofern, als die allgemeine psychische Befindlichkeit gestärkt wird.

Abgesehen von den bis anhin noch nicht klaren Effekten solcher Trainings, besteht insbesondere bei der Übertragung von den beschriebenen Programmen auf Bereiche außerhalb der Armee ein erhebliches Problem. Kritiker dieses Konzepts bemängeln u.E. zu Recht, dass der Fokus der Resilienz bei vielen Trainings- und Fördermaßnahmen in Organisationen ausschließlich auf dem Individuum liegt (Bonanno *et al.* 2011: 528). Resilienztrainings in der aktuell vorliegenden Form beziehen sich nahezu ausschließlich auf fachliche Aspekte des jeweiligen Arbeitsplatzes. Den Kontextbedingungen oder gar den organisatorischen Problemen der Arbeitstätigkeit wird in der Regel kaum Aufmerksamkeit gewidmet. Unter den aktuellen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen (Arbeitsverdichtung, Personalmangel etc.) etwa könnten sich Arbeitgeber darauf zurückziehen, dass sie Resilienztrainings anbieten zur Kompensation der Auswirkungen der Arbeitsbedingungen ohne diese selbst zu verbessern. Darüber hinaus gibt es selbstverständlich wissenschaftlich fundierte Kritik an den Grundannahmen der Resilienz, z.B. an der einseitigen Fokussierung auf positive Emotionen (Forgas 2013).

Erste spezifische Interventionen für Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind zwischenzeitlich während des hier berichteten Projekts von anderen Arbeitsgruppen publiziert worden. Ein australisches Projekt hat weitgehend identische Inhalte entwickelt für ein Resilienzprogramm, wie sie auch hier weiter unten ausgeführt werden: Aufbau sozialer Beziehungen, positiver Ausblick, kognitive Interventionen sowie Work-Life-Balance (McDonald *et al.* 2012). Eine deutsche Arbeitsgruppe hat sich mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte beschäftigt. Methodisch wurde ähnlich einem Qualitätszirkel gearbeitet. Die Auswirkungen waren dabei sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Patienten positiv (Weigl *et al.* 2013). Ein Programm für Auszubildende in der Pflege beschränkte sich auf Vorträge zur Relevanz von psychischer Gesundheit und Resilienz (Thomas *et al.* 2011).

1.10 Schlussfolgerungen für das Forschungsprojekt

Der aktuelle Forschungsstand zur Resilienz im Allgemeinen und zu Trainingsprogrammen im Besonderen sieht viele Aspekte zum Umgang mit psychosozialen Belastungen noch nicht wissenschaftlich bestätigt. Das Resilienzkonzept ist theoretisch gut fundiert und in seiner Plausibilität und in der Notwendigkeit, diese Problematik anzugehen, unbestritten. Im Detail jedoch muss man davon ausgehen, dass zahlreiche Probleme noch nicht hinreichend gelöst sind. Daher wird sich das nachfolgend beschriebene Forschungsprojekt eher grundlegend mit verschiedenen Themen der Resilienz befassen und sollte als eines der ersten, sicher als pilothaft einzuschätzenden Projekten verstanden werden. Dies gilt insbesondere für das am Ende des Projekts entwickelte Resilienztraining für Mitarbeitende im Gesundheitswesen.

2 Methode: Qualitative Fokusgruppen-Interviews

2.1 Methodische Details

Angesichts der bis anhin im deutschsprachigen Raum nur wenig untersuchten Thematik der Resilienz von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen haben die Unfallkasse NRW und die Berner Fachhochschule ein Projekt aufgelegt, das erste empirische Zugänge zur Thematik von Belastung und Resilienz ermöglichen sollte. Da es zu Beginn des Projekts keine zufriedenstellende empirische Forschung im deutschsprachigen Raum gab, ist man übereingekommen, ein qualitatives Forschungsprojekt durchzuführen.

Gemeinsam mit der Unfallkasse NRW wurde nach Kliniken gesucht, die sich zur Mitwirkung bereit erklärten. Zwei öffentlich-rechtliche Kliniken aus Nordrhein-Westfalen partizipierten schließlich, es handelte sich um eine somatische sowie eine psychiatrische Klinik. Die Identität der beteiligten Kliniken wird aufgrund der teilweise kritischen Berichte ihrer Mitarbeitenden nicht bekanntgegeben. Nach Einschätzung des Projektleiters handelt es sich um Kliniken, die einerseits dem Durchschnitt ihrer Versorgungssettings entsprechen, andererseits jedoch auch schon über verschiedene Maßnahmen und Instrumente verfügen, welche in der Lage sind, die Resilienz ihrer Mitarbeitenden zu fördern. Insofern handelt es sich um Kliniken, die an der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden interessiert sind – was nicht zuletzt auch durch die Teilnahme an diesem Projekt dokumentiert worden ist.

Nach Vorgesprächen mit den Klinikleitungen wurde das Projekt in beiden Einrichtungen vorgestellt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über die jeweilige Klinikleitung, im Konkreten zum einen über den betriebsärztlichen Dienst und zum anderen über die Pflegedirektion. Aufgrund der relativ großen Resonanz nach dem Aufruf zur Teilnahme wurden insgesamt 6 Fokusgruppen durchgeführt.

Bei Fokusgruppen handelt es sich um eine qualitative sozialwissenschaftliche Methode, bei der eine Gruppe von zu Befragenden über verschiedene Themen diskutiert und Meinungen austauscht (Lamnek 1989). Die zu diskutierenden Themen werden vorab im Rahmen eines Leitfadens skizziert. Die Methode der Fokusgruppen ist allerdings auch offen für Themen, die nicht im Leitfaden enthalten sind, sofern diese Themen für das Projekt relevant und von den Befragten als wichtig eingeschätzt werden. Die Interviews wurden vom Projektleiter geführt. Alle Interviews wurden elektronisch aufgenommen mit Einverständnis der an den Gesprächen teilnehmenden Mitarbeitenden.

Die vorliegende Analyse von sechs Interviews wurde nach Mayring (2002) durchgeführt. Das Material wurde einer inhaltlich strukturierenden, qualitativen Analyse unterzogen, mit dem Ziel, wiederkehrende Themen und Inhaltsbereiche zu extrahieren und narrativ zusammenzufassen.

2.2 Stichprobe und Interviewdurchführung

Bei dem vorliegenden Material handelt es sich um sechs qualitative Fokusgruppen-Interviews (Gruppendiskussionen) mit jeweils 8 (ein Interview), 6 (drei Interviews) oder 5 (zwei Interviews) Teilnehmern. Die Teilnehmer wurden aus verschiedenen Arbeitsbereichen in Psychiatrie und Akutsomatik rekrutiert. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Teilnehmenden bis auf wenige Ausnahmen (Sozialarbeit, Psychologie) ausschließlich aus den Pflegeberufen stammten. Trotz entsprechender Rekrutierungsversuche ist es nicht gelungen, ärztliches Personal zu interviewen. Die untenstehende Tabelle zeigt die Teilnehmerverteilung, sowie die Einsatzbereiche der Teilnehmenden.

Gesamtzahl Teilnehmer	Verteilung männliche/ weibliche Teilnehmer		Arbeitsbereich
5	4 Frauen	1 Mann	Psychiatrie
8	5 Frauen	3 Männer	Somatik
6	4 Frauen	2 Männer	Somatik
6	6 Frauen	-	Somatik
5	4 Frauen	1 Mann	Psychiatrie
6	4 Frauen	2 Männer	Somatik

Tabelle 1: Teilnehmerverteilung in den sechs Fokusgruppen-Interviews

Die Interviews hatten eine Dauer von ungefähr 60-120 Minuten. Alle Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet, in schriftliche Protokolle transkribiert und anschließend wissenschaftlich ausgewertet.

Informationen über Umfang, Ziel und Interviewverfahren des Projektes lagen allen potenziellen Interviewpartnern in schriftlicher Form vor.

Die Interviews wurden leitfadengesteuert geführt. Ein Interviewleitfaden ist ein in der Sozialforschung häufig eingesetztes Hilfsmittel. Es handelt sich dabei um einen strukturierten Fragen- oder Themenkatalog, der dem Interviewer als Gedächtnisstütze oder Orientierungshilfe während des Interviews dient (Stigler & Felbinger 2005). Dabei ist die Reihenfolge der Fragen nicht fix, vielmehr liegt es am Interviewer, die Fragen oder Themenbereiche so einzubringen, wie es dem Lauf der Diskussion angemessen ist. Ebenso gibt der Leitfaden keine Antwortmöglichkeiten vor, sondern die Interviewteilnehmer können frei Antworten und Themen anschnitten, die ihnen wichtig erscheinen, um so gegebenenfalls den Interviewrahmen zu erweitern und zu bereichern. Der Leitfaden für die vorliegende Studie wurde auf der Basis einer Literaturrecherche zur Resilienz in der Pflege erstellt und vereint die als relevant identifizierten Themenbereiche (siehe Anhang). So wurden während der Gruppendiskussion die Erfahrungen, Bedürfnisse, bereits genutzte, sowie fehlende Resilienzressourcen, erfragt und innerhalb der Gruppe diskutiert.

2.3 Analysetechniken

Die elektronischen Aufzeichnungen der Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die Transkription erfolgte nach hausinternen Regeln der Angewandten Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule. Die Volltexte der transkribierten Interviews wurden analysiert. Zur Vorbereitung der Auswertung wurden die in Form von Dokumenten im „rich text format“ vorliegenden Transkriptionen zunächst in die Analysesoftware MAXQDA® importiert.

Anschließend wurden die Interviews in einem ersten Materialdurchlauf inhaltlich in Memos zusammengefasst. Dies ermöglichte eine erste intensive Auseinandersetzung mit dem Textmaterial. Im zweiten Materialdurchlauf wurden Textstellen thematisch einer oder mehreren Kategorien

(Codes) zugeordnet. Textstellen wurden dafür farblich markiert und in einem System von Ober- und Unterkodierungen verwaltet und organisiert.

Einzelne Sätze, die mindestens drei Wörter enthielten (Subjekt, Prädikat und Objekt) wurden als kleinstmögliche Einheit kodiert (Kodiereinheit). In Fällen, in denen mehrere Sätze ein inhaltliches Argument bildeten, wurden diese als sogenannte Kontexteinheit zusammengefasst und einer, oder auch gegebenenfalls mehreren Kategorien, zugeordnet.

Die Interviews wurden inhaltlich auf einem niedrigen Abstraktionsniveau analysiert. Das heißt, es wurde unter der Annahme analysiert, dass die Sprache in den Interviews keine oder nur wenig tiefere und interpretationswürdige Bedeutung hat (Sandelowski 2000).

2.4 Kategorienbildung und Kategoriensystem

Es wurden jeweils die Textstellen kodiert und analysiert, die relevante Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen boten. Ein Kodierleitfaden, der auf Basis des Interviewleitfadens erstellt worden war, leitete die deduktive Textanalyse. Dieser Kodierleitfaden mit zunächst 25 Kategorien (sechs Hauptkategorien und 19 Unterkategorien) wurde an einem Interview (IV6) getestet. Mit Fortschreiten der Analyse wurde der Kodierleitfaden weiterentwickelt und um fünf Kategorien (zwei Hauptkategorien und drei Unterkategorien) erweitert. Das finale Kodierungssystem bestand somit aus insgesamt 30 hierarchisch angeordneten Codes: acht Hauptkategorien mit 22 Unterkategorien. Tabelle 2 gibt einen Überblick über das endgültige Kodierungssystem einschließlich der Anzahl der kodierten Textpassagen pro Kategorie und Interview (IV1 – 6).

2.5 Gütekriterien

Entsprechend den Vorgaben Mayrings (2002) muss das Vorgehen im Analyseprozess sowie wie bei der Ergebnisfindung nachvollziehbar sein. Um diesem Kriterium gerecht zu werden, wurden alle Schritte im Analyseprozess dokumentiert indem nach der Kodierung jedes Interviews Gedanken zum Interview, mögliche Interpretationsmöglichkeiten, Ergänzungen zum Kodierleitfaden etc. schriftlich festgehalten.

Der Kodierleitfaden sowie die thematische Zusammenfassung wurden vom Projektleiter auf Angemessenheit hin überprüft. Um Interkodiererreliabilität, d.h. eine gleichartige Kodierung des Datenmaterials auch bei wechselnden Kodierern, zu gewährleisten, wurden die Kodierungen von zwei Interviews (Interview 2 und Interview 4) mit denen eines unabhängigen Kodierers verglichen. Dabei stellte sich eine weitestgehende Übereinstimmung der Kodierungen heraus.

3 Ergebnisse

Die Auswertung der sechs Interviewtexte ergab insgesamt 601 Kodierungen oder Textzuordnungen in insgesamt 30 Kategorien. Die Analyse teilt sich in drei thematische Hauptbereiche auf: Belastungen, Resilienzfaktoren sowie Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeitenden.

Nachfolgend werden die gerade genannten Themenbereiche, die aus den Interviews herausgefiltert worden sind, mit Hilfe von Originalzitaten illustriert. Aus der Fülle des Textmaterials wurde dabei auf möglichst aussagekräftige Zitate zurückgegriffen.

3.1 Arbeitsbelastungen

3.1.1 Allgemeine Aspekte der Arbeitsbelastung

Fast ein Drittel der Aussagen, die in den Interviews gemacht werden, betreffen die Arbeitssituation der Mitarbeitenden (190 Kodierungen). Die Arbeit der Mitarbeitenden im Krankenhaus wird durch eine Vielzahl von Faktoren erschwert. Diese sind organisatorisch – administrativer Art, patientenbezogen und interdisziplinär. In der Summe machen diese insbesondere den Pflegeberuf zu einer körperlich, emotional und psychisch anspruchsvollen und herausfordernden Aufgabe.

„Ich finde, da sind viele Faktoren. Also das fängt von Arbeitsabläufen die nicht gut strukturiert sind bei uns im Haus, über Patienten, über Angehörige, über Mitarbeiter, die langzeitkrank sind, die Stellen werden nicht besetzt. Es ist irgendwie ein täglicher Kampf.“ (IV4)

Die Befragten empfinden zahlreiche Aspekte der Organisation und Administration als belastend. Ein Faktor ist hier die Dienstplanung. Da Patienten rund um die Uhr betreut werden müssen, arbeiten viele Pflegenden in einem Drei-Schichten Rhythmus von Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst. Der wöchentliche Wechsel des Dienstes ist körperlich anstrengend, besonders mit zunehmendem Alter:

„Was ich halt vermehrt finde, dass wir arbeiten ja im Dreischichtsystem und so, das mit diesem Wechseln und diesen Nachtdienst und so, also das ist je älter ich jetzt werde, das wird halt schon anstrengender.“ (IV6)

3.1.2 Auswirkungen von langzeiterkrankten Mitarbeitenden

Zusätzlich sorgen personelle Unterbesetzung der Stationen und fehlendes Ersatzpersonal für Langzeiterkrankte für hohe Arbeitsbelastung.

„[...] Dann haben wir auch Langzeitkranke. Die Stellen werden nicht besetzt, was ich absolut nicht verstehen kann. Wir haben halt ein hohes Pflegeaufkommen und wir haben Mitarbeiter, die vom Nachtdienst befreit sind, das muss alles abgedeckt werden. Und das sind so Sachen die einfach zusammenspielen was schon sehr anstrengend ist finde ich“ (IV6)

In den Teams besteht prinzipiell die Bereitschaft seitens jüngerer Mitarbeiter, ältere Mitarbeiter entsprechend ihrer Bedürfnisse zu entlasten und ihre Erfahrung als Ressource zu sehen.

„Ich bin jetzt zum Teil [von Überalterung im Team] betroffen, würde ich sagen, auf Grund von Krankheitsständen usw. Ich glaube aber, dass die Kollegen die lange dabei sind, im Umkehr schon so viel Erfahrung und Ruhe mit rein bringen, wenn sie denn da sind, dass das so neu dazugekommene Fähigkeiten, wie so arbeiten am PC, so von den jungen Kollegen gerne übernommen wird und die auch sich bewusst sind, davon zu profitieren, dass da ein alter Hase mit dabei ist, der jetzt wirklich nicht schnell in Panik verfällt und ganz viel schon erlebt hat

und ganz viel Erfahrung einfach mitbringt. Also ich erlebe [...] [die Situation] nicht so als Hai-fischbecken, ich glaube, es liegt auch damit einfach [...] [an] der Mentalität von Leuten, die im sozialen Bereich arbeiten. Da geht es ja nicht um des anderen Arbeitsstelle oder meine, sondern man ist da schon von der Kultur her eher so, dass man das zusammen machen möchte, auch jeder mit seinen Fähigkeiten. Oder schon auch ein Bewusstsein dafür ist, was für Qualitäten hat der andere denn. Wenn die Schere natürlich sehr weit auseinander ist, das aber auch unabhängig vom Alter problematisch, irgendwann natürlich. So würde ich das erleben, aber gerade in der Allgemeinpsychiatrie, wo natürlich die körperliche Belastung verglichen mit der Somatik nicht so hoch ist, ist Erfahrung enorm wichtig und das hilft den jungen Kollegen da ganz stark.“ (IV1)

Dennoch führt dauerhaft erhöhte Arbeitsbelastung jüngerer Mitarbeiter durch Langzeiterkrankte zu Spannungen:

„[...] Dauerkrankte, also, wir haben, ich glaube, 200-300 Prozent haben wir dauerhaft krank, und das seit Jahren. Und manchmal geht es auch schon, ich glaube, da waren 8 Leute gleichzeitig [...] krank. Also, und letztendlich sind es immer dieselben Leute, die 100 Prozent [...] [arbeiten], die praktisch mit dem Kopf unter dem Arm trotzdem zum Dienst erscheinen und das ganze [den Ausfall] kompensier[en]. Ich glaube, das ärgert einem, dass gewisse Leute, sage ich jetzt mal, immer irgendwelche Sperenzchen haben und andere Leute, sag ich mal, vielleicht schon 2 Jahre gar nicht krank waren, oder vielleicht schon krank, aber trotzdem da waren, und das [wird] gar nicht gewürdigt.“ (IV3)

Die Überalterung von Teams ist ein Problem, das den Pflegekräften Sorgen macht, und für das nach ihrer Ansicht keine situationsangepasste Zukunftsplanung auf Leitungsebene stattfindet, wie diese Interviewteilnehmerinnen, die in der Psychiatrie tätig sind, ausführen:

„Teilnehmerin 2: [...] Also, wir haben das zum Beispiel, so der eine Kollege der stellt zum Beispiel Medizin, das ist sein Fachgebiet, da hat er Ruhe, da muss er nicht so in diese Fixiersituationen, da lassen wir die auch komplett raus. [...] man muss abwägen und das ist ein Geben und Nehmen, [...] das [...] hält sich in einer guten Waage finde ich.

Teilnehmerin 1: Aber ich finde das schon, da sprechen wir auch häufiger darüber, weil wir auch in unserem Team ja auch sehr alt sind. Also,[es] ist so, wir haben ja bei uns auf der Station, ich glaube, jetzt in meiner Schicht ist keiner unter 45. Also wir sind alle drüber, wir haben ja überhaupt keine jüngeren Kollegen bei uns, gar nicht. Also, wir haben [...] ja keine jüngeren Kollegen und da ist immer so Frage, auch was machen. Wir, wir haben, ich kenne nun ja auch Kolleginnen die gegangen sind, von der Station, die dann so mit 60 gesagt haben: 'ich schaffe das hier nicht mehr'. Und da kommen wir jetzt bald so im Laufe der Jahre jetzt alle hin und [es] geht jetzt schon los: 'ich kann keine Nachtwachen mehr machen'. Kann ich verstehen, mit 57 oder, was weiß ich, kann ich auch nicht mehr 12 Stunden durchziehen, kann ich jetzt schon nicht. Also von daher finde ich, [...] das ist auch eine Sache, da muss man ja auch mal darüber nachdenken. Und wir sind alle so in diesem Alter und das finde ich, ist eine ganz große Belastung, darüber nachzudenken, wie wird das? [...] das, finde ich, ist auch eine ganz große Belastung, so in den Teams, weil die Ressourcen des Personals werden immer kleiner, aber es muss trotzdem ja alles bewältigt werden. [...] wenn wir jetzt jemand junges kriegen würden, der täte mir richtig leid, weil der müsste irgendwann immer herhalten.

Interviewer: Wie haben Sie eine Ahnung, wie geht denn die Klinik oder wie geht der Klinikträger mit diesen Problemen um?

Teilnehmerin 1: Gar nicht.

Teilnehmerin 4: Die lassen es auf sich zukommen, habe ich das Gefühl denen ist das egal. Also egal, weiß ich nicht, aber man hat immer so das Gefühl, die gucken mal. So

lange die hier alle noch leben und alles gut ist, gucken wir mal wie es läuft. Und es funktioniert ja auch irgendwie.“ (IV3)

3.1.3 Kurze Liegezeiten und schlecht planbare Organisation

Dazu kommen verkürzte Liegezeiten und hoher Patientendurchsatz.

„[...] die Liegezeiten verkürzen sich ja so. Der ganze Ablauf hat sich geändert in den letzten 2 Jahren und das sind so Stoßzeiten, wo man wirklich ja schon an seine Grenzen auch kommt [...] einfach diese Unruhe, Entlassungen, Aufnahme, das ist oft ja, die Betten werden einfach nicht kalt. So es ist halt anders geworden.“ (IV6)

Der Stationsalltag ist so generell nicht planbar, die Ereignisse sind niemals vorhersehbar.

„[...] was so chronische Arbeitsbelastung angeht glaube ich ist es auch dieses ich sage immer von davor auf jetzt habe ich sozusagen jegliche Planung in meinem Arbeitsalltag aufgegeben ich bin sozusagen da und arbeite einfach die Dinge ab [...].“ (IV1)

3.1.4 Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe

Da die meisten Abteilungen stark unter hoher Arbeitsbelastung leiden, kommt es zu einer Art ‚Tunnelblick‘ in der die einzelnen Mitarbeiter nur noch ihre eigene Arbeit sehen. Häufig äußert sich der Stress in einem rauen Umgangston zwischen Abteilungen. Es wird der Verlust eines früher existierenden Gemeinschaftsgefühls unter Krankenhausangestellten bemängelt.

„I: Aber ist das so habe ich das richtig verstanden ist das nicht so eine Art Gemeinschaftsgefühl gibt hier im

Teilnehmer 3: Also gar nicht

Teilnehmer 5: Das fehlt ein bisschen

Teilnehmer 3: Also ich finde ein bisschen viel finde ich

[...]

Teilnehmer 4: Ich habe das Gefühl dass ja auch viel gesprochen wird und sich letztendlich auch nichts ändern wird und jeder für sich weiter so macht wie er wie es da gemacht hat.“ (IV3)

Dem Personal bleibt auf Grund der Arbeitsbelastung wenig Spielraum, spontan Patienten einer anderen Abteilung, die beispielsweise auf dem Weg zu einer Untersuchung Hilfe benötigt, zu helfen.

„Also ich kann das eigentlich nur ergänzen weil wir in einer Gesellschaft leben oder auch hier im Haus merkt man, dass da immer häufiger der Spruch kommt "dafür bin ich nicht zuständig". Das war hier als ich angefangen habe vor 13 Jahren noch nicht so. Da hat man auch selber wenn man irgendwie bei jemandem vorbeikam dem es nicht gut ging hat man nicht gesagt ich warte jetzt dass der Begleitdienst kommt und Sie wieder nach oben bringt da ist man halt selber mal mit dem Patienten losgezogen. Mittlerweile ist aber der Leistungsdruck so hoch dass man immer in einem Konflikt steht weil man es "a" nicht schafft und "b" weiss man halt auch nicht überschreite ich meine Kompetenz und krieg deswegen dann eins drauf weil ich jetzt selber mal mir überlege "ich muss jetzt mal hier zupacken". Das macht schon viel aus.“ (IV4)

Arbeitsabläufe zwischen Abteilungen sind oft schlecht koordiniert und es mangelt an klarer interdisziplinärer Kommunikation, so dass Ressourcen verschwendet werden, lange Wartezeiten für Patienten anfallen und Therapien in der Somatik ineffizient geplant werden („Drehtürpatienten“):

„Also was ich so finde, was eigentlich überwiegt jetzt, halt so ein Krankenhaus versucht ja, auch irgendwie zumindest kostenneutral zu arbeiten, und das heißt, [...] es werden halt immer mehr Patienten einfach durchgeschleust. Die [...] Patienten werden manchmal vielleicht auch zu früh, entlassen die, wir haben das schon häufig, dass die einfach ein[en] Tag später wiederkommen, weil es zu Hause einfach überhaupt nicht geht. [...] Das ist immer so ein Wechselspiel. Auch manchmal, auch dann, ja dann fragt man sich: 'Sie sind doch gestern erst entlassen worden?' . Ja, die häusliche Pflege ist dann halt nicht gewährleistet, wenn Ehefrau das nicht schafft oder die Kinder das nicht schaffen und so. Und die Anzahl der Patienten steigt halt kontinuierlich [...]“ (IV6)

3.1.5 Inadäquate Behandlungsplanung

Zudem ist die Therapieplanung in der Somatik oft ad hoc. Ärzte treffen Anordnungen, die dann kurzfristig wieder geändert werden und den Mitarbeitenden zusätzlich Arbeit verschaffen:

„Laufend wiederholende Anordnungen von Ärzten. Erst wird das eine angeordnet, dann wird es wieder umgeschmissen: 'Macht das nächste, ach, wir machen das doch ganz anders.' Dann Termine im Haus, es sind Untersuchungen angeordnet, wir wissen davon nichts, was natürlich auch sehr nervig ist.“ (IV2)

In der Psychiatrie, wird ein ähnliches Problem gesehen, das des fehlenden Entlassungsmanagements.

„[...] ich bin gerade in der Fachweiterbildung bin fast fertig und bin dann im xy xy wieder zur Station gekommen und guck auf den Belegungsplan der Patienten und der sieht so aus wie im Oktober letzten Jahres und das ist natürlich etwas wo man denkt, 9 Monate auf einer Krisenstation, macht das Sinn [...] und [ob] nicht in diesen 9 Monaten nie die Zeit gewesen wäre nach anderen Unterbringungsformen sich umzuschauen [...]“ (IV5)

3.1.6 Suboptimale Räumlichkeiten

Ein weiteres Problem stellt die räumliche Gestaltung von Stationen dar, deren Planung nicht immer optimal ist. Ein Teilnehmer schildert folgende Situation:

„Wobei wir im Moment noch die Ausnahmesituation haben dass wir für 14 Tagen nein wir sind jetzt 3 Wochen, auf eine komplett neu renovierte Station gezogen sind, wo jetzt so im Nachlauf sich herausstellt, es ist allein schalltechnisch, arbeitstechnisch ein absolutes Desaster. Und wie auch unser Pflegedienstleiter heute feststellte, maximale Frustration. Also es ist inzwischen wirklich soweit, es ist, ab mittags muss man Kopfschmerztabletten nehmen, weil der Lärmpegel dermaßen hoch ist. Der Flur ist optisch sehr schön, aber es ist furchtbar warm, wir fangen dann morgens schon mit 25 Grad Temperatur an, fahren den Lichther Himmel, der da Tageslicht simulieren soll, weil der ehemalige Tagesraum weg ist, das ist jetzt auch ein Patientenzimmer, sie können den Flur überhaupt nicht mehr belüften. Die Klimabelüftungsanlage ist die alte geblieben, man soll die Türen nicht auf lassen, wegen Brandschutz. Noch halten wir uns ja auch dran dann mussten wir heute den Lichther Himmel so hochfahren, dass dann Tageslicht simuliert ist, dann waren wir bei knapp 28 Grad. Jeder, der kommt und sagt boah hier ist es wie Sauna das ist ja toll, dass

ihr es einseht, wir müssen hier arbeiten ohne Sauerstoff, ohne alles, also ich denke, das zerrt im Moment an den Nerven in unserem Team enorm.“ (IV 2)

Tresen, die offen und mitten auf der Station lokalisiert sind, sind Zentren für Informationsübermittlung. Hier finden interdisziplinäre - sowie Kommunikation zwischen Patienten und Mitarbeitenden statt, hier sind Telefone und Computer lokalisiert. Die Tresen sind stark lärmbelastet und es fehlen Rückzugsmöglichkeiten für Personal, um geschützt Pausen verbringen oder in Ruhe die Visiten ausarbeiten zu können. Häufig sind Mitarbeitende so stets ansprechbar für Ärzte, Patienten und Angehörige:

„Was mich bei uns zum Beispiel total stresst, und ich denke, dass bin ich nicht alleine, da sprech' ich für viele Mitarbeiter. Wir haben halt einen großen Tresen. Wir sind eine 50-Betten Station, wo wir auch vier Arbeitsplätze haben, zwei Telefone, offene Tresen. Das spielt sich alles da vorne ab: Die Ärzte von beiden Seiten, die Angehörigen, sämtliche Untersuchungen, die Telefone von beiden Seiten, die klingeln. Patienten von beiden Seiten, der Begleitdienst, der Transportdienst, alles spielt sich wirklich da vorne ab und das ist unser Arbeitsplatz. Da arbeiten wir die Visite aus. Wir haben keine Rückzugsmöglichkeiten. Da stehen die Computer wir müssen da arbeiten. Da sind alle Scheine, alles was wir benötigen, und das ist richtig hart.“ (IV 4)

Offene Besuchszeiten sorgen zusätzlich dafür, dass die Pflegekräfte stets für Angehörige ansprechbar sind und so keine Zeiten im Dienstalltag haben, in denen sie ungestört der Pflgetätigkeit nachgehen können.

„[...] wir haben offene Arbeitszimmer, verbunden mit Flur, und da laufen ständig die Angehörigen dann. Besucher haben ständig Fragen, [das] Telefon klingelt alle 2 Minuten und wiederum kommen von der Dialyse, gehen zu Dialyse, Aufnahme, Entlassungen, das ist ein[e] grosse Belastung für uns. Auch kommen [die Angehörigen] mit 1000 Fragen, sind nicht zufrieden, und ich denke, man müsste [...] feste Besuchszeiten machen [...], also nicht [...] von morgens bis abends. Bis 11 Uhr, manchmal bis 1 Uhr in der Nacht, sind die Angehörigen da. Wir laufen da und die denken, [es] ist nur ihr Patient, ihre Mutter oder Vater, der daliegt, der ist wichtig, und am Hals hast du 50 Leute.“ (IV2)

Weitere Probleme, die den Alltag erschweren sind unsichere Dienstplanung für Mitarbeitende und Ärzte und Belegung von Stationen mit Patienten im falschen Setting.

3.1.7 Fehlende Wertschätzung

Die Pflegekräfte verstehen sich als essenziell für die Patientenbetreuung. Gerade Personal in der Notaufnahme macht die Erfahrung, dass Ärzte das Wissen und selbständige Mitdenken der Mitarbeiter zu schätzen wissen:

„Ja aber die können aber auch nicht ohne uns und die wissen ganz genau. Wenn (...), also wir sind in der Notaufnahme, wenn da die Schwester nur sagt, also wenn ich jetzt sagen würde: 'Morgen, ich arbeite jetzt nur noch auf Anordnung und das schriftlich, so wie es gewünscht ist vom Arbeitgeber', dann würde da gar nichts mehr laufen. Also ich meine, dann wird kein Blut abgenommen, kein Gips gemacht, weil die [Ärzte] können nicht gipsen, die können kein EKG schreiben, wir können zehnmal besser [einen intravenösen Zugang] legen und Blut abnehmen, weil [wir] das einfach jeden Tag machen und das zehn Mal in einer Stunde mindestens. Manchmal, und die sind halt auf uns angewiesen, des-

wegen, wenn man dann zum Dienst kommt und die sagen: ' Schön, dass du da bist', dann weiß man halt genau, es ist halt ja auch so ein bisschen füttern, aber das also das ist bei uns schon eigentlich ganz gut.“ (IV4)

Das ist jedoch nicht durchgängig der Fall. Häufig empfinden Mitarbeitende, dass sie auf der untersten Stufe in der Krankenhaus Hierarchie stehen. Sie fühlen sich im Besonderen von Ärzten nicht ernst genommen, obschon sie in Notfallsituationen mit unerfahrenen Assistenzärzten, die selber überfordert sind und denen es häufig an fachlicher Unterstützung mangelt, die Leitung übernehmen müssen.

„Das trifft zwei Schwestern von unserer Station, die im Spätdienst eine Reanimation hatten. Es waren unsere zwei Schwestern, drei von internistischen Ärzten auf der Station und eine Anästhesistin kam dazu, die sehr unerfahren war und Ihre Unerfahrenheit damit wettgemacht hat, indem sie nachher einen Beschwerdebrief [an] die Pflegedienstleitung, zu unserer Vorgesetzten [geschrieben hat] und sich über unser Pflegepersonal beschwert hat: Dass die keine Reha durchführen könnten, dass die total unerfahren gewesen sind, was im Einzelnen alles nicht funktioniert hätte... Was wirklich haarsträubend war und an den Haaren herbeigezogen. Das zur Wertschätzung. Meine Schwestern mussten sich rechtfertigen, hatten Gespräche in der Pflegedienstleitung. Weder die Ärzte noch die Anästhesistin [musste sich rechtfertigen] und das finde ich allerhand. Und wenn die Schwestern nicht gewesen wären, dann wäre gar nichts gelaufen.“ (IV 4)

Eine andere Teilnehmerin schildert folgende Situation:

„[...] unsere Stationsärzte waren noch da gewesen und der Patientin ging es nicht gut und ich habe an der am Arztzimmer geklopft. Und ich habe gesagt: ' du hör mal die Patientin [...], nun guck mal, ihr geht es nicht gut. Ich habe alle Maßnahmen durchgeführt, die ist am Hyperventilieren, ich kann sie nicht mehr runterkriegen. Guck mal bitte.' [...] Dann kam sie [die Ärztin]. [...] Die [Ärzte] sind halt zum Teil, die Ärzte [sind] viel jung [und] unerfahren. Die können ohne Oberärzte nicht arbeiten, die müssen nun mal einen Ansprechpartner haben. Und dann kam sie da rein und hat sich die Patientin angeguckt, hat erst mal zehn Stunden überlegt, ob die ein EKG machen möchte, oder nicht. Und dann wurde ein EKG geschrieben [...] und [...] dann wurde der Oberarzt angerufen, der schon nicht mehr im Hause war. Also sind sie dann damit zur Intensivstation gelaufen, um das auswerten zu lassen. In der Zeit wurde die Patientin schon reanimationspflichtig und das Rea-Team kam schon. Und von unserer Ärztin, von allen beiden, war das die erste Rea. Und die waren kreidebleich und haben in der Ecke gestanden und wir Schwestern sind da rumgelaufen ja und wenn da was passieren würde sind Ärzte wirklich in Sicherheit und wir kriegen dann alles ab.“ (IV4)

In der Psychiatrie werden ärztliche Anordnungen oft nicht mit Mitarbeitenden und verfügbaren Ressourcen abgestimmt. Die Mitarbeiter fühlen sich nicht ernst genommen:

„[...] Das ist so halt, wenn die Demenz oder die Desorientiertheit fortgeschritten ist oder im Entzug halt wo auch ein hohes Aggressionspotential da ist, dann wird einfach gesagt: 'eins zu eins Betreuung', egal, ob man das leisten kann oder nicht. So da ist so diese Verantwortlichkeit der Oberärzte, ich finde, die machen sich das oft sehr einfach und übernehmen wenig Verantwortung, sondern schieben das dann einfach auf die Pfleger ab. Und das finde ich manchmal sehr belastend und auch schon, dass man als Pflegepersonal nicht wirklich ernstgenommen wird.“ (IV5)

Eine Teilnehmerin sieht das Problem, dass Mitarbeitende nicht anerkannt werden als ein bundesweites Imageproblem:

„ Man hat das Gefühl nicht ernst genommen zu werden, belächelt zu werden von den anderen das ist richtig unangenehm. [...] Also was wirklich fehlt ist was sich aber auch wie

ein roter Faden länderweit [durch]zieht, ist teilweise, egal welcher Bereich, die mangelnde Wertschätzung dem Pflegepersonal gegenüber. Ob das jetzt bewusst, ich glaube, das ist unbewusst, abläuft, dass es einfach nicht reflektiert. [Es] ist sozusagen: 'das gemeine Fußvolk wird's schon machen' [...].“ (IV5)

Mitarbeitenden fühlen sich zudem als Prellbock für Aggressionen von Patienten und Angehörigen, doch wenn sie Opfer von Aggressionen werden, besteht für sie kein Anrecht auf Entschuldigung. Pflegekräfte müssen stets freundlich und klientenorientiert handeln, egal, wie respektlos sie selber behandelt werden.

„Also wir haben ja auch kein Ventil das baut den Stress halt auf. Wenn die Patienten sich schlecht fühlen oder ungerecht behandelt, dann gehen die bei der B... zum Tresen, bei uns zur Triageschwester oder zu dem, den man sich als nächstes greifen kann. Und kann sich da richtig auskotzen, sag ich mal. Und seinen Frust loswerden. Wir müssen immer total souverän und perfekt bleiben. Immer ein Lächeln auf den Lippen haben, uns für die Beschwerden am besten noch bedanken. Und sagen, das trägt zum Betriebsklima bei, dass sie uns jetzt hier so anschießen, dass ich werde es mir zu Herzen nehmen. Man muss halt immer so perfekt bleiben. Wir haben keine Anlaufstelle, wir können nicht irgendwo so hingehen und sagen: 'diese Situation hat mich gerade so "abgefucked".' Also mal jetzt, mal wirklich. Es ist ja manchmal so. Wir müssen immer 7.5 Stunden, manchmal die Pause auch noch, mitarbeiten und immer auf einem ganz hohen Level gute Leistung erbringen. Und dieses Ventil, dass die anderen Leute alle haben, [...] das haben wir als Pflegekräfte nicht. Selbst, wenn wir mal einer Vorgesetzten gewisse Dinge aufzeigen, ist es manchmal wirklich ein Problem.“ (IV4)

Eine Teilnehmerin illustriert das Fehlen von Rückhalt in der Institution folgendermaßen:

„Also ich finde es sehr belastend, dass es zum Beispiel eine Patientenbeschwerdestelle, gibt wo sich jeder Patient jeder Zeit beschweren kann, über alles Mögliche. Aber dass für uns eigentlich keiner da ist, dass wir nicht das Recht haben, uns über Patienten, deren Umgang oder allgemein, zu beschweren. Es ist keiner der irgendwie so wirklich hinter uns steht.“ (IV3)

3.1.8 Patientenbezogene Belastungen

Während die administrativen und organisatorischen Probleme vor allem die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter erhöhen, sind patientenbezogene Faktoren emotional, psychisch und körperlich herausfordernd. Sterbende Patienten, besonders Kinder oder Patienten, die über Jahre hinweg betreut wurden, stellen eine emotionale Bürde dar:

„Also was ich überhaupt nicht leicht nehme ist bei uns in dem Bereich der Umgang mit, also mit sterbenden Patienten. Besonders bei uns im Bereich auch mit kleinen Kindern oder Babys, jungen Menschen, also das ist so das größte Problem, wo ich sage, da gehe ich wirklich mit Bauchschmerzen nach Hause. Das belastet mich auch noch zu Hause. So bei den anderen Dingen kann ich eigentlich ganz gut abschalten, muss ich sagen, aber das belastet einem auch noch Tage, Wochen oder Jahre auch je nachdem, was für eine Situation war.“ (IV6)

„Man sieht auch, also bei uns ist es, find ich auch schlimm, wenn man sieht, wenn für den Patient, der chronisch krank wird, langsam nach 10 Jahren, also sich quasi den ganzen Lebenslauf so zu sagen. Er baut immer mehr ab, bis er bei uns verstirbt. Das ist auch belastend, wenn man die dann über 10 Jahre oder 15 Jahre [...] den Patient kennt und begleitet von fitten Menschen bis zum Sterbebegleiten.“ (IV3)

Zudem ist herausforderndes Verhalten in Form von verbaler Aggression oder tätlichen Angriffen seitens Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, zum Beispiel Suchterkrankungen, psychiatrischen - oder Demenz-Erkrankungen, eine zum Teil erhebliche körperliche Gefahr und psychisch belastend für das Personal.

„Teilnehmer (Somatik): Ja also der allgemeine Zustand wir haben Multimorbide, wir haben Entzugspatienten wir haben Psychisch Kranke, Drogenkranke, Schizophrene, alles. Ja, jeder macht, was er will. Wir haben ein paar Fotos, ja das spricht für sich. Man braucht sie nur zu sehen. Ja, es hat gebrannt, es wurden komplette Zimmer wegen Stuhlverunreinigung komplett renoviert von oben bis unten. Es ist ja nichts was, es da nicht gab. Ja, Messerattacken, Kammattacken, alles ja [...] Man steht alleine da [...].“ (IV3)

„Teilnehmer (Psychiatrie): Also bei uns kommt noch hinzu, finde ich, wir haben ja, seit 2-3 Jahren wachen wir nur noch alleine. Und dieses Aggressionspotential, was bei uns ist das, ist immer eine tickende Zeitbombe. Und das ist zum Teil, nicht jede Nacht, aber zum Teil auch sehr belastend, weil man nicht weiß, was passiert und wer dir gerade im Nacken steht oder auch den Mitpatienten. Das muss man auch sagen, wenn einer auf Tour ist und die Leute aus dem Bett schmeißt, und man weiß nicht, was da passiert, man kriegt das nicht immer alles mit. Kann man ja auch nicht, auch wenn ich auf dem Flur säße, wüsste ich nicht immer alles. Das kommt noch dazu.“ (IV5)

Während Mitarbeitende für diese Art von Belastung als Teil der Erkrankung des Patienten teilweise noch nachvollziehbar ist, ist es das zunehmend respektlose Verhalten von Patienten oder Angehörigen, das den Befragten zusätzlich sehr zusetzt.

„Es geht wirklich nur noch ums Image [des] Hause[s] nach draußen. Es geht um Zahlen, es geht um Kundenorientierung. Und ich finde, wir bleiben da wirklich auf der Strecke, weil ich kein Problem damit habe, ich helfe wirklich gerne, aber wir werden zunehmend respektloser behandelt. Das finde ich, das macht uns wirklich zu schaffen, diese Respektlosigkeit.“ (IV4)

Es sind besonders die in den letzten Jahren stark gestiegenen Patientenansprüche, denen mit der knappen Personalbesetzung nicht nachgekommen werden kann, die zu Unzufriedenheit bei Patienten und in der Folge zu Konflikten zwischen Patienten und Personal führen.

„[...] Ich finde die Ansprüche der Patienten, zumindest empfinde ich das jetzt so, dass die Ansprüche anders geworden sind, wie früher. Oder halt ich ich weiß es nicht. Teilweise sind die Ansprüche schon ja, wo ich nicht direkt nachkommen kann, aber es ist ja oft so, sie sehen ja nicht, was draußen so los ist, und was die anderen Patienten halt, auch die wirklich pflegeabhängig sind, was die dann halt von uns halt beanspruchen müssen. Ich glaube wenn man es denen dann auch sagt, dass es jetzt nicht geht, und dann sind die oft halt auch erbost darüber, dass das nicht geht. Das transportiert sich dann auch oft an die Angehörigen weiter. Und die Angehörigen sind da oft in so einer Haltung, dass die halt gerne alles jetzt und sofort haben möchten, was wir aber schon mal gar nicht ableisten können, weil ich ordne keine Untersuchung an oder sonstiges.“ (IV4)

Ebenso sind Patienten, die lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, verärgert und leicht ungeduldig. Sie verstehen nicht, dass die Komplexität der Abläufe im Krankenhausalltag zu Verzögerungen führen kann.

„Das ist das klassische Beispiel: Kommt ein Patient, der hat eine falsche Einweisung von dem Hausarzt wo sich der Hausarzt gar keine Gedanken gemacht hat beziehungsweise gar keine Mühe der Patient hat bei uns schon falsch gewartet falsch gewartet und dann versuche ich schon alles in die Wege zu leiten damit der Gefäßchirurg alles Mögliche hat an Befunden damit dem Patient zügig schnell voran helfen kann dann kriege ich noch den Ärger von den Patienten was das alles soll und ja.“ (IV3)

„Das ist in unserem Bereich genauso. Das ist bei uns immer auf Grund der längeren Wartezeiten bei uns im Bereich, wir haben eine Notfallsprechstunde. Da kommt es halt zu unterschiedlich langen Wartezeiten, manchmal von ein paar Stunden. Und dann sind wir schon einem großem Druck ausgesetzt von Angehörigen besonders, und Patienten, was die Wartezeiten angeht. Auch Aggressionen verbale Attacken und auch sehr belastend.“ (IV3)

Mitarbeitende machen, regelmäßig, zum Teil täglich, die Erfahrung, von verärgerten Patienten oder Angehörigen unflätig beschimpft zu werden oder Klagen angedroht zu bekommen. Diese an sich schon belastenden Situation ist erschwert dadurch, dass die Mitarbeiter das Gefühl haben, stets das Opfer zu sein: Patienten oder Angehörige müssen sich nie für ihr Fehlverhalten entschuldigen. Kommt es zu Konflikten zwischen Patienten und Personal, bekommen Pflegekräfte keine Rückendeckung von Seiten der Leitung.

„Teilnehmer: Das fängt bei Einrichtungsverwüstung an Computer durchs Zimmer werfen, geht über, was weiß ich, [eine] Kollegin wurde mit einer Sprudelflasche angegriffen, mit einer zerbrochenen. Das sind halt alles so, naja, das kann man sich nicht vorstellen, aber es ist halt immer allein schon die ganzen verbalen Sachen, die man sich halt anhören muss. Das ist unterste Schublade manchmal. Und da hätten wir schon viel Geld verdient, wenn man da jedes Mal, irgendwie zumindest für jeden dummen Spruch, 50 Euro [bekommt], wo man als Schlampe oder als sonst was tituliert wird. Da wär' ich schon reich.

Interviewer: Da haben Sie das Gefühl da steht das Klinikum nicht hinter Ihnen oder was

Teilnehmer: Nein. Also die Einzigen die sich hier im Klinikum entschuldigen sind, ist das Personal [...]. Aber wenn die Patienten mal uns mal blöd kommen, ich würde auch mal gerne eine Entschuldigung hören, wenn ich dann wieder blöd angemacht werde. Das passiert aber nicht.“ (IV 4)

Bei Patientenbeschwerden werden oft keine Stellungnahmen des Personals bei der Untersuchung der Beschwerde einbezogen. Die Wahrnehmung des Personals ist, dass von den Krankenhäusern eine Marketingpolitik betrieben wird, die bei Patienten Erwartungen an das Krankenhaus als „Hoteldienstleister“ erzeugt, die in der Realität nicht erfüllt werden können. Die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität ruft bei Patienten Enttäuschung und Verärgerung hervor, die am Personal ausgelassen wird.

„Die Erwartungshaltung ist dermaßen hoch, ich meine, das haben wir jetzt gesehen, als wir umgezogen sind. [...] Als wir dann am 16. Januar runtergezogen sind, wirklich in diese [Station, die wie ein] 5 Sterne Hotel, [...] aussieht. Für 3 Betten eine Dusche, alles optisch superschön, wie Hotel. Eine erste Patientin, die wir unten haben, es dauerte keine 10 Minuten, dann kam die schon aus dem Zimmer und pamppte uns in einem Ton an dass das ja wohl, wohlgemerkt, eine Patientin, die oben nur ein normales Zimmer hatte, mit ihrem Bett drin und sonst nichts das alte graue Fernsehen an der Wand, [es] wäre ja wohl eine Unverschämtheit, dass [wir] keine[n] Fernseher haben, für die Patienten hier an der Wand. [...] 'was das denn wohl für ein Scheiß wäre', Originalton. [Wir waren] noch im Umzug. Und daran sieht man schon die Erwartungshaltung von den Patienten. Die haben jetzt da oben den Luxus pur, maulen aber auch in einer Tour und das kann ich irgendwo nicht mehr nachvollziehen. Fällt mir teilweise auch schwer weil ich bin auch schon seit 1980 in diesem Job und man wird dem Druck einfach nicht mehr gerecht, man kann ihm nicht mehr gerecht werden“ (IV2)

3.1.9 Auswirkungen auf die Mitarbeitenden

Die Belastungen am Arbeitsplatz führen bei den Teilnehmern zu unterschiedlichsten kurz- oder mittelfristigen Symptomen. Kurzfristige Auswirkungen von Belastung und Stress sind in der Regel emotionale Reaktionen. Die Mitarbeitenden beschreiben Ärger, Wut, das Gefühl, genervt zu sein, Ungeduld und Verlust von Gelassenheit. Dazu kommt ein Verlust von Konzentrationsfähigkeit und Multitasking Fähigkeit, es werden beispielsweise Termine vergessen.

"[Ich bin] viel schneller reizbar. Also die Aufmerksamkeitsfokussierung wird dann auf eine Sache konzentriert, man ist nicht mehr so Multitaskingfähig, dass man auch den Hintergrund, das Grundrauschen noch im Blick hat. Die Patientenbeobachtung leidet [...]." (IV5)

„Teilnehmer 4: Ja auch wenn man du hast viel um die Ohren zu tun du hast 10 Sachen noch es fragen schon viele warum bist du so genervt ich bin nicht genervt ich hab einfach zehn Dinge noch im Kopf die ich erledigen muss. So und dann

Teilnehmer 2: Und dann wird man noch doof angemacht auf der...

Teilnehmer 4: dann vergisst man irgendeinen Termin man wird angerufen so wieso ist der Patient noch nicht unten und dann sag ich es tut mir Leid ich habe es vergessen. Fertig. [...]" (IV3)

Am Ende der Schicht kann total Erschöpfung einsetzen:

„Das ist ja manchmal auch nicht so einfach. Also da [...] man hat Frühdienst und wenn dann der Spätdienst kommt [...] geht dann mal schnell etwas Essen und so. Dann sitzt man dann da unten und dann in der Cafeteria und hat dieses Tablett vor sich und hat eigentlich schon keinen Hunger mehr, weil das einfach so, ja weil das auch ja mental und körperlich einfach super anstrengend ist. Das ist so, [...] manchmal hat man halt so halt ja so ein Tal so ein Tiefpunkt irgendwie.“ (IV6)

Mittel-längerfristige Auswirkungen sind psychischer Art. Interviewteilnehmer beschreiben Frustration, Resignation und Unzufriedenheit mit der Arbeit und Zweifel an der Berufswahl.

„[...] ich bin einfach ärgerlich da drüber. Es ist für mich jetzt einfach, ich bin aus einem anderen Grund Krankenpfleger geworden, ursprünglich mal. Ich bin nicht ich, fühle mich im Prinzip, es ist ja nur eine Fließbandarbeit mittlerweile, es ist ja einfach nur ein Gemache und eine Liste abgospult. Das hat ja nichts mehr mit Gesundheit [zu tun]. Wir sind ja jetzt Gesundheits- und Krankenpfleger, [die Arbeit] hat ja [aber] damit nicht mehr viel zu tun.“ (IV2)

„Ich finde die hohe Arbeitsbelastung schlimm und, dass man denen nicht mehr gerecht wird. Teilweise also, dass man nach Hause geht und denkt, 'Mensch jetzt hast du das noch nicht gemacht, das noch nicht gemacht', und so Sachen halt [...], dass man halt nicht alles schafft und dass man halt dem Patienten nicht gerecht wird. Oder dass man vielleicht gerne mehr tun würde, aber nicht kann, weil einfach die Zeit einem fehlt.“ (IV3)

„[...] und irgendwann ist einfach das Pensum erreicht wo man selbst auch nicht mehr kann. Ich bin gerade frisch examiniert und manchmal merke ich auch schon, wo es irgendwie ein Limit erreicht ist, wo man sagt, 'warum habe ich diesen Job gewählt?', weil es es macht irgendwann auch keinen Spass mehr [...]" (IV2)

Im Privatleben äußert sich die Belastung durch Müdigkeit, sozialen Rückzug und Lustlosigkeit, etwas zu unternehmen.

„Also im letzten xy bin ich mal nach so einer superstressigen Woche in den Urlaub gefahren und habe festgestellt, dass ich überhaupt keinen Urlaub machen konnte. Ich konnte mich nicht erholen. Wir sind mit einer Gruppe von Freunden gefahren und ich hatte, ich

weiss nicht, ich hatte irgendwie gar keine Lust, was mit denen zu mache und war irgendwie die ganze Zeit eingeschnappt, glaube ich. So das war richtig doof und ich glaube, das lag an der Woche davor.“ (IV6)

„[...] wenn ich zu Hause bin [...] merkt meine Familie, dass ich schon [in den] letzte[n] Jahre[n] nicht so viel Lust habe, irgendwie was zu unternehmen, weil ich bin nicht sozusagen kaputt, schwach, ich habe keine Lust jetzt [...]“ (IV3)

An Schlafstörungen leiden besonders diejenigen, die im Dreischichtsystem arbeiten:

„Ich schlafe schlecht und bin übermüdet. Du kannst nicht einfach einschlafen. Und wenn ich einschlafe, [nach] 3 - 4 Stunden bin ich wach, manchmal ich habe Angst, die Augen aufzumachen und auf die Uhr zu gucken. Nicht, dass [es] zu früh ist weil, ich weiß ganz genau, kann ich nicht mehr einschlafen und ich weiß, heute Abend habe ich nochmal Nacht und ich weiss nicht, was mich noch da erwartet.“ (IV2)

Aber auch ältere Mitarbeitende, wie diese Teilnehmerin, die als Leitung nur noch im Frühdienst arbeitet:

„[...] wenn ich vom Frühdienst nach Hause komme, schlafe ich 2,5 Stunden tief und fest. Dann bin ich wach, dann verarbeite ich wieder, was abgeht, das geht mir aber auch so, wenn ich mich krampfhaft bis abends 9 oder 10 wach halte [und dann] ins Bett gehe. Ich schlafe 2,5 Stunden, ich bin glockenwach, habe wieder von hier geträumt, liege dann wieder wach im Bett und morgens um 5, wenn ich aufstehen muss, dann bin ich richtig hundskaputt und könnte tief und fest schlafen. Also mein Schlafrhythmus ist im Brötchen [...]“ (IV2)

Körperlich kann sich die Belastung zum Beispiel in Sodbrennen oder Ohrensausen äußern:

„Für mich ist das so, dass ich eben zu Hause unleidlich werde meiner Familie gegenüber. Ich selbst habe dann Magenprobleme. [Ich war] schon mehrfach (...) zur Gastroskopie und, und fühle mich nicht wohl, weil [mir dann zu] Haus einfällt, 'da hättest du noch was machen können, da hättest du noch was machen können', und [ich bin] total unbefriedigt. Auf Station selber wird man fahrig ungerecht den Kollegen [gegenüber] [...]“ (IV2)

„[...] schlafen kann ich gut. Noch das einzige, was ich habe, ich habe schon mal Ohrensausen. Das merke, ich Ohrensausen. Was aber noch, toitoitoi, wieder weggeht. Und ein bisschen Magensaft. Ich habe zu viel, ich weiß nicht, ob das durch Stress kommt. Im Unterbewusstsein produziert mein Magen nachts zu viel Magensäure oder Magensaft und der steigt mir hoch und dadurch habe ich nachts ziemliche Hustenattacken. Das habe ich im Moment aber mit Magentabletten xy ganz gut im Griff“. (IV2)

Innerhalb des Teams kann Stress kurzfristig eine Veränderung im Umgang miteinander auslösen, obschon das ein nur um Rande erwähnter Aspekt ist – viel mehr im Vordergrund steht, dass die Teams in belastenden Situationen stark zusammenarbeiten. Mittel-längerfristige Auswirkungen von Dauerbelastung im Team sind vorwiegend Frustration und Resignation, hoher Krankenstand und Minderung der Pflegequalität.

3.2 Protektive Faktoren: Bestandsaufnahme verfügbarer und eingesetzter Resilienzressourcen zum Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz

In der Analyse der Interviews kristallisierten sich Resilienzfaktoren heraus, die von eingesetzt werden, um mit den Belastungen des Arbeitsalltags umzugehen. Da insbesondere die Pflgetätigkeit in erster Linie als teamorientierte Tätigkeit organisiert ist, wurden nicht nur individuelle, sondern auch team- und gesamtorganisatorischen Faktoren die zur Stärkung der Resilienz der Mitarbeitenden beitragen, ermittelt.

3.2.1 Extern-organisatorische Faktoren

Die Mitarbeitenden identifizieren eine Vielzahl externer Faktoren oder Ressourcen, die ihnen helfen, mit den Belastungen umzugehen. Obschon die Pflegekräfte zum größten Teil in festen Beziehungen leben, besprechen sie Probleme und Belastungen durch die Arbeit eher nicht zu Hause. Viel wichtiger ist hier das Team von Kollegen. Generell gibt es in der Somatik wie in der Psychiatrie einen starken Zusammenhalt innerhalb der Teams.

„[...] für mich persönlich ein riesengroßer Rückhalt ist im Team wo ich arbeite und mit dem Wochenenddienst, den ich da ableiste, dass ich mich wirklich zu 1000 % darauf verlassen kann. Das ist das, wo ich so meine Resilienz sehe. Meine Verstärkung wieder und meine Entlastung [...].“ (IV5)

Die Kollegen arbeiten gern miteinander, man verbringt gern Zeit zusammen bei der Arbeit, gelegentlich auch bei gemeinsamen Unternehmungen.

„[...] Ja ohne feste Ansage, also, entweder wenn es mal gerade ganz gut läuft, dann sagen wir so: 'Jetzt müssen wir uns mal belohnen' und ziehen mal da zusammen los. Oder wir treffen uns, oder, was wir sonst auch schon mal gemacht haben, was eigentlich jahrelang Usus war, Rosenmontag. Karnevalsfete mit dem ganzen Team bei mir und wenn es dann ganz besonders mies gelaufen ist, dann sagen wir: 'Ok, jetzt brauchen wir ein großes Pflaster', jetzt gehen wir [aus] weil es mies ist [...].“ (IV3)

Allerdings sind die Teams durch eine Art „natürlicher Auslese“ so komponiert, dass die Individuen miteinander harmonieren, denn Charaktere, die nicht so gut ins Team passen, verlassen dieses irgendwann.

„Es gibt sicher Mitarbeiter, die sich bei uns beworben haben, die auch bei uns gearbeitet haben, wo dann auch klar stand für uns, aber auch für diejenigen Mitarbeiter, dass sie einfach nicht ins Team passen. Und das haben wir dann auch gesagt oder haben es selber so empfunden und [die Mitarbeiter] halt auch.“ (IV6)

Bestimmte Werte prägen die Teams. Es ist vor allen Dingen der starke Zusammenhalt, Werte wie bedingungsloses Vertrauen ineinander und die gegenseitige Unterstützung, Kommunikationsfähigkeit, Rücksichtnahme aufeinander und Loyalität, die ermöglichen, extreme Belastungssituationen wie zum Beispiel Reanimationen, zu bewältigen und im Anschluss daran, diese zu verarbeiten.

„Also bei uns ist es so gerade wenn es jetzt so schwere Eindrücke sind wie Schockraumeinsätze mit Toten oder mit wirklich Amputation oder irgendwas halt was einem wirklich mitnimmt. Es ist so, dass unser Team dann wirklich wie so ein Ball zusammenhält. Einer löst den andern aus.“ (IV4)

Offene Kommunikation ist ein ebenfalls wichtig. Man redet über Belastungen in formellem Kontext (Übergaben, Teamsitzungen):

„Also wir haben jeden Mittag eine Übergabe. Eigentlich die Möglichkeit, alles zu sagen und das tun wir eigentlich auch. Also wir haben eine gute Streitkultur [...].“ (IV5)

Kommunikation findet aber im informellen Kontext (Umkleide, auf dem Weg zum Auto) statt:

„Wenn jetzt mal was Dramatisches auch bei uns passiert. Einer eröffnet dann meistens irgendwie das Wort, dann sitzen wir schon bei der Übergabe zusammen, dann tauschen wir uns aus oder auch nach dem Dienst, wenn man zusammen zum Auto geht, da lässt man immer nochmal so den Dienst Revue passieren. Das finde ich gut.“ (IV4)

Erster Ansprechpartner bei Problemen sind immer die Teamkollegen:

„[...] sicher gibt es Fälle wo man auch einen gewissen Redebedarf hat was wir aber glaube ich auch gut also für meinen Teil ganz gut auf der Station machen so kollegenintern“ (IV6)

„ [...] ich meine, wenn man euch [die Kollegen] nicht hätte, wen hat man dann sonst weisst du? Weil Zuhause das ist einfach so das man das die einen nicht verstehen, was in so einem Krankenhaus abgeht. [...]“ (IV3)

Humor wird vor allem als Mittel des Stress Abbaus im Team, aber auch in potenziell schwierigen Situationen mit Patienten eingesetzt. Ein Teilnehmer beschreibt seinen Umgang mit Patienten wie folgt:

„Ja [...] also ich bin halt so ein Typ, ich sage den Patienten immer 'Sie müssen wissen, ich bin ein bisschen verrückt' weil ich [...] manchmal versuche, mal die Leute ein bisschen locker anzusprechen, begrüße die auch alle, wenn die reinkommen, mit 'Herzlich Willkommen', ja, dann lachen die schon mal [...].“ (IV6)

Im Team hilft gemeinsames Lachen, Stress zu bewältigen.

„[...] man [...] hat immer etwas zu lachen, auch egal, wie stressig der Dienst ist. Man kann trotzdem mal miteinander Spökskes [=Späße] machen, und das brauchen wir dann auch einfach, auch damit der, damit einfach der Arbeitsalltag einem auch Spaß macht. Man braucht diesen Kontakt auch zu den Leuten, die da mit einem arbeiten.“ (IV6)

„Was wir viel machen, muss ich ja sagen, und das fällt mir bei euch auch auf, dass man sich ganz viele so lustige Situationen raus pickt, wo man sich kaputt lachen kann. Das macht ihr auch, Psychohygiene. Und dann lachen wir uns kaputt.“ (IV5)

Des Weiteren stehen den Mitarbeitenden, besonders den in der Psychiatrie tätigen, institutionelle Ressourcen zur Verfügung. Diese schließen beispielsweise De-Eskalationstrainer und Supervision ein.

„... das mit den Deeskalationstrainern das ist total flott und irgendwie gut organisiert und auch diese 3 Kontakte danach, alles super...“ (IV5)

Diese Ressourcen fehlen den Mitarbeitern im Akutkrankenhaus, die eher auf Kollaboration und Teamgeist setzen müssen. Bei gesundheitlichen Problemen war einigen Teilnehmern jedoch der betriebsärztliche Dienst eine wertvolle Ressource.

3.2.1.1 Wertschätzung des Arbeitgebers im öffentlichen Dienst

Trotz der Belastungen sind alle Teilnehmer sind mit ihrem Arbeitgeber zufrieden. Besonders wichtig ist ihnen dabei die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die regelmäßige Gehaltszahlung. Befragte (insbesondere aus Akutkrankenhäusern) sind der Meinung, dass ihr Haus als Arbeitgeber von den Leistungen und auch den pflegerischen Möglichkeiten, wenn auch nicht perfekt, so doch besser ist, als andere Häuser.

„Also ich würde sagen, ja also ich bin sehr mit dem Betrieb verbunden. Ich war noch nie woanders, aber meine Freundin wohnt, arbeitet in XY im Krankenhaus. Mein Lebensgefährte [arbeitet] auch an der Uni. Und man kennt ja relativ viele andere Arbeitgeber jetzt und im Grossen und Ganzen können wir schon sehr zufrieden sein, finde ich. Ist aber meine persönliche Meinung, es gibt viele, die das nicht so sehen, aber das liegt aber auch an der allgemeinen Unzufriedenheit. Nur weil die Leute zu viel Zeit haben, zu meckern. Das ist woanders, woanders ist es schlimmer, kann man nur sagen.“ (IV4)

„Also was mich hält ist halt, wie du schon sagtest, klar, hast du hier einen sicheren Arbeitsplatz und man braucht sich im Grunde genommen wenig Gedanken zu machen, weil

es läuft ja alles. Das Team [ist] super wichtig, super wichtig. Ja, und es geht immer noch schlimmer. [...] Klar müssen wir auch mal einspringen und müssen wir auch manchmal eine Überstunde machen oder so, aber im Grunde genommen hat man ja doch einen ganzen Monat, wo man einen Dienstplan hat und man kann es planen. Und man hat nicht den ganzen Tag, wie eine Verkäuferin oder Optikerin oder Arzthelferin, wo der Arzt sagt: 'Oh, ich habe noch um 7 Uhr einen Patienten, bleib noch ein bisschen hier.' Das hat man hier nicht.“ (IV3)

„Ich habe mal eine Weiterbildung zur Stationsleitung in xy gemacht [...] auch halt mit [Personal aus dem] Umkreis, [aus] anderen Krankenhäusern. Und [ich] krieg auch durch das xy Zentrum viel vom xy mit. Und dann sage ich also meinen [Mitarbeitern] immer: 'Liebe Leute, auch wenn ihr mich jetzt für bekloppt haltet, aber wir jammern auf ganz hohem Niveau.' [Das] ist so, weil wir waren lange genug reiner städtischer Betrieb, wurden dann zur Hälfte GmbH, und es geht uns verdammt gut. Ich kenne Krankenhäuser und Berichte, da sieht [...] der Arbeitsaufwand noch höher aus und die kriegen noch nicht mal das Geld. Es ist sicherlich nicht alles Gold, was glänzt hier, aber wir jammern auf hohem Niveau, das muss ich also ganz ehrlich sagen. Uns geht es auch verdammt gut, zumal wir noch zu 50 Prozent bei der Stadt sind.“ (IV2)

3.2.2 Inter-personelle Faktoren

Neben den externen Ressourcen in der Klinik, wie dem Team, sollte die soziale Unterstützung in erster Linie in der Freizeit und im persönlichen sozialen Netz vonstattengehen. Interessanterweise scheint dies jedoch gerade, wenn man in einer Klinik arbeitet, nicht sehr einfach zu sein. Der Arbeitsplatz Klinik ist demnach so speziell, dass man sich nicht immer verständlich machen kann. Bei manchen Teilnehmenden gelingt dies:

"Also ich erzähl schon zu Hause und egal was war ob jetzt positiv negativ und auch wenn er jetzt er ist auch nicht vom Fach aber der hört sich das alles mal ganz nett an. Er sagt dann auch was dazu. Klar so die Abläufe und das Ganze drum herum das weil er das auch nicht kennt versteht er jetzt das auch nicht aber so es ist ok. Wenn ich dann immer noch das Gefühl habe es ist irgendwie immer noch so unzufrieden dann rufe ich halt jemanden an." (IV 4)

Viele Mitarbeitende vollziehen jedoch eine klare emotionale und gedankliche Abgrenzung zwischen Job und Privatleben:

"Also es kommt bis jetzt noch so automatisch, also weil dann einfach mein Privatleben ist, dann wieder da dann kommen sind ja dann wieder ganz andere Verpflichtungen oder Dinge. Und dann passiert ja auch ein ganz anderer Ablauf meines Tages, dann wieder von da rückt dann so das was was war auf der Arbeit auch wenn man dann kurz darüber spricht wieder mehr in den Hintergrund und dann bin ich ja wieder als Person da." (IV 4)

Die Gespräche über belastende Situationen mit Teamkollegen sind den Mitarbeitenden sehr wichtig, denn außenstehende Personen können den Krankenhausalltag oft nicht verstehen und die Probleme der Mitarbeiter nicht nachvollziehen.

„Also ich persönlich will es [Besprechen von Erlebnissen bei der Arbeit] auch gar nicht. Leute, die nicht in dem Beruf sind, haben einfach auch keine Ahnung von dem Beruf. Das ist so ein gefährliches Halbwissen, das macht keinen Sinn. Also, es heißt doch immer: 'ja trinken wir einen Kaffee und [...] ich [habe] auch die Erfahrung gemacht, die [Außenstehenden] verstehen mich nicht [...].“ (IV3)

Zudem waren die Erfahrungen nicht immer positiv, wenn versucht wurde, die Erlebnisse in der Partnerschaft zu berichten:

„(...)ich hatte erst einen Polizeibeamten, das hat nicht funktioniert, nach 15 Jahren kam dann die Scheidung. Habe jetzt einen Büromenschen, auch ich sage, es war heute total scheisse, sage ich, dann sage ich, und wie war es bei dir, dann kommt die Kurzfassung entweder auch scheisse oder das und das, aber so grossartig reden über die Arbeit tu ich nicht zu Hause.“ (IV 2)

„Weil Zuhause das ist einfach so, dass die einen nicht verstehen, was in so einem Krankenhaus abgeht. Also ich kenne meinen Mann seit 20 Jahren und der sagt immer noch: ja und? Dann denk ich mir: wie, ja und? Das ist ein ah ja man hat da einfach man kann sich dieses ganze nicht vorstellen glaube ich als Aussenstehender.“ (IV 1)

„(...) so paar Sachen, ja, wie so ein totes Kind oder so, das ist halt schon und also ich sprech halt schon dann zu Hause. Ich darf das nicht zu viel, weil mein Partner das Krankenhaus hasst, aber also so ein paar Sachen, die gehen dann schon, ja einfach, so dass man einfach, boah, das war heute so ätzend.“ (IV 3)

Im Erleben von einigen Interviewteilnehmenden ist zentral, ob und wie weit die Personen ausserhalb des Arbeitsplatzes tatsächlich mit dem Setting Klinik etwas anfangen können. Wenn der Bezug fehlt, dann scheint es schwierig zu sein, sich erklären zu können:

„Mein Mann hat auch gar keinen Bezug, mein Kind auch nicht, keiner hat einen Bezug dazu und ich glaube, die möchten das auch nicht unbedingt haben. Und dann brüte ich dann still vor mich hin.“ (IV 4)

Insofern ist es dann von Vorteil, wenn die Partnerin oder der Partner auch in der gleichen Klinik arbeitet:

„Also ich spreche viel mit meiner Frau darüber, aber die arbeitet auch hier am Haus als Krankenschwester, dann kennt sie auch die Probleme am Haus und das muss ich sagen, ist auch ganz gut, also ich fühle mich danach besser. Aber so anderen Familienmitgliedern oder Freunden erzähle ich nichts, weil die würden es auch nicht verstehen, wie die Kollegen es schon gesagt haben, das kann man sich manchmal gar nicht vorstellen.“ (IV1)

Offensichtlich ist auch der emotionale Rückhalt innerhalb des Kreises der Mitarbeitenden relativ gross. In Situationen, die bei den Pflegekräften Ärger, Wut oder auch Trauer hervorrufen, gelingt es ihnen in der Regel, ihre Emotionen nicht vor den Patienten zu zeigen, sondern diese im Gespräch mit Kollegen, Freunden oder anderen Personen (z.B. Seelsorger) auszudrücken:

„Letztes gab [es], dass dieser 14-jährige Junge bei uns da verstorben ist, dass dann der Seelsorger gekommen ist und [...] angeboten hat, mit ihnen [den Kollegen] zu sprechen, und die es auch angenommen haben. Diese Möglichkeit besteht. [...] Also, es waren halt dann wirklich unheimlich viele Leute involviert und ja, das ja, so es war [...]: 'ich nehme dich mal in den Arm'. [...] xy [hat] fett geheult [...] was auch völlig [...] ja, es befreit, das macht ja irgendwas, [...] der Kloss geht weg und so. Auch ja, steht man da so 5 Minuten und hält sich gegenseitig fest, das finde ich halt so, in dem Moment, in dem Moment auch sich anbieten, ja auch einfach nur so eine Hand halten oder was, das ist ganz wichtig. Also, menschliche Wärme, also geben und auch annehmen können und das auch so untereinander jetzt einmal auf[fängt] [...].“ (IV6)

3.2.3 Intra-personelle Faktoren

Die Mitarbeitenden sind sehr verantwortungsbewusst und streben an, alle Aufgaben, die in einer Schicht anfallen, zu erledigen. Ist das nicht möglich, gehen sie mit einem unguuten Gefühl:

„Ich finde die hohe Arbeitsbelastung schlimm und dass man denen nicht mehr gerecht wird teilweise also dass man nach Hause geht und denkt: 'Mensch, jetzt hast du das noch nicht gemacht, das noch nicht gemacht' und so Sachen halt.“ (IV3)

Dennoch sind viele in der Regel in der Lage, sich in der Freizeit bewusst emotional von der Arbeit abzukoppeln:

„[...] ich kann das Belastende, was ich erlebe, ablegen wie meine weiße Jacke, welche ich als Funktionskleidung trage. Vielleicht bin ich zu einfach gestrickt, aber das ist halt so. Gott sei Dank kann ich das [...]“ (IV5)

Alle Interviewteilnehmer sind sich der Notwendigkeit eines Ausgleichs zur anstrengenden Arbeit im Privatbereich bewusst. Sie übernehmen in der Regel Verantwortung für ihr Wohlergehen und gehen Aktivitäten nach, die Ihnen nach der Arbeit Kraft und Entspannung geben. Die Strategien, die sie dabei einsetzen, sind sehr individuell. Mitarbeitende gönnen sich nach der Arbeit notwendige Ruhepausen. Außerdem gehen die Teilnehmer einer Vielzahl von ausgleichenden Freizeitbeschäftigungen nach, z.B. Sport, Gärtnern, Shopping oder soziale Aktivitäten (Beschäftigung mit Familie oder Hund, etc.):

„[...] manchmal ist es auch so, da gehe ich nach Hause und bin so kaputt, dann lege ich mich einfach eine halbe Stunde mal hin. Und wenn ich da so ein bisschen geruht habe, mich ausgeruht habe, dann sind so viele Sachen auch einfach dann einfacher zu ertragen. [...] es [die Arbeit] ist halt auch körperlich anstrengend, und wenn man da halt so eine hohe Taktung hat, dass man zwischendurch [bei der Arbeit] nicht mal ein Glas Wasser trinken kann, braucht der Körper [die Ruhe] halt so und dann geht es mir dann aber auch schon besser. Also und im Sommer, dann halt so Gartenarbeit, das macht mich immer heil von sämtlichen Belastungen, wenn ich dann wieder so einen Busch ausgebuddelt habe.“ (IV6)

Andere gehen einkaufen:

„Wenn ich shoppen gehe und neue Sachen kaufe vergeß' ich alles. Dann lach ich wieder. Ich kaufe Taschen, Klamotten. Also, wenn ich nicht in die Stadt komme, wie gesagt, dann shoppe ich online und dann geht es mir wieder gut. Wenn ich die Sachen sehe, dann geht's mir auch gut.“ (IV3)

Eine weitere Teilnehmerin erläutert:

„Also ich habe das letzte Mal eine Jalousie an das Dachfenster geschraubt. Ich muss immer etwas machen, was Sinn macht [...] Wärmeschutz für den Sommer montieren oder auch shoppen. Und ich kaufe dann sehr gerne Blumen [...]“ (IV3)

Oder:

„[...] Also ich habe gemerkt, ich habe meine Bewältigungsstrategie geändert nach der Ausbildung. Also so während der Ausbildung war es so, dass ich meistens oft nach dem Dienst oder auch vor dem Dienst zum Sport gegangen bin. Und jetzt, seit ich die Ausbildung zu Ende habe, [...] habe ich jetzt einen Hund und gehe mal nur eine halbe Stunde spazieren mit dem.“ (IV6)

Schwieriger ist es für Mitarbeitende, denen in der Freizeit der entsprechende Ansprechpartner fehlt, die müssen sich alternative Strategien überlegen:

"Ich persönlich habe kaum Leute um mich, die irgendwas mit Medizin zu tun haben und das muss ich jetzt sagen, dann muss immer mein Tank leiden (...) und jetzt ist das Benzin so teuer, da muss ich jetzt immer aufpassen, aber wenn ich nach Hause komme und dann sitzen die da, Fernsehen ist an, die verstehen das alles ich darf ja nicht alles erzählen, das ist die eine Sache zweitens verstehen die davon nichts oder stellen mir tausend Fragen und dann ist man irgendwann auch so in der Stimmung wo man das nicht erklären will ist so eine Runde durch die Stadt manchmal ganz gut. Also das mach ich wirklich öfter."
(IV4)

Religiosität oder Spiritualität spielt dabei nur für wenige Teilnehmer eine wichtige Rolle. Die Befragten streben insgesamt eine ausgeglichene Lebensweise an:

„Ja auf jeden Fall dieser Ausgleich. Also ich find's, das Leben ist immer so ein Ausgleich. Man kann nicht das ganze Leben arbeiten und muss ein bisschen Erholung haben. Man kann auch nicht das ganze Leben Erholung haben, man braucht Aufgaben, damit man nicht verrückt wird, finde ich persönlich, und dann versuch ich mich danach zu regeln.“
(IV3)

Allerdings tendieren gerade ältere Mitarbeiter dazu, sich gegen die Frustration, die sie bei der täglichen Arbeit erleben, komplett emotional abzuschotten, da sie das Gefühl haben, nichts an den bestehenden Verhältnissen ändern können.

„[...] durch meine Lebenserfahrung habe ich selber festgestellt, dass ich politische oder organisatorische oder für Dummheit von dem anderen nichts dafür kann und zum Beispiel dass jemand mir vor der Nase vorgesetzt ist der ist so der ist ich werd das nicht ändern ist mir bewusst geworden dass ich auf dem Kürzeren sitze dann langfristig verliere ich eh ich versuch das so irgendwie hinzunehmen und das Beste herauszustricken.“ (IV3)

Zwei andere Teilnehmer beschreiben ihre Einstellung wie folgt:

„Interviewer: Aber nochmal wie wie gehen Sie jetzt im Laufe der Jahre besser oder schlechter damit um? Können Sie so etwas besser wegstecken gerade das Gefühl?“

Teilnehmerin 4: Ich habe das Gefühl, ich kann das besser wegstecken.

Teilnehmerin 2: Nö, ich habe eine scheißegal Einstellung

Teilnehmerin 4: Genau, scheißegal und ich habe schon mehrmals zu hören bekommen du bist eiskalt und fertig. [...]

Teilnehmerin 2: Nö, bist du ja nicht.

Teilnehmerin 4: Doch. Bin ich zwar auch nicht, aber vielleicht weil ich mich verändert habe.

Teilnehmerin 2: Nein, aber das kann man nicht machen weil man einfach niemand ist, einfach irgendwo. Wir haben das ja vor 2 Jahren halt so schlimm, wirklich so schlimm gehabt und man resigniert einfach, weil man denkt, man kann es einfach nicht ändern [...].“
(IV3)

Hier ist die emotionale Abschottung der Mitarbeitenden kein aktiver Umgang mit der Frustration und den Problemen des Alltags, sondern eher Ausdruck von Resignation. Die Befragten fühlen sich in ihrer Situation machtlos und hilflos.

In herausfordernden Situationen mit Patienten oder deren Angehörigen greifen Pflegekräfte vor allem auf defensive Strategien zurück:

„Interviewer: Wie handeln Sie so was, wie gehen Sie damit um mit solchen, ich sage mal, anspruchsvollen, schwierigen Situationen [mit Patienten]?

Teilnehmer: Ja manchmal muss man provokativ freundlich sein und Dinge, die man eh schon meisten erahnt, so ein bisschen vorwegnehmen, um den Leuten einfach die Luft aus den Segeln zu nehmen. Es funktioniert nicht immer, aber manchmal ganz gut und dann ja, oder auch manchmal wirklich weit schweifende Erklärungen, wie so die Gesamtzusammenhänge im Haus sind, dass, wenn ich ein CT anmelde, dass da nicht der Einzige, bin sondern die haben 40 Stück am Tag. Und da sind die sind nicht alle in 5 Minuten fertig, sondern da sind auch schon mal Untersuchungen, die eine dreiviertel Stunde brauchen, und dann hinkt natürlich alles. Und manchmal erntet man dann auch Verständnis.“ (IV6)

Mitarbeitende haben generell das Gefühl, mit dem Stress des Berufs umzugehen und einen Ausgleich im privaten Bereich erzielen zu können. Nicht alle erkennen jedoch zuverlässig, wann sie Hilfe suchen müssen, weil sie die Belastungen nicht mehr aushalten können, wie diese Teilnehmerin erklärt:

„[...] oft sind das so Situationen wo man so reinrutscht, dann erstmal wo es zu so Extremsituationen kommt und wo man dann denkt „gut noch hab ich's im Griff“. Und irgendwann dann merkt [man] „halt stopp das ist doch nicht mehr so“ und dann kann man wieder was für sich tun, wenn man merkt, „dass ist jetzt nicht mehr so gewesen, da musst du jetzt vorsichtig sein, da musst du aufpassen“. Dann kann man sich schützen. Also, wenn man sich das wieder bewusst [...] macht [...] und ich merke, also früher, hatte ich das stärker, dass ich in so Sachen reingerutscht bin. Da hatte ich auch schon einen Hörsturz, wo ich dann auch draus gelernt habe, irgendwie frühzeitiger zu gucken, wie kann ich mich schützen.“ (IV5)

In dieser Situation von gefühlter Hilflosigkeit ist es den Mitarbeitenden dann nicht immer möglich, den Ärger, den Konflikte verursachen, auch loszulassen:

„[...] Ich kann da so eigentlich gut damit [mit dem Stress]umgehen. Auch mit Reas und mit dem ganzen Kram. Was mich halt einfach unheimlich ärgert sind Frechheiten mir gegenüber. Da hatten wir eine Situation, mit der Schutzhose, da könnte ich mich heute noch darüber aufregen, weil das war einfach, das sind so Sachen. die sind so frech von den Angehörigen. Da kotz ich mich dann auch zu Hause aus, aber das ist dann irgendwie immer noch, also wie gesagt, das ist jetzt Wochen her, aber das sind halt so Sachen, das ärgert mich.“ (IV4)

Die Befragten haben Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit dem Stress des Berufs umgehen zu können:

„[...] ich bin auch in der Sache relativ nicht so emotional dann dabei, so was Patienten angeht. Ich finde das alles auch sehr traurig, was es gibt auf der Welt und keine Ahnung was, aber ich lasse das persönlich nicht so an mich ran. Ich habe auch schon Schicksalsschläge privat hinter mir, die mich sehr viel Kraft gekostet haben, und ich muss das nicht noch für einen Fremden noch mal durchleben, [ich kann] eigentlich sehr gut damit umgehen“ (IV2)

Dennoch ist das Bild gemischt. Manche Mitarbeitende nehmen sich Patientenschicksale mehr zu Herzen, als andere. Jüngeres Personal ist tendenziell der Meinung, gut mit den psychischen Belastungen, den Patientenschicksalen, umgehen zu können, auch aus einer Grundhaltung heraus, dass eine gewisse Abschottung gegen zu viel Empathie notwendig ist, um den Beruf ausüben zu können:

„Ich meine ich bin auch noch neu auf der Station [...] und habe schon in der zweiten Woche meine zwei Rehas gehabt und einen Toten aufgefunden. [Ich] habe schon viel durch-

gemacht und ich bin aber in solchen Sachen ein bisschen auch kaltblütig. Wie die Kollegin gesagt hat, ich kann ja nicht sagen: 'oh das kann ich nicht sehen, wenn ich da rein gehe, dann muss ich gleich heulen.' Das können wir als Beruf als Krankenschwester nicht machen. Man muss da wirklich ein bisschen hart auch sein.“ (IV4)

Demgegenüber ist älteres Personal teilweise stärker von Patientenschicksalen, besonders dem von Patienten, die jahrelang von ihnen betreut wurden, belastet. Es gibt aber auch andere berufserfahrene Interviewteilnehmer, die sagen, dass die psychischen Herausforderungen sie mit den Jahren weniger belasten:

„Ich glaube, je häufiger das vorkommt, desto mehr gewöhnt man sich einfach daran [an die einzelnen Patientenschicksale]. Also das wird dann, ich will nicht sagen, Alltag, aber je öfter das vorkommt dann, sagt man: Ja, heute einer morgen einer morgen noch einer.' Dann nimmt man das nicht mehr so schwer wie am Anfang, weil es einfach viel öfter wird.“ (IV4)

Allerdings ist kein Befragter der Meinung, den körperlichen und psychischen Belastungen des Berufs bis zum Rentenalter standhalten zu können:

„Also es ist, ich würde es für mich wünschen, auf der Station bis zu meiner Rente zu bleiben. Allein jetzt so, weil wir auch vom fachlichen her, wir haben halt viele Krankheitsbilder, [das] ist schon sehr interessant. Körperlich, [das] habe ich ja eben schon mal angesprochen, glaube ich nicht [es durchhalten zu können], wobei, ich muss sagen, wir haben ja auch ältere Mitarbeiter, die dann auch schon sagen:' das kann ich nicht mehr', und das wird dann auch von den mittel-alten und jüngeren getragen. Wenn das so bleibt, ist [es] wünschenswert“. (??)

Trotz der Erwartung, nicht bis zur Pensionierung im Beruf arbeiten zu können, planen sehr wenige Teilnehmer gezielt einen Ausstieg aus der Pflege (z.B. durch Weiterbildung): Die meisten Befragten wünschen sich, im Beruf und in ihrem Team zu verbleiben. Nur eine Teilnehmerin plant aktiv eine alternative Karriere:

„Also den Job an der Basis als Pflegekraft [bis zur Pensionierung auszuhalten] auf der Station würde ich auch eher bezweifeln, das ist letztlich auch der Grund, warum ich mich weiterbilde und versuche da auch andere Möglichkeiten auch mit zu erschließen für die Zukunft.“ (IV1)

3.2.4 Wünsche und Bedürfnisse

Die Mitarbeitenden äußern Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation (42 Kodierungen). Ein wichtiges Bedürfnis, das bei den Befragten zurzeit nicht gestillt wird, ist das Bedürfnis nach Anerkennung. Anerkennung, besonders durch Patienten, die mit der Betreuung zufrieden waren, ist ein starker Motivator:

„Bin eigentlich ganz gerne da, wo ich bin, total. Die Arbeit macht mir viel Spaß mit den Menschen. Den Menschen vor allem zu helfen und das meiste, was mir persönlich, sage ich mal für mein Geistiges bringt, wenn sich der Patient bei mir bedankt.[...] [Ich] will also nicht von der Leitung oder von, keine Ahnung, wem, weil, man weiß von vorne, das ist wie ein Kind loben, nach dem Motto: 'Mach weiter so.' Da traue ich [dem]nicht, da fühle ich mich ein bisschen so hinter Licht geführt. Aber wenn der Patient das merkt, dass man sich da Mühe gegeben hat, das ist für mich, das viel, also das meiste an Wert.“ (IV3)

Eine andere Teilnehmerin führt aus:

„[...] also eine Danksagung kommt selten vom Patienten es gibt [sie], klar, [...] wo man dann wirklich denkt 'jupii', nicht, wo dann auch wirklich ehrlicherweise jemand sagt: " Ich

habe mich hier bei euch wohlgeföhlt und ihr habt, ihr macht eine super Arbeit“. Aber [das ist] selten.“ (IV3)

Aber auch die Anerkennung des fachlichen Könnens der Pflegekräfte und das Nutzen desselben als Ressource in der Pflegeplanung sind wichtig:

„[...] wir haben ein großes Potential an Fachkräften und sehr gute Mitarbeiter, die auch eine Lage gut einschätzen können, die sich überlegen: 'wie gehe ich mit dem Patienten [um].' [...] Die Arbeit wird nicht gesehen, wird verschwendet. Eigentlich [wird] die Ressource, die eingebracht wurde, [...] am Ende des Tages dann nicht wirklich gewertet.“ (IV5)

Dabei sind sich die Interviewteilnehmer darüber einig, dass das Gehalt, das sie für ihre Arbeit erhalten, kein Mittel der Wertschätzung ist, oder die Belastungen des Alltags leichter erträglich macht:

„Interviewer: [...] Apropos Wertschätzung würde Ihnen mehr Geld würde Ihnen das mehr Wertschätzung mehr Gefühl einer Wertschätzung verschaffen?

Teilnehmerin 3: Nein

Teilnehmerin 2: Nein

Teilnehmerin 4: Mehr Freizeit, [wäre] aber Wertschätzung. Gehe ich nach Hause und Pause.

Teilnehmerin 1: und Wertschätzung für das, was wir hier leisten, finde ich in welcher Form auch immer, aber nicht mit Geld.“ (IV4)

Vielmehr würden geregelte Arbeitszeiten, mehr Solidarität unter den Angestellten und gemeinsame Aktivitäten (z.B. Betriebsausflüge) als Wertschätzung aufgefasst:

„Teilnehmerin 4: Mit Geld kann man sich die Wertschätzung auch nicht kaufen die man bräuchte.

Teilnehmerin 3: ...das sieht man jetzt immer wieder.

Teilnehmerin 4: ...und die Freizeit auch nicht. Und das ist das was wir eigentlich lieber hätten.

Teilnehmerin 1: Also ich würde mich zum Beispiel unheimlich sehr darüber freuen, wenn uns einfach mal die Möglichkeit gegeben würde, dass wir von unserer Station aus einen Ausflug machen könnten. So ein Kurztrip, so ein Wochenendtrip, und das Haus dann sagen würde: 'für die Zeit wir stellen Aushilfen zur Verfügung und ihr könnt alle gemeinsam wegfahren', das fände ich zum Beispiel total Klasse.“ (IV4)

Es wird auch mehr Unterstützung der Stationsleitungen in ihrer Arbeit wird gewünscht:

„Also ich mir eigentlich wünschen würde, [...] dass man irgendwie, wenn man so, in so einer Führungsposition arbeitet, irgendwie besser unterstützt wird. Also ich habe manchmal nicht den Eindruck, dass der Betriebsrat da so hinter einem steht. Irgendwie habe ich eher das Gefühl, er bezieht oft die Position für den Gegenpart und man selber steht dann halt irgendwie am Pranger, ohne dass man dann halt irgendwie von den[en] auch Rückendeckung bekommt oder, dass die einem unterstützen. Und oft finde ich halt, ist es irgendwie so, dass man sich da mehr rechtfertigen muss, [...] wenn man jemand, der noch ein Vorgesetzter ist, [...] dann sagt: 'ok, ich bin jetzt erst mal bei dir und ich glaube dir das, was du da sagst und ich unterstütz dich da.' Nein, im Gegenteil. Also manchmal muss ich mich da auch noch erst mal rechtfertigen, bevor derjenige zu mir sagt: 'Nein, genau, das stimmt. Ich glaube dir'. [...] das würde ich mir persönlich wünschen, dass man irgendwie, [...] auch mehr Zustimmung bekommen finde ich.“ (IV4)

Oder aber auch in Form einer neutralen Anlaufstelle innerhalb der Institution, bei der sich die Mitarbeitenden anonym helfen lassen können:

„Teilnehmerin 4: [...] Man hat halt kein Ventil oder keinen Ansprechpartner und den bräuchte man ganz oft.

Interviewer: Was könnte das denn sein für ein Ansprechpartner. Was können Sie sich da vorstellen. Wer könnte das sein?

Teilnehmerin 4: Es muss jemand neutrales sein. Es darf keiner [sein], der mir vorgesetzt ist, praktisch, der wieder irgendwie dann das zurückdrücken kann. Es muss aber jemand sein, der auch ein bisschen die Sachlage versteht und begreift. Also jetzt nicht gerade der Gärtner unbedingt. Es muss auch jemand sein, der wo es auch eine Konsequenz hat. [...] Also, dass irgendwer irgendwas tut. [...] Es müsste halt irgendjemand Neutrales sein der aber auch die Dinge dann weitergibt und so wie jetzt halt anonym vielleicht auch. [...]“ (IV4)

Weitere Wünsche betreffen die Optimierung der Organisation des Klinikalltags. Die Befragten wünschen sich hier eine bessere Verteilung von Ressourcen. Das betrifft zum Beispiel die Personalplanung. Neben einer situationsangepassten Zukunftsplanung, um der drohenden Überalterung von Pflorgeteams vorzubeugen, wird auch eine ausgewogenere Zusammensetzung von Teams im Bezug auf Fähigkeiten, auch körperlicher Leistungsfähigkeit, gewünscht, um eine Überbelastung voll leistungsfähiger Mitarbeiter zu verhindern. Besonders hilfreich wäre hier eine flexible und innovative Personalplanung, bei der ältere Mitarbeitende entsprechend ihrer Fähigkeiten eingesetzt werden. Dabei könnten gleichzeitig Patientenwege reduziert werden. Dies wäre mit Hilfe eines Dienstes möglich, bei dem EKGs auf der Station geschrieben werden und Blut am Patientenbett abgenommen wird:

„[...] Ich versteh' das nicht, dass sie [die Krankenhausleitung] sich da keine Gedanken [über den sinnvollen Einsatz von Mitarbeitenden und Arbeitsabläufen] machen, weil, ich weiss von zwei oder drei Kolleginnen, [die] haben gesagt, dass wäre jetzt der Tupf von 8 bis 16 Uhr ein bisschen Blut abnehmen, Akten abhängen, bin ja über 50. [...] das wir noch nicht mal weitergegeben und das begreif ich nicht. [...] Schwestern [könnten] von Station zu Station gehen, [...] von 8 bis 16 Uhr EKG und [...] Blut ab[nehmen], das ist ja eine Entlastung ohne Ende. Ja, dass man sowas nicht macht.“ (IV4)

Außerdem wäre eine Karrierebegleitung sinnvoll, um Personal entsprechend der sich mit dem Alter ändernden Bedürfnisse und Möglichkeiten einzusetzen:

„Also für mich hat das ja was mit Personalentwicklung zu tun. Ich habe ja schon so, für mich sind Projekte wichtig, das heißt, dass man immer wieder kuckt irgendwie, was steht in den nächsten Jahren an? Ich weiß nicht, irgendwie, wie es bei euch ist, mit diesen Mitarbeitergesprächen. Irgendwie, naja, also, die sind zwar da, aber wir sind jetzt irgendwie auch nicht so vorausplanend, sage ich mal so [...].“ (IV1)

Des Weiteren wird eine bessere Strukturierung und Koordinierung von Arbeitsabläufen in der interdisziplinären Zusammenarbeit gewünscht, die Durchlauf und Versorgung der Patienten im Krankenhaus vereinfachen und straffen könnten:

„Teilnehmerin 1: [...] für mich müssen wir einfach mehr an den Abläufen an Strukturen arbeiten. Die stressen mich. Wir müssen eine bessere Kommunikation hinkriegen, das ist das was mich stresst und ja, du wirst es auch bestätigen können, das sind ja Sachen, wo wir auch schon wirklich Jahrzehnte daran arbeiten, und wir kriegen es einfach nicht hin. Und das ist das das finde ich so schade.

Teilnehmerin3: Das ist ja das einfachste, was es gibt. Zum Beispiel, diesen Patienten zum EKG bringen. Da rege ich mich fürchterlich auf, auch wenn da tausend Betten stehen, und alle endlich(?) drei Minuten EKG. Dass man nicht hinkriegt, einen Menschen anzustellen, oder zwei, die von Station zu Station gehen, und diese EKG schreiben. Da werden ja 50 Betten täglich runtergefahren, 50mal Begleitdienst angerufen, damit man eine Leistung von drei Minuten macht. Ich kann das nicht begreifen.

Teilnehmerin 4: Ja vor allem, dann kommt er auf die Station, und wird wieder abgerufen, zum Röntgen, was fünf Meter daneben ist. Ja, das wir solche Abläufe in den ganzen Jahren nicht hinkriegen.“ (IV4)

Bei Mitarbeitenden in der Psychiatrie betrifft dies vor allem eine bessere Planung der Personalressourcen, um die personalintensive Betreuung von Patienten, zum Beispiel Sitzwachen zu ermöglichen und die Arbeitslast, die auf unterschiedlichen Stationen anfällt, gerechter zu verteilen:

„Ja ich würde mir gerade zu dem Thema wünschen, dass da auch wirklich klinikübergreifend nach Ressourcen geschaut wird, weil, das Problem dieser Sitzwachenregelung findet auf den geschlossenen Stationen statt, und die müssen im Grunde zusehen, wie sie klar kommen. Es wurde an paar Stellen personell verbessert, am Wochenende, zum Teil auch nachts, aber ich glaube, dass da Kollegen, die eh schon in sehr belastenden Bereichen tätig sind, noch mal so eine Schippe Belastung mehr drauf kriegen, und die Kollegen, die dann doch auf den offenen Stationen] tätig sind, für die verändert sich nichts. Ich würde mir wünschen, dass man da doch, in welcher Form auch immer, da diese Ressourcen personell auch noch mit nutzt.“ (IV1)

Das Personal wünscht sich außerdem, dass die Patienten Erwartungen durch Öffentlichkeitsarbeit an die Realität angepasst werden, und Patienten gegebenenfalls auch im Krankenhaus etwas Eigenverantwortung übernehmen:

„Was ich auch für sehr wichtig halte, es wäre sehr gut vom Hause, wenn das Haus selbst die Bevölkerung mit z.B. im Tageblatt in irgendwelchen Artikel informieren würde über die Arbeit hier, was das Haus zu bieten hat, wie sieht ein Tagesablauf von einem Patienten [aus], damit die Leute von diesen Anspruchsdenken, was unsere Konsumgesellschaft beigebracht hat, wekommt. Und wenn die hier ins Krankenhaus kommen, damit die das [Konsumdenken] verwerfen und denken: 'ok jetzt bin ich Patient, jetzt sollte man sich so und so verhalten ', dass vielleicht, was man [...] von den ganz älteren Leuten, bei vielen noch so sieht, wenn die kommen. Denn die verhalten sich ganz anders, nicht so wie die Privatpatienten. Dass man über Information oder Veranstaltungen für die Bevölkerung so ein bisschen sich offen hält [...] wenn die [Patienten] das alles sehen, dann werden die dann [...] auch besser die ganzen Abläufe [nachvollziehen können] und so ein bisschen auch der Schwester entgegen kommen: 'ach, ich mache mir schon das Kissen selbst z.B. oder so, [...]“ (IV3)

Bauliche Verbesserung der Arbeitsumgebung ist ein weiterer Wunsch. Das Schaffen von Rückzugsmöglichkeiten für Pausen und Büroarbeiten, ausreichend Raum für Patientenbetreuung, angenehmeres 'Arbeitsklima' auf den Stationen durch adäquate Klimatisierung und Beleuchtung, sowie Lärmschutz.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen weitestgehend die bereits aus der Literatur über frühere Forschungsprojekte bekannten Elemente zur Belastung und zur Resilienz von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In Bezug auf die Belastungselemente decken sich unsere Resultate nahezu perfekt mit den Ergebnissen einer aktuellen australischen Untersuchung (Happell *et al.* 2013), welche folgende Stressoren festgestellt hat: Arbeitsbelastung, geringe Unterstützung durch das Management, Personalressourcen, Angehörige von PatientInnen, Schichtarbeit, psychische Störungen der PatientInnen sowie räumliche Ressourcen. Als Besonderheit des australischen Kontexts schien die Nicht-Verfügbarkeit von ÄrztInnen auf – ein Problem, das sich in Ansätzen auch schon im deutschsprachigen Raum stellt.

Wie kaum anders zu erwarten, bestätigen sich die relevanten Faktoren der Organisation/ Administration und der PatientInnen (Johnson *et al.* 2012, Rössler 2012). Auch scheinen sich die Belastungsfaktoren der Settings der Akutsomatik und der Psychiatrie relativ ähnlich zu sein. Während man früher im Allgemeinen die Thematik der Aggression nahezu ausschliesslich in der Psychiatrie verortet hatte, zeigt sich in unseren Interviews diese Problematik auch in der Akutsomatik – ein Umstand der aus der Spezialliteratur gut bekannt ist (Hahn *et al.* 2008).

Die Analyse der Interviews hat gezeigt, dass die Mitarbeitenden sich in der Lage fühlen, mit den Belastungen des Alltags umzugehen. Sie greifen dabei auf eine Vielzahl von Resilienzressourcen zurück. Am stärksten werden Ressourcen vom Arbeitsplatz genutzt. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Unterstützung durch das Team. Das Wertesystem innerhalb des Teams, die Loyalität, der Humor, die gegenseitige Rücksichtnahme und das Gespräch sind essentiell, um den Belastungen des Alltags Stand zu halten. In der Freizeit sorgen sie für Ruhezeiten und gehen verschiedensten Aktivitäten nach.

Obwohl nicht quantifizierbar, scheinen die Mitarbeitenden im psychiatrischen Setting resilienter zu sein als diejenigen aus der Somatik – ein aus der internationalen Literatur ebenfalls bekannter Befund (Chan *et al.* 2013, Matos *et al.* 2010). Dieser Eindruck bestätigt frühere Studien auch aus dem deutschsprachigen Raum, dass Mitarbeitende in der Psychiatrie weniger Burn-Out-Zeichen aufweisen als diejenigen in der Akutsomatik (Schulz *et al.* 2009, Voltmer *et al.* 2013). Ein weiterer Unterschied konnte in unseren Interviews aufgrund der überwiegend aus der Pflege stammenden Teilnehmenden nicht untersucht und bestätigt werden. Bei dem Vergleich mit der Resilienzforschung im ärztlichen Bereich sind doch Abweichungen von unseren Ergebnissen festzustellen. Hier werden – neben den auch von uns ermittelten Faktoren der sozialen Beziehungen und der Work-Life-Balance – auch Gratifikationen aus der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben (Zwack *et al.* 2011, Zwack & Schweitzer 2013). Letztere wurden in unseren Interviews nur selten erwähnt.

Es sind besonders die inter- und intrapersonellen Faktoren, die von einer Förderung profitieren könnten. Die Interviewteilnehmer sind weitgehend in der Lage, ihre Gedanken und Gefühle zu kommunizieren. Es besteht aber Entwicklungspotenzial beim Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz.

Normalerweise zeigen Mitarbeitende ihre Gefühle und Emotionen nicht vor den Patienten, da sie immer professionell und freundlich sein müssen. Das führt dazu, dass sie sich auf Dauer entweder emotional abschotten und resignieren, oder aber Situation, in denen sie verärgert waren, wochenlang nicht loslassen können. Dies kann als ein Zeichen dafür gewertet werden, dass Mitarbeitende nicht selten passiv und wenig selbstbewusst mit Aggressionen und Konflikten umgehen können, mit denen Sie sich täglich auseinandersetzen müssen. In der Analyse der Interviews entsteht der Eindruck, dass Konflikte mit Patienten in der Regel defensiv angegangen werden. Dieses Verhalten ist auch in der Forschungsliteratur beschrieben, wo festgestellt wurde, dass Mitarbeitende sich oftmals schwertun, Konflikte auszutragen (Richter 2012). Eine wünschenswer-

te Komponente des Resilienztrainings wäre daher die Vermittlung verschiedener Strategien, um mit Konflikten umzugehen.

Eine weitere Thematik ist das oftmals ein negative Selbstbild der Befragten, die sich in ihrer Arbeit nicht anerkannt oder wertgeschätzt fühlen. Die Mitarbeitenden haben das Gefühl, dass sie auf der untersten Stufe in der Krankenhaus Hierarchie stehen und als Prellbock für die Aggressionen von Patienten oder Angehörigen dienen. Auch hier würden die Mitarbeitenden von Techniken profitieren, die sie in ihrem Selbstbewusstsein stärken. Ein erster Schritt könnte auch hier die Reflexion über die eingesetzten Verhaltensweisen sein und das Einüben von selbstbewusstem (im Gegensatz zu aggressivem) Verhalten Patienten und Personal in leitenden Funktionen gegenüber. Techniken aus dem Bereich der Emotionalen Intelligenz könnten hier ein weiterer Baustein eines Schulungsprogramms sein, um Personal den selbstbewussten, aber dennoch empathischen und respektvollen Umgang mit sich selbst und anderen zu vermitteln und Techniken zu erwerben, die ihnen helfen, bewusst Abstand zu emotional schwierigen Situationen zu bekommen.

Obschon die Mitarbeitenden Vertrauen in ihre Fähigkeit haben, mit dem Stress des Berufs umgehen zu können, ist kein Befragter der Meinung, den körperlichen und psychischen Belastungen des Berufs bis zum Rentenalter standhalten zu können. Trotz dieser Einsicht planen sehr wenige Teilnehmer gezielt einen Ausstieg aus der Pflege (z.B. durch Weiterbildung): Die meisten Teilnehmer wünschen sich, im Beruf und in ihrem Team zu verbleiben. Die Anregung zur aktiven Karriereplanung wäre daher ein weiterer wichtiger Baustein eines Schulungsprogramms. Die Pflegekräfte sollten in einem ersten Schritt motiviert werden, zu ergründen, was ihre Wünsche für die berufliche Zukunft sind und wie diese sich mit dem erwarteten Schwinden der eigenen Leistungsfähigkeit und einem zunehmend kleineren Pool an jungen voll leistungsfähigen Mitarbeitern in Verbindung bringen lassen. Hier ist es allerdings auch notwendig, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber in einen Dialog treten, um die Möglichkeiten und Ressourcen auszuloten.

Generell scheint es nicht allein ausreichend, Mitarbeiter zur Stärkung der persönlichen Resilienz zu schulen. Die Analyse der Interviews deutet darauf hin, dass auch von Seiten der Institutionsleitung Schritte unternommen werden sollten, um positive Ansätze, die im Training erzielt werden können, zu verstärken und zu festigen. Hierzu gehören eine vor allem eine zukunftsorientierte organisationsweite Strategie zur Personalplanung, um eine ausgewogene Teamkomposition zwischen voll einsatzfähigen und nur teilweise einsatzfähigen Kräften zu garantieren. Eine ausschliesslich auf die persönliche Resilienz zielende Intervention würde auch von den Mitarbeitenden als zynisch und wenig unterstützend aufgefasst werden. Eine derartige Intervention würde darauf hinauslaufen, dass die Arbeitsbedingungen als irrelevant betrachtet würden und die objektiv wie subjektiv feststellbare Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und ihre Bewältigung als Individualproblem behandelt würden.

Auch die Werte und Betriebskultur der Institutionen bedürfen einer kritischen Bewertung. Mitarbeitende beklagen einen Mangel an Anerkennung, Rückendeckung und Wertschätzung von Seiten der Institution. Dies ist ein Problem, dass eine Schulung zur Resilienz allein nicht lösen kann. Mitarbeitende verdienen auch von Seiten der Institution Anerkennung für ihre unverzichtbaren Leistungen. Neuere empirische Forschungen aus der Wirtschaftspsychologie zeigen, dass gerade non-monetäre Leistungen des Arbeitgebers sich positiv auf die Mitarbeitenden und ihre Produktivität auswirken (Kube *et al.* 2012). Aus dieser Forschungsrichtung wird auf den Faktor der Reziprozität in den Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmenden hingewiesen. Offenbar scheint die Wahrnehmung eines non-monetären Ausgleichs zu den Arbeitsbedingungen von vielen Mitarbeitenden als zentral betrachtet werden.

Es scheint zu dem, dass das Marketing der Krankenhäuser, die ihre Services mit Hotelleistungen vergleichen, bei Patienten eine Erwartungshaltung erzeugen, die an der Krankenhaus Realität vorbei zielt und zu Enttäuschung (und in dessen Folge Ärger) bei Patienten führen kann. Eine

Anpassung der Patientenerwartung an die Realität durch beispielsweise sensible Öffentlichkeitsarbeit, wäre daher möglicherweise eine Strategie, um das Konfliktpotential zwischen Patienten und Mitarbeitenden zu reduzieren. Informationsmaterial zum Krankenhausalltag, das Patienten vor stationärer Aufnahme ausgehändigt wird, wäre hier eine kostengünstige Möglichkeit, die Erwartungen anzupassen.

Zudem scheint eine aktive Stellungnahme seitens der Klinikleitung zum Thema Aggression sinnvoll. Ein klares Bekenntnis dazu, dass Personal, so wie Patienten auch, ein Recht auf respektvolle Behandlung hat und Aggression gegen Klinikangestellte (verbal oder tätlich) nicht toleriert werden, könnte dem Personal das Gefühl vermitteln, mehr Rückendeckung zu erhalten. Vorbild für eine solche Kampagne wäre beispielsweise die 'Zero Tolerance Campaign' in Grossbritannien. Allerdings sollte man sich auch im Klaren darüber sein, dass derartige Kampagnen zwar den Mitarbeitenden den Rücken stärken können, allerdings etwa in psychiatrischen Einrichtungen nicht durchsetzbar sind – aggressives Verhalten ist eben oft Teil psychischer Erkrankungen bzw. Teil des Umgangs mit psychischem Stress.

Die Analyse der Interviews hat gezeigt, dass Mitarbeitende ihrem Beruf arbeiten möchten, die Belastungen am Arbeitsplatz aber oft zu negativen körperlichen oder psychischen Auswirkungen und Zweifeln an der Berufswahl führen. Die Mitarbeitenden nutzen aktiv Ressourcen, um mit den Belastungen des Arbeitsalltags umzugehen. Dennoch besteht großes Potenzial, die Ressourcen der Mitarbeitenden zu erweitern und ihnen damit die Möglichkeit zu eröffnen, konstruktiver mit dem Arbeitsstress umzugehen, und, in Folge, länger gesund und leistungsfähig ihrer Arbeit nachgehen zu können. Allerdings ist es wünschenswert, dass auch von Seiten der Institutionsleitung Schritte unternommen werden, um den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden zu erleichtern.

5 Inhalte des Resilienztrainings

5.1 Konzeptionelle und methodische Vorüberlegungen

Aus den Ergebnissen der Interviews ergeben sich klare Problemprofile, die im Rahmen eines Trainingsprogramms adressiert werden sollten. Viele Befragte berichten das Gefühl, durch die Arbeitsbedingungen besonders belastet zu sein, was zu Stresserleben führen kann oder zum Verlust von Gelassenheit, zu körperlichen Beschwerden wie Rückenschmerzen und Schlafstörungen und auch zu sozialem Rückzug.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Trainingsprogramm für eine pilothafte Implementation für einen Arbeitstag entwickelt. Die nachfolgend beschriebenen Module des Programms beziehen sich auf die gerade genannten Problemlagen, nämlich des Umgangs mit Belastungserleben, dem drohenden Verlust sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung, dem Umgang mit ‚schwierigen‘ Patienten, Angehörigen oder auch Arbeitskollegen. Aufbauend auf der internationalen Literatur zu Resilienztrainings nimmt der Umgang mit den eigenen Kognitionen, Wahrnehmungen und Problemlösemechanismen einen großen Stellenwert ein. Um die Schieflage vieler anderer Trainingsprogramme zu vermeiden, die sich ausschließlich auf das Individuum und seine Kompetenzen konzentrieren, wird hier ausdrücklich auch auf die Arbeitsbedingungen selbst eingegangen unter der Fragestellung, was denn der Arbeitgeber und die Organisation der Einrichtung zur Stützung der Resilienz beitragen kann.

Methodisch und didaktisch werden verschiedene Lehr- und Lernformen angewendet. Neben basalen Informationen zum Thema Resilienz und Bewältigung von Arbeitsbelastungen wird in erster Linie auf die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingegangen. Zentral ist die Absicht, zur Selbstreflexion über die eigenen Resilienzanteile anzuregen, aber auch über Möglichkeiten, die Resilienz noch weiter auszubauen. Die Erfahrungen während der Einführung haben gezeigt, dass vor allem der Austausch über zum Teil sehr persönliche Themen der Auswirkung von Arbeitsbelastungen sowie den Umgang damit, bei verschiedenen Teilnehmenden dies erreicht hat. Die Themenpalette reichte von Berichten über die Auswirkungen auf partnerschaftliche Beziehungen bis hin zur offen berichteten Einsicht einer Teilnehmerin über ihre Einsamkeit an dienstfreien Wochenenden.

5.2 Module des Resilienzförderungsprogramms

Modul 1: Einführung in das Resilienzkonzept – Präsentation

- Vulnerabilität – Resilienz
- Hintergrund: Positive Psychologie
- Resilienz praktisch:
 - Selbst-Beobachtung: nicht: ich bin wütend, sondern ich fühle eine Wut
 - Soziale Beziehungen: Vertrauensaufbau, Herausforderungen durch andere annehmen
 - Stress: adäquates Belastungsniveau finden
 - Persönliche Erzählung: wie bin ich und wie will ich sein?

Modul 1: Selbstbeobachtung – Übung

- Selbstbeobachtung: Wie nehme ich Überlastung wahr?
 - Woran merken Sie als erstes, dass Sie überlastet sind?
 - In welchen Situationen merken Sie, dass Sie überlastet sind?

- Wer außer Ihnen merkt noch, dass Sie überlastet sind?
- Welche Folgen hat es, wenn Sie überlastet sind?

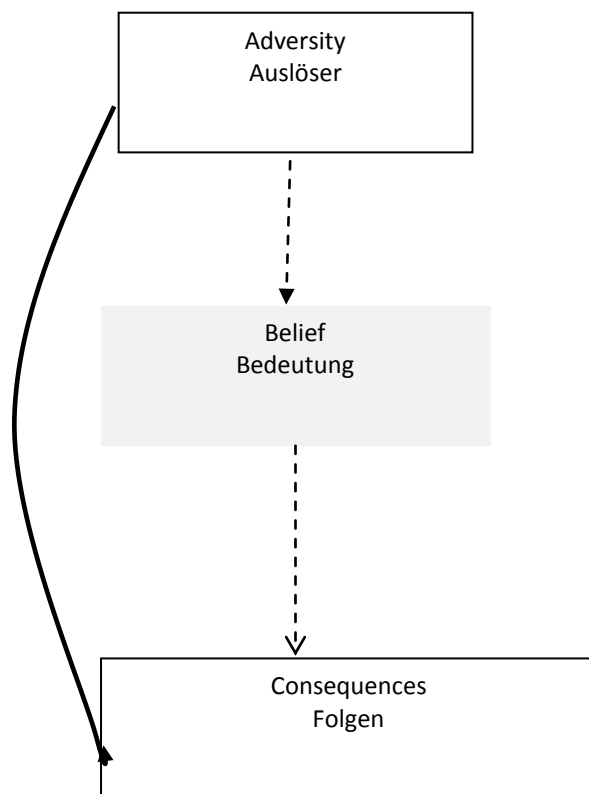
Modul 2: Umgang mit Stress und Belastungen – Übung

- Bitte benennen Sie drei Situationen, die bei Ihnen Stress auslösen und beantworten Sie für jede Situation die folgenden Fragen:
 - Was bewerten Sie an dieser Situation negativ?
 - Wenn Sie die Situation nur wahrnehmen und nicht bewerten, wie sehen Sie die Situation dann?
 - Welche Folgen hat der Unterschied in der Betrachtungsweise?

Modul 3: Umgang mit Denkfallen – Übung und Präsentation

- Wie reagieren Sie auf diese Situation?
 - Erster Tag auf einer neuen Station. Sie haben gehört, dass die Station ‚schwierig‘ sei. Sie haben Mühe, die Station rechtzeitig zu finden, es hat keinen freien Parkplatz mehr. Auf der Station sind alle schwer beschäftigt, Sie werden freundlich, aber zurückhaltend begrüßt. Ein Oberarzt eilt ins Dienstzimmer, in dem Sie stehen, nimmt sich eine Kurve; dann fallen Sie ihm auf. Er fragt die Stationsleitung: „Wer ist das denn?“ Sie stellt beide Personen vor. Darauf der Oberarzt: „Na, super!“
 - Optimistisch: immerhin hat der Oberarzt Sie bemerkt
 - Externale Attribution: der Oberarzt hat einen schlechten Tag.
 - Internale Attribution: der Oberarzt hat einen schlechten Charakter.
 - Pessimistisch: Sie beziehen das Geschehen auf sich, Tränen fließen und Sie haben den Eindruck, dass Sie mit dieser Station nicht zurechtkommen werden
- Aktiver Umgang mit negativen Einstellungen und Annahmen
 - gibt es einen ausreichenden empirischen Anlass für die negative Einstellung?
 - kann mit dem Problem weniger negativ umgegangen werden?
 - was sind die Auswirkungen dieser Annahmen?
 - übertreibe ich meine Annahmen und Gedanken?
 - verallgemeinere ich zu sehr?
 - wie nützlich ist meine pessimistische Haltung?

- ABC-Technik nach Ellis



- ABC-Schema nach Ellis

- A – Adversity (unangenehmes Ereignis)
- B – Beliefs (Gedanken, Einstellungen)
- C – Consequences (Folgen der Gedanken)
- A – „ich habe es nicht geschafft, die Frau anzusprechen“
- B – „ich bin ein Versager“
- C – „ich werde es nicht wieder versuchen“

- Arbeit an den eigenen Einstellungen

- die Einstellungen zu bestimmten Verhaltensweisen und Erfahrungen sind der zentrale Ansatzpunkt für Interventionen
- folgende Fragen sollten Sie sich stellen:
- sind Ihre Einstellungen rigide oder flexibel?
- sind Ihre Einstellungen realistisch oder unrealistisch?
- sind Ihre Einstellungen hilfreich oder nicht hilfreich?
- würden Sie Ihre Einstellungen anderen Menschen vermitteln wollen?

- Kognitive Denkfallen

- Übergeneralisierung – von einem Ereignis wird auf alles andere geschlossen
- Vergrößerung – Übertreibung der Bedeutung eines Ereignisses
- Katastrophendenken – „wenn ich nicht genommen werde, wird das ein Desaster“

- Alles-oder-nichts-Denken – rigides Setzen auf ein Verhalten oder Ereignis
- negative Vorhersagen – „das wird nichts mehr mit mir“
- Umgang mit Denkfallen – Übung
 - was sind Ihre typischen Denkmuster/Denkfallen nach Problemsituationen, Fehlschlägen etc.?
 - wie wirken sich Ihre Denkfallen aus?
 - wie gehen Sie mit Ihren Denkfallen um?

Modul 4: Gute Beziehungen pflegen – Übung

- Beziehungen aktiv gestalten
 - wann haben Sie anderen Menschen zuletzt gesagt, was Sie an Ihnen schätzen?
 - welche Annahmen haben Sie über das Verhalten von Menschen, die Ihnen nahestehen? (erlebe ich mich unterstützt? fühle ich mich behindert? erlebe ich Gleichgültigkeit?)
 - was ist Ihr Muster beim Aufbau von sozialen Kontakten?
 - sind Sie erfolgreich? erleben Sie Enttäuschungen?

Modul 5: Arbeitsbedingungen gestalten – Übung

- Was kann Ihre Einrichtung/Klinik zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen?
 - Zusammenarbeit von Abteilungen
 - Zusammenarbeit von Berufsgruppen
 - Kooperation innerhalb einer Berufsgruppe
 - Unterstützung durch das Management/Leitung

Modul 6: Umgang mit schwierigen Patienten/Arbeitskollegen - Übung

- Umgang mit schwierigen Patienten/Arbeitskollegen
 - in welcher Weise erleben Sie Patienten/Kollegen als schwierig im Umgang?
 - wie würden Sie gerne auf schwierige Patienten/Kollegen reagieren?
 - was macht es Ihnen schwer, angemessen auf schwierige Patienten/Kollegen zu reagieren?
 - welche Unterstützung würden Sie sich im Umgang mit schwierigen Patienten/Kollegen wünschen?

Modul 7: Körperliche Gesundheit – Übung

- Umgang mit körperlicher Gesundheit
 - Was essen und trinken Sie den ganzen Tag über? → Mit etwas Abstand: Sind Sie damit zufrieden, was könnten Sie weglassen bzw. hinzufügen?
 - Wie viel Zeit räumen Sie körperlichen Aktivitäten in der Woche ein?
 - Was würden Sie im Zusammenhang mit körperlichen Aktivitäten gerne verändern? Was steht dem im Wege?
 - Wie viel Stunden guten Schlaf bekommen Sie durchschnittlich pro Nacht? Wie können Sie diese Zeit gegebenenfalls verbessern?

Modul 8: Freizeitverhalten – Übung

- Wie sieht Ihr Freizeitverhalten typischerweise aus?
 - Haben Sie Zeit für sich allein? (ohne andere Menschen und visueller Elektronik)
 - Welche Verhaltensweisen helfen Ihnen abzuschalten?
 - Erleben Sie gelegentlich den ‚Flow‘ (vergessen die Zeit und Ihre Umgebung)?
 - Planen Sie feste Zeiten für sich allein ein?
 - Planen Sie feste Zeiten mit anderen Menschen, die Sie gernhaben, ein?

Modul 9: Achtsamkeit - Übung

- Kleine Achtsamkeitsübung:
 - Suchen Sie sich einen ruhigen Platz
 - Setzen Sie sich aufrecht hin
 - Schliessen Sie Ihre Augen oder fixieren Sie einen Punkt vor Ihren Augen
 - Zählen Sie langsam Ihre Ausatmung von 1-4. Beginnen Sie mit dem Zählen wieder von vorn.
 - Entspannen Sie sich und lassen Ihre Gedanken durch sich fließen wie ein langsamer Zug
 - Beobachten Sie, wie Gedanken kommen und gehen
 - Erleben Sie das Jetzt

6 Literatur

- Antonovsky A (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey Bass, San Francisco.
- Arnetz BB, Nevedal DC, Lumley MA, Backman L & Lublin A (2009): Trauma Resilience Training for Police: Psychophysiological and Performance Effects. *Journal of Police and Criminal Psychology* 24, 1-9.
- Auslander W & Freedenthal S (2012) Adherence and mental health issues in chronic disease: diabetes, heart disease, and HIV/ AIDS. In *Handbook of Health Social Work* (Gehlert S & Browne T eds.). John Wiley & Sons, pp. 526-556.
- Baruch Y, Swartz M, Sirkis S, Mirecki I & Barak Y (2013): Staff happiness and work satisfaction in a tertiary psychiatric centre. *Occupational Medicine* 63, 442-444.
- Benard B (1991) *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community.* Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Bonanno GA, Westphal M & Mancini AD (2011): Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual review of clinical psychology* 7, 511-535.
- Braun B, Klink S & Müller R (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft* 15, 5-19.
- Cacioppo J, Reis H & Zautra A (2011): Social resilience: the value of social fitness with an application to the military. *The American psychologist* 66, 43-51.
- Chan AO, Chan YH & Kee JP (2013): Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occupational Medicine* 63, 141-144.
- Cooke GP, Doust JA & Steele MC (2013): A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ* 13, 2.
- Cornum R, Matthews MD & Seligman ME (2011): Comprehensive soldier fitness: building resilience in a challenging institutional context. *The American psychologist* 66, 4-9.
- Davydov D, Stewart R, Ritchie K & Chaudieu I (2010): Resilience and mental health. *Clinical psychology review* 30, 479-495.
- Edward K-L, Welch A & Chater K (2009): The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing* 65, 587-595.
- Eidelson R & Soldz S (2012) Does Comprehensive Soldier Fitness work? CSF research fails the test. Coalition for an Ethical Psychology.
- Ellis A (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy.* Lyle Stuart, New York.
- Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM & Hasselhorn H-M (2008): Violence risks in nursing - results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine* 58, 107-114.
- Forgas JP (2013): Don't Worry, Be Sad! On the Cognitive, Motivational, and Interpersonal Benefits of Negative Mood. *Current Directions in Psychological Science* 22, 225-232.
- Fredrickson BL (2001): The role of positive emotions in positive psychology - The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist* 56, 218-226.
- Fredrickson BL (2013): Positive Emotions Broaden and Build. *Advances in Experimental Social Psychology, Vol 47* 47, 1-53.
- Gillespie B, Chaboyer W, Wallis M & Grimbeek P (2007): Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59, 427-438.
- Grotberg EH (2003) Chapter 1: What is resilience? How do you promote it? How do you use it? In *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity.* (Grotberg EH ed.). Praeger, pp. 1-80.

- Gulfi A, Castelli Dransart DA, Heeb JL & Gutjahr E (2010): The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis* **31**, 202-210.
- Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T & Halfens RJG (2008): Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* **13**, 431-441.
- Happell B, Dwyer T, Reid-Searl K, Burke KJ, Caperchione CM & Gaskin CJ (2013): Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management* **21**, 638-647.
- Hart PL, Brannan JD & De Chesnay M (2012): Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*.
- Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kozka M, Ensio A, Sjetne IS, Moreno Casbas T, Ball J & Schoonhoven L (2013): Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies* **50**, 174-184.
- HSE (2012) Stress and occupational disorders. Health and Safety Executive, London. Available at: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/index.htm>.
- Jackson D, Firtko A & Edenborough M (2007): Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* **60**, 1-9.
- Johnson S, Osborn DP, Araya R, Wearn E, Paul M, Stafford M, Wellman N, Nolan F, Killaspy H, Lloyd-Evans B, Anderson E & Wood SJ (2012): Morale in the English mental health workforce: questionnaire survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* **201**, 239-246.
- Kube S, Maréchal MA & Puppe C (2012): The currency of reciprocity: Gift exchange in the workplace. *American Economic Review* **102**, 1644-1662.
- Lamnek S (1989) *Qualitative Sozialforschung: Methoden und Techniken*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Lohmann-Haislah A (2012) Stressreport Deutschland: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Lyubomirsky S & Layous K (2013): How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Current Directions in Psychological Science* **22**, 57-62.
- Maslach C, Schaufeli & Leiter MP (2001): Job burnout. *Annual Review of Psychology* **52**, 397-422.
- Masten A & Obradovic J (2006): Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences* **1094**, 13-27.
- Matos P, Neushotz L, Griffin MQ & Fitzpatrick J (2010): An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International journal of mental health nursing* **19**, 307-312.
- Mayring (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag.
- McAllister M & Lowe JB (2011) *The Resilient Nurse: Empowering Your Practice*. Springer, New York.
- McAllister M & McKinnon J (2009): The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today* **29**, 371-379.
- McDonald G, Jackson D, Wilkes L & Vickers MH (2012): A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today* **32**, 378-384.

- McDonald G, Jackson D, Wilkes L & Vickers MH (2013): Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse* **45**, 134-143.
- McNally RJ (2012): Are we winning the war against posttraumatic stress disorder? *Science* **336**, 872-874.
- Mealer M, Jones J, Newman J, McFann K, Rothbaum B & Moss M (2012): The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies* **49**, 292-299.
- Montgomery A, Panagopoulou E, Kehoe I & Valkanos E (2011): Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? *Journal of health organization and management* **25**, 108-123.
- Montgomery A, Todorova I, Baban A & Panagopoulou E (2013): Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British journal of health psychology* **18**, 656-662.
- Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2012) Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, Berlin.
- NHS (2009) NHS Health and Wellbeing - Final Report. National Health Service, London.
- Reivich KJ, Seligman ME & McBride S (2011): Master resilience training in the U.S. Army. *The American psychologist* **66**, 25-34.
- Richter D (2012): Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen - Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Psych. Pflege heute* **18**, 13-17.
- Richter D & Berger K (2006): Post-traumatic stress disorder in mental health staff following a patient assault: A prospective follow-up study. *BMC Psychiatry* **6**, 15.
- Richter D & Berger K (2009): Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter: Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt* **80**, 68-73.
- Ridgway P (2001): Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal* **24**, 335-343.
- Robertson N & Perry A (2010): Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. *Journal of Traumatic Stress* **23**, 417-420.
- Rössler W (2012): Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* **262 Suppl 2**, S65-69.
- Rutter M (2006): Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences* **1094**, 1-12.
- Sandelowski M (2000): Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* **23**, 334-340.
- Scharnhorst J (2010): Resilienzforschung in Theorie und Praxis Individuelle Widerstandskraft – eine notwendige Kernkompetenz? *Personalführung*, 34-41.
- Schulz M, Damkroger A, Heins C, Wehlitz L, Lohr M, Driessen M, Behrens J & Wingenfeld K (2009): Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing* **16**, 225-233.
- Sergeant J & Laws-Chapman C (2012): Creating a positive workplace culture. *Nursing management (Harrow, London, England : 1994)* **18**, 14-19.
- Sharma S & Sharma M (2012): Low Intensity Conflict Stress in Soldiers: Building Coping Skills and Resources. *Psychological Studies* **57**, 260-268.

- Skeffington PM, Rees CS & Kane R (2013): The primary prevention of PTSD: a systematic review. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation* **14**, 404-422.
- Southwick SM & Charney DS (2012a) *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Southwick SM & Charney DS (2012b): The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* **338**, 79-82.
- Stigler H & Felbinger G (2005) Der Interviewleifaden im qualitativen Interview. In *Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften* (Stigler H & Reicher H eds.). Studienverlag, pp. 129-134.
- Talseth AG & Gilje FL (2011): Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing* **20**, 1651-1667.
- Teall T, Barrera M, Barr R, Silva M & Greenberg M (2013): Psychological resilience in adolescent and young adult survivors of lower extremity bone tumors. *Pediatric blood & cancer* **60**, 1223-1230.
- Thomas SE, Haney MK, Pelic CM, Shaw D & Wong JG (2011): Developing a program to promote stress resilience and self-care in first-year medical students. *Can Med Educ J* **2**, e32-e36.
- Van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, Aiken L, Diya L, Lesaffre E & Sermeus W (2013): Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies* **50**, 185-194.
- van Doorn RRA & Hülshager UR (2013): What makes employees resilient to job demands? The role of core self-evaluations in the relationship between job demands and strain reactions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*.
- Voltmer E, Wingenfeld K, Spahn C, Driessen M & Schulz M (2013): Work-related behaviour and experience patterns of nurses in different professional stages and settings compared to physicians in Germany. *International journal of mental health nursing* **22**, 180-189.
- Weigl M, Hornung S, Angerer P, Siegrist J & Glaser J (2013): The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Serv Res* **13**, 401.
- Werner E & Smith R (1992) *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Cornell University Press.
- Wick RJ (2006) *Overcoming Secondary Stress in Medical and Nursing Practice: A Guide to Professional Resilience and Personal Well-Being*. Oxford University Press.
- Windle G, Bennett KM & Noyes J (2011): A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes* **9**, 8.
- Wolin S & Wolin S (1993) *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. Villard/ The Random House Publishing Group.
- World Health Organization WHO (2013) The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO.
- Zander B, Dobler L & Busse R (2013): The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *International Journal of Nursing Studies* **50**, 219-229.
- Zeh A, Schablon A, Wohlert C, Richter D & Nienhaus A (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen - Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen* **71**, 449-459.
- Zwack J (2013) *Wie Ärzte gesund bleiben - Resilienz statt Burnout*. Thieme, Stuttgart.
- Zwack J, Abel C & Schweitzer J (2011): Resilienz im Arztberuf--salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* **61**, 495-502.

Zwack J, Bodenstein U, Mundle G & Schweitzer J (2012): Pathogenetische und salutogenetische Aspekte der Arztesundheit - eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte. *Psychiatr Prax* **39**, 181-188.

Zwack J & Schweitzer J (2013): If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* **88**, 382-389.

7 Anhänge

7.1 Anhang 1: Interviewleitfaden Resilienz

Persönliche Vorstellung

Projektvorstellung

Es handelt sich um ein Projekt, das den Umgang von Mitarbeitern mit Belastungen untersucht (Stichwort Resilienz, Widerständigkeit). Wir möchten herausfinden, was Mitarbeiter stark macht im Zusammenhang mit Belastungen und wie man Mitarbeiter besser unterstützen kann. Auftrag und Finanzierung von der Unfallkasse. Absprache mit der Klinikleitung und Betriebsrat.

Technische Modalitäten (Aufnahme, Transkription)

Anonymität (keine Personennamen)

Vorstellungsrunde notwendig?

Welche Aspekte Ihrer Arbeit erleben Sie als besonders belastend?

Umgang mit schwierigen (z.B. aggressiven) Patienten

Umgang mit schwerkranken oder terminal kranken Patienten

Administrativer Aufwand

Zusammenarbeit mit eigener Berufsgruppe

Interdisziplinäre Kooperation

Woran merken Sie, dass sie belastet oder gar überlastet sind?

Verhalten am Arbeitsplatz (z.B. mehr Konflikte)

Verschlechterte Stimmung

Motivationsprobleme

Probleme im privaten Bereich

Wie gehen Sie mit den Belastungen um?

Individuell: Haben Sie spezielle Strategien?

Während der Arbeitszeit

Ausserhalb der Arbeitszeit

Im Team: Sind Belastungen dort ein Thema?

Tauschen Sie sich aus?

Wird routinemässig nach Belastungen gefragt?

Können Sie eine belastende Situation oder Begebenheit schildern, von der Sie den Eindruck haben, dass sie diese gut gemeistert haben?

Was ist passiert?

Wie hat sich die Belastung festgemacht?

Wie haben Sie darauf reagiert?

Wo suchen Sie sich Hilfe und Unterstützung bzw. wo würden Sie sich Hilfe und Unterstützung in belastenden Situationen?

Besprechen Sie Arbeitsbelastungen mit Personen ausserhalb Ihrer Station?

Anderen Kolleginnen und Kollegen des Klinikums

Private Kontakte (Partner, Freunde, Bekannte)

Wie sorgen Sie für Ihre persönliche Gesundheit? (Ernährung, Schlaf, Sport, Hobbies)

Körperlich

Seelisch

Soziale Kontakte

Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Arbeitsbelastung und Ihre Gesundheit selbst im Griff haben?

Wie wichtig ist Ihnen in diesem Zusammenhang so etwas wie Glauben oder Spiritualität?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit zunehmender Dauer Ihres Berufslebens besser oder schlechter mit Arbeitsbelastungen umgehen können?

Wie erleben Sie den Umgang des Klinikums mit Belastungen am Arbeitsplatz?

Wo erleben Sie sich unterstützt?

Was könnte besser gemacht werden?

Haben in der letzten Zeit Mitarbeiter die Station/das Klinikum verlassen, weil sie die Belastungen nicht mehr ausgehalten haben?

Können Sie die Umstände schildern?

7.2 Anhang 2: Definitionen zum Kodierungssystem

Datum: 10.10. 2012 , Ende Kodierungsdurchlauf 1 Interviews 1 - 6

Code System [601]

Perzeption [1]

Klinikum als Arbeitgeber [11]

Die Wahrnehmung und Meinung der Mitarbeitenden im Bezug auf das Klinikum als Arbeitgeber

Mitarbeitende - Rolle, Funktion und Stellung [24]

Eigenwahrnehmung der Mitarbeitenden im Hinblick auf ihre Rolle, Stellung oder Funktion als Angestellte im Klinikum.

Wünsche und Bedürfnisse [42]

Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeitenden, um die Arbeitssituation zu verbessern.

Belastung in der Arbeitsumgebung [43]

Definition: Belastungen sind von außen auf die Mitarbeitenden einwirkende Faktoren wie z.B. Lärm, Zeitdruck oder Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten, etc., die das individuelle Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden beeinträchtigen können. Belastungen in der Arbeitsumgebung sind hier diejenigen Faktoren, die die Mitarbeitenden in ihrem Arbeitsalltag als solche identifizieren.

Betriebskultur [30]

Kultur im Haus und existierende Wertvorstellungen im Team, beispielweise das Eintreten füreinander, die im Endeffekt dazu führen, dass Teammitglieder stärker belastet/ eingespannt werden.

Administrativ/ Organisatorisch [59]

Administrative Faktoren, Organisatorische Faktoren, zB. wirtschaftliche Erwägungen, Kontinuität in der Patientenbetreuung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit [17]

Belastungen, bei der Zusammenarbeit zwischen Pflege und anderen Mitgliedern des interdisziplinären Teams identifiziert werden.

Zusammenarbeit im Team [4]

Belastende Faktoren, die innerhalb des Pflorgeteams identifiziert werden

Patienten bezogen [37]

Patientenbezogene Faktoren, die eine Belastung darstellen.

Signale für Belastung [5]

Signale für Überbelastung sind Anzeichen, die Mitarbeitende als subjektive Folgen von Belastungen im Arbeitsalltag identifizieren. Diese können sich beim Individuum in Form von physischer (z.B. Beanspruchung des Herz-Kreislaufsystems, der Muskulatur etc.) oder psychischer Beanspruchung (z.B. Beanspruchung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses etc.) äussern, sowie auch kollektiv in der Arbeitsatmosphäre im Team.

Mittel-längerfristig- Individuum [41]

physische oder psychische Auswirkungen von Überbelastung beim Individuum

Mittel-längerfristig - im Team/ Arbeitsumfeld [6]

Signale, die auf Überlastung im Team hinweisen

Fluktuation [2]

Fluktuation von Personal auf Grund der Belastungen im Arbeitsalltag

Kurzfristig- Team [2]

Direkte Auswirkungen belastender Situationen im Team.

Kurzfristig- Individuum [22]

Direkte Auswirkungen belastender Situationen auf Mitarbeitende, zB. Gefühle, die diese Situationen im Arbeitsalltag auslösen.

Strategien zum Umgang mit Belastungen [10]

Als Strategie werde grundsätzliche, langfristige Verhaltensweisen (Maßnahmenkombination) definiert, die eingesetzt werden, um bestimmte Ziele, in diesem Zusammenhang den erfolgreichen Umgang mit Belastungen in der Arbeitswelt, zu erreichen.

Teamstrategien [20]

Strategien, die vom gesamten Team eingesetzt werden, um Belastungen zu begegnen.

Individuelle Strategien [15]

Individuelle/ persönliche Verhaltensweisen zum Umgang mit Belastungen

Spiritualität/ Religion [4]

Rolle, die Spiritualität oder Religion beim Umgang und der Bewältigung von belastenden Situationen spielt.

Ausserhalb der Arbeit - zur Erhaltung der Gesundheit [37]

Strategien zur Erhaltung der Gesundheit können beispielsweise soziale Kontakte, unterstützende körperliche oder seelische Aktivitäten/ Übungen, etc. sein.

Während der Arbeitszeit [18]

Spezielle Massnahmen, die während oder ausserhalb der Arbeitszeit getroffen werden.

'Self-efficacy' [41]

Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zum Umgang mit belastenden Situationen, diese Einschätzung schliesst eine Beurteilung dazu ein, wie sich diese Fähigkeiten im Laufe des Berufslebens verändert haben.

Wissen um Ressourcen [8]

Ressourcen, die Mitarbeitende beim Umgang mit belastenden Situationen identifizieren.

Wertesystem im Team [24]

Bestimmte Werte, die im Team etabliert sind und eine Struktur schaffen, die unterstützend für die Teamkollegen ist

Institutionelle Unterstützung [23]

Äusserungen, in denen Teilnehmer die Unterstützung durch den Arbeitgeber beurteilen und wo beispielsweise Verbesserungen in der Sorge für das Wohlergehen der Arbeitnehmer angebracht wären. Ressourcen können seelsorgliche Dienste oder betriebsinterne Angebote, wie z.B. Supervisionsgruppen sein, oder aber auch betriebsinterne Strukturen, die die Identifikation und das Lösen von Problemen fördern, zB. interdisziplinäre Arbeitsgruppen.

Gesprächspartner [0]

Möglichkeiten, die zum Austausch über belastende Situation bestehen.

innerhalb des Teams [12]

Privat [11]

Beispiele für belastende Situationen [32]

Situationen aus dem Arbeitsalltag, die Mitarbeitende beibringen, um belastende Situationen zu illustrieren.