

Bachelorthesis

Academi Mens en Maatschappij/ Fachbereich Sozialwesen/ Saxion Enschede

Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

Eine Einschätzung arbeitsbedingter Belastungsfaktoren sowie die prospektive Einflussnahme von Supervision auf die emotionale Gesunderhaltung unter Arbeitnehmern eines überregionalen Pflegedienstes im Gebiet Lünen/Dortmund



Jan Hüning

St.-Nr. 429033



Bachelorthesis

Academi Mens en Maatschappij/ Fachbereich Sozialwesen/ Saxion Enschede

Jan Hüning

St.-Nr. 429033

T.AMM.: 37489

Dozent: M. Meijer

Studienphase: 9.2

Fachbereich Sozialwesen / AMM

Saxion Enschede

Lünen, 24.06.2016



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
1. Einführung ins Thema	2
2. Theoretischer Rahmen	6
2.1 Gesundheit vs. Krankheit	6
2.2 Belastung vs Stress.....	7
2.3 Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit.....	7
2.4 Forderung nach betrieblicher Gesundheitsförderung	8
2.4.1 Gesetzliche und politische Grundlagen-Forderung nach BGF	8
2.4.2 Position des Arbeitgebers.....	10
2.4.3 Betriebliche Sozialarbeit als Instrument der BGF	11
2.4.4 Supervision als Instrument der Betrieblichen Sozialarbeit.....	11
3. Untersuchungsmethodik.....	13
3.1 Begriffsbestimmungen.....	13
3.2 Forschungsart	14
3.3 Forschungsstrategie und Forschungsdesign.....	15
3.4 Forschungsmethode.....	15
3.4.1 Forschungsinstrument	16
3.4.2 Gütekriterien	17
3.4.3 Ethische Überlegungen	18
3.5 Durchführung.....	18
3.6 Methode zur Analyse der erfassten Daten	19
4. Auswertung der Forschungsergebnisse	20
4.1 Darstellung der Forschungsergebnisse	20
4.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zur Ermittlung der Belastung	20
4.2.1 Auswertung zur Ermittlung des Belastungsprofils	22
4.2.2 Einzelfragenauswertung zur Ermittlung der Belastung zum Branchenvergleichswert	23
4.2.3 Auswertung zur Ermittlung der Gesamtbeanspruchung	25
4.3. Ergebnisse der Einschätzungen zum Instrument Supervision	26
4.4 Interpretation der Forschungsergebnisse	30
4.4.1 Interpretation der Ergebnisse Teil I der Befragung	30
4.4.2 Interpretation der Ergebnisse Teil II der Befragung	34
5. Schlussfolgerungen.....	36
5.1 Beantwortung der Forschungsfragen	36
5.2 Weitere Handlungsempfehlungen	39
5.3 Kritische Auseinandersetzungen	42



6. Fazit	44
Literaturverzeichnis	45
Abbildungsverzeichnis	51
Tabellenverzeichnis.....	51
Anlagenverzeichnis	51



Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich mit dem Thema „Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz- Eine Einschätzung arbeitsbedingter Belastungsfaktoren sowie die prospektive Einflussnahme von Supervision auf die emotionale Gesunderhaltung unter Arbeitnehmern eines überregionalen Pflegedienstes im Gebiet Lünen/ Dortmund“.

Die Zielgruppe stellen die 121 Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M dar. Auf Grundlage einer sich verschärfenden, betriebsinternen Entwicklung der letzten Jahre, einhergehend mit erheblicher Zunahme der Krankenstände, oftmals langandauernder Arbeitsunfähigkeiten und hoher Personalfuktuation, bei zunehmend subjektiv geäußerter Unzufriedenheit seitens der Mitarbeiter, strebt die Unternehmensführung nun eine innerbetriebliche Optimierung an. Als Ziel dieser Auftragsforschung gilt es, die momentan empfundene Ist- Situation der Arbeitnehmer bezüglich der erlebten Belastungsfaktoren zu erfassen. Darüber erwägt die Geschäftsführung die Implementierung von Betrieblicher Sozialarbeit im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung an. Hierbei liegt das Unternehmensinteresse darin, mit Auswertung der erhobenen Forschungsergebnisse Aufschluss zu erlangen, in welchen Tätigkeitsbereichen Supervision seitens der Mitarbeiter als gewinnbringend angesehen wird.

Die vorliegende Arbeit baut sich wie folgt auf. Zunächst erfolgt eine Einführung in die Thematik. Um einen tieferen Einblick zu bekommen, werden im Theoretischen Hintergrund relevante Begrifflichkeiten und Zusammenhänge umfassend erläutert. Recherchen aus einschlägiger Fachliteratur liefern dazu den wissenschaftlichen Hintergrund. In den aufeinander folgenden Abschnitten wird zunächst die Untersuchungsmethodik umfassend erläutert. Es folgt die Auswertung und anschließende Interpretation der erfassten Forschungsergebnisse. Das Kapitel Schlussfolgerungen gibt zunächst Antwort auf die formulierten Forschungsfragen, setzt sich anschließend kritisch mit der vorliegenden Forschung auseinander und gibt Empfehlungen bezüglich weiterer möglicher Handlungsstrategien. Die Arbeit schließt mit einem Fazit.

Im Rahmen der Forschungsarbeit ist es gelungen, die Ziele umzusetzen. Die Erhebung der Daten über die quantitative Befragung hat zu einer Bewusstwerdung der Problemlagen, sowie zur Wahrnehmung von Chancen durch Implementierung Betrieblichen Sozialarbeit in Form von Supervision geführt.

Der Verfasser hofft durch die stattgehabte praxisnahe Forschung einen Beitrag zur Entwicklung der beruflichen Methodik im Bereich betrieblicher Sozialarbeit im Setting der ambulanten Pflege zu leisten. Mitunter öffnen sich der Betriebssozialarbeit, vor allem unter Berücksichtigung der dargestellten Umstände, wie die sich verschärfende Personalsituation in der ambulanten Altenpflege eine Reihe von Möglichkeiten, ihr Potential und ihre Kompetenz unter Beweis zu stellen.



1. Einführung ins Thema

Durch den allgemeinen Anstieg der Lebenserwartungen bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenraten entwickelt sich zukünftig eine veränderte Altersstruktur. In Deutschland sind zurzeit 21% der Bevölkerung 65 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt, 2016). Bereits in den kommenden beiden Jahrzehnten wird der Anteil älterer Menschen deutlich steigen. Im Jahr 2060 wird jeder Dritte¹ mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben. Die Alterung schlägt sich insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder (Statistisches Bundesamt, 2016). Im Rahmen dieser gesellschaftlichen Entwicklung muss mit einer Zunahme gesundheitlicher Risiken und chronischer Erkrankungen, die typischerweise mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Selbständigkeit älterer, insbesondere hochbetagter Menschen einhergeht, gerechnet werden. Somit besteht zukünftig ein erheblicher Versorgungsbedarf. Selbst konservative Schätzungen gehen von einer Verdopplung auf vier Millionen bis zum Jahr 2050 aus (DAK, 2015, S. 4). 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Bei 47 Prozent übernehmen dies die Angehörigen. Dieser Anteil wird künftig sinken, denn zur demografischen kommen auch gesellschaftliche Entwicklungen hinzu. Es zeigt sich eine Bewegung weg vom traditionellen Familienbild: Angehörige leben weit voneinander entfernt, und in vielen Partnerschaften ist es selbstverständlich, dass beide Partner arbeiten und somit die Pflege der Angehörigen ohne sekundäre Netzwerke nicht leisten können. In Zukunft werden daher professionelle Dienste, in Form ambulanter Pflegedienste einen immer größeren Stellenwert bekommen (DAK, 2015, S. 5). Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien fach- und sachkundig Unterstützung. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben (bmg, 2016).

Mit rund einer Million Beschäftigten bilden die Pflegekräfte nicht nur die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, sondern auch eine der gesundheitlich belastenden (Badura, Ducki, Schröder, & Klose, 2014, S. 344). Die Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege belief sich in 2009 auf 269 000 Personen. Die Mehrzahl der Mitarbeiter (87 %) war weiblich (destatis, 2011). Mit der Professionalisierung und einer zunehmenden inhaltlichen Differenzierung stiegen die Herausforderungen an das Berufsbild dynamisch an (Nagel, 2015). Pflegeberufe erfordern sowohl medizinische und fachliche Kenntnisse, sowie einen professionellen Einsatz (Pierobon, 2015, S. 15). Doch der Pflege steht bislang keine adäquate gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber. Das Sozialprestige ist hoch, doch die Entlohnung unverändert schlecht, obwohl sie eine tragende Säule der Versorgung unserer zunehmend pflegebedürftigen Gesellschaft bildet (Pierobon, 2015, S. 15). Die ambulante Pflege zeigt sich über ständig wechselnde Arbeitsplätze, in Form der aufsuchenden Haushalte, zwangsläufig ungewohnten Situationen, zeitliche Vorgaben, Notfälle, fehlende Handlungsspielräume außergewöhnlich belastet (Pierobon, 2015, S. 13). Hinzu kommen die emotionale Belastung durch die Pflegearbeit, in Form ständiger Auseinandersetzung mit Pflege und Tod sowie der vor Ort täglich erlebte Widerspruch zwischen Finanzierbarkeit und Erforderlichkeit

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier und im Folgenden auf die Verwendung von Paarformen verzichtet. Stattdessen wird die grammatikalisch maskuline Form verwendet. Diese Bezeichnungsform umfasst gleichermaßen weibliche und männliche Personen, die gleichberechtigt angesprochen werden.



erschwerend hinzu. Der Arbeitsalltag in der Pflege führt viele Pflegekräfte an die Grenzen der Belastbarkeit (Pierobon, 2015, S. 14).

In den letzten Jahren wurden in der ambulanten Pflege zwar Optimierungsprozesse nahezu perfektioniert, um so die Rahmenbedingungen und Strukturen, unter denen die körperlich und emotional schwere Arbeit geleistet wird, grundlegend zu verbessern. Die aktuelle Datenlage zeigt jedoch weiter ein zunehmend erhöhtes Aufkommen an Fehlzeiten aufgrund von Burn-out und anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen (Badura et al., 2014, S. 344). So leiden Beschäftigte vermehrt an psychischen Beschwerden, die mit Arbeitsunfähigkeiten einhergehen und nachfolgend oftmals zu Erwerbsunfähigkeit führen (Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V., 2014). Ursächlich wird dafür die zunehmende Komplexität und steigende Dynamik der Arbeit gesehen (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle, & Behr, 2008, S. 91ff). Faktoren wie Arbeitsüberlastung, ein Mangel an Kontrolle und Werten, fehlende Belohnung und Anerkennung sowie Fairness und Gerechtigkeit sind an der Manifestierung psychischer Erschöpfung maßgeblich beteiligt (Maslach & Leiter, 2013, S. 36).

Arbeitsunfähigkeiten sind in der Altenpflege besonders hoch und mussten in 2014 mit 26,7 Fehltagen pro Beschäftigten angegeben werden. Mitarbeiter der Altenpflege sind extremen psychischen Belastungen ausgesetzt, was sich in den hohen Fehlständen von 16 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage äußert. Demnach entfiel fast jeder sechste Fehltag auf Grund einer psychischen Erkrankung (AOK, 2015). Es zeigte sich, dass die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burn-outs (Z73 im ICD-10-GM) um 700 Prozent gestiegen ist, die Anzahl der Fehltage erhöhte sich um das Doppelte (Bühning, 2012). Laut einer Meinungsumfrage erwägen unter 3048 befragten Pflegekräften 33,1% die Berufsaufgabe oder den Wechsel in eine andere Tätigkeit (DBfK-Bundesverband, 2009).

Diese problematische Entwicklung zeigt sich auch im Pflegedienst M&M. Nach Aussagen der Personalleitung, zeigt sich eine verschärfende Entwicklung, einhergehend mit erheblicher Zunahme der Krankenstände, oftmals langandauernder Arbeitsunfähigkeiten und hoher Personalfuktuation, bei zunehmend subjektiv geäußelter Unzufriedenheit seitens der Mitarbeiter. In 2015 lag die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit bei 29,5 Tagen, 12 Mitarbeiter waren mit mehr als 8 Wochen langzeiterkrankt. 14 Mitarbeiter verließen den Betrieb.

Der Pflegedienst Merten & Merten besteht seit nunmehr 19 Jahren. Nach Übernahme des Pflegedienstes in 2013 durch den jetzigen Inhaber kam es zu einer erheblichen Ausweitung des Leistungsspektrums. Die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten gehören zum alltäglich zu leistenden Angebot der Ambulanten Pflege:

- Beatmungspflege und Intensivpflege
- Wundversorgung durch ICW- ausgebildete Wundexperten
- Grund- und Behandlungspflege
- Kinderkrankenpflege
- Versorgung von Portsystemen
- Pflegeprüfungen nach § 37.3 SGB XI
- Betreuungskonzept nach § 45b SGB V
- Individuelle, stundenweise Betreuung für dementiell erkrankte Menschen
- Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenzen in Wohngemeinschaften
- Vermittlung von Dienstleistungen wie z.B. Fußpflege



- Essen auf Rädern
- Hausnotruf (Vitakt)
- Technische Hilfsmittel wie z.B. Krankenbett, Rollstühle, Toilettenstühle, Gehhilfe

Der Pflegedienst beschäftigt momentan 121 Mitarbeiter. Herunter befinden sich Altenpfleger, Arzthelfer, Betreuer, Bürokaufleute, Fach- Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachwirte im Sozial und Gesundheitspflege, Kinderkrankenpfleger, Haushaltshilfe, medizinische Fachangestellte, Personalleitung und Beschäftigte ohne Abschluss.

Durch einen langjährig bestehenden, persönlichen Kontakt sowohl zur Unternehmensführung als auch zu einigen Mitarbeitern, sowie der bekannten Zunahme des empfundenen Leistungsdrucks aufgrund der beschriebenen Entwicklung, entstand der Anlass zu dieser Forschungsarbeit. Es sei an dieser Stelle daraufhin gewiesen, dass die vorliegende Arbeit somit eine *Auftragsforschung* darstellt, bei der in besonderem Maße die Vorstellungen und die anzustrebenden Erkenntnisse seitens der Unternehmensführung berücksichtigt wurden.

Auf Grundlage der beschriebenen, sich verschärfenden Entwicklung der letzten Jahre, strebt die Unternehmensführung nun eine innerbetriebliche Optimierung an. Dabei sei erwähnt, dass die Personalführung in der Vergangenheit bereits wiederholt bemüht war der innerbetrieblichen Entwicklung entgegenzuwirken. So wurden, um einer geforderten betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nachzukommen, neben anlassbezogenen Mitarbeitergesprächen und Weiterbildungsmöglichkeiten auch Präventionsmaßnahmen, in Form von Wirbelsäulengymnastik oder Aquajogging angeboten. Bei diesen, seitens der Geschäftsführung „on top“ angesetzten Angaben zeigten sich jedoch erhebliche Implementierungsproblematiken bzw. bedauerlicherweise keinerlei Akzeptanz. Ein zuletzt angebotener Kurs startete in 8/2015 mit 35 Teilnehmern und musste in 11/2015 mit 2 Teilnehmern abgebrochen werden.

Das Vorhaben der Unternehmensführung ist es nun, den vielfachen Äußerungen der Mitarbeiter über zu viel Arbeit, Stress und krankmachenden Belastungen nachzugehen. Also die momentan empfundenen Ist- Situation der Arbeitnehmer zu erfassen. Darüber hinaus hat sich die Unternehmensführung umfassend mit dem Beratungsformat der Supervision beschäftigt und erwägt die Implementierung von Betrieblicher Sozialarbeit im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung.

Mittels dieser Forschungsarbeit gilt es daher im Rahmen eines 1.Vorhabens eine interne Ursachenforschung in Form einer Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Das partielle Forschungsziel geht somit der Frage nach, *welche betriebs-bzw. tätigkeitsbedingten Faktoren seitens der Mitarbeitern des Pflegedienstes M&M als belastende Stressoren empfunden werden können.*

Hierbei werden Belastungsquellen der quantitativen Arbeitsbelastung, der qualitativen Arbeitsbelastung, der Arbeitsorganisation, des soziales Arbeitsumfeldes und der außerberuflichem Situation differenziert betrachtet.

Darüber hinaus soll in einem 2.Vorhaben seitens der Mitarbeiter eine prospektive, subjektive Einschätzung bezüglich der Einflussnahme von Supervision auf die emotionale Gesunderhaltung erfolgen. Hierbei liegt das Unternehmensinteresse darin, mit Auswertung der erhobenen Forschungsergebnisse Aufschluss zu erlangen, *in welchen Tätigkeitsbereichen Supervision als gewinnbringend angesehen wird.*



Dabei ist es der Unternehmensführung wichtig, zu eruieren *ob und in welcher Form eine ausreichende Motivation seitens der Mitarbeiter bezüglich einer evtl. zu implementierenden betrieblichen Sozialarbeit in Form von Supervision vorhanden ist.* Um signifikante Aussagen von den Mitarbeitern zu bekommen, wurde im Vorfeld die Thematik- Supervision in der Altenpflege-, durch einen externen Referenten, im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung umfassend erläutert.

Nach Auswertung der Forschungsergebnisse verfolgt die Bachelorthesis das Ziel der Unternehmensführung, *ein seitens der Mitarbeiter erfasstes Belastungsprofil detailliert darzustellen.* Darüber hinaus ist eine Aussage zu treffen, *ob die Mitarbeiter das Instrument der Supervision für sich als gewinnbringend und somit als Coping zwecks Erhalts bzw. Erlangen emotionaler Gesundheit im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ansehen. Es soll somit ein Ausgangspunkt für eine mögliche Integration in weiterführende Angebote der betrieblichen Sozialarbeit geschaffen werden. Langfristiges Ziel soll es sein im Rahmen der Prävention mittels Supervision Optimierungsprozesse innerbetrieblich voranzutreiben.*

Aus der beschriebenen Problematik und den dargestellten Zielen ergibt sich folgende übergeordnete Forschungsfrage:

Wird Supervision als Resilienz förderndes Instrument zur Reduzierung empfundener psychischer Belastungen seitens der Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M eingeschätzt?

Hieraus ergeben sich folgende Teilfragen:

- **Welche arbeitsplatzbezogenen Belastungen werden als Gefährdung emotionaler Gesundheit empfunden?**
- **In welchen Bereichen wird Supervision als gewinnbringend angesehen?**
- **Liegt eine ausreichende Motivation vor, Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit anzunehmen?**
- **In welcher Form kommt Supervision in Frage?**

Um sich diesem Vorgehen anzunehmen, wird die Bachelorarbeit im Design einer Praxisforschung durchgeführt. Dabei wird eine quantitative Erhebung in schriftlicher Form durchgeführt, welche die beschriebenen beiden Vorhaben gleichermaßen berücksichtigt um die Zielvorhaben zu verfolgen.



2.Theoretischer Rahmen

Um einen tieferen Einblick in die Thematik zu bekommen, werden im Theoretischen Rahmen relevante Hintergründe und Zusammenhänge umfassend erläutert.

2.1 Gesundheit vs. Krankheit

Wie ist es Menschen nun möglich, trotz extremster Belastungen gesund zu bleiben? Dieser Fragestellung ging der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1923-1994) in den 70er Jahren, in seinem Modell der Salutogenese nach. Nach dem salutogenetischen Modell ist Gesundheit kein eindeutig definierbares Konstrukt, sondern stets mehrdimensional zu betrachten. Es umfasst und berücksichtigt Einflussgrößen auf physiologischer, biochemischer, sozialer, kognitiver und emotionaler Ebene (Bertelsmann, 2013, S. 55). Ein wichtiger Bestandteil der Salutogenese² ist die Beschreibung eines Gesundheits-Krankheits-Kontiniums, des HEDE- Kontiniums³. Der Istwert ergibt sich aus einem interaktiven Prozess, zwischen Stressoren vs. Widerstandsressourcen im Kontext der persönlichen Lebenserfahrung (Websolutions, 2009). Emotionale Gesundheit ist abhängig vom Vorhandensein, bzw. von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt. Sie wird maßgeblich beeinflusst vom Vorhandensein, dem Erfassen und der Inanspruchnahme von Ressourcen (Donath, 2004, S. 210). Antonovsky beschreibt einen starken Einfluss der inneren Lebenseinstellung auf den Gesundheitszustand. Er postulierte das Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC), welches sich aus drei Komponenten zusammensetzt.

1. das Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), beschreibt die Fähigkeit eines Menschen auch unbekannte Stimuli als geordnete und strukturierte Informationen zu verarbeiten.

2. das Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness), beschreibt das Ausmaß, in dem das Leben als emotional sinnvoll empfunden wird.

3. Handhabbarkeit (sense of manageability), beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind.

Für Antonovsky sind nicht die Stressoren, sondern vorhandene Stressbewältigungsmöglichkeiten, also das Coping, entscheidend für die gesundheitliche Entwicklung. Entsprechend gewichtet Antonovski das bewusste Wissen um vorhandene innere und äußere Ressourcen als Copingstrategie, benennt dies „generalisierte Widerstandsressource“ (Bertelsmann, 2013, S. 56).

Neben dem Modell der Salutogenese ist eine Beachtung des Sozialisationstheoretischen Gesundheitsmodell nach Hurrelmann (1988) als theoretischer Rahmen für das geplante Forschungsprojekt in Betracht zu ziehen. Es stellt ein komplexes Modell der Interdependenzen von Lebensbedingungen, Ressourcen, Belastungen und Symptomen dar (Websolutions, 2009). Krankheit bzw. ihre Symptome sind als Folge von Überlastung zu sehen. Sie treten auf, wenn die

² Wortschöpfung Salutogenese : (lat. salus ‚Gesundheit‘, ‚Wohlbefinden‘ und -genese, also etwa „Gesundheitsentstehung“).

Der Begriff ist analog und komplementär gebildet zu dem Begriff Pathogenese (griech. páthos = Schmerz, Leid), der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet

³ Hede-Kontinuum: Wortspiel Antonovskys, beschreibt das Kontinuum zwischen den Polen „healthese“ und „disease“



Gesundheitsressourcen nicht mehr ausreichen, bestehende Belastungen zu kompensieren (Bertelsmann, 2013, S. 59). Auch in diesem Modell ordnet sich jeder Mensch auf einem Gesundheits- Krankheitskontinuum ein. Sowohl das Modell der Salutogenese nach Antonovsky als auch das sozialisationstheoretische Gesundheitsmodell nach Hurrelmann fokussieren das Zusammenspiel von Risikofaktoren, Ressourcen und der individuellen Bewältigung belastender Lebenssituationen und sind somit durchaus geeignet den theoretischen Hintergrund für das Forschungsprojekt zu stellen.

2.2 Belastung vs Stress

Unter Belastung wird eine objektive, von außen wirkende Einflussnahme auf den Menschen verstanden. Hierzu zählen Belastungsfaktoren wie z. B. Lärm, Zeitdruck oder widersprüchliche Erwartungen an Mitarbeiter. Die daraus resultierenden subjektiven Folgen lassen sich in physische und psychische Beanspruchung unterteilen. Erst bei entstandener Diskrepanz zwischen der Beanspruchung einer Person und den Möglichkeiten damit umzugehen, können sich positive oder negative Beanspruchungsfolgen wie Stress ergeben (Sedlacek, 2015). Stress steht für die Reaktion von Körper und Geist auf äußerliche Reize, sogenannte Stressoren. Stressoren lassen sich in Mikrostressoren, also alltägliche Unannehmlichkeiten sowie Makrostressoren, wie kritische Lebensereignisse oder traumatische Ereignisse, differenzieren (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 29). Empfindet das Gehirn jedoch anstehende Aufgaben als lösbar, stimuliert der sogenannte Eustress die Person. Wird das Anforderungsniveau jedoch als zu hoch oder aber zu niedrig eingeschätzt, muss mit negativen, mitunter krankmachenden Auswirkungen auf den Organismus gerechnet werden. In beiden Fällen spricht man von Disstress (Bauer, 2013, S. 37f.).

In zahlreichen Stressmodellen erfolgt die Beschreibung der Zusammenhänge verfügbarer Bewältigungsstrategien eines Menschen bei der kognitiven und emotionalen Bewertung einer Situation (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011, S. 479). So beschreibt das transaktionale Erklärungsmodell nach Lazarus, dass selbst extreme Belastungsfaktoren keine objektiven Größen darstellen müssen (Lazarus & Launier, 1981, S. 123ff). Denn Lazarus geht davon aus, dass die Reaktion auf solche Faktoren von entstehenden Gedanken, Bewertungen und Ressourcen des Menschen in der jeweiligen Situation bestimmt wird. Stressreaktionen werden daher im beschriebenen Modell als Wechselwirkungsprozesse zwischen Anforderungen einer Situation und der Resilienz des zu handelnden Menschen gesehen (Lazarus & Launier, 1981, S. 123ff)

2.3 Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit

Arbeit hat in unserer Gesellschaft einen zentralen Stellenwert erlangt (Jahoda, 1983, S. 24ff). Neben Beschreibungen wie Last und Pflicht oder Leistung und Wert, dient Arbeit der Persönlichkeitsentfaltung und sozialen Strukturierung. Arbeit ist für die meisten Menschen mehr, als eine reine Erwerbsquelle und lässt sich gar als eine Quelle von Inspiration und Sinn beschreiben (Jahoda, 1983, S. 24ff). Arbeit stellt eine Möglichkeit dar, Anerkennung, Erfüllung und soziale Interaktion zu erleben (Faltermaier, T.; Mayring, Saup, P.; Strehmel, P., 2002, S. 27). Arbeit hat einen starken Einfluss auf das Selbstbewusstsein, die Identität und die Gesundheit der Menschen. So steht Arbeit in einem direkten Einfluss zur Gesundheit einer Person. Gesundheit wiederum steht im Zusammenhang zu Arbeitsverhalten und Arbeits-



vermögen. Nach Glaser und Seubert (2014, S.54) besteht somit eine direkte Wechselwirkung zwischen der Gesundheit eines Mitarbeiters unter Berücksichtigung seiner persönlicher Ressourcen, den Anforderungen der Arbeitsaufgabe und den vom Unternehmen bereitgestellten externen Ressourcen.

Nach Posth (1990) sind „Arbeit und Gesundheit im Leben eines jeden Menschen nahezu untrennbar miteinander verwoben“ (S. 6). Zum einen ist die Arbeit als Mittel zur Existenzsicherung, zur Definition des sozioökonomischen Status und zum Aufbau sozialer Netzwerke zu sehen, ebenso kann sie Selbstwertgefühl, Sinnhaftigkeit und Anerkennung vermitteln und leistet damit einen großen Beitrag zur Entwicklung und zum Erhalt der körperlichen und geistigen Gesundheit. Zum anderen können sich ungünstige Arbeitsbedingungen und Umstände im Setting Arbeitswelt, seien sie physischer, psychischer oder soziale Art, negativ auf die Gesundheit und die Entstehung von Krankheiten auswirken (Posth, 1990, S. 6f.). Das Belastungs- Beanspruchungsmodell geht von der Vorstellung aus, das jeder Arbeitsplatz durch individuelle äußere Bedingungen bzw. Belastungen gekennzeichnet ist (Faller, 2012, S. 89). Die Betroffenen reagieren in Abhängigkeit von ihren individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten und ihren gewählten Vorgehensweisen verschiedenartig und empfinden somit eine personengebundene Beanspruchung. Folglich empfinden einzelne Personen bei gleicher Belastung verschiedene Beanspruchungen (Faller, 2012, S. 89).

Belastungen am Arbeitsplatz finden sich auf drei Ebenen:

Makro-Ebene: Das Zusammenspiel von Arbeit und anderen Lebensbereichen wird als belastend wahrgenommen; z.B. Arbeitszeiten vs. Zeit für die Familie.

Meso-Ebene: Organisatorische Arbeitsbedingungen werden als belastend empfunden; z.B. niedriges Gehalt, keine Beförderung.

Mikro-Ebene: Aufgabenbezogene Arbeitsbedingungen sind belastend; z.B. Über- und Unterforderung durch die zu tätigenen Arbeitsaufgaben, Aufgabenerledigung unter Zeitdruck (Väterlein, 2000). Arbeitsplatzbezogene Stressoren in der ambulanten Pflege lassen sich konkretisieren in Form von Zeitdruck durch enge Zeitvorgaben, hohe Arbeitsdichte, verkehrsbedingte Verzögerungen durch Staus, bei öffentlichen Verkehrsmitteln oder schlechte Witterungsverhältnisse, kaum Erholungsspielräume zwischen den Einsätzen „Sandwich-Position“ zwischen Patienten und Geschäftsführung, oftmals fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Informationsdefizite, Unsicherheiten durch fehlende Rückkopplung in Form von Anerkennung oder Kritik sowie Erschwerung von privaten Planungen durch unregelmäßige Arbeitszeiten (Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, 2007).

2.4 Forderung nach betrieblicher Gesundheitsförderung

2.4.1 Gesetzliche und politische Grundlagen-Forderung nach BGF

In Deutschland besteht ein duales System, wobei die Berufsgenossenschaften und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger eine gemeinsame Basis bilden (Meinel, 2011, S. 13). Innerhalb dieses Systems wird jedem Arbeitgeber ein Mindestmaß an organisatorischen, technischen und medizinischen Maßnahmen für den Schutz der Beschäftigten vorgegeben (Meinel, 2011, S. 13). Bereits im Jahre 1986 wurde durch Verabschiedung der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Voraussetzungen für Gesundheit, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Selbstbestimmung über gesundheitliches Handeln und die dafür notwendige Gesamtpolitik betont (Weltgesundheitsorganisation, 1986). Ein Aktionsplan der WHO 2012-2016 legt die Zielsetzung fest „Gesundheit und



Wohlergehen zu verbessern, indem [...] Arbeitsstätten so umgestaltet werden, dass sie die Gesundheit stärker unterstützen“ (Weltgesundheitsorganisation, 2011, S. 24). Das hebt die Bedeutung der Gesundheitsförderung am Setting Arbeitsplatz hervor. Der klassische Arbeitsschutz, bei dem es ausschließlich um Gefahrenbekämpfung und die Sicherheit geht, ist somit um die Sichtweise der Gesunderhaltung erweitert worden und hebt darüber hinaus die Schutzpflichten des Arbeitgebers hervor. So heißt es im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) § 20a, dass Unternehmen seit 1.1.2000 verpflichtet sind, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, kurz Präventionsgesetz (PrävG), verabschiedet am 18.6.2015 im Bundestag, aktualisiert die beschriebene Entscheidung (BmG, 2016). So sieht die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) für den Bereich der ambulanten Pflege eine Gefährdungsbeurteilung, sowie die Umsetzung resultierender Interventionen für Mitarbeiter vor. Diese soll schwerpunktmäßig eine Gefährdung psychischer, betriebsbedingter Belastungsfaktoren erfassen (BGW, 2013). Doch gerade in kleinen (bis 10 Mitarbeiter) und mittleren Unternehmen, (bis 250 Mitarbeiter), nachfolgend KMU benannt, nimmt das Thema betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) eine untergeordnete Rolle ein. Ambulante Pflegedienste, werden somit bei einer durchschnittlichen Mitarbeiterzahl von 22 in der Kategorie KMU zugeordnet (Statistisches Bundesamt, 2016). Während laut einer Umfrage 67% der Befragten die Durchführung von BGF-Maßnahmen in Großbetrieben bestätigen, sind es in mittleren Unternehmen 45%, in kleinen 29% und in Kleinstunternehmen sogar nur 18% (Beck & Lenhardt, 2014).

Auch im Internationalen Vergleich variieren gesundheitspolitische Umsetzungen von Prävention und Gesundheitsförderung zwischen Ländern innerhalb und außerhalb von Europa erheblich (Gericke & Busse, 2014, S. 399). Unterschiede sind in erster Linie historisch und systembedingt zu finden. Die gemeinschaftliche Präventionspolitik innerhalb der Europäischen Union beschränkt sich momentan auf die Förderung von Maßnahmen zur Festlegung und Sicherung von Mindeststandards (Gericke & Busse, 2014, S. 400). In den letzten Jahren wurde jedoch eine große Anzahl nationaler und internationaler, branchenspezifischer und branchenübergreifender Netzwerke für BGF gegründet. Zu den bedeutsamsten Netzwerken gehört sicherlich das 1996 gegründete European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (Ulich & Wülser, 2010, S. 359). Zu den beschriebenen Zielen der ENWHP zählen:

- Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Gesundheit von Beschäftigten
- Stärkung der Arbeitsfähigkeit
- Erfahrungsaustausch zwischen der beteiligten Ländern zu koordinieren
- „good workplace health practice“ zu verbreiten
- Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen zu stützen.

Zu den Aktivitäten des ENWHP gehörte zunächst die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung (Ulich & Wülser, 2010, S. 360). Nachfolgend beschäftigte sich das ENWHP mit den Entwicklungen eines Konzepts BGF für kleine und mittlere Unternehmen. Ein besonderes Anliegen liegt in der Unterstützung eines „Setting-Konzepts“, d.h die Bildung settingspezifischer BGF Netzwerke zum Beispiel in Schule und Krankenhäuser, also in der Pflege, national und international wird angestrebt (Ulich & Wülser, 2010, S. 362). 22 Partnerländer gehören dem ENWHP an, dazu gehören



beispielhaft genannt Bulgarien, Dänemark, Deutschland Frankreich, Niederlande, Irland, Italien, Schweiz und Spanien.

In einer Reihe der EU- Staaten konnten bereits zahlreiche Netzwerke in den letzten Jahren gegründet werden dazu zählt das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, gegründet 2003, der Schweizer Verband für betriebliche Gesundheitsförderung (2003), sowie für Österreich ein nationaler „Fonds Gesundes Österreich (Ulich & Wülser, 2010, S. 366)

2.4.2 Position des Arbeitgebers

Gilt es nun für Mitarbeiter Gesundheit langfristig aufrecht zu erhalten, scheint es daher unumgänglich zu sein, Stressoren zu erkennen und sich damit zu beschäftigen wie Stress gemanagt bzw. bewältigt werden kann. Daher ist es essentiell, problembezogen zu Handeln d.h. die Ursache der Stressempfindung zu identifizieren um darauf entsprechend reagieren zu können (Nerdinger, Blickle, & Schaper, 2011, S. 521). Der Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung ist ganzheitlich und interdisziplinär zu sehen. Als umfassendes Konzept sind neben Qualitätssicherung, Personalentwicklung und den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz auch präventive Maßnahmen (Schutz der Gesundheit und Verminderung der Risikofaktoren) anzubieten und zu lehren. Es gilt aber auch die Mitarbeiter dahingehend zu befähigen, eigene Gesundheitspotentiale zu entwickeln und sich aktiv für ihre eigenen Gesundheitsbelange einzusetzen (Ringer, 2005, S. 49). Die Umsetzung eines erfolgreichen BGF ist dabei als kontinuierlicher Verbesserungsprozess in einem Unternehmen zu betrachten mit korrektiven Strategien zu hinterlegen (Ringer, 2005, S. 49).

Ein Unternehmen ist deshalb auch als Ort der Gesundheitserziehung zu sehen, da es unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten ausübt (Geißler, Schlünkes, & Rinnisland, 2003, S. 92). So können durch Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen krankheitsbedingte Fehlzeiten gemindert werden, was folglich mit Kosteneinsparungen für das Unternehmen einhergeht (Singer, 2010, S. 52). Gesunde Mitarbeiter stellen sich im Alltag leistungsstärker und motivierter dar, ihre Bindung an das Unternehmen festigt sich. Durch die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeiter entwickelt sich nachweislich die Kommunikation im Unternehmen positiv. Im Gegenzug steigt sowohl die Mitarbeiterzufriedenheit als auch die Leistungsfähigkeit (Singer, 2010, S. 62). Für den Erfolg eines Unternehmens ist es unumgänglich, sich mit seinen Prozessen und Strukturen auseinanderzusetzen. Hier müssen Arbeitsabläufe, die Bedürfnisse der Mitarbeiter sowie um die Erkennung und Bewertung von Risiken und Verwundbarkeiten im Vordergrund stehen (Heitger & Serfass, 2015, S. 25).

Auf Grundlage der beschriebenen Problembetrachtung sollte es für jeden Unternehmer unvermeidlich sein, Mitarbeiter zunehmend in den Mittelpunkt seiner Bemühungen zu stellen. Trotz allem wird bislang seitens der Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung diese Problematik nicht umfassend genug berücksichtigt (Werner, 2006, S. 22). Die Personalsituation innerhalb der Altenpflege wird nicht mehr als problematisch, sondern treffender als dramatisch dargestellt (Büscher & Horn, 2010). Um einer weiteren Verschärfung entgegenzuwirken, ist es nun obligat, seitens der Personalführung, eine spezifisch an



die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter angepasste Unterstützung zu ermöglichen, die das Ziel der Gesunderhaltung verfolgt.

Jegliche erfolgversprechende Umsetzung im Rahmen BGF setzt voraus, dass eine effektive und nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik partizipativ⁴ ausgelegt sein muss. Gesundheitsförderung setzt konstitutiv die Beteiligung der betroffenen Beschäftigten voraus sowohl bei der Planung als auch der Durchführung (Ulich & Wülser, 2010, S. 132).

2.4.3 Betriebliche Sozialarbeit als Instrument der BGF

Der gesellschaftliche Auftrag zur Förderung und Stärkung gesundheitlicher Ressourcen kann durch die Soziale Arbeit wahrgenommen werden, indem sie sich an den Bedürfnissen der Beschäftigten, der Geschäftsführung und den Interessen der Gesellschaft orientiert. Die Betriebliche Sozialarbeit stellt einen relevanten Teilbereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei nimmt die Betriebliche Sozialarbeit eine wichtige Seismographenfunktion ein, da sie frühzeitig Einsicht von Problemlagen erhält, die in Unternehmensbereichen und Abteilungen bestehen oder sich entwickeln (bbs-ev, 2016). Des Weiteren werden wichtige Erkenntnisse für die strategische Ausrichtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie die Bewältigung psychischer Belastungen, Konfliktmanagement, Krisenintervention geliefert (bbs-ev, 2016). Betriebliche Sozialarbeit leistet eine relevante Arbeit in einer ganzheitlich verstandenen Gesundheitsprävention. Sie unterstützt die Führungskräfte im Hinblick auf den Umgang mit Mitarbeitern und der Wahrnehmung ihrer Fürsorgepflicht. Individuelle Bewältigungsstrategien zu sozialen Problemlagen, sowie damit einhergehende Leistungseinschränkungen können an die Hand gegeben werden. Betriebliche Sozialarbeit fördert die Entwicklung des Bewusstseins für den Nutzen der sozialen Ressourcen, wie Betriebsklima, kollegialer Umgang, mitarbeiterorientierte Führung (Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V., 2014). Die Betriebliche Sozialarbeit leistet sowohl im reaktiven als auch im präventiven Bereich einen wesentlichen Beitrag zur Förderung, Stabilisierung und Wiederherstellung, von psychosozialer Gesundheit und somit zum Erreichen von Unternehmenszielen (Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V., 2014). Betriebliche Sozialarbeit fristet als Nischenprodukt der Sozialen Arbeit momentan jedoch immer noch ein Dasein am Rande der betrieblichen Wirklichkeit (bbs-ev, 2016).

2.4.4 Supervision als Instrument der Betrieblichen Sozialarbeit

Als wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes Konzept der sozialen Arbeit stellt Supervision eine wirksame Beratungsform in Situationen hoher Komplexität und großer Dynamik dar (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., 2012). Im Rahmen der Supervision werden Fragen, Probleme und Konflikte sowohl aus dem beruflichen Alltag als auch der beruflichen Rolle reflektiert. Das konkrete Handeln zu den Strukturen der Organisation und des Aufgabenfeldes werden in Beziehung gesetzt. Als Beratungsformat unterstützt die Supervision die Verbesserung der Kommunikation am Arbeitsplatz, die Förderung der Zusammenarbeit innerhalb bestehender Teams, sowie zwischen verschiedenen Hierarchieebenen (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., 2012). Organisations- und Arbeitsabläufe werden

⁴ Partizipativ bedeutet letztlich die Entscheidung darüber, welche krankmachenden Belastungsfaktoren empfunden werden und welche Maßnahmen zu ergreifen sind um die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern bei den Betroffenen liegt.



analysiert, Konflikte erkannt und aufgeklärt, die Wahrnehmungsfähigkeiten werden trainiert und die Handlungsoptionen erweitert. Supervision stellt sich somit als Weiterbildungs-, Beratungs-, und Reflexionsverfahren für berufliche Zusammenhänge dar. Das allgemeine Ziel dieser ist es, die Arbeit der Ratsuchenden in allen Bereichen zu verbessern. Sowohl zwischenmenschliche Arbeitsbeziehung, als auch organisatorische Zusammenhänge sind damit gemeint (Belardi, 2011, S. 240ff). Dabei findet Supervision in unterschiedlichen „Settings“ statt. Die Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012) unterscheidet zwischen:

- Supervision für Einzelne
- Supervision für Führungskräfte
- Supervision für Gruppen
- Supervision für Teams
- Supervision für Abteilungen

Supervision für soziale Berufe kennt nach Belardi (2011) vor allem drei Schwerpunkte. Für das Berufsfeld der ambulanten Pflege lassen sich relevante Themen wie Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Richtige Umgang mit Nähe und Distanz oder die Untersuchung von Übertragung oder Gegenübertragung im Rahmen der *Fallarbeit* erarbeiten. Ziel ist es die Selbstreflexion der Beschäftigten mit Hilfe der Supervision zu verbessern. Die Entwicklung von Kooperation und Teamfähigkeit lässt sich nach Belardi (2011) mittels *Selbstreflexion der Arbeitsteams* verfolgen. Diese Qualifikationen sind jedoch in helfenden Berufen nicht als Selbstverständlichkeit anzusehen. Dies muss durch regelmäßige Aufarbeitungen teaminterner Konflikte gelehrt werden. Der dritte Gesichtspunkt der Supervision ist die *Organisationsanalyse*, also die Betrachtung sämtlicher Vorgänge (Belardi, 2011). Hierbei gilt es zum Beispiel formelle und informelle Strukturen, Arbeitsteilung, Führungsstil und Betriebsklima, offene und verborgene Regeln und Normen sowie Zielvorgaben und verborgene Ziele zu beleuchten (Belardi, 2011). Derzeit lässt sich kein einheitliches methodisches Vorgehen in der Supervision beschreiben - es gibt vielfältige Ansätze, Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen (Scholz, 1999). Auch die Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012) konstatiert eine große Methodenvielfalt und unterschiedliche Vorgehensweisen je nach deren theoretischer Grundorientierung. So lässt sich die Supervision als bewährtes Instrumente, psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu begegnen, als Teil einer umfassenden Handlungsstrategie zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Strukturen, Arbeitsprozessen und zur Befähigung der Fachkräfte im Feld der Altenpflege sehen (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., 2012).



3. Untersuchungsmethodik

Sozialarbeitsforschung geht von einem praktischen Erkenntnisinteresse aus, bei dem die Perspektive des Individuums im Fokus steht. Daten für die Beschreibung und Analyse sozialer Verhältnisse, sowie Basisinformationen für die Wirkung und Effizienz sozialarbeiterischen Handelns von neuen Konzepten und Verfahren müssen geliefert werden (Schaffer, 2009, S. 10). In diesem Kapitel wird eine empirische Untersuchung auf Grundlage eines standardisierten Fragebogens dargestellt. Dazu werden zunächst noch nicht beschriebene Begriffsbestimmungen, der Forschungsfragen, die sich als relevant für diese Arbeit erweisen, erläutert. Im Weiteren werden die wesentlichen Aspekte des systematische Forschungsaufbaus beschrieben. Hierbei erfolgt eine Darstellung, des Untersuchungsdesign und der Untersuchungsstrategie, die detaillierte Beschreibung des Untersuchungsinstruments, sowie des Forschungsverlaufs. Relevante Gütekriterien dieser Forschung werden beziehungsweise reflektiert sowie die Methode zur Analyse der erfassten Daten erläutert. Das Kapitel schließt mit beziehungsweise ethischen Überlegungen.

3.1 Begriffsbestimmungen

Die Begrifflichkeiten betriebliche Sozialarbeit, Supervision, Resilienz fördernd, emotionale Gesundheit, psychische Belastung sowie arbeitsplatzbezogene Stressoren wurden bereits detailliert im theoretischen Rahmen beschrieben und werden somit an dieser Stelle nicht noch einmal bedacht.

Forschungsfragen:

Wird Supervision als *Resilienz förderndes* Instrument zur Reduzierung empfundener *psychischer Belastungen* seitens der Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M eingeschätzt?

- Welche *arbeitsplatzbezogenen Stressoren* werden momentan als Gefährdung *emotionaler Gesundheit* empfunden?
- In welchen Bereichen wird *Supervision* als gewinnbringend angesehen?
- Liegt eine ausreichende Motivation vor, *Supervision* als Coping anzunehmen?
- In welcher Form kommt *Supervision* als Instrument der *Betrieblichen Sozialarbeit* in Frage?

Motivation ist ein aktueller Prozess, der durch die Anregung eines Motives ausgelöst wird. Motivation stammt aus dem lateinischen (movere-bewegen) und ist die Gesamtheit von Motiven die einen Menschen zu einer Handlung bewegen. Es gibt viele verschiedene Arten von Motivation (Stangl, 2016). In der Regel sind Menschen von Grund auf bereit ihren Beitrag für das Gesamte zu leisten, sofern auch ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden. Manchmal gerät die Motivation aber ins Wanken, da oftmals die Ursachen nicht bewusst sind. Dann gilt es genauer hinzusehen, welche Elemente demotivieren und was einem wieder neuen Sinn und Schwung vermittelt (Stangl, 2016). Im Rahmen der Forschung sollen daher zunächst erlebte Stressoren als demotivierende Einflussnahme auf den beruflichen Alltag identifiziert



werden um nachfolgend die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Supervision als Coping zu erfassen.

Mit dem Begriff *Coping* ist die Bewältigung, oder auch Bewältigungsstrategie gemeint, welche zur Lösung verschiedener Konflikte angewandt werden kann (Stangl, 2016). Coping versteht sich als Bezeichnung für eine Vielzahl von Strategien der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen. Im Rahmen der aktiven Auseinandersetzung mit Stress werden seitens Lazarus zwei Bewertungen differenziert. In der primären Bewertung schätzt man die Ursache von Stress ein. Diese Ursachen können eine Bedrohung, ein Verlust oder eine Herausforderung sein. Die sekundäre Bewertung ist keine Reaktion auf die primäre Bewertung, sondern enthält die Selbsteinschätzung auf die Bewältigungsmöglichkeiten (Stangl, 2016). Für die Forschungsarbeit ist zunächst die primäre Bewertung relevant. Hier gilt es seitens der Supervision eine genaue Ursachenforschung zu betreiben, um nachfolgend aktiv Suche nach angemessenen Lösungen zu suchen. Im Rahmen der sekundären Bewertung sollen die Mitarbeiter eine Selbsteinschätzung abgeben, ob das Instrument der Supervision als Bewältigungsmöglichkeit gesehen wird.

3.2 Forschungsart

Die vorliegende Ausarbeitung kann laut den Kriterien von Schaffer einer *praxis- und anwendungsorientierten* Forschung zugeordnet werden. Die Anwendungsforschung zeichnet sich durch Praxisbezogenheit aus, welche in die Praxis implementiert werden soll. In der Regel wird von einer sozialen Problematik oder einer sozialen Maßnahme ausgegangen, die es zu erforschen gilt. Dabei hat die angestrebte Forschung eine starke Anbindung an die Praxis (Schaffer, 2009). Anwendungsbezogene Forschung oder auch Praxisforschung oder auch Bedarfsforschung genannt, fokussiert die Hervorbringung von Wissen für ganz spezifische Einzelzwecke. Dabei soll vorhandenes Grundlagenwissen für die Anwendung fruchtbar gemacht werden (Engelke, Maier, Steiner, Borrmann, & Spatscheck, 2007, S. 202). Der praxisorientierte Forschungstyp kennzeichnet sich dadurch, dass in der Regel Problemlösungen im Vordergrund stehen (Verschuren & Doorewaard, 2000). Verschuren und Dooreward (2000) beschreiben folgendermaßen „Practical research is focused on developing, testing, and evaluating solutions for practical problems“ (S.23). Nach dem Grundsatz von Engelke et al (2009) kann darüber hinaus noch zwischen Assessmentforschung, Evaluationsforschung und Interventionsforschung unterschieden werden. Ziel der Assessmentforschung ist es, das Verstehen des Falls oder auch die Diagnose der sozialen Problemursache zu hinterlegen. Interventionsforschung zielt auf Entwicklung und Weiterentwicklung von Handlungsmodellen ab, während Evaluationsforschung die Wirkung und Effizienz der sozialen Arbeit und ihres Erfolges bezugnehmend auf das Verhindern und die Bewältigung sozialer Probleme untersucht. Die gewählte Forschung ist eng an die Praxis geknüpft. In der vorliegenden Arbeit wird somit von einer *praxis- und anwendungsorientierten* Forschung ausgegangen. Im Pflegedienst M&M soll zunächst ein Hervorbringen von Wissen, als Grundlage, in Form der Erfassung empfundener Stressoren geschaffen werden. Somit wird durch *Assessmentforschung* eine Diagnostik der Problematik betrieben. Diese Erkenntnisse sind obligat zu erheben um eine genaue Differenzierung der vorliegenden Belastungen zu ermöglichen. Sie stellen die



Grundlage zukünftiger Interventionen im Rahmen einer weiterführenden *Interventionsforschung* dar.

3.3 Forschungsstrategie und Forschungsdesign

Die Forschungsstrategie und das Forschungsdesign beschreiben die Herangehensweise an das zu beforschende Subjekt. Hierbei stellen sich unter anderem die Fragen, ob die Strategie empirisch oder nicht-empirisch ist, ob Querschnitt- oder Längsschnittuntersuchungen durchgeführt werden oder ob es sich um einen qualitativen oder quantitativen Forschungsansatz handelt.

Empirische Wissenschaft soll nicht Glaubenssicherheit vermitteln, sondern die Welt, - sowie sie ist beschreiben und erklären. Sie soll die Augen für den kritischen Blick auf die Realität öffnen (Kromrey, 2000, S. 15). Der Terminus „empirisch“ beschreibt direkt oder indirekt beobachtbar, messbar, operationalisierbar und nicht theoretisch. Soziales Handeln ist Gegenstand empirischer Untersuchungen. Dabei versteht sich empirische Forschung als Ebene der Wahrnehmung, Beobachtung und Beschreibung bestimmter Ereignisse (Engelke et al, S. 200f). Somit ist die anstehende Forschung als *Empirische Forschung* einzuordnen. In vorliegender Arbeit wird das Instrument der vollstandardisierten schriftlichen Befragung, welche in ihrer Ausrichtung den *quantitativen Methoden* zugeordnet wird genutzt. Dies ermöglicht, wie seitens der Unternehmensführung gewünscht, die Einbeziehung aller Beschäftigten. Die vollstandardisierte schriftliche Befragung ist besonders geeignet einen ersten Überblick von Problemschwerpunkten zu bekommen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Unter Beachtung des formulierten Ziels dieser Forschung, die subjektiv empfundenen arbeitsbedingten Stressoren quantifiziert zu erfassen, kann nur die quantitative Erhebung das empfundene Spektrum von Belastungsfaktoren seitens der Mitarbeiter darstellen. Auch das beschriebene Ziel, die vorhandene Motivation zur Teilnahmen an Supervision seitens der Gesamtheit der Beschäftigten zu messen, lässt sich ausschließlich über die Anwendung einer quantitativen Forschungsmethodik erreichen. Denn mit dem quantitativen Vorgehen wird eine relativ große Stichprobe erreicht, sowie eine Quantifizierung der Erhebungsdaten angestrebt (Schaffer, 2009, S. 59). Während Querschnittuntersuchungen auf eine Momentaufnahme gerichtet sind, befassen sich Längsschnittuntersuchungen mit der Abbildung, Analyse und Begleitung von Prozessen. Die Entscheidung für eine Querschnitt- oder Längsschnittdesign legt also den Erhebungszeitraum fest (Schaffer, 2002, S. 49). Da die Untersuchung nicht auf einen Prozess, sondern auf eine Momentaufnahme ausrichten und den momentanen IST-Zustand bei den Mitarbeitern messen soll, handelt es sich per Definition um eine *Querschnittsuntersuchung*. Der Erhebungszeitraum ist zu kurz, um Prozesse messen zu können. Durch Prospektivfragen ist es dennoch möglich, auch innerhalb einer Querschnittsuntersuchung über den Erhebungszeitraum hinaus Ereignisse zu erfassen (Schaffer, 2009). Das Forschungsinstrument weist Prospektivfragen auf. Es gilt den Einsatz von Supervision als Coping prospektiv einzuschätzen.

3.4 Forschungsmethode

Im Rahmen der Forschungsmethode kommt ein schriftlicher, vollstandardisierter Fragenbogen zur Anwendung. Welche in ihrer Ausrichtung, wie bereits beschrieben den quantitativen Methoden zugeordnet wird. Als standardisiert gelten Antworten



dann, wenn sie in Kategorien zusammengefasst werden können, um somit einen Vergleichbarkeit zu gewährleisten“ (Steinert & Thiele, 2000, S. 108). Es besteht Bewusstsein, dass es in schriftlichen Befragungen zu einer höheren Ausfalls- und Abbruchquote kommen kann und zudem eventuelle Verständnisschwierigkeiten während der Beantwortung nicht ausgeräumt werden können (Schaffer, 2009, S. 113ff).

3.4.1 Forschungsinstrument

Der Aufbau des Fragebogens sollte für die Mitarbeiter des Pflegedienstes M.M. leicht verständlich sein. Es wurde darauf geachtet, dass das Messverfahren einen geringen Zeitaufwand, eine einfache Handhabung, konkrete Fragestellungen sowie zielgerichtete Items hinsichtlich der Forschungshauptfrage sowie der Fragesteilfragen aufweist. Der Fragebogen bezieht sich zunächst auf demografische Variablen. Hier werden Items bezüglich des Alters, der Berufsbildung, des Betätigungsfeldes sowie der Funktion im Unternehmen erfragt. Die Daten werden mithilfe einer Nominalskala abgefragt. Sie werden lediglich kategorisiert, ohne eine Aussage über deren Wert zu treffen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) hat eigens im Rahmen eines Manuells Erhebungsbögen erstellt, welches die Bedingungen der Pflgetätigkeit, das Ausmaß zur Beanspruchung, sowie die außerberufliche Situation erfasst. Als effektives und effizientes Hilfsmittel der Arbeitsanalyse ermöglicht diese Mitarbeiterbefragung, Gefährdungen bereits vor dem Eintreten gesundheitlicher Folgen zu erfassen (BGW, 2013). Der erste Teil des Fragebogens dient zunächst der Erfassung psychischer Belastung. Hier lassen sich Aussagen über Bedingungen der Pflgetätigkeit, wie schwierige, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege identifizieren. Dazu werden ausgewählte Merkmale erhoben, die nachweislich mit hohen psychischen Belastungen im Zusammenhang stehen:

- Quantitative Arbeitsbelastung
- Qualitative Arbeitsbelastung
- Arbeitsorganisation
- Soziales Arbeitsumfeld
- Außerberufliche Situation

Der Fragebogen enthält 22 Aussagen oder Fragen.

Der Proband hat dabei die Möglichkeit mittels ordinaler fünfstufiger Likert-Skalierung „nein, gar nicht; eher nein; teils, teils; eher ja und ja, genau“ zu antworten.

Im Weiteren werden ebenfalls 22 Fragen oder Aussagen zur Beanspruchung erfasst, mit deren Hilfe Beanspruchungsreaktionen in der ambulanten Pflege identifiziert werden können, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu langfristigen Folgen, wie psychische Beeinträchtigungen, führen. Dabei wird erfragt, ob bei den befragten Pflegekräften bestimmte, für Stress typische Symptome, wie körperliche Anspannung oder Verkrampfung, Ermüdbarkeit, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Gereiztheit und emotionale Erschöpfung bereits ausgeprägt sind. Hierbei werden wahrgenommene Gefühle und Eindrücke, die sich auf die Arbeit beziehen abgefragt, sowie Fragen zur Wahrnehmung gesundheitlicher Aspekte. Es erfolgt eine quantitative Festlegung empfundener körperlicher Beschwerden. Drei weitere Einschätzungen sollen Aufschluss geben, wie die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes ihre allgemeine Arbeitszufriedenheit und ihre berufliche Belastung einschätzen. Im Teil II der Befragung sollen die Teilnehmer die Supervision als Instrument



der betrieblichen Sozialarbeit einschätzen. Die Probanden werden zur quantitativen Einschätzung empfundener Schwierigkeiten und deren subjektiv gefühlter Belastung befragt. Eine subjektive Einschätzung in welchen Bereichen Supervision als gewinnbringend angesehen werden, zielt darauf ab die persönliche Einstellung der Mitarbeiter zu erfragen. Die Teilnehmer werden somit aufgefordert eine Gewichtung der subjektiv erwarteten Resilenzwirkung durch das Coping Supervision festzulegen. Die Fragen sind hier ebenso mittels ordinaler Likert-Skalierung mit „ Voll zutreffend, zutreffend, weiß nicht, wenig zutreffend oder gar nicht zutreffend“ zu beantworten. Die Einzelfragen aus Teil II der Befragung sind angelehnt an einen Matrix- Fragebogen von Prof. mult. Dr. H.G. Petzold (2001), sowie dem Fragebogen zu Supervisionsforschung: Supervision in der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Düsseldorf, Hückeswagen (2003). Sie wurden im Rahmen einer Studie zum Thema Supervision bei Pflegefachleuten in der Schweiz zusammengestellt (Brühlmann-Jecklin, 2005). Der Fragebogen schließt mit der Erfassung der individuellen Motivation und Bereitschaft der Mitarbeiter, zukünftig Supervision als Instrumente der betrieblichen Sozialarbeit zu nutzen sowie einer Angabe welche Art der Supervision vorstellbar wäre.

Die Zusammenstellung der Fragestellungen erfolgte in enger Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung der Vorstellungen der Geschäftsführung des Pflegedienstes.

3.4.2 Gütekriterien

Von zentraler Bedeutung für die Beurteilbarkeit ist es notwendig die obligaten Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität einzuhalten.

Gemäß EN ISO 10075-:2004 besitzt eine Messinstrument dann einen hohen Grad an *Objektivität*, wenn der Einfluss durch die Person, welche die Messung durchführt, die Daten analysiert und interpretiert möglichst gering ist (Demerouti, 2012, S. 17).

Im Bereich der Durchführungsobjektivität wird festgelegt, dass alle Probanden allein, in einer vorgesehenen Räumlichkeit den Fragebogen auszufüllen haben. Die Beantwortung findet somit unter maximaler Standardisierung der Erhebungssituation statt. Die Auswertungsobjektivität ist gegeben, da das vorliegende Testprotokoll, aufgrund geschlossener Fragestellungen keinen Spielraum zulässt und somit nicht von der Person des Testauswerters abhängt.

Das Gütekriterium der *Validität* befasst sich mit der Übereinstimmung zwischen dem Merkmal, das man messen will, und dem tatsächlich gemessenen Merkmal. Ein Test gilt dann als valide (»gültig«), wenn er das Merkmal, das er messen soll, auch wirklich misst und nicht irgendein anderes (Demerouti, 2012, S.18).

Bei der Untersuchung soll wie in der Zielformulierung hinterlegt, im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung ein genaues Maß empfundener Belastung unter den Mitarbeitern des Pflegedienstes erfasst und detailliert dargestellt werden, zum anderen soll das Instrument der Supervision als Copingstrategie subjektiv beurteilt werden und die Motivation der Mitarbeiter bezüglich vorhandener Motivation zur Implementierung von Supervision erfasst werden. Um diese Fragen möglichst genau zu beantworten, werden diese durch die quantitative Erhebungsmethode im Fragebogen über gezielte Fragen abgefragt. Im Rahmen der Umfragen wird dabei von einem Repräsentationsschluss ausgegangen, d.h., die Testitems stellen eine repräsentative Stichprobe aus dem Itemuniversum dar, mit dem das interessierende Merkmal auch tatsächlich auch erfasst werden kann. Die Likert – Skala, angepasst als intervallskaliertes Messniveau ist sinnvoll für die Forschung ,da durch die



Äquidistanz, die symmetrische Formulierung der Antwortmöglichkeiten das Kriterium der Validität eingehalten wird. Darüber hinaus stellt diese Skalenart sicher, dass alle Items dieselben Merkmale immer wieder abfragen und messen können. Somit wird auch das Kriterium der Reliabilität eingehalten (Demerouti, 2012, S. 18f).

Das Gütekriterium der Reliabilität betrifft die Messgenauigkeit des Tests. Ein Test ist dann reliabel (zuverlässig), wenn er das Merkmal, das er misst, exakt, d.h. ohne Messfehler, misst. In Bezug auf quantitative Forschungsdesigns bezeichnet die *Reliabilität* „den Grad der Genauigkeit, mit dem eine Methode einen Sachverhalt erfasst“ (Steinert & Thiele, 2000, S. 61). Neben den beschriebenen Kernkriterien erfüllt die angestrebte Untersuchung das Gütekriterium der Ökonomie, da es gemessen am diagnostischen Erkenntnisgewinn, relativ wenig Ressourcen wie Zeit, Geld oder andere Formen beansprucht (Rammstedt, 2004). Darüber hinaus wird das Gütekriterium Nutzen erfüllt, da die gemessene Merkmale praktische Relevanz haben auf Grundlage der Erhebungen getroffenen Entscheidungen, sprich die Implementierung von Supervision mehr Nutzen als Schaden erwarten lassen (Rammstedt, 2004).

3.4.3 Ethische Überlegungen

„Akademische Forschung sollte ethisch akzeptabel und von hoher wissenschaftlicher Qualität sein. Die Voraussetzung hierfür ist das Einhalten einer Reihe von ethischen Prinzipien. Zu nennen sind hier vor allem Ehrlichkeit, Fairness, Objektivität, Offenheit, Vertrauenswürdigkeit und Respekt für Andere“ (Elger & Engel-Glatzer, 2014, S. 25). Die genannten Gesichtspunkte wurden im Umgang mit den Probanden, der Geschäftsführung als auch den Mitarbeitern jederzeit eingehalten. Die Bewertung der Forschungsfragen ist neben den wissenschaftlichen Aspekten auch von ethischen Kriterien wie die Faktoren Verantwortung, psychische oder physische Risiken, Anonymität und das Recht die Teilnahme zu verweigern, entscheidend (Bortz & Döring, 2006). Daher ist es obligat die beschriebenen Aspekte in die Überlegungen, welche schlussendlich zur Beantwortung der Forschungsfragen führen, einfließen zu lassen.

In der vorliegenden Forschungsarbeit werden die Mitarbeiter zur Beurteilungen ihrer eigenen Tätigkeit gebeten. Darüber hinaus werden sie aufgefordert eine Beurteilung betriebsbedingter Rahmenbedingungen abzugeben. Sie geben somit eine Stellungnahme zu Organisation und ihren Vorgesetzten ab. Diese Situation kann durch aus eine Dilemmasituation erzeugen. Somit war es selbstverständlich, den Mitarbeitern eine anonyme Durchführung der Umfrage und Auswertung der Forschungsergebnisse sicherzustellen. Die Umfrage beruhte auf absolute Freiwilligkeit. Im Rahmen einer Vorbesprechung mit der Unternehmensführung wurde im Vorfeld festgelegt, dass anhand der erfragten Angaben zur Person und den eingegangenen Antworten keine Rückschlüsse auf den Befragten gezogen werden. Durch das Ausfüllen der Fragebögen in einem abgeschiedenen Raum und Bereitstellen eines verschlossenen Briefkastens, war es nicht möglich festzustellen bzw. Rückschlüsse zu ziehen, wer die Fragebögen beantwortet oder nicht beantwortet hat. Selbstredend unterzieht sich auch der Verfasser den ethischen Richtlinien.



3.5 Durchführung

Nach Erstellung des Fragebogens galt es diesen zunächst, mittels Pretest, an Testpersonen auf Brauchbarkeit und Qualität zu prüfen. In einer Gruppe von 8 Testpersonen waren allesamt in der ambulanten Pflege tätig und somit der Zielgruppe sehr ähnlich. Der Pretest verfolgte folgende Zwecke:

- Prüfung der Verständlichkeit von Fragen
- Prüfung der sprachlichen Abstimmung der Fragen auf die Zielgruppe
- Prüfung des Layouts (übersichtlich und ansprechend)
- Überprüfung der Auswertbarkeit
- Bietet die Skalierung genügend Differenzierung (E-Learning, 2015)

Der Fragebogen zeigte sich für alle Testpersonen verständlich. Es ergaben sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit von Anpassungen. Die Befragungszeit belief sich durchschnittlich auf ca. 15 Min..

Die geplante Forschung wurde somit wie geplant in der Zeit vom 20.04.-09.5.2016 unter den Mitarbeitern des Pflegedienstes durchgeführt und richtet sich an deren Gesamtheit von momentan 121 Beschäftigten. Nach vorheriger Information, erfolgte die Verteilung mit einem Umschlag über das jeweils vorhandene Personalfach. Um Störungen und Unterbrechungen zu vermeiden, wurde den Probanden die Möglichkeit eingeräumt, den Fragebogen in einem ruhigen und abgelegenen Büroraum auszufüllen. Um die Anonymität zu gewahren, wurde ein nicht zu öffnender Briefkasten für die Rückgabe vor Ort bereitgestellt.

3.6 Methode zur Analyse der erfassten Daten

Die Aufbereitung der erhobenen Daten aus Teil I des Fragebogens werden mit Hilfe einer durch die BGW bereitgestellten Auswertungssoftware erhoben (BGW, 2013). Nach vollständiger Eingabe sämtlich erfasster Daten aus den vorliegenden Fragebögen ist es möglich Aussagen über Bedingungen der Pflegetätigkeit und der empfundenen Belastungen als Grafik oder als Einzelfrageanalyse darzustellen. Die Einzelfragenauswertung stellt alle Fragen einzeln jedoch gruppiert nach den fünf Bereichen, jeweils auch einem Branchenvergleich gegenüber. Die Auswertung differenziert dabei die einzelnen Auswertungsbereiche „ außerberufliche Situation, quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsfeld, qualitative Arbeitsbelastung. Die seitens der Mitarbeiter empfundenen Gesamtbelastungen werden mit Hilfe eines graphischen Belastungsprofils dargestellt. Die Darstellung der durchschnittlichen Gesamtbeanspruchung erfolgt mittels einer Thermometergrafik. Auf Grundlage der erfassten Beanspruchungen erfolgt eine Berechnung des arithmetischen Mittels. Hierbei wird jeder einzelne Messwert addiert und durch die Zahl der Fälle dividiert (Schaffer, 2009, S. 182). Die Auswertung der erhobenen Daten aus Teil II der Befragung erfolgen mittels MS Excel. Die Darstellung erfolgt dabei in Form von Diagrammen. Die erhobenen Daten werden in das Excel-Programm transferiert, sodass visuelle Abbildungen dargestellt werden können. Hierbei werden einheitliche Balkendiagramme gewählt die dem Lesern ein besseres Verstehen und Nachvollziehen der Ergebnisse ermöglichen sollen. Auch nach Schaffer sind Diagramme den Tabellen optisch und psychologisch überlegen, weil sie sich dem Auge prägnant darstellen, einprägen und meist einen intensiveren Eindruck hinterlassen als das nüchterne Zahlenwerk (Schaffer, 2009, S. 181)



4. Auswertung der Forschungsergebnisse

An dieser Stelle erfolgt die Darstellung der erhobenen Daten aus der Praxisforschung. Die Befragung richtete sich, wie beschrieben, an die Gesamtheit der momentan 121 Mitarbeiter der Pflegedienstes M&M.

Bis zu Beendigung der Befragung zum 20.4.2015 haben insgesamt 62 Mitarbeiter (=n) teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 51,4% und kann als überaus erfreulich und durchaus aussagekräftig angesehen werden.

Die Ergebnisse werden entsprechend der chronologischen Reihenfolge der Fragestellungen beschrieben und orientieren sich an den genannten Forschungsteilfragen, die schließlich zu der Beantwortung der übergeordneten Forschungshauptfragestellung führen.

4.1 Darstellung der Forschungsergebnisse

4.1.1 Angaben zur Person

An der Befragung nahmen 10 Männer, entsprechend einem prozentualen Anteil von 16,1% sowie 52, entsprechend 83,9% Frauen teil.

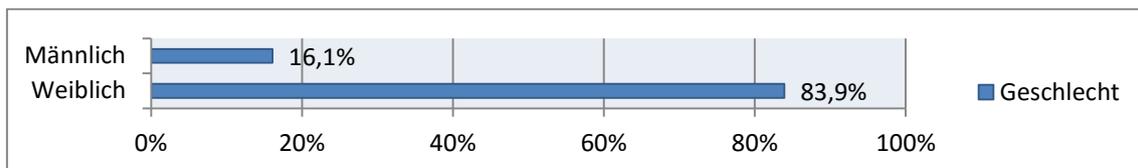


Abb.1: Angaben zur Person: Geschlecht, (n=62)

Dabei lag der Anteil der 20-30-jährigen bei 9,8%, die Gruppierung der 31-40-jährigen war prozentual mit 36,1% vertreten, 39,3% gaben an zwischen 41-50 Jahre alt zu sein. Die Gruppe der über 50-jährigen war mit 14,8% präsent.

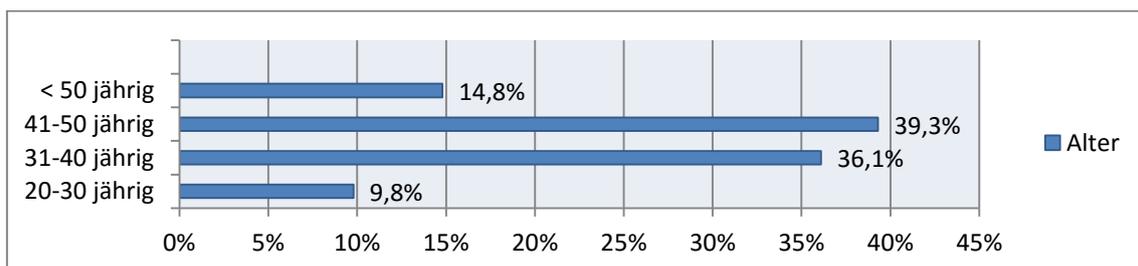


Abb.2: Angaben zur Person: Alter, (n=62)

Von den Befragten verfügen 16,1% über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- Krankenpflege. 32,2% sind als examinierte Altenpfleger beschäftigt. 25,8% verfügen über eine Ausbildung zum Krankenpflege- bzw. Altenpflegehelfer.

6,5% der Teilnehmenden stammen aus dem Berufsbild der Arzthelferin bzw. der Medizinischen Fachangestellten, 9,6% haben eine Ausbildung zur Bürokauffrau oder Verwaltungsfachangestellten absolviert. 4 Teilnehmer, entsprechend einem prozentualen Anteil von 6,5% geben an ungelernt beschäftigt zu sein, weitere 3% stammen aus sonstigen Berufen.

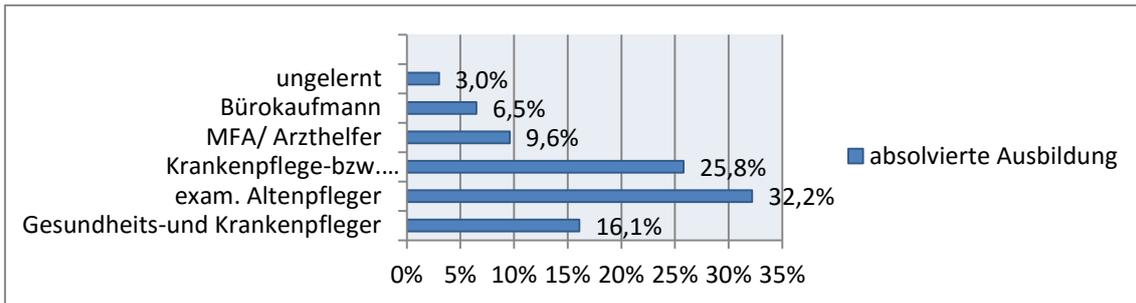


Abb.3: Angaben zur Person: absolvierte Ausbildung, (n=62)

Zur Frage nach dem vorwiegenden Betätigungsfeld der befragten Mitarbeiter ergaben sich folgende Nennungen. 20 Mitarbeiter gaben an überwiegend in der ambulanten Pflege tätig zu sein. 8 Mitarbeiter beschrieben, ausschließlich in der Behandlungspflege zu arbeiten. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung sahen sich 10 Mitarbeiter. 18 Mitarbeiter sind überwiegend in der Intensiv- und Beatmungspflege beschäftigt. 6 Mitarbeiter aus dem Bereich der Verwaltung haben an der Mitarbeiterbefragung teilgenommen.

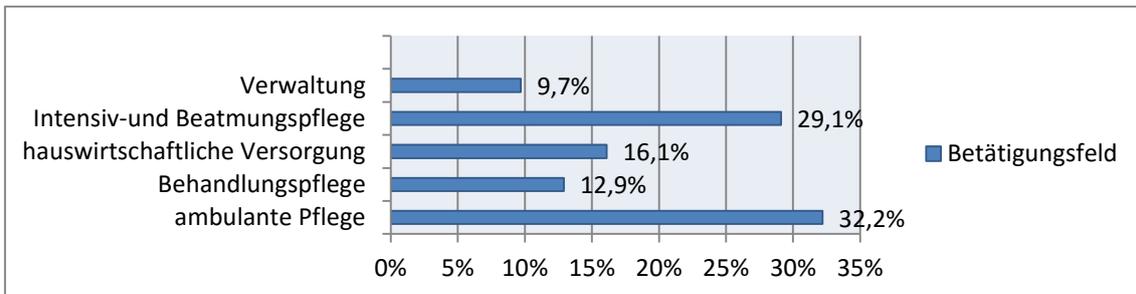


Abb.4: Angaben zur Person: Betätigungsfeld, (n=62)

Auf die Frage nach der betriebsinternen Funktion gaben 10 Probanden an eine Leitungs-oder Führungsposition einzunehmen, 52 sahen sich als Mitarbeiter. Leider nahm kein Auszubildender teil.

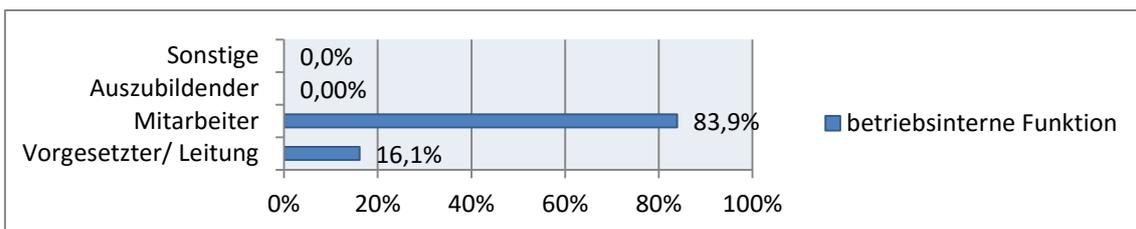


Abb.5: Angaben zur Person: interne Funktion (n=62)



4.2. Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zur Ermittlung der Belastung

4.2.1 Auswertung zur Ermittlung des Belastungsprofils

Die erhobenen Parameter psychischer Belastungen werden zunächst anhand in einer Spinnennetzgrafik veranschaulicht. Diese stellt die fünf wichtigsten *Belastungsquellen* grafisch dar:

- Quantitative Arbeitsbelastung- Erfassung mittels 6 Items
- Qualitative Arbeitsbelastung- Erfassung mittels 3 Items
- Arbeitsorganisation- Erfassung mittels zwei Items
- Soziales Arbeitsumfeld- Erfassung mittels 8 Items
- Außerberufliche Situation- Erfassung mittels 3 Items

Das Belastungsprofil zeigt sich im Bereich geringer Belastung mithilfe einer schwarz gestrichelten Linie mit schwarzen Punkten. Der Bereich durchschnittlicher Belastung ist durch die graue Linie mit grauen Punkten begrenzt. Der Bereich der hohen Belastung wird durch die grau gestrichelte Linie mit weißen Punkten dargestellt. Das Belastungsprofil des Pflegedienstes M & M wird durch eine rote Linie dargestellt.

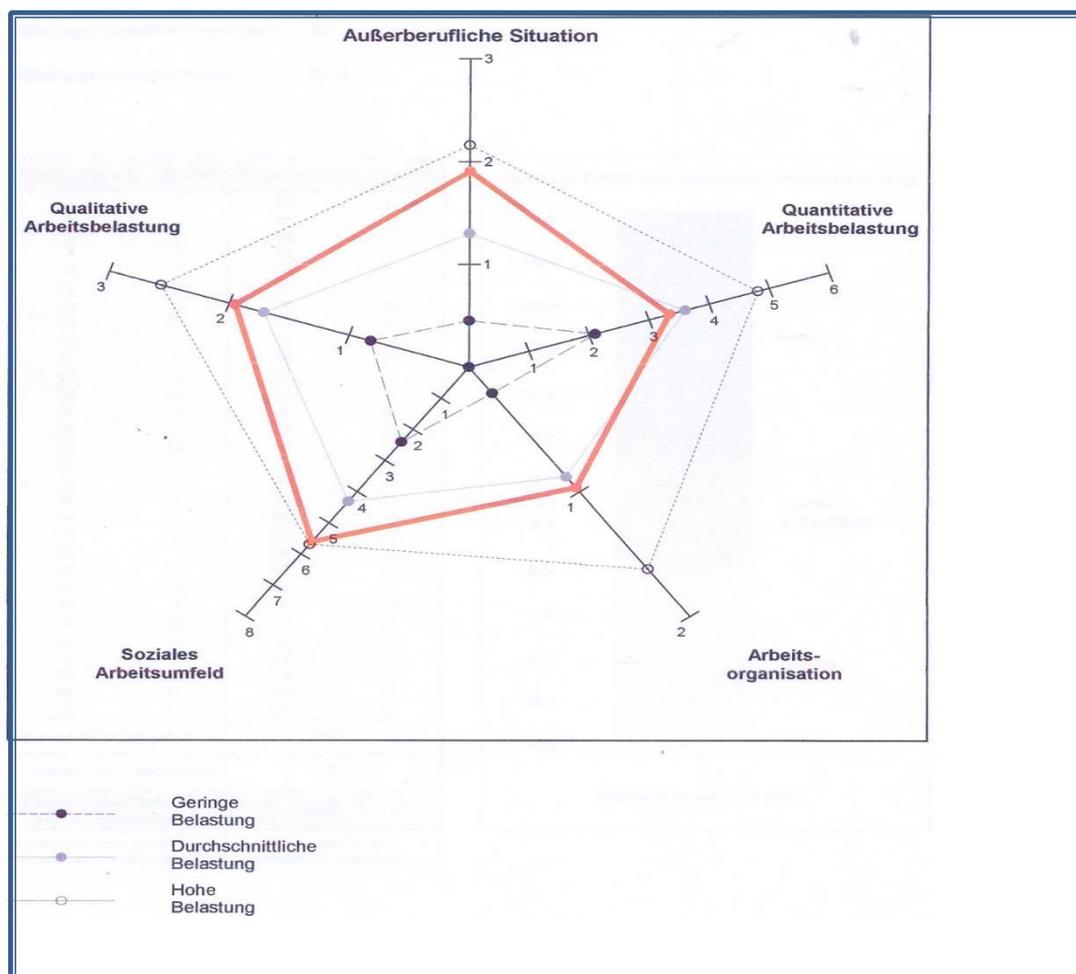


Abb.6: Ermittlung des Belastungsprofil-Spinnennetzgrafik, (n=62)



Die Auswertung der Testergebnisse des Pflegedienstes M & M zeigt eine knapp überdurchschnittliche Belastung in der Dimension „Arbeitsorganisation“. In der Dimension „quantitative Arbeitsbelastung“ wurde eine gering unterdurchschnittlich empfundene Belastung seitens der Probanden beschrieben. Die Dimensionen „außerberufliche Situation“ wurden ebenso wie der Bereich der „qualitativen Arbeitsbelastung“ als überdurchschnittlich belastend von den Beschäftigten eingeschätzt worden. Die größte Belastung zeigte sich eindeutig in der Dimension „Soziales Arbeitsumfeld“. Darstellungsrundlage bildet hier, wie bereits beschrieben seitens der BGW erfasste Werte vergleichbarer Unternehmen.

4.2.2 Einzelfragenauswertung zur Ermittlung der Belastung zum Branchenvergleichswert

Nach Verschaffen einer ersten Auswertung mittels Profildarstellung, dargestellt in Abb.6, sprich Erfassung in welchen Arbeitsbereichen (Dimensionen) die Beschäftigten geringere oder höhere Belastungen aufweisen, gilt es im Weiteren durch eine Einzelfragendarstellung detailliert zu betrachten, welche Aspekte der Arbeit durch die Beschäftigten besser bewältigt werden und welche Aspekte seitens der Mitarbeiter als schwieriger eingeschätzt werden. In der folgenden Grafik stellen sich die Ergebnisse einzelner Fragen bzw. Aussagen des Belastungsbogens dar. Dabei werden die erfassten Daten des Pflegedienstes M& M als blaue Balken dargestellt. Ebenso erfolgt an dieser Stelle ein Branchenvergleichswert, welcher grau hinterlegt wird. Dabei handelt es sich wieder um Daten vergleichbarer Institutionen, die seitens der BGW eigens zur Verfügung gestellt werden.

Die Einzelfragen sind den zugehörigen Dimensionen zugeordnet und folgendermaßen sortiert:

1. Qualitative Arbeitsbelastung
2. Quantitative Arbeitsbelastung
3. Arbeitsorganisation
4. Soziales Arbeitsumfeld
5. Außerberufliche Situation

Zur weiteren Erklärung wird an dieser Stelle ein Beispiel erläutert.

Im Rahmen der Umfrage haben die Mitarbeiter des Pflegedienstes Merten & Merten der Aussage „Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf die Dauer sehr belastend“ zu 62 Prozent zugestimmt. Im Branchenvergleich gibt es in dieser Hinsicht 68 Prozent belastete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Aussage gehört der Dimension qualitative Arbeitsbelastung an, welche insgesamt drei Aussagen beinhaltet. Die zweite Frage der genannten Dimension lautet: „Die Konfrontation mit dem Leiden/Sterben von Patienten belastet mich stark“. Die Mitarbeiter schätzen diesen Arbeitsaspekt mit 53% stärker belastend ein, als im Branchenvergleich mit 49%. Die dritte Aussage der Dimension qualitative Arbeitsbelastung lautet: „Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Patienten macht die Arbeit zu belastend“. Bei dieser Aussage erzielen die Mitarbeiter ebenso einen höheren Wert als der Branchenvergleichswert. 61 Prozent im Vergleich zu 53% der Beschäftigten schätzen diesen Aspekt ihrer Arbeit, als belastend ein.



Einzelfragen der qualitativen Arbeitsbelastung (Prozent belasteter Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
1	Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf die Dauer sehr belastend.	81%	68%
2	Die Konfrontation mit dem Leiden / Sterben von Patienten belastet mich stark.	53%	49%
3	Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Patienten macht die Arbeit zu belastend.	61%	53%

Einzelfragen der quantitativen Arbeitsbelastung (Prozent belasteter Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
4	Ich stehe häufig unter Zeitdruck.	81%	77%
5	Ich bin für viele Patienten zuständig.	53%	44%
6	Ich leide darunter, dass ich nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen kann.	61%	63%
7	Es werden zu viele patientenferne Aufgaben verlangt. (z. B. Organisation, Dokumentation)	15%	27%
8	Durch unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr (z. B. Parkplatzsuche, Stau) gerate ich häufig unter Zeitdruck.	61%	61%
9	Ich habe nicht genügend Zeit, um den Patienten emotionale Unterstützung geben zu können.	63%	72%

Einzelfragen der Arbeitsorganisation (Prozent belasteter Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
10	Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige.	73%	63%
11	Ich kann Pausen selbst einteilen.	24%	29%

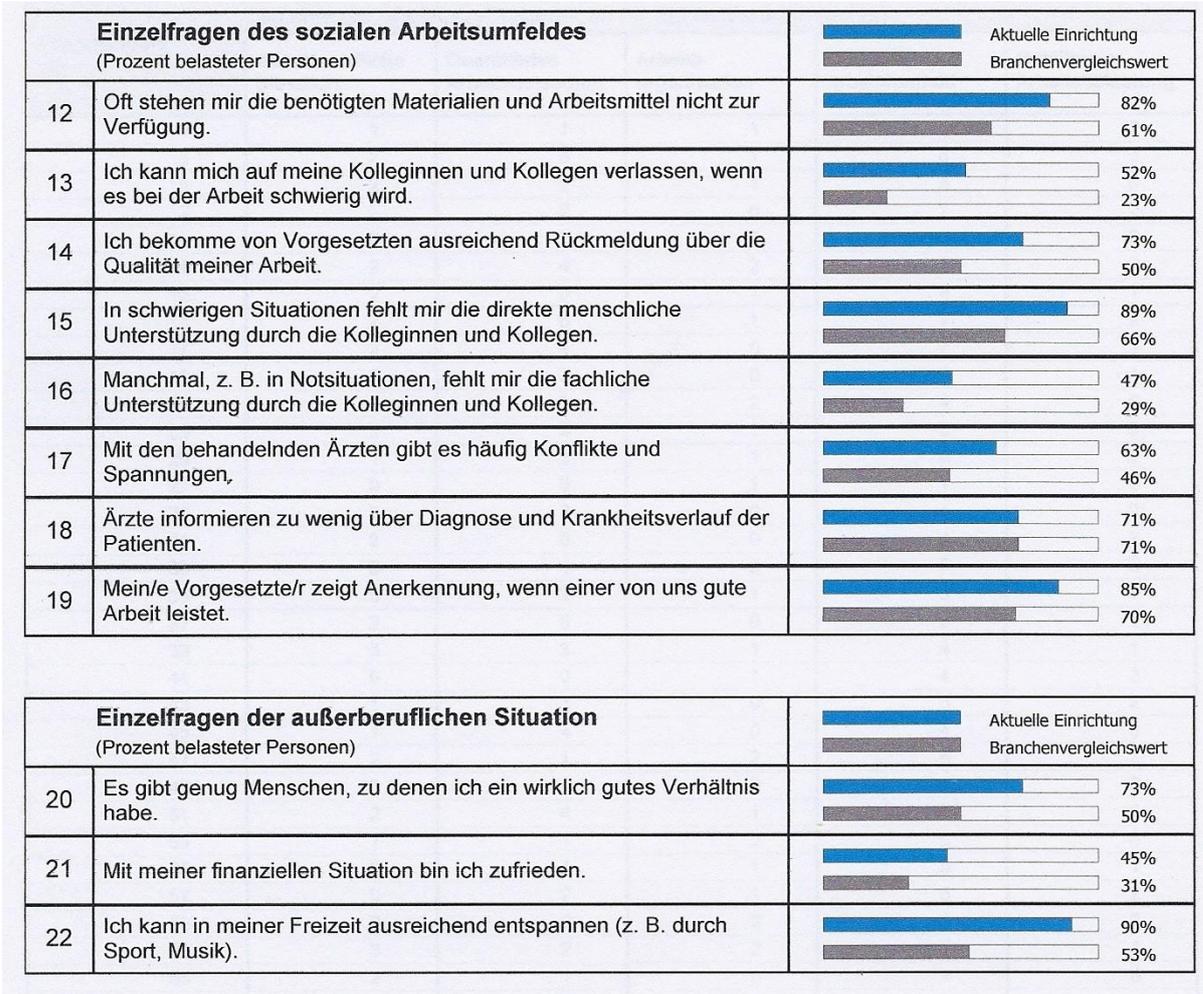


Abb.7: Einzelfragenauswertung zur Ermittlung der Belastung zum Branchenvergleichswert, (n=62)

4.2.3 Auswertung zur Ermittlung der Gesamtbeanspruchung

Nach Beurteilung der Belastungsfragebögen erfolgt an dieser Stelle eine Darstellung der Auswertung der Beanspruchungsfragebögen. In diesem Auswertungsbereich galt es eine Angaben zu allgemeiner Einschätzung des Gesundheitszustandes, empfundener Ermüdung, anhaltender Gereiztheit durch die Arbeit, emotionale Erschöpfung, Arbeits(un)-Zufriedenheit, sowie zur außerberuflichen Situation zu erheben. Mittels eines sogenannten Beanspruchungsthermometers, das sich wie die Skala eines Thermometers ablesen und interpretieren lässt, können Aussagen zu erfasster und empfundener Belastung getätigt werden. Dabei wird seitens der BGW der Bereich einer geringen Beanspruchung bei einem Wert < 8 festgelegt, eine durchschnittliche Beanspruchung der Beschäftigten liegt zwischen 8 bis < 10,5. Bei Werten von 10,5 bis 16 ist von einer hohen psychischen Beanspruchung auszugehen. Der Wert des Pflegedienstes M& M ist mittels einer roten Linie im Thermometer gekennzeichnet.

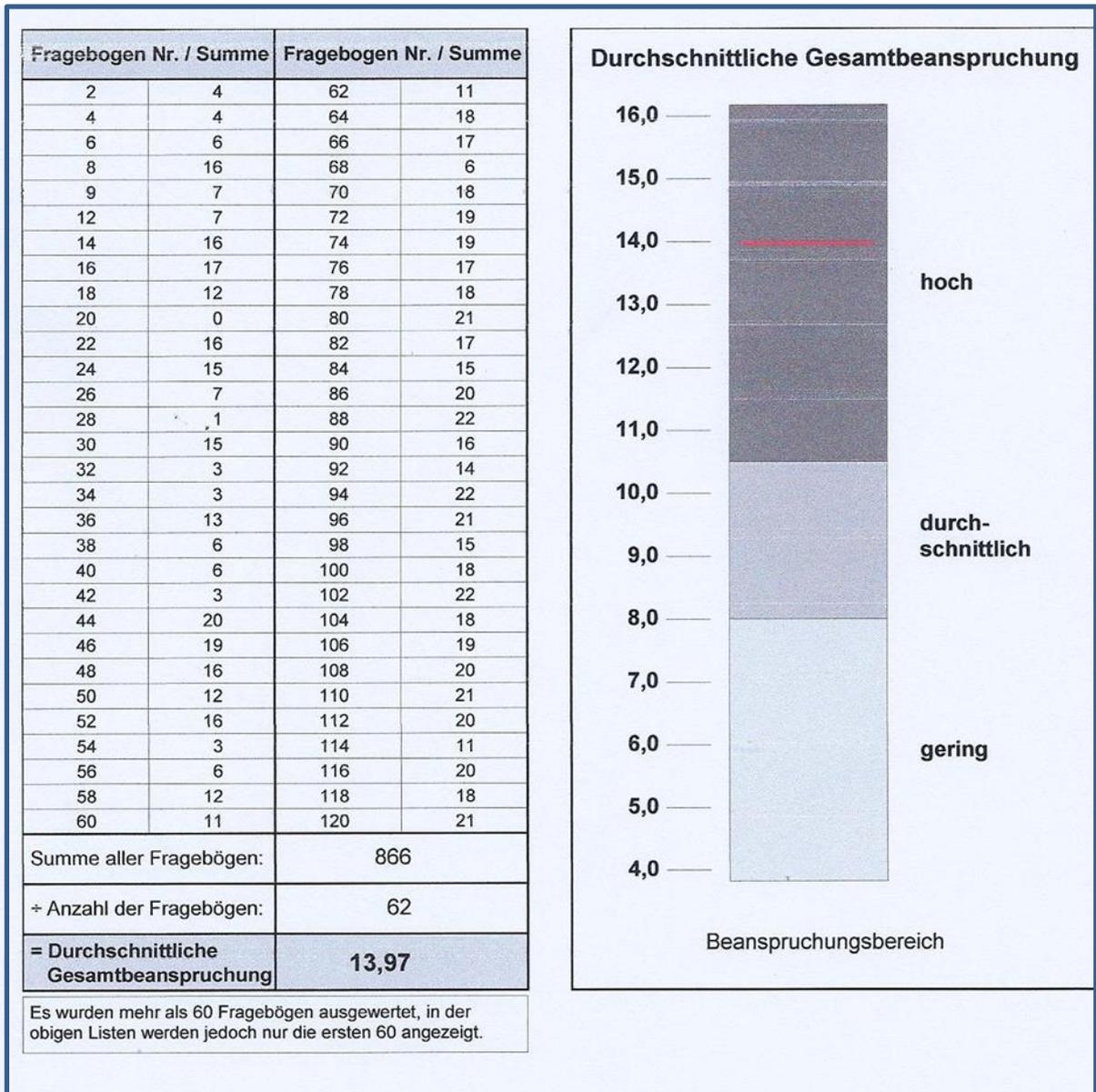


Abb.8: Durchschnittliche Gesamtbeanspruchung, (n=62)

Auf Grundlage der aktuellen Mitarbeiterbefragung zeigt sich aktuell ein Wert von 13,97, welcher somit im Bereich der hohen psychischen Beanspruchung zugeordnet werden muss. Diese quantifizierende Einordnung stellt sich mittels eines Quotient aus positiv bewerteten Items und der Anzahl der erfassten Frageböge dar. Soll heißen im Bereich der Beanspruchungsfragebögen wurden seitens der Mitarbeiter in der Gesamtheit 866 Teilfragen als belastend eingestuft. So ergibt sich auf Grundlage der Teilnehmer ein Mittelwert von 13,97.

4.3. Ergebnisse der Einschätzungen zum Instrument Supervision

Im Weiteren galt es seitens der Probanden eine Einschätzung von Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit zu erfassen.

Zunächst erfolgte eine Befragung empfundener Schwierigkeiten und deren subjektiv gefühlter Belastung. An dieser Stelle sei vermerkt, dass ein Teilnehmer den



Fragebogen unvollständig und somit fehlerhaft ausgefüllt hat. Es ergibt sich somit eine Stichprobe von **n=61**

Wie häufig sehen Sie in ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten in den einzelnen Bereichen?

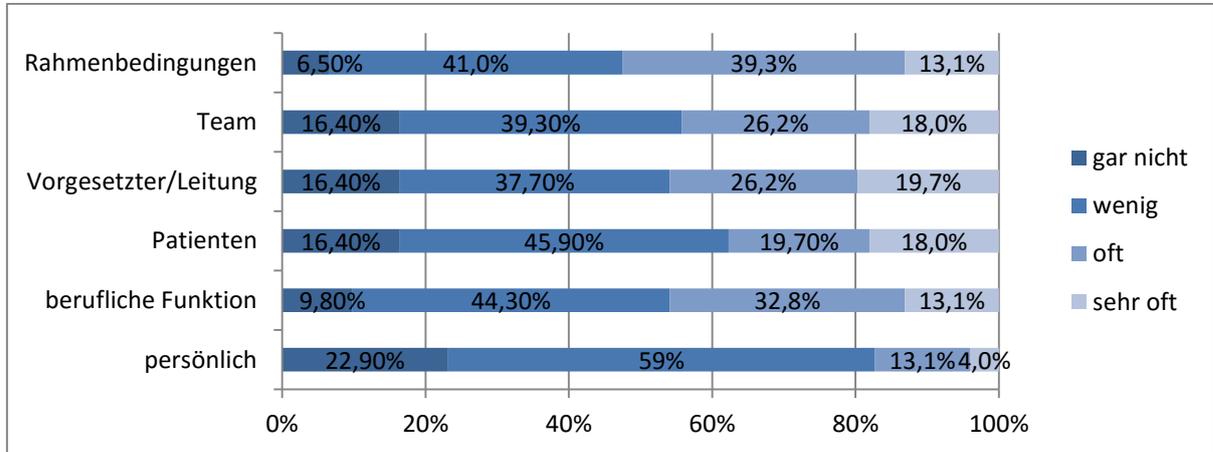


Abb.9: Schwierigkeiten in einzelnen Tätigkeitsbereichen, (n=61)

Wie belastend erleben Sie die beschriebenen Schwierigkeiten?

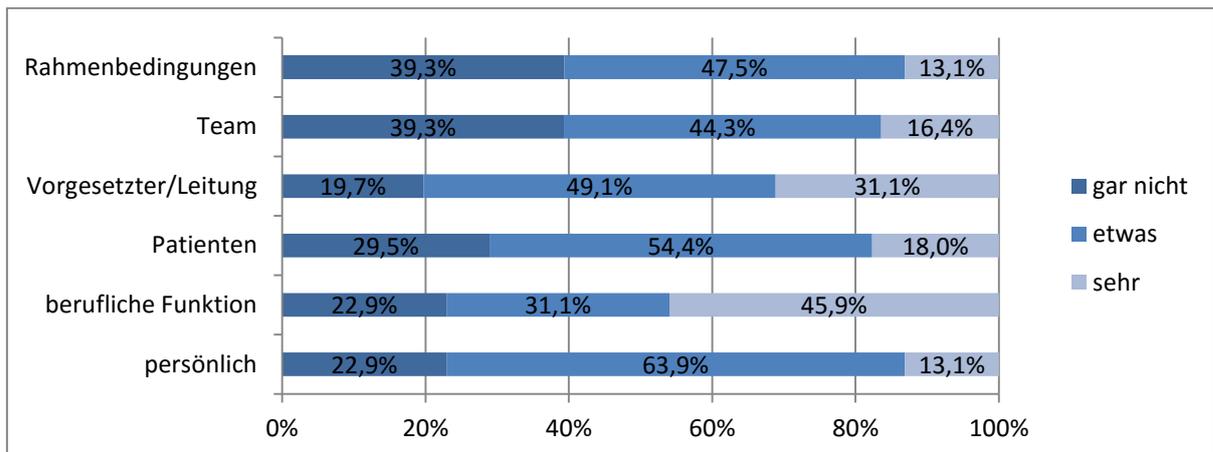


Abb.10: empfundene Belastung erfasster Schwierigkeiten, (n=61)

Folgend wurden gestellte Erwartungen an das Instrument Supervision und an die Person des Supervisors erfasst. Eine subjektive Einschätzung in welchen Bereichen Supervision als gewinnbringend angesehen werden, zielte darauf ab, die persönliche Einstellung zu eruieren. Die Teilnehmer werden somit aufgefordert eine Gewichtung der subjektiv erwarteten Resilenzwirkung durch das Coping Supervision festzulegen. Darüber hinaus sollte eine Stellungnahme abgegeben werden, in welcher Position die Person des Supervisors betrachtet wird. Die Fragen wurden mittels ordinaler Likert-Skalierung beantwortet und nachfolgt als Balkendiagramm dargestellt. Die quantitative Beurteilung ergibt sich auf Grundlage der hinterlegten Angaben in Prozent.



In welchen Bereichen sehen Sie Supervision als gewinnbringend an?

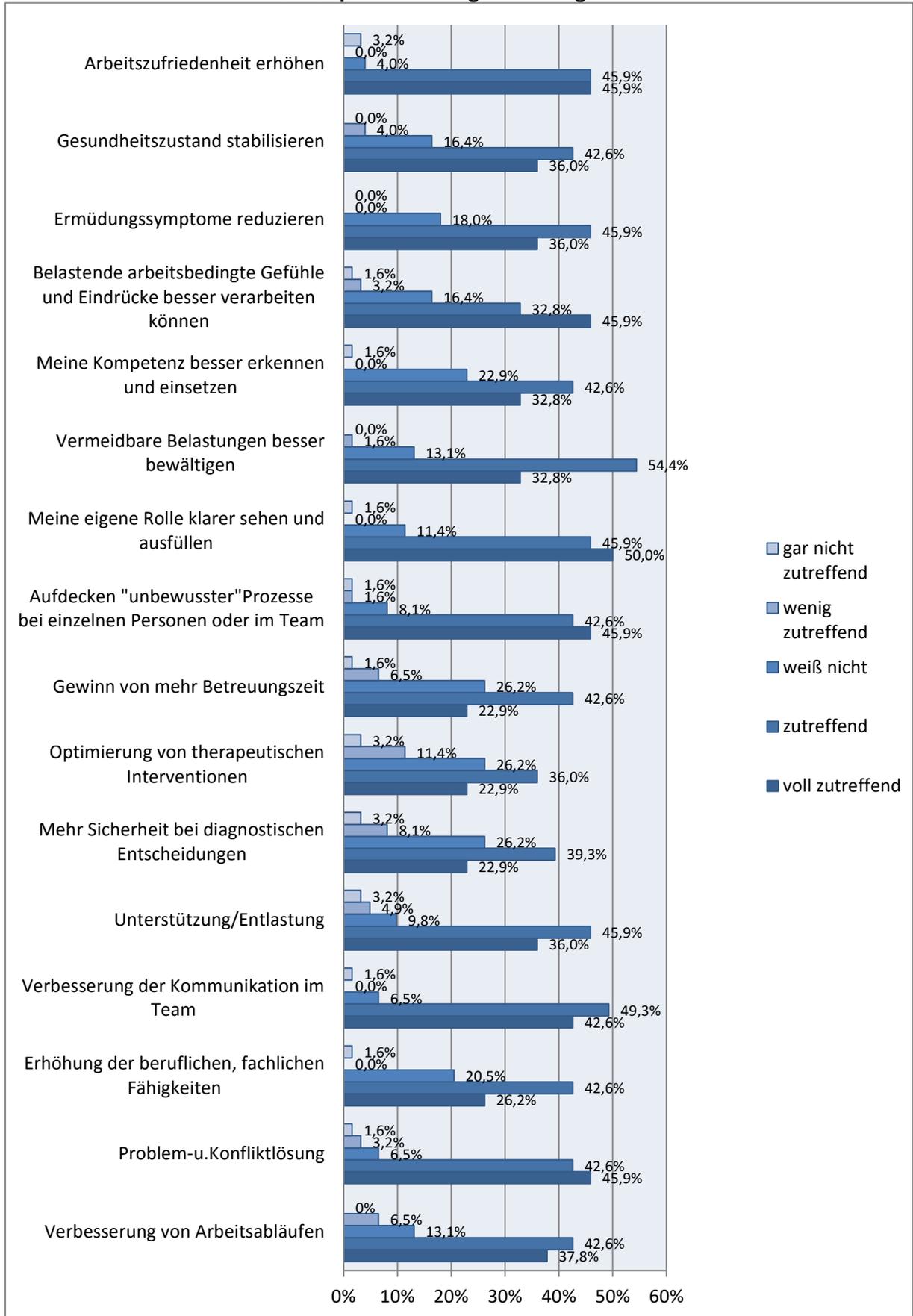


Abb.11:Supervision als Copingstrategie, (n=61)



Ich betrachte einen Supervisor als:

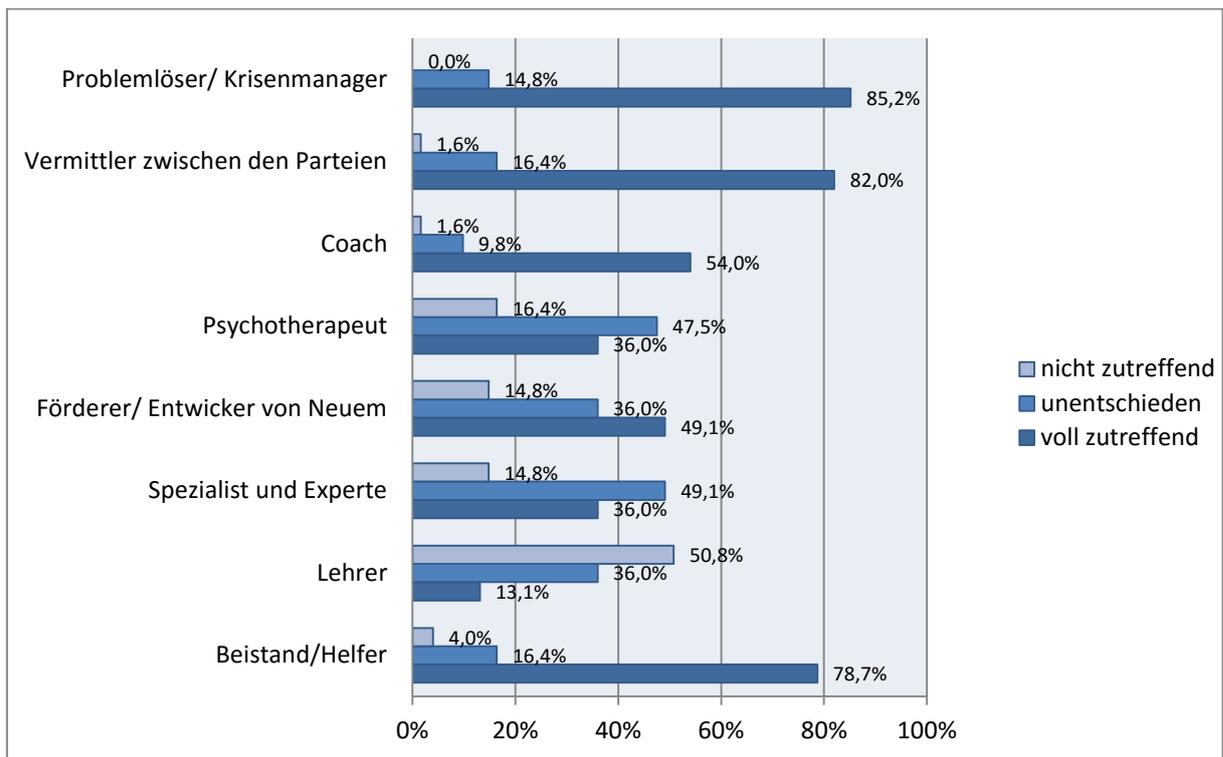


Abb.12: Betrachtungsweise Supervisor, (n=61)

Auf die Fragestellung welches Alter ein Supervisor in einer medizinischen Institution haben sollte, antworteten 14 Teilnehmer, somit 22,9% 35 - 45 Jahre, 44 Teilnehmer somit 72,1 % benannten die zur Auswahl stehende Altersspanne zwischen 45 - 55 Jahre.

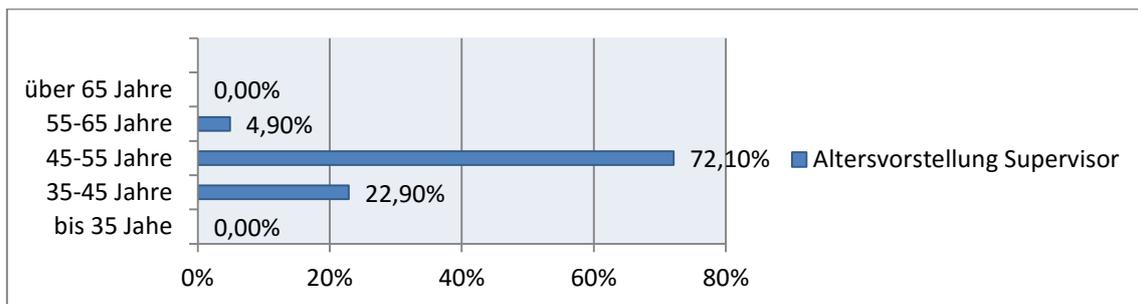


Abb.13: Altersvorstellung Supervisor, (n=61)

Mit der folgenden Fragestellung „Käme für Sie die Teilnahme an einer Supervision infrage?“ galt es schließlich die individuelle Motivation und Bereitschaft der Mitarbeiter zu erfassen, zukünftig Supervision als Instrumente der betrieblichen Sozialarbeit zu nutzen. 29 Mitarbeiter äußerten sich mit „Ja, auf jeden Fall“, 23 Mitarbeiter benannten „Ja, bin erst mal offen“, 3 Mitarbeiter wollten sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht festlegen und antworten mit „kann ich momentan noch nicht sagen“, 3 Mitarbeiter sah momentan keine Notwendigkeit, 3 Mitarbeiter sprach klar mit „Nein, niemals“ gegen die Teilnahme aus.



Käme für Sie die Teilnahme an einer Supervision infrage?

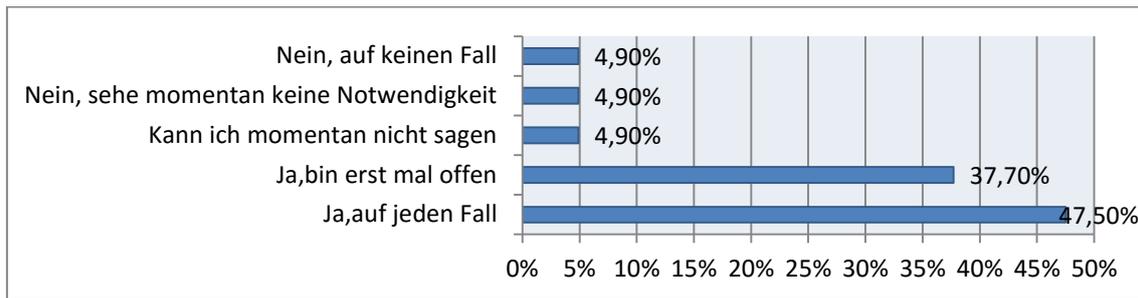


Abb.14: signalisierte Teilnahmebereitschaft zur Supervision, (n=61)

Abschließend wurde erfragt „ Welche Form der Supervision können Sie sich vorstellen? “. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Wie bereits beschrieben haben die Mitarbeiter im Rahmen einer Weiterbildung zum Thema Supervision in der Altenpflege einzelne Modelle kennengelernt, so dass eine Differenzierung an dieser Stelle möglich wurde. Fallsupervision wurde 23 mal, Teamsupervision 38 mal , Supervision innerhalb des interdisziplinären Teams 30 mal und Einzelsupervision 16 mal als vorstellbare Intervention benannt.

Welche Form der Supervision können Sie sich vorstellen?

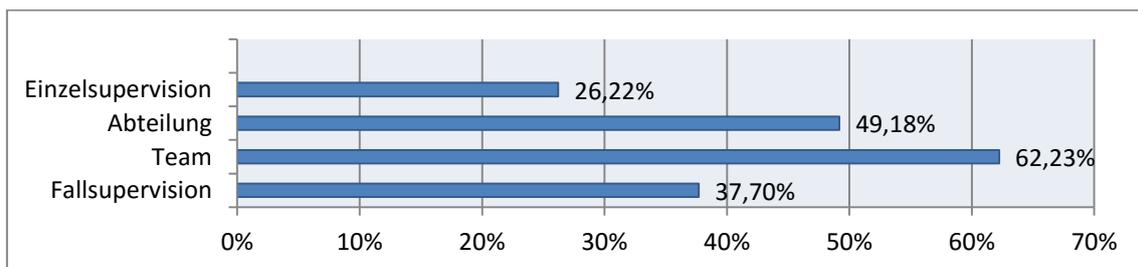


Abb.15: vorstellbare Formen der Supervision, (n=61)

4.4 Interpretation der Forschungsergebnisse

Das Kapitel befasst sich mit den Interpretationen der erfassten Ergebnisse aus der quantitativen Erhebungen. Die Interpretation ist angelehnt an das Forschungsinstrument entsprechend in Teil I und Teil II unterteilt. Teil I umfasst den Fragebogen zur psychischen Belastung der Pflegetätigkeit sowie den Fragebogen zur Beanspruchung. Teilweise werden einzelne Items noch einmal, zur besseren Bezugnahme benannt. Teil II schließt die erhobenen Einschätzungen zur Thematik der Supervision gemäß der Darstellung unter „ Forschungsmethode“ ein.

4.4.1 Interpretation der Ergebnisse Teil I der Befragung

Die erhobenen Parameter zur psychischer Belastungen, wurden zunächst der genannten Belastungsquellen unterteilt:

- Arbeitsorganisation
- Quantitative Arbeitsbelastung
- Außerberufliche Situation
- Qualitative Arbeitsbelastung
- Soziales Arbeitsumfeld



Das Belastungsprofil zeigte für den des Pflegedienstes M & M eine gering *überdurchschnittliche Belastung in der Dimension „Arbeitsorganisation“*. Innerhalb der Angaben zur Arbeitsorganisation wurden wichtige Ressourcen abgefragt, die eine Mitgestaltung des Arbeitsalltags ermöglichen. So wurde die Möglichkeit erfragt, die Arbeitszeiten und -inhalte mitgestalten und beeinflussen zu können, erfasst. Dabei wird die Verteilung der Aufgaben ebenso wie die Einteilung der Touren berücksichtigt.

Die gering überdurchschnittlich empfundene Belastung in der Dimension Arbeitsorganisation kann auf fehlende Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten hindeuten oder dass diese nicht ausreichend wahrgenommen und genutzt werden. Dies lässt somit auf mangelnde Ressourcen bzw. Mitwirken in den beschriebenen Arbeitsabläufen schließen. Diese wirken sich negativ und somit belastend auf die Beschäftigten aus.

In der Dimension „*quantitative Arbeitsbelastung*“ wurde eine *gering unterdurchschnittlich* empfundene Belastung seitens der Probanden, im Vergleich zur Vergleichsgruppe beschreiben. Quantitative Arbeitsbelastung misst die Arbeit, die bewältigt werden muss im Verhältnis der zur Verfügung stehenden Zeit. Dazu wurden insgesamt sechs Aussagen erfasst:

- Ich stehe häufig unter Zeitdruck.
- Ich bin für zu viele Patienten zuständig.
- Ich leide darunter, dass ich nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen kann.
- Es werden zu viele patientenferne Aufgaben verlangt (zum Beispiel Organisation, Dokumentation).
- Durch unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr (zum Beispiel Parkplatzsuche, Stau)gerate ich häufig unter Zeitdruck.
- Ich habe nicht genügend Zeit, um die Patienten emotional zu unterstützen.

Aufgrund der unterdurchschnittlich erfassten Belastung ist zunächst davon auszugehen, dass das quantitative Arbeitsvolumen in einem nicht belastenden Verhältnis zur vorgegebenen Zeit steht. Geht man an dieser Stelle jedoch in die Auswertung der Einzelfragen, wird ersichtlich, dass jedoch durchaus massive Belastungen empfunden wurden. So beschrieben 81% einen erheblichen Zeitdruck, der verschiedene Ursachen haben kann und sich sicherlich teilweise über die Angabe von 53% der Befragten nähren lässt, für zu viele Patienten zuständig zu sein. Denn für jede pflegerische Tätigkeit, die seitens der Mitarbeiter erbracht wird, ist eine bestimmte zeitliche Vorgabe hinterlegt, in der sie absolviert werden muss. Sobald ein längerer Zeitraum für eine Pflegetätigkeit benötigt wird, arbeitet das Unternehmen bzw. der Mitarbeiter in dieser Situation nicht mehr wirtschaftlich, da es lediglich von den Pflegekassen für die Ausführung eines begrenzt zur Verfügung stehenden Zeitkorridors bezahlt worden ist. Erschwerende Aspekte des Straßenverkehrs, der oftmals wegen Staus, Parkplatzsuche oder auch ungünstiger Wetterverhältnisses beeinflusst wird, führen zu weiterer Belastung, da diese Aspekte einen erheblichen Einfluss auf das Zeitmanagement der Mitarbeit haben. Trotz beschriebener unterdurchschnittlicher Belastung in dem Bereich informiert weit mehr als jeder zweite Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M über eine empfundene quantitative Belastung. Die beschriebene Diskrepanz lässt darauf schließen, dass die quantitative Arbeitsbelastung wohl generell in dem Tätigkeitsfeld der Ambulanten Pflege als sehr hoch eingeordnet werden muss und somit



eine Art Allgemeingültigkeit besitzt.

Die Dimensionen „*außerberufliche Situation*“ wurden ebenso wie der Bereich der „*qualitativen Arbeitsbelastung*“ als *überdurchschnittlich belastend* von den Beschäftigten eingeschätzt.

Die außerberufliche Situation wurde über die drei Items

- Ich kann in meiner Freizeit ausreichend entspannen (zum Beispiel durch Sport, Musik).
- Mit meiner finanziellen Situation bin ich zufrieden.
- Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.

Die außerberufliche Situation nimmt in diesem Profil zunächst eine Sonderstellung ein, da die gemessenen Parameter nicht unmittelbar und ausschließlich von der Arbeitssituation abhängen, beziehungsweise nicht immer unmittelbar beeinflussbar sind. Die Einzelfalldarstellung zeigt ein erhebliches Belastungsprofil in diesem Bereich. So geben 90 % der Befragten an, in der Freizeit nicht ausreichend entspannen zu können. 45% sind mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden. 73% sehen sich in Ihrem sozialen Umfeld belastet und beschreiben nicht genügend Menschen um sich zu haben, zu denen ein gutes Verhältnis gepflegt wird. Hier muss sicherlich die Arbeit im Schichtarbeit, sprich Früh- Spät –Geteilter Dienst bedacht werden, welches eine regelmäßige Teilnahme an z.B. einem Vereinsleben äußert erschweren lässt.

Auch im Bereich der *qualitativer Arbeitsanforderungen* zeigt sich eine *überdurchschnittliche Belastung* für die Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M.

Hier finden sich typische Arbeitsbelastungen der ambulanten Pflege wieder, unabhängig davon, wie häufig diese auftreten oder wie viel Zeit für das Verrichten der Tätigkeiten zur Verfügung steht.

- Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf Dauer sehr belastend.
- Die Konfrontation mit dem Leiden/Sterben von Patienten belastet mich stark.
- Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Patienten belastet meine Arbeit.

Ursächlich für die beschriebene Belastung kann somit der Umgang mit bestimmten Krankheitsbildern der Patienten z.B. vorliegende Demenz oder auch die Schwere der Erkrankung z.B. bei Intensiv- und Beatmungspatienten sein. 81% sehen für sich eine Belastung immer die gleichen Patienten versorgen zu müssen. Da die Pflege in der Patientenwohnung stattfindet, entwickelt sich der Kontakt oftmals sehr intensiv. Die Pflegekräfte dringen in die Privat- und Intimsphäre des Patienten ein, erleben viele Dinge aus dessen privaten Umfeld. Durch den intensiven Kontakt zwischen Patient und Pflegekraft kann somit eine vertrauensvolle Bindung stärker aufgebaut werden. Diese Entwicklung kann sich belastend für die Mitarbeiter darstellen, da mitunter ein gesundes Maß an Distanz schwindet.

Die größte Belastung zeigte sich eindeutig in der Dimension „*Soziales Arbeitsumfeld*“. Dies zeigte sich über die Auswertung der acht Aussagen:

- Oft stehen mir die benötigten Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung.
- Ich bekomme von Vorgesetzten ausreichend Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.
- In schwierigen Situationen fehlt mir die direkte menschliche Unterstützung durch die Kollegen.



- Manchmal, zum Beispiel in Notsituationen, fehlt mir die fachliche Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen.
- Mit den behandelnden Ärzten gibt es häufig Konflikte und Spannungen.
- Ärzte informieren zu wenig über Diagnose und Krankheitsverlauf der Patienten.
- Mein/e Vorgesetzte/r zeigt Anerkennung, wenn einer von uns gute Arbeit leistet.
- Ich kann mich auf meine Kolleginnen und Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.

Der Punkt soziales Arbeitsumfeld spiegelt die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz wider. Das Verhältnis zu Kollegen und zu Vorgesetzten wird reflektiert und geben Aufschluss, wie es um die Kooperation und Kommunikation im Team steht. Typischerweise werden die Tätigkeiten in der ambulanten Pflege allein ausgeführt. Regelmäßige soziale Kontakte im Team sind daher vergleichsweise selten, umso wichtiger ist es, Zusammenarbeit, Unterstützung und Rückmeldung zu erfassen. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes M& M sehen diesen Bereich für sich am belastetsten an. Soziale Spannungen beeinträchtigen nicht nur das persönliche Wohlbefinden stark, sondern wirken sich auch negativ auf die Arbeitsmotivation und das Leistungsvermögen aus. Im Gegenzug ist das Erleben von sozialer Unterstützung in der Arbeit eine wichtige Ressource beim Bewältigen hoher Anforderungen. Die durchschnittliche Belastung wurde mit einem Quotienten von 5,61 angegeben. Dies bedeutet, dass mittels der berücksichtigten 62 Fragebögen innerhalb des Bereiches „ Soziales Arbeitsfeld“ somit 348 empfundene Belastungen erfasst wurden. Der Bereich „Quantitative Arbeitsbelastung“ folgte in der Befragung mit 207 belastenden Items und somit einem Quotienten von 3,34, gefolgt von der „Außerberufliche Situation“ mit 118 belastenden Items und einem errechneten Wert von 1,9. Die „Qualitative Arbeitsbelastung“ wurde in 121 Punkten belastend einem Wert von 1,95, dargestellt. Für die Beschäftigten des Pflegedienstes M&M wurde der Bereich der „Arbeitsorganisation“ die geringsten, empfundene Belastung bei 60 Items und einem Quotienten von 0,97 zugesprochen.

Die Beurteilung der Beanspruchungsfragebögen berücksichtigt die Auswertungsbereiche zu allgemeiner Einschätzung des Gesundheitszustandes, empfundene Ermüdung, anhaltender Gereiztheit durch die Arbeit, emotionale Erschöpfung, Arbeits(un)-Zufriedenheit, sowie zur außerberuflichen Situation. Mittels Hilfe des bereitgestellten Softwareprogramms seitens der BGW, konnte ein Beanspruchungsthermometers, das sich wie die Skala eines Thermometers ablesen und interpretieren lässt, erstellt werden (BGW, 2013). Auf Grundlage der aktuellen Mitarbeiterbefragung zeigt sich aktuell ein Wert von 13,97, welcher im Bereich einer hohen psychischen Beanspruchung zuzuordnen ist. Diese quantifizierende Einordnung stellt sich mittels eines Quotient aus positiv bewerteten Items und der Anzahl der erfassten Frageböge dar. Soll heißen im Bereich des Beanspruchungsfragebogens wurden seitens der Mitarbeiter in der Gesamtheit 866 Teilfragen als belastend eingestuft. So ergibt sich auf Grundlage der Teilnehmern ein Mittelwert von 13,97. Zeigt sich eine überdurchschnittlich gesundheitliche Beanspruchung, kann dies vielfältige Ursachen haben. Möglicherweise sind unspezifische körperliche Beschwerden ohne eigenständigen Krankheitswert, also funktionelle Symptome, aber auch allgemeine psychische Beeinträchtigung wie „Gereiztheit“ und das „Gefühl, unter Druck zu stehen“ als erklärend anzusehen. Diesen Überlegungen zufolge resultieren



Arbeitsbelastungen aus einem Missverhältnis von positiven und negativen Arbeitsbedingungen. Diese Belastungen führen jedoch nicht unmittelbar zu Schäden, sondern zunächst zu Beanspruchungsreaktionen wie Gereiztheit, Motivationsverlust oder Unzufriedenheit. Erst wenn diese Reaktionen längere Zeit und in starkem Ausmaß auftreten, werden manifeste gesundheitliche Beeinträchtigungen in Form von Beanspruchungsfolgen wahrscheinlich. Bei langanhaltender Nichtbeachtung der beschriebenen Beanspruchung ist hier sicherlich mit einer weiteren Verschärfung zu rechnen.

4.4.2 Interpretation der Ergebnisse Teil II der Befragung

Teil II der Befragung zielte darauf ab, seitens der Probanden eine Einschätzung von Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit zu erfassen.

Zunächst erfolgte eine quantitative Einschätzung empfundener Schwierigkeiten so wie im Folgenden deren subjektiv gefühlte Belastung.

Hier zeigte sich, das konform zu den Erkenntnissen aus Teil I der Befragung, die häufigsten Schwierigkeiten im Bereich Soziales Arbeitsumfeld zu finden sind.

Insgesamt 44,2 % gaben an oft bzw. sehr oft innerhalb der Teams Schwierigkeiten zu empfinden, die sie zu 60,7 % etwas oder sehr belastend erleben.

45,9 % sahen Schwierigkeiten im Umgang mit Vorgesetzten/ Leitung. Hier wurde die belastende Wirkung sogar zu insgesamt 80,2 % beschrieben.

Lediglich 17,1 % der Befragten sahen hingegen in ihrer jetzigen Tätigkeit persönliche Schwierigkeiten. Die Ausprägung der empfundenen Belastung fiel hingegen, in diesem Bereich mit insgesamt 81% proportional hoch aus.

Dies könnte angelehnt an die Auswertung aus Teil I der Befragung, ein Hinweis auf persönlich empfundene Belastungen wie finanzielle Unzufriedenheit, mangelnde Möglichkeiten des Freizeitausgleichs, durch evtl. auch familiäre Überlastung, sein. Nachfolgend galt es eine subjektive Einschätzung in welchen Bereichen Supervision als gewinnbringend angesehen wird zu erheben. Dies, zielte darauf ab eine persönliche Einstellung der Probanden zu erfassen. Die Teilnehmer wurden aufgefordert eine Gewichtung der subjektiv erwarteten Resilenzwirkung durch das Coping Supervision festzulegen. Hierbei wurden Items zu diversen Bereichen wie persönliche Lebensführung, tätigkeitsbedingte Aspekte, berufliche Funktion oder gesundheitlicher Zustand erfragt.

Nach Auswertung der Forschungsergebnisse lässt sich zunächst feststellen, dass die Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M Supervision in allen erfragten Bereichen als gewinnbringend ansehen. Die Ausprägung lag im Maximum bei 95,9%, im Minimum bei 68,8%. Einen erheblich gewinnbringenden Effekt sehen die Mitarbeiter in Zusammenhang mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis.

95,9% sehen mittels Supervision einen Benefit im Item „meine eigene Rolle klarer sehen und ausfüllen“. Von erheblicher Relevanz zeigte sich der Bereich Teambildung. 91,7 % sehen für sich „eine Verbesserung der Kommunikation im Team“. 91,8% schätzen Supervision als gewinnbringendes Instrument „Arbeitszufriedenheit zu erhöhen“. Signifikant schwächer wurde die Durchführung von Supervision in diagnostischen bzw. therapeutischen Bereichen als Benefit angesehen. So äußerten sich 62,2 % optimistisch zum Item „mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen“, 58,9% im Bereich „Optimierung von therapeutischen Interventionen“. In zahlreichen Bereichen konnte sich eine zu beachtende Anzahl von Probanden, jedoch nicht konkret entscheiden. So haben 26,2% mit „ich weiß nicht“ sowohl im Bereich von „Gewinn von mehr



Betreuungszeit“, als auch „Optimierung therapeutischer Interventionen“ ihre Einschätzung nicht präzise beschrieben.

Die dargestellte Auswertung zeigt deutlich, dass empfundene Belastungen und die Einschätzung des Instrumentes der Supervision in erheblichen Zusammenhang stehen. Je häufiger individuelle Belastungen in einem Bereich erlebt werden, desto höher zeigen sich die mit der Supervision verknüpften Erwartungen.

Die Person des Supervisors ist nach Auffassung der Probanden eng verknüpft mit dem Bild eines Helfers, zu 78,7%, eines Problemlösers oder Krisenmanagers zu 85,2%. 72,1 % legen sich auf eine gewünschte Altersspanne von 45-55 Jahren fest. Dabei zeigte sich, dass die Person des Supervisors mit nicht näher hinterfragten Lebenserfahrungswerten verbunden wird.

Mit der folgenden Fragestellung „Käme für Sie die Teilnahme an einer Supervision infrage?“ galt es schließlich die individuelle Motivation und Bereitschaft der Mitarbeiter zu erfassen, zukünftig Supervision als Instrumente der betrieblichen Sozialarbeit zu nutzen. Hier äußerten 29 Mitarbeiter mit „Ja, auf jeden Fall“, ihre uneingeschränkte Bereitschaft zur Teilnahme. 23 Mitarbeiter benannten „Ja, bin erst mal offen“, zeigten sich klar positiv. Lediglich 3 Mitarbeiter wollten sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht festlegen und antworten mit „kann ich momentan noch nicht sagen“, 3 Mitarbeiter sahen momentan keine Notwendigkeit, 3 Mitarbeiter sprach klar mit „Nein, niemals“ gegen die Teilnahme aus. Aufgrund der bislang erhobenen Forschungsergebnisse aus Teil I der Befragung, sowie der gewinnbringenden Einschätzung des Instrumentes der Supervision zeigt sich an dieser Stelle die logische Konsequenz.

Die Mitarbeiter beschreiben zu 85,2% den Wunsch nach Durchführung von Supervision als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die abschließende Frage „Welche Form der Supervision können Sie sich vorstellen?“. zeigte auch hier eine kongruente Einstellung, seitens der Mitarbeiter. An dieser Stelle waren Mehrfachnennungen möglich. Entsprechend der erheblich wahrgenommenen Belastungen aus dem Bereich Soziales Arbeitsumfeld sahen die Mitarbeiter für sich mittels Teamsupervision, zu 62,23%, oder Abteilungssupervision zu 49,18 % eine geeignete Form. Für 37,70% käme die Fallsupervision und für lediglich 26,22 % die Einzelsupervision in Frage.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Mitarbeiter im Rahmen einer Weiterbildung zum Thema Supervision in der Altenpflege einzelne Modelle kennengelernt haben, so dass eine Differenzierung konkret möglich wurde. Des Weiteren wurde dem Wunsch der Unternehmensführung nachgekommen, sich ausschließlich auf das Instrument der Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit im Rahmen eines BGM zu Beschränken.



5. Schlussfolgerungen

In diesem Abschnitt werden zunächst die vier Teilfragen mit Hilfe der Ergebnisauswertung beantwortet, die schlussendlich zur Belegung der Hauptfrage führen. Die Antworten schließen ausdrücklich an den theoretischen Hintergrund an. Anschließend getätigte Empfehlungen werden praxisorientiert, auf Grundlage des Theoretischen Rahmens, der Ergebnisse der Forschung und sowie der erfolgten Interpretationen ausgesprochen. Dabei werden evtl. anzudenkende Folgestudien beschrieben. Stärken und Schwächen des gesamten Forschungsprozesses werden diskutiert. Es erfolgt sowohl eine kritische Auseinandersetzung mit forschungsethischen Aspekten als auch mit den Gütekriterien.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Welche arbeitsplatzbezogenen Stressoren werden momentan als Gefährdung emotionaler Gesundheit empfunden?

Dieser Frage wurde in Teil I der Forschung nachgegangen.

Auf Grundlage der stattgehabten Mitarbeiterbefragung ist es nun möglich die empfundenen Stressoren explizit zu benennen. Dabei erfolgt eine Zuordnung empfundener Stressoren in die Bereiche „Quantitative Arbeitsbelastung“, „Qualitative Arbeitsbelastung“, „Arbeitsorganisation“, „Soziales Arbeitsumfeld“ sowie „Außerberufliche Situation“. Um Stressoren jedoch als Gefährdung emotionaler Gesundheit festzumachen, hat obligat eine Quantifizierung zu erfolgen.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M sehen vor allem im Bereich des Sozialen Arbeitsumfeldes eine erhebliche Belastung und Beanspruchung. Hier spiegeln sich die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz wieder, das Verhältnis zu Kollegen und zu Vorgesetzten wird reflektiert und geben Aufschluss, wie es um die Kooperation und Kommunikation gestellt ist. Mit einer durchschnittlichen Belastung von 5,61 ist dieser Bereich durchaus als Gefährdung emotionaler Gesundheit anzusehen. Auch der Bereich „quantitative Arbeitsbelastung“ weist mit 3,34 einen kritischen Grad der Beanspruchung auf. Die empfundenen Belastungen am Arbeitsplatz wurden somit auf Makro-, Meso – und Mikro-Ebene erfasst und seitens der Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M beschrieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, das Ziel der Unternehmensführung, ein seitens der Mitarbeiter erfasstes Belastungsprofils detailliert darzustellen konnte entsprochen werden.

In welchen Bereichen wird Supervision als gewinnbringend angesehen?

Die Teilnehmer haben eine Gewichtung der subjektiv erwarteten Resilenzwirkung durch das Coping Supervision festgelegt. Die Ausprägung lag im Maximum bei 95,9%, im Minimum bei 68,8% innerhalb der erfragten Items. Einen erheblich gewinnbringenden Effekt sehen die Mitarbeiter in Zusammenhang mit dem eigenen, beruflichen Selbstverständnis. 95,9% sehen mittels Supervision einen Benefit ihres eigenen Rollenverständnisses. Von erheblicher Relevanz wurde der Bereich Teambildung gesehen. 91,7 % erwarten für sich „eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb des Teams“. 91,8% schätzen Supervision als gewinnbringendes Instrument „Arbeitszufriedenheit zu erhöhen“. Signifikant niedriger fiel der erwartete Benefit von Supervision innerhalb diagnostischer bzw.



therapeutischer Bereiche aus. Das Ergebnis spiegelt den beschriebenen Theoretischen Hintergrund wieder. Das Instrument Supervision wird seitens der Mitarbeiter als praxisorientiertes Konzept, in Form einer wirksamen Beratungsform konform den beschriebenen Auffassungen gesehen. Denn das Beratungsformat Supervision unterstützt die Verbesserung der Kommunikation am Arbeitsplatz, die Förderung der Zusammenarbeit innerhalb bestehender Teams, sowie zwischen verschiedenen Hierarchieebenen (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., 2012). Organisations- und Arbeitsabläufe werden analysiert, Konflikte erkannt und aufgeklärt, die Wahrnehmungsfähigkeiten werden trainiert und die Handlungsoptionen erweitert. Durch Beantwortung der Teilfrage wird auch an dieser Stelle wieder bewusst, wie positiv die Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M der Supervision als Instrument der Betrieblichen Sozialarbeit gegenüberstehen.

Liegt eine ausreichende Motivation vor, Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit anzunehmen?

Die Forschungsergebnisse geben eine klare Antwort auf diese Frage. Die Mitarbeiter beschreiben zu 85,2% eine vorhandene Motivation zur Durchführung von Supervision als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieses beeindruckende Ergebnis ist als eine Konsequenz der empfundenen Belastungen zu interpretieren. Es zeigt aber auch die Entschlossenheit der Probanden, sowie die Bereitschaft an der empfundenen Belastungssituation zu arbeiten. Die Beantwortung der Teilfrage zeigt eine ganz besondere Relevanz für die Unternehmensführung. Denn unter Bewusstsein des Theoretischen Hintergrundes zur Position des Arbeitgebers, schien es obligat die vorhandene Motivation- und Teilnahmebereitschaft unter den Mitarbeitern zu erfragen. Denn für den Erfolg eines Unternehmens ist es unumgänglich, sich mit seinen Prozessen und Strukturen auseinanderzusetzen. Hier müssen Arbeitsabläufe, die Bedürfnisse der Mitarbeiter sowie um die Erkennung und Bewertung von Risiken und Verwundbarkeiten im Vordergrund stehen (Heitger & Serfass, 2015, S. 25). Auf Grundlage der beschriebenen Problembetrachtung sollte es für jeden Unternehmer unvermeidlich sein, Mitarbeiter zunehmend in den Mittelpunkt seiner Bemühungen zu stellen. Die Unternehmensführung des Pflegedienstes ist sich bewusst, dass jegliche erfolversprechende Umsetzung im Rahmen BGF eine effektive und nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik voraus setzt und partizipativ ausgelegt sein muss. Gesundheitsförderung setzt somit konstitutiv die Beteiligung der betroffenen Beschäftigten voraus sowohl bei der Planung als auch der Durchführung (Ulich & Wülser, 2010, S. 132).

Im welcher Form kommt Supervision als Instrument Betrieblicher Sozialarbeit in Frage?

Auch hier zeigte eine kongruente Einstellung, seitens der Mitarbeiter. Entsprechend der erheblich wahrgenommenen Belastungen aus dem Bereich Soziales Arbeitsumfeldes sahen die Mitarbeiter für sich mittels Teamsupervision zu 62,23% oder Abteilungssupervision zu 49,18 % eine geeignete Form. Für 37,70% käme die Fallsupervision und für lediglich 26,22 % die Einzelsupervision.



➔ Wird Supervision als Resilienz förderndes Instrument zur Reduzierung empfundener psychischer Belastungen seitens der Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M eingeschätzt?

Betrachtet man in der Zusammenfassung aller quantitativen Fragen der Befragung imponieren Faktoren, auf dessen Grundlage die Forschungsfrage mit einem klaren ja beantwortet werden muss. Die Mitarbeiter sehen für sich das Instrument der Supervision als Resilienz fördernd an. Vor allem die signifikante Ausprägung der erhobenen Ergebnisse mit einer Führsprache von bis zu 95,9% beeindrucken. Die Beantwortung der Frage ist eine logische Konsequenz der zuvor beschriebenen Beantwortungen der Teilfragen. Auffällig erscheint ein direkter Zusammenhang, zwischen empfundener Belastung und dem eingeschätzten Benefit innerhalb einzelner Befragungsbereiche. Die dargestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass empfundene Belastungen und die Einschätzung des Instrumentes der Supervision in erheblichen Zusammenhang stehen. Je häufiger individuelle Belastungen in einem Bereich erlebt werden, desto höher zeigen sich die mit der Supervision verknüpften Erwartungen.

Wird hier ein Bezug zum theoretischen Hintergrund geschaffen, zeigt sich vor allen die Handhabbarkeit (sense of manageability) nach Antonovsky bestätigt. Handhabbarkeit beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind (Bertelsmann, 2013). Für Antonovsky sind nicht die Stressoren, sondern vorhandene Stressbewältigungsmöglichkeiten, also das Coping, entscheidend für die gesundheitliche Entwicklung. Entsprechend gewichtet Antonovski das bewusste Wissen um vorhandene innere und äußere Ressourcen als Copingstrategie, benennt dies „generalisierte Widerstandsressource“ (Bertelsmann, 2013, S. 56).

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M haben ihre Überzeugung im Rahmen der Forschung zum Ausdruck gebracht, dass Schwierigkeiten, sprich empfundene Belastungsfaktoren lösbar erscheinen. Sie sehen durch Implementierung einer Supervision im Rahmen Betrieblicher Sozialarbeit eine mögliche Copingstrategie um einer weiteren Verschärfung der Situation entgegen zu wirken. Sie sehen Supervision als resilienzförderndes Instrument bestehende Belastungen zu kompensieren, um so bezugnehmend auf den Theoretischen Hintergrund entstehende Krankheit bzw. ihre Symptome als Folge von Überlastung zu verhindern. Denn Krankheit tritt auf, wenn die Gesundheitsressourcen nicht mehr ausreichen (Bertelsmann, 2013, S. 59).

Zusammenfassend lässt sich sagen, das partielle Forschungsziel nach konkreter Erfassung empfundener betriebs- bzw. - tätigkeitsbedingten Stressoren seitens der Mitarbeitern des Pflegedienstes M&M konnte entsprochen werden. Eine differenzierte Betrachtung der Belastungsquellen der quantitativen Arbeitsbelastung, qualitativen Arbeitsbelastung, der Arbeitsorganisation, des soziales Arbeitsumfeldes und der außerberuflichem Situation erfolgte. Ebenso erfolgte die prospektive, subjektive Einschätzung bezüglich der Einflussnahme von Supervision auf die emotionale Gesunderhaltung. Das erhobene Forschungsergebnis zeigte sehr genau in welchen Tätigkeitsbereichen Supervision als gewinnbringend angesehen wird. Die Motivation seitens der Mitarbeiter bezüglich einer evtl. zu implementierenden betrieblichen Sozialarbeit in Form von Supervision konnte beeindruckend fixiert werden. Für die Geschäftsführung konnte somit eine weitere Sensibilisierung für eine mögliche Integration in weiterführende Angebote der betrieblichen Sozialarbeit geschaffen werden. Im Weitern gilt es nun das langfristige Ziel mittels Supervision Optimierungsprozesse innerbetrieblich voranzutreiben, weiter



zu verfolgen.

5.2 Weitere Handlungsempfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren sowohl auf der Grundlage der erhobenen Ergebnisse, als auch auf deren Interpretation unter Berücksichtigung des theoretischen Rahmens, beschreiben jedoch nur eine mögliche Herangehensweise.

Sowohl die Durchführung als auch die Erhebung der Forschungsergebnisse können lediglich einen ersten Schritt darstellen, dem Wunsch nach Optimierung der betrieblichen Situation des Pflegedienstes M& M nachzukommen. Im Weiteren hat zunächst eine Rückmeldung der Forschungsergebnisse zu erfolgen. Um alle Mitarbeiter zu erreichen, ist hier eine schriftliche Darstellung und Auswertung der erfassten Daten geplant. Der weitere Projektverlauf kann nur erfolversprechend weitergeführt werden, wenn die Geschäftsführung sich zunächst bereit erklärt, Folgemaßnahmen einzuleiten, sowie das Ausmaß der zu implementierenden Maßnahmen festzulegen und die entsprechende Finanzierung zu tragen. Im Weiteren ist alsbald zu klären, ob aus Sicht der Geschäftsführung aufgrund der durchgeführten Befragung und Analyse genügend Informationen gesammelt wurden sich ein genaueres Bild über die arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen und mögliche Fehlbeanspruchungen zu machen. Unter der Voraussetzung einer Implementierung Betrieblicher Sozialarbeit in Form einer betrieblichen Gesundheitsförderung ist schließlich das weitere Vorgehen zu planen. Dabei hat die Einbindung der Mitarbeiter in den weiterführenden Ablauf obligat zu erfolgen. Geeigneten Maßnahmen sind abzuleiten und festzulegen. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen hat der Arbeitgeber konkret auf die erhobenen Belastungsfaktoren einzugehen, mit dem Ziel eine vorhandene Gefährdung der physische und die psychischen Gesundheit möglichst zu vermeiden, bzw. verbleibende Gefährdung möglichst gering zu halten. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass die von der Belastung ausgehenden Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen sind und individuelle Schutzmaßnahmen nachrangig folgen müssen (Arbeitsmedizin, 2014, S. 12). Hierbei sind multimodale Maßnahmen zu berücksichtigen, die sich auf Verhältnisse (Organisation, Struktur, Prozesse, Tätigkeiten) beziehen, sowie Maßnahmen, die auf das Verhalten der Beschäftigten abzielen (Arbeitsmedizin, 2014, S. 12). Da sich bereits beschriebene Beanspruchungsreaktionen feststellen lassen, gilt es individuelle und verhaltensbezogene Maßnahmen zu ergreifen, die es den Beschäftigten ermöglicht, ressourcenforderndes Verhalten zu erlernen um mit vorhandenen Beschwerden besser umzugehen. Aufgrund der erfassten Belastung im Bereich Soziales Arbeitsumfeld sollen Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Klimas implementiert werden. Da mittels Analyse soziale Belastungen sowohl unter den Mitarbeitern als auch zur Führungsebene erfasst werden konnten, ist hier sicherlich das Zuziehen externer Experten von Nöten.

Zur Durchführung von multimodalen Stressbewältigungsmaßnahmen kommen Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit in Betracht, die über einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss verfügen, insbesondere Psychologen, Sozialpädagogen sowie Sozialarbeiter (GKV-Spitzenverband, 2014). An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass jegliches Engagement zur Verbesserung des sozialen Arbeitsumfeldes lohnt, da soziale Spannungen sich nicht nur auf das persönliche Wohlbefinden stark beeinträchtigen, sondern sich auch



negativ auf die Arbeitsmotivation und das Leistungsvermögen auswirken. Im Gegenzug ist das Erleben von sozialer Unterstützung in der Arbeit eine wichtige Ressource beim Bewältigen hoher Anforderungen (Singer, 2010, S. 62). In vielen Bereichen lässt sich hier sicherlich das Instrument der Supervision, wie schon vor der Mitarbeiterbefragung seitens der Geschäftsführung angedacht, erfolgversprechend einsetzen. Im Rahmen eines weiterführenden Projektes ließen sich relevante Themen wie Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Richtige Umgang mit Nähe und Distanz erarbeiten, um die Selbstreflexion der Beschäftigten mit Hilfe der Supervision zu verbessern. Aber auch die Entwicklung von Kooperation, Kommunikation und Teamfähigkeit könnte durch regelmäßige Aufarbeitungen mittels teaminterner Supervision gelehrt werden. Des Weiteren kann der Betrieb sicherlich im Rahmen der zu implementierenden Supervision durch eine gezielte Organisationsanalyse, sprich durch Betrachtung interner Vorgänge ganz erheblich profitieren. Hier sind formelle und informelle Strukturen, Arbeitsteilung, Führungsstil offene und verborgene Ziele zu erfassen. Die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen sollte möglichst zeitnah beginnen. Da sich aufgrund der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mehrere Problemfelder identifizieren ließen, ist zu überlegen ob die Umsetzung nach erfolgter Festlegung der konkreten Maßnahmen schrittweise zu erfolgen hat. Bei dieser Vorgehensweise sind seitens der Geschäftsführung zunächst Prioritäten zum Beispiel nach Dringlichkeit oder Anzahl der betroffenen Beschäftigten. Auf Grundlage der erfassten Belastungsquotienten erfolgt an dieser Stelle eine Ideensammlung möglicher Interventionen zwecks weiterer Projektumsetzung:

Tab1: erfasstes Problemerleben-mögliche Interventionen; eigene Darstellung

Problemerleben	Mögliche Interventionen
Belastungsquotient:3,34 quantitative Arbeitsbelastung <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel • Arbeitsmenge 	Supervision- Organisationsanalyse: <i>personenbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselqualifikationen <i>organisationsbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dienstplanung • Belegungsplanung • Tourenplanung
Belastungsquotient:1,95 qualitative Arbeitsbelastung <ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsbilder • Patientenverhalten • fehlende medizinische Informationen 	Supervision: Fallanalyse <i>personenbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung: Informationen zu Krankheitsbildern • Training von Schlüsselqualifikationen • Umgang mit Tod und Sterben • Teamsupervision <i>organisationsbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fallsupervision
Belastungsquotient:0,97 Arbeitsorganisation <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Gestaltungsmöglichkeiten • geringe Handlungsspielräume 	Supervision: Selbstreflexion der Arbeitsteams <i>personenbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Arbeitsplanung • Training von Schlüsselqualifikationen <i>organisationsbezogen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsanalyse und Optimierung der



<ul style="list-style-type: none"> Arbeitszeitregelungen mangelnde, fehlende Ausstattung 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsorganisation Bereitstellung von geeigneten Hilfsmitteln
<p>Belastungsquotient:1,9 Außerberufliche Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> fehlende außerberufliche Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • <p>Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none"> Entspannung Sport Gesundheitsverhalten
<p>Belastungsquotient:5,61 Soziale Arbeitsumfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> zu Vorgesetzten zu Kollegen fehlende Rückmeldung 	<p>Supervision: Organisationsanalyse, Selbstreflexion der Arbeitsteams personenbezogen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kommunikationstraining Teamsupervision Einzelsupervision <p>Leitungsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> Führungstraining Training von Schlüsselqualifikationen <p>organisationsbezogen</p> <ul style="list-style-type: none"> Professionalisierung von Besprechungen Bearbeitung von Schnittstellenproblemen
<p>überdurchschnittliche Beanspruchung</p>	<p>Supervision: Fallarbeit Umgang mit Stressfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> autogenes Training/ progressive Muskelentspannung) Bewegungs- und Rückenschule

Getroffene Maßnahmen sind nach festgelegter Terminierung auf Ihre Wirksamkeit zu hin zu überprüfen (Arbeitsmedizin, 2014, S. 13). Hierzu gehört die Beurteilung, ob sich die empfundenen psychische Belastung nach Umsetzung der Maßnahmen in der gewünschten Weise verändert haben. Dies kann wiederum im Rahmen der zu Implementierenden Supervision erfolgen, indem sowohl positive als auch negative Einschätzungen der Wirksamkeit evaluiert werden. Fällt die Wirksamkeitskontrolle in einzelnen Teilbereichen negativ aus, sind weitergehende oder andere Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, um die Gefährdung zu reduzieren (Arbeitsmedizin, 2014, S. 13). Des Weiteren gilt es zu beachten, dass die Gefährdungsbeurteilung aktuell gehalten werden muss. Bei einer Veränderungen der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsabläufe, Veränderungen im Personalschlüssel, so wie auffälligen Häufungen hat eine Neuerfassung zu erfolgen.

Um die Ergebnisse dieser Forschung und die daraus resultierenden Empfehlungen nachhaltig umzusetzen und langfristig einen Benefit aller Beteiligten zu sichern, ist es somit unumgänglich den Forschungsprozess einer regelmäßigen Überprüfung im Rahmen eines Qualitätsmanagements zu unterziehen. Hier bietet sich ein Vorgehen nach dem PDCA Zyklus⁵ an.

5.3 Kritische Auseinandersetzungen

⁵ Der PDCA-Zyklus beschreibt den vierstufigen Regelkreis des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses: Plan, Do, Check, Act.



An dieser Stelle erfolgt noch einmal die Kritische Auseinandersetzung dieser Bachelorthesis. Zunächst lässt sich besonders positiv der gute Kontakt zur Geschäftsführung des Pflegedienstes M& M beschreiben. Hier konnte bei Rückfragen oder nicht klar definiertem Vorgehen jederzeit ein niederschwelliger Kontakt aufgebaut werden. Die vorherige Information zur geplanten Forschung im Rahmen der Weiterbildung- Supervision in der ambulanten Pflege-, sowie die Verteilung der Befragungsbögen über die einzelnen Personalfächer der Mitarbeiter gewährleistete, dass alle Mitglieder erreicht werden konnten, was als positiv zu werten ist. Bedauerlicherweise stellte sich jedoch heraus, dass der zeitliche Rahmen der Durchführung vom 20.04.-09.05.2016 zu kurz festgelegt wurde. Nach Beendigung der Befragung gingen noch sechs Fragebögen ein, die jedoch nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Trotzdem stellte sich das Interesse der Befragten als überaus erfreulich und bereichernd dar. Mit einer Beteiligung von 51,2 % konnten die bestehenden Erwartungen seitens der Geschäftsführung übertroffen werden. Eine Stärke dieser Forschungsarbeit zeigte sich darin, dass Formulierungen einzelner Fragen im Fragebogen durchaus als verständlich gestellt, sowie im Umfang angemessen zu betrachten sind. Denn lediglich ein Fragebogen konnte im Teil 2 der Befragung aufgrund unvollständiger Beantwortung nicht berücksichtigt werden.

In der Festlegung des Forschungsumfangs, zeigte sich jedoch, dass ein im Forschungsplan zunächst berücksichtigtes Vorgehen nicht umgesetzt werden konnte. Denn neben der hier dargestellten Forschungsarbeit war zunächst eine weitere Differenzierung geplant:

Da einige Mitarbeiter bereits in der Vergangenheit vor Übernahme des Pflegedienstes bzw. bei vorherigen Arbeitgebern, Supervision in Anspruch genommen haben, sollten innerhalb dieser Stichprobe gemachte Erfahrungen und nachfolgend der evtl. Einfluss auf die aktuell empfundenen Belastungssituation durch Supervision gemessen werden. Nach Beendigung der Befragung zum 09.05.2016 stellte sich alsbald heraus, dass lediglich zwei Teilnehmer Supervisionserfahrung mitbrachten. Vor allem unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, hier vordergründig der nicht einzuhaltenden Anonymität wurde von dem Forschungsbereich Abstand genommen. Der Forschungsbereich ist in der Anlage – Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung mit dem Verweis – Entfällt!- gekennzeichnet.

Des Weiteren muss sich die Frage gestellt werden, ob Reliabilität auch als Replizierbarkeit der Ergebnisse unter gleichen Bedingungen gleichzustellen ist. Würde die Untersuchung unter identischen Voraussetzungen durchgeführt werden, so ist sicher zu erwarten dass deckungsgleiche Ergebnisse erzielt werden. Eine weitere Befragung, im erheblichen Zeitabstand, kann durchaus von erfassten Erkenntnissen der Ersterhebung abweichen.

Eine Einschränkung ist gewiss durch die Auswahl der Belastungs- und Beanspruchungsquellen gegeben. Hier wurden sicherlich nicht alle denkbaren psychischen Belastungen und Beanspruchungen erfragt, die für die doch sehr unterschiedlichen Betätigungsfelder im Bereich der ambulanten Pflege mit einem erhöhten Risiko gesundheitlicher Beanspruchung einhergehen. Um vor allem den Aufwand für die Probanden gering zu halten, verlief die Forschung unter der Prämisse Überblick schaffen anstelle von Detailanalyse. Mittels der stattgehabten Forschung war es aber durchaus möglich, wichtige Informationen zu erfassen, um die Belastungs- und Beanspruchungssituation der Mitarbeiter des Pflegedienstes M&M einzuschätzen, so wie ein Bild empfundener psychischer Belastungen, differenziert nach quantitativer Arbeitsbelastung, qualitativer



Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation, sozialem Arbeitsumfeld, außerberuflicher Situation und der Beanspruchung zu gewinnen. Die erhobenen Resultate erlauben jedoch sicherlich keine vollständige Organisationsanalyse. Relevante Faktoren, vor allem aus dem Bereich Strukturqualität wie z.B. Leitungsstil, Personalschlüssel, die finanzielle Ausstattung, Gehälter, Kooperation mit anderen Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt und müssten, wenn gewünscht, in weiterführenden Studien bedacht werden. Des Weiteren werden die erhobenen Ergebnisse nur in der Gesamtheit der Stichprobe dargestellt. Hier ließen sich in weiterführenden Studien zahlreiche Differenzierungen verfolgen. So könnte beispielhaft der Frage nachgegangen werden, ob und in welcher Form empfundene Belastungen vom Lebensalter oder auch von der Berufserfahrung abhängig sind, ließen sich geschlechtsspezifische Unterschiede erheben oder ließen sich relevante Verschiedenheiten in den einzelnen Tätigkeitsfeldern innerhalb der Institution Pflegedienst nachweisen?

Die Erhebung der Daten über die quantitative Befragung hat zu einer Bewusstwerdung der Problemlagen, sowie zu Wahrnehmen von Chancen durch Implementierung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung geführt.

Da es sich bei der Forschungsmethode um eine vollstandardisierte schriftliche Befragung handelt, ist die Ausrichtung der Studie lediglich quantitativ. Eine Bereicherung und somit eine Empfehlung kann die zusätzliche Anwendung einer qualitativen Methode sein. Zudem bestätigt Mayring (2001) diese Annahme, denn auf der Seite quantitativ orientierter Forschung steht, das Erfassen eines Moments im Vordergrund. Durch Einbezug qualitativer Analysestrategien gewinnt solche Forschung an Offenheit für den Gegenstand und damit auch an Alltagsnähe. Interessant wäre zu einem späteren Zeitpunkt sicherlich auch eine Längsschnittuntersuchung, die sich damit befasst, inwieweit die Implementierung von Instrumenten der betrieblichen Sozialarbeit insbesondere Supervision einen tatsächlichen, mitunter auch messbaren Einfluss, z.B. durch Reduzierung von Arbeitsunfähigkeiten, auf die Gesunderhaltung für die Mitarbeiter des Pflegedienstes darstellt.



6. Fazit

Wie in der Arbeit umfassend dargestellt sind Mitarbeiter der ambulanten Pflege erheblich belastet. Daher war es ein besonders Anliegen im Rahmen der Forschungsarbeit nicht nur die als Stressoren empfundenen Defizite im Pflegealltag zu erfassen, sondern durch eine mögliche Implementierung Betrieblicher Sozialarbeit als Copingstrategie näher zu bringen. Dabei galt vor allem auch die Unternehmensführung, mittels Analyse der Befragung, weiter für die Supervision zu sensibilisieren. Denn eine fachgerecht und kompetent durchgeführte Supervision bietet durchaus die Möglichkeit, durch Selbstreflexion und der daraus resultierenden Arbeit an sich selbst, beziehungsweise an den Mitarbeitern des Pflegedienstes, persönliches Wachstum zu erlangen. Wo nötig kann darüber hinaus die Teamentwicklung oder die Stärkung des Teams positiv beeinflusst werden. Supervision stellt sich daher durchaus als wertvolles Instrument zur Qualitätsverbesserung und –sicherung dar. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es für die Entscheidungen der kommenden Jahre nicht nur auf persönlicher Ebene, sondern auch auf Unternehmensebene immer wichtiger werden wird, einen angemessenen Umgang mit der Thematik psychische Belastung am Arbeitsplatz, Erhaltung emotionaler Gesundheit und Finden geeigneter Copingstrategien zu pflegen. Mitarbeiterorientierung bedeutet dabei nicht nur, wie oftmals fälschlich angenommen – ein mitarbeiterwohlwollender Führungsstil, sondern vielmehr die Schaffung ganzheitlicher Aufgabenvollzüge und vollständiger Tätigkeiten. Damit ist gemeint, dass die Mitarbeiter nicht nur für die Ausführung ihrer Aufgaben verantwortlich sind, sondern bereits in die Planung und nicht zuletzt auch in die Qualitätskontrolle der Arbeitsprozesse einbezogen werden. Mitarbeiterorientierung beginnt also nicht bei Maßnahmen der Personalentwicklung, sondern setzt bei der Arbeitssystem- und vor allem bei der Aufgabengestaltung an (Glaser & Seubert, 2014). Unter diesem Gesichtspunkt erhofft sich die Unternehmensführung des Pflegedienstes durch die Durchführung der dargestellten Forschung positive Effekte, nicht nur für die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter und somit nachfolgend auch für die Qualität der Arbeit. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist Supervision als Beratungsleistung in psychosozialen Einrichtungen bereits häufig etabliert. In der ambulanten Altenpflege erlangt sie bislang nur wenig Aufmerksamkeit (Jacke, 2002). Auf Grund der erwarteten Verschärfung, bei zunehmenden Pflegenotstand und demografischer Entwicklung, ist es erstrebenswert eine feste Implementierung von Supervision als Instrument der betrieblichen Sozialarbeit für Unternehmen der ambulanten Pflege, als Standardangeboten im Rahmen einer zukunftsorientierten Mitarbeiterorientierung zu implementieren. Ein erster Schritt ist mit der stattgehabten Forschungsarbeit für den Pflegedienst M& M gelegt worden.



7. Literaturverzeichnis

- Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V. (2014). *bbs-ev.* (bbs e.V, Hrsg.) Abgerufen am 4. 4 2016 von Rahmenkonzeption für das Arbeitsfeld Betriebliche Sozialarbeit: http://www.bbs-ev.de/files/content/Materialien/Rahmenkonzeption_Kurzfassung_v08.pdf
- Bundesministerium der Justiz & Verbraucherschutz. (1996). Abgerufen am 3. 3 2016 von <http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/>
- Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes. (2007). *Gesund arbeiten im Außendienst. Informationen und Tipps für MitarbeiterInnen und Betriebe in der mobilen Pflege und Betreuung.* Wien.
- Bundeszentrale für politische Bildung . (2013). Abgerufen am 10. 4 2016 von Bundeszentrale für politische Bildung : <http://www.bpb.de/suche/?suchwort=bed%C3%BCrfnisse&suchen=Suchen>
- GKV-Spitzenverband. (2014). Abgerufen am 20. 6 2016 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf
- AOK. (31. 3 2015). Abgerufen am 30. 3 2016 von http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2015/wido_pm_krstd_2015-03-31.pdf
- Arbeitsmedizin, B. f. (2014). *Arbeitsschutz in der Praxis: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.* Berlin: Erich-Schmidt Verlag.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., & Klose, J. M. (2014). *Fehlzeiten –Report 2014.* Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., & Behr, M. (2008). *Sozialkapital-Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg.* Heidelberg,: Springer, Berlin.
- Bauer, J. (2013). *Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht.* München: Blessing.
- bbs-ev. (2016). *Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V.* Abgerufen am 5. 3 2016 von <http://www.bbs-ev.de/>
- Beck, D., & Lenhardt, U. (2014). *Das Gesundheitswesen.* Abgerufen am 3. 3 2016 von Abgerufen von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0034-1387744#N67055>



- Belardi, N. (2011). *Beratung-Eine sozialpädagogische Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*. Köln.
- Bertelsmann, H. (2013). *Einführung in die Gesundheitswissenschaften*. Bielefeld.
- BGW. (7. 2 2013). *Berufsgenossenschaft für Gesundheit -und Wohlfahrtspflege*. Abgerufen am 3. 30 2016 von <https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw-themen/TP-miab-11-14-Mitarbeiterbefragung.html>
- bmj. (2016). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 1. 3 2016 von <http://www.bmj.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/ambulanter-pflegedienst.html>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (Bd. 4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2005). *Supervision bei Pflegefachleuten in der Schweiz*. Schweiz.
- Buchinger, K., & Klinkhammer, M. (2007). *Beratungskompetenz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühning, P. (7. 7 2012). *aerzteblatt*. Abgerufen am 30. 4 2016 von <http://www.aerzteblatt.de/archiv/127533>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2016). *Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Berlin: Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (28. 1 2014). Abgerufen am 20. 3 2016 von <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/fast-jede-zw.html>.
- Büscher, A., & Horn, A. (2010). *Instituts für Pflegewissenschaft*. Abgerufen am 1. 3 2016 von <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>
- DAK. (17. 3 2015). *Gesundheitsreport 2014*. Abgerufen am 30. 3 2016 von http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2014-1374196.pdf.
- DBfK-Bundesverband. (2009). Abgerufen am 3. 3 2016 von http://www.ligarlp.de/fileadmin/LIGA/Internet/Downloads/Dokumente/Dokumente_
- DBSH. (2016). *DBSH - Berufs- und Fachverband für Soziale Arbeit*. Abgerufen am 10. 3 2016 von <http://www.dbsch.de/der-dbsch.html>



- Demerouti, E. (2012). *Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz*. Beuth.
- destatis. (2011). *Statistisches Bundesamt*. Abgerufen am 10. 4 2016 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101099004.pdf?__blob=publicationFile
- Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (30. 4 2012). Abgerufen am 4. 4 2016 von <http://www.dgsv.de/2012/04/supervision-schuetzt-fachkraefte-in-der-altenpflege-vor-psychischen-belastungen/>
- Diekmann, A. (1999). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Donath, E. (2004). *Zwischen Rahmenbedingungen und Erfahrungen-Expert in der Entwicklungszusammenarbeit*. Giessen.
- E-Learning, I. f. (2015). Abgerufen am 9. 4 2016 von <http://www.fragebogen.de/pretest.htm>
- Elger, B., & Engel-Glatzer, S. (2014). *Wissenschaftliche Integrität: Umgang mit Daten und Publikationsethik*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- Engelke, e., Maier, k., Steiner, E., Borrmann, S., & Spatscheck, C. (2007). *Forschung für die Praxis.Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung*. Lambertus.
- Faller, G. (2012). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Magdeburg: Huber.
- Faltermaier, T.; Mayring, Saup, P.; Strehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (Bd. 2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ganttogramm. (2016). Abgerufen am 10. 4 2016 von www.ganttogramm.com
- Gärtner, A. (1999). *Gruppensupervision-Theoriegeschichtliche und fallanalytische Untersuchungen*. Tübingen: edition diskord.
- Geißler, H.-G., Schlünkes, H., & Rinnisland, G. (2003). *Der anerkennende Erfahrungsaustausch- Das neue Instrument für die Führung*. Frankfurt: Campus .
- Gericke, C., & Busse, R. (2014). *Präventionspolitik im europäischen Vergleich*. Bern: Huber.
- Glaser, J., & Seubert, C. (2014). *Arbeitshandeln, Arbeitsbelastung,Arbeitsorganisation*. Hamburg: ecomed Medizin.
- Heitger, B., & Serfass, A. (2015). *Unternehmensentwicklung: Wissen, Wege,Werkzeuge für morgen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.



- Jacke, C. (2002). *Deutsches Institut für angewandte Pflege*. Abgerufen am 3. 3 2016 von http://www.dip.de/datenbank-wise/bewertungen/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2...
- Jahoda, M. (1983). *Wie viel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz.
- Kromrey, H. (2000). *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart: UTB.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1981). *Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt und Maßnahmen*. (J. R. In Nitsch, Hrsg.) Bern: Huber Verlag.
- Maslach, C., & Leiter, M. .. (2013). *Die Wahrheit über Burnout-Stress am Arbeitsplatz*. Wien: Springer.
- Meinel, H. (2011). *Betrieblicher Gesundheitsschutz. Vorschriften, Aufgaben und Pflichten für den Arbeitgeber*. Heidelberg: Neckar: ecomed Sicherheit Verlag.
- Mummendey, H., & Grau, I. (2014). *Die Fragebogenmethode – Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung* (Bd. 6. Korrigierte Auflage). Göttingen:: Hogrefe Verlag.
- Nagel, E. (2015). *Ethische Herausforderungen einer alternden und zunehmend pflegebedürftigen Gesellschaft*. Essen: Universitätsklinikums Essen.
- Nerdinger, F., Blickle, G., & Schaper, N. (2011). *Arbeits und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer.Berlin.
- Pierobon, A. (2015). *Resilienzfördernde Personalführung in Pflegeunternehmen*. GRIN Verlag.
- Posth, M. (1990). *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, Erfolge – Defizite – Künftige Strategien*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Pröll, U., & Gude, G. (2003). *Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rammstedt, B. (2004). *Zur Bestimmung der Güte von Mult-Item- Skalen*. ZUMA.
- Ringer, E. (2005). *Betrieblicher Gesundheitszirkel*. Salzburg: voestalpine Stahl GmbH.
- Schaffer, H. (2002). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung*. Freiburg in Breisgau: Lambertus.
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung*. Freiburg in Breisgau:: Lambertus.
- Scholz, H. (1999). *Kommunikation im Gesundheitswesen: Handbuch zur Konfliktvermeidung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.



- Schöneck, N. M., & Voß, W. (2013). *Das Forschungsprojekt*. Wiesbaden: Springer.
- Sedlacek, B. (15. 3 2015). *Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften*.
Abgerufen am 1. 3 2016 von <http://static.dgfp.de/assets/empirischestudien/2011/01/dgfp-studie-psychischebeanspruchung-von-mitarbeitern-1102/DGFP-StudiePsychischeBeanspruchung.pdf>.
- Singer, S. E. (2010). *Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. (A. S. Esslinger, Hrsg.)
Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Stangl, L. (2016). *Lexikon Stangl*. Abgerufen am 10. 4 2016 von <http://lexikon.stangl.eu/36/coping/>
- Statistisches Bundesamt. (2016). *destatis*. (S. Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am 6. 3 2016 von
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002139004.html>
- Steinert, E., & Thiele, G. (2000). *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis – Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden*. Köln:: Fortis Verlag FH GmbH.
- UBBGM. (2016). *Unternehmensberatung für betriebliches Gesundheitsmanagement*. Abgerufen am
3. 3 2016 von <http://www.gesundheitsmanagement24.de/praxiswissen-gesundheitsmanagement/bem-supervision/>
- Ulich, E., & Wülser, M. (2010). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Väterlein, A. (. (2000). Abgerufen am 10. 6 2016 von
<http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/belastung/2088>
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (. (2000). *Het ontwerpen vaneen onderzoek* (Bd. 3. Auflage.).
Utrecht: LEMMA.
- Websolutions. (22. 9 2009). Abgerufen am 23. 3 2016 von <http://gesundheits-und-sozialmanagement.de/wissenschaftliche-konzepte-von-gesundheit/>
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 3. 3
2016 von <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Weltgesundheitsorganisation. (2011). Abgerufen am 3. 3 2016 von
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/147730/RC61_gdoc12.pdf
- Werner, E. (2006). *Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen-und was und was man daraus lernen kann*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.



Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Angaben zur Person: Geschlecht, (n=62)

Abbildung 2: Angaben zur Person: Alter, (n=62)

Abbildung 3: Angaben zur Person: absolvierte Ausbildung, (n=62)

Abbildung 4: Angaben zur Person: Betätigungsfeld, (n=62)

Abbildung 5: Angaben zur Person: interne Funktion (n=62)

Abbildung 6: Ermittlung des Belastungsprofil-Spinnennetzgrafik, (n=62)

Abbildung 7: Einzelfragenauswertung zur Ermittlung der Belastung zum Branchenvergleichswert, (n=62)

Abbildung 8: Durchschnittliche Gesamtbeanspruchung, (n=62)

Abbildung 9: Betrachtungsweise Supervisor, (n=61)

Abbildung 10: empfundene Belastung erfasster Schwierigkeiten, (n=61)

Abbildung 11: Supervision als Coping, (n=61)

Abbildung 12: vorstellbare Formen der Supervision, (n=61)

Abbildung 13: Altersvorstellung Supervisor, (n=61)

Abbildung 14: signalisierte Teilnahmebereitschaft zur Supervision, (n=61)

Abbildung 15: vorstellbare Formen der Supervision, (n=61)

Tabellenverzeichnis:

Tab1: erfasstes Problemerkennen-mögliche Interventionen; eigene Darstellung

Anlagenverzeichnis:

Anlage I: Fragebogen zur quantitativen Erhebung

Anlage II: Auswertungen der quantitativen Erhebung

Anlage I: Befragungsbogen

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Merten& Merten

Ihre Tätigkeit in der Pflege und in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen stellt hohe Anforderungen an Sie. Dabei kann es zu Belastungen kommen, die Sie negativ beeinflussen: Stress, gesundheitliche Beeinträchtigungen und möglicherweise sogar langfristige Erkrankungen können die Folge sein.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit zum Thema
Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

Eine Einschätzung arbeitsbedingter Belastungsfaktoren sowie die prospektive Einflussnahme von Supervision auf die emotionale Gesunderhaltung unter Arbeitnehmern eines überregionalen Pflegedienstes im Gebiet Lünen/Dortmund

benötige ich Ihre Hilfe und möchte daher im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung Ihre Empfindung zur Arbeitssituation erfassen.

Ich freue mich sehr, wenn Sie sich an der Befragung beteiligen.

Bitte werfen Sie die ausgefüllten Fragebögen in die bereitstehende Box, die sich vor den Personalräumen befindet.

Die Teilnahme an der Mitarbeiterbefragung ist freiwillig. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym und werden streng vertraulich behandelt.

Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie erfahrungsgemäß ca. 15 Minuten.

Bitte entscheiden Sie sich beim Ankreuzen möglichst spontan für eine Antwort! Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen, da der Fragebogen sonst nicht ausgewertet werden kann!

Über die Ergebnisse der Befragung werde ich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informieren!

Herzlichst

Ihr Jan Hüning



Angaben zur Person: Geschlecht

Zutreffendes bitte auswählen

- weiblich
- männlich

Angaben zur Person: Alter

Zutreffendes bitte auswählen

- unter 20
- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- über 50

Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Altenpfleger
- Krankenpflegehelfer
- Altenpflegehelfer
- MFA/ Arzthelferin
- Verwaltungsfachangestellte
- Bürokauffrau
- Handwerk
- ungelernt
- sonstiges

In welchem Betätigungsfeld sind sie überwiegend beschäftigt?

Zutreffendes bitte auswählen)

- ambulante Pflege
- hauswirtschaftliche Versorgung
- Betreuung
- Verwaltung
- Beatmungspflege und Intensivpflege
- Behandlungspflege

In welcher Funktion sind Sie beschäftigt?

- Vorgesetzter/ Leitung
- Mitarbeiter
- Auszubildende
- Sonstige



Teil I: Fragebogen zur psychischen Belastung

Im Folgenden finden Sie Aussagen über **Bedingungen der Pflegetätigkeit**. Bitte überlegen Sie sich, ob die jeweiligen Aussagen auf Ihre jetzige Arbeitstätigkeit zutreffen.

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die entsprechende Antwort an

	Bei meiner jetzigen Tätigkeit gilt:	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
1	Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige					
2	Ich stehe häufig unter Zeitdruck					
3	Ich bin für zu viele Patienten zuständig					
4	Oft stehen mir die benötigten Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung					
5	Ich kann Pausen selbst einteilen					
6	Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird					
7	Ich bekomme von Vorgesetzten ausreichend Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit					
8	In schwierigen Situationen fehlt mir die direkte menschliche Unterstützung durch Kollegen					
9	Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf Dauer sehr belastend					
10	Manchmal, z. B. in Notsituationen, fehlt mir die fachliche Unterstützung durch die Kollegen					
11	Ich leide darunter, dass ich nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen kann					
12	Die Konfrontation mit dem Leiden/ Sterben von Patienten belastet mich stark					
13	Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Patienten macht die Arbeit zu belastend					
14	Es werden zu viele patientenferne Aufgaben verlangt (z. B. Organisation, Dokumentation)					



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

	Bei meiner jetzigen Tätigkeit gilt	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
15	Durch unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr(z. B. Parkplatzsuche, Stau) gerate ich häufig unter Zeitdruck					
16	Ich habe nicht genügend Zeit, um den Patienten emotionale Unterstützung geben zu können					
17	Mit den behandelnden Ärzten gibt es häufig Konflikte und Spannungen					
18	Ärzte informieren zu wenig über Diagnose und Krankheitsverlauf der Patienten					
19	Mein/e Vorgesetzte/r zeigt Anerkennung, wenn einer von uns gute Arbeit leistet					
20	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe					
21	Mit meiner finanziellen Situation bin ich zufrieden					
22	Ich kann in meiner Freizeit ausreichend entspannen (z. B. durch Sport, Musik).					

Fragebogen zur Beanspruchung

Die folgenden Aussagen beschreiben **Gefühle und Eindrücke**, die sich auf Ihre Arbeit beziehen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit jede Aussage für Sie zutrifft.

	Bei meiner jetzigen Tätigkeit gilt:	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
1	Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten					
2	Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken					
3	Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken					
4	Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet					



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

5	Ich bin schnell verärgert					
6	Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös					
7	Ich habe gelegentlich ein Gefühl innerer Leere.					
8	Mich beschäftigt sehr, dass ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe					
9	Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt					
10	Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll					
11	Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich					
12	Meine Stimmung schwankt häufig					

Fragebogen zur Beanspruchung

Nun folgen einige **Fragen zu Ihrer Gesundheit**. Zunächst geht es darum, wie oft bei Ihnen die folgenden körperlichen Beschwerden auftreten:

	Wie häufig hatten diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?	fast täglich	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	praktisch nie
13	Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?					
14	Haben Sie Kreuzschmerzen?					
15	Spüren Sie, dass Ihr ganzer Körper verkrampt ist?					
16	Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?					
17	Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?					
18	Ermüden Sie schnell?					



	Wie stark waren diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?	sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nie
19	Sind Sie wetterfühliger?					
20	Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?					
21	Haben Sie sich in letzter Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?					

Bei der nächsten Frage bitte ich Sie, zu einer Aussage Stellung zu nehmen, die Ihre **außerberufliche Situation** betrifft. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht

		Voll und ganz	weitgehend	teilweise	nein
22	Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Erholung, Sport, ...)?				

Teil II:

Im Rahmen der letzten Mitarbeiterfortbildung haben Sie das Instrument der **Supervision** kennengelernt. Die nächsten Fragen erbitten ihre Einschätzung

1. Supervision

- kenne ich, ich habe bereits eigene Erfahrungen sammeln dürfen- **WEITER MIT FRAGE 2**
- kenne ich nicht, habe bislang keine persönlichen Erfahrungen gemacht -**WEITER MIT FRAGE 10**

2. Welche Themen wurden in der Supervision erörtert?

	Gar nicht	wenig	viel	Sehr viel
Persönliche Themen				
Berufliche Funktion				
Patientenbezogene Themen				
Teambezogene Themen				



3. Wie sehr konnten Sie in den verschiedenen Bereichen profitieren?

	Hoch	mittel	gering	Kein Nutzen
Persönlicher Nutzen				
Eigener beruflicher Nutzen				
Patientenbezogener Nutzen				
Teambezogener Nutzen				



4. Für mich hat sich aufgrund der Supervision folgende Wirkung ergeben:



	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Meine berufliche Aufgabe ist mir klarer geworden					
Ich kenne besser meine Stärken und Schwächen					
Ich teile meine Kräfte besser ein					
Meine Arbeit macht mir mehr Freude					

**5. Bezogen auf meinen Umgang mit Ihnen
Wirkung ergeben**

Supervision folgende

	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Ich fühle mich sicherer im Umgang mit Ihnen					
Ich verstehe das Verhalten und die Situation besser					
Ich kann mich gegenüber ihren Wünschen besser abgrenzen					

ENTFÄLLT !

6. Bezogen auf mein Team hat sich aufgrund der Supervision folgende Wirkung ergeben

	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Verantwortungsbereiche sind klarer abgesteckt					
kollegiale Unterstützung hat zugenommen					
Kritische Rückmeldungen werden ausgetauscht					
Konflikte werden rascher gelöst					
Bei Bedarf finden rasche Besprechungen statt					
Getroffene Absprachen werden zuverlässiger eingehalten					

ENTFÄLLT !

7. Bezogen auf meinen unmittelbaren Vorgesetzten hat sich aufgrund der Supervision folgende Wirkung ergeben

	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

	gar nicht	nein	teils	ja	genau
Ich kann mein Anliegen besser vertreten					
Die Mitarbeiterführung hat sich verbessert					
Das Verhältnis hat sich verbessert					

ENTFÄLLT !

8. War die Teilnahme an der Supervision

- Ja Nein

9. Mit welcher Form der Supervision haben Sie Erfahrungen gesammelt (Mehrfachnennung möglich)?

- Fallsupervision Team Abteilung (gesamtes interdisziplinäres Team)
 Einzelsupervision

10. Wie häufig sehen Sie in ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten in den einzelnen Bereichen (1. Teil des Antwortblocks) und wie belastend erleben Sie diese (2. Teil des Antwortblocks)?

	1. gar nicht	Wenig	oft	Sehr oft	2. Gar nicht	etwas	sehr
persönlich							
Berufliche Funktion							
Patienten							
Vorgesetzter/ Leitung							
Team							
Rahmenbedingungen							

11. In welchen Bereichen sehen Sie Supervision als gewinnbringend an?

Bewertung	Voll zutreffend	zutreffend	Weiß nicht	Wenig zutreffend	Gar nicht zutreffend
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team					
Problem- u. Konfliktlösung					
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten					
Bewertung	Voll zutreffend	zutreffend	Weiß nicht	Wenig zutreffend	Gar nicht zutreffend
Verbesserung der Kommunikation im Team					



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

Unterstützung/ Entlastung					
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen					
Optimierung von therapeutischen Interventionen					
Gewinn von mehr Betreuungszeit					
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team					
Meine eigene Rolle klarer sehen und ausfüllen					
Vermeidbare Belastungen besser bewältigen					
Meine Kompetenz besser erkennen und einsetzen					
Belastende arbeitsbedingte Gefühle und Eindrücke besser verarbeiten können					
Ermüdungssymptome reduzieren					
Gesundheitszustand stabilisieren					
Arbeitszufriedenheit erhöhen					

16. Ich betrachte einen Supervisor als:

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Beistand/ Helfer			
Lehrer			
Spezialist und Expert			
Förderer/ Entwickler von Neuem			
Psychotherapeut			
Coach			
Vermittler zwischen den Parteien			
Problemlöser, Krisenmanager			



17. Welches ideale Alter sollte Ihrer Meinung nach ein Supervisor in einer medizinischen Institution haben?

- Bis 35 Jahre
- 35 - 45 Jahre
- 45 - 55 Jahre
- 55 - 65 Jahre
- über 65 Jahre

18. Käme für Sie die Teilnahme an einer Supervision infrage?

- Ja, auf jeden Fall
- Ja, bin erst mal offen
- kann ich momentan noch nicht sagen
- Nein, sehe momentan keine Notwendigkeit
- Nein, niemals

19. Welche Form der Supervision könnten Sie sich vorstellen (Mehrfachnennungen sind möglich)?

- Fallsupervision Team Abteilung (gesamtes interdisziplinäres Team)

- Einzelsupervision

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Lünen, April 2016

Dieser Fragenbogen wurde eigens für den Untersuchungszweck zusammengestellt.

Die Einzelfragen entstammen einem Matrix- Fragebogen von Prof. mult. Dr. H.G. Petzold (2001), dem Fragebogen zu Supervision – Untersuchung: Supervision in der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Düsseldorf, Hückeswagen (2003) und Fragebögen der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege zur Gefährdungsbeurteilung in der ambulanten Pflege



Anlage II: Auswertung quantitative Erhebung

Fragebogen Nr.	Summe der einzelnen Fragebögen für die Belastungsquellen				
	Außerberufliche Situation	Quantitative Arbeitsbelastung	Arbeitsorganisation	Soziales Arbeitsumfeld	Qualitative Arbeitsbelastung
1	1	1	1	1	2
3	2	3	1	6	2
5	2	2	1	5	0
7	2	2	0	7	2
10	2	2	0	5	2
11	2	4	2	3	2
13	2	0	1	4	1
15	2	6	1	7	2
17	2	4	0	7	3
19	0	3	0	0	1
21	2	1	2	4	0
23	2	4	1	8	3
25	1	2	1	6	2
27	0	0	1	1	0
29	2	3	0	4	2
31	2	0	0	4	2
33	2	4	2	5	0
35	0	2	1	5	1
37	2	5	0	6	1
39	3	3	1	4	1
41	0	0	1	4	3
43	1	3	0	6	2
45	1	4	0	4	3
47	2	1	2	6	1
49	0	2	0	4	0
51	2	4	1	5	2
53	1	1	0	5	0
55	2	4	1	5	1
57	0	2	1	6	2
59	0	2	2	4	3
61	3	2	2	5	1
63	2	1	0	4	0
65	3	2	1	6	3
67	0	0	0	6	1
69	3	5	1	5	2
71	1	5	2	7	3
73	2	5	2	8	3
75	2	5	1	8	3
77	3	5	0	6	3
79	2	5	1	8	3



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

Fragebogen Nr.	Summe der einzelnen Fragebögen für die Belastungsquellen				
	Außerberufliche Situation	Quantitative Arbeitsbelastung	Arbeitsorganisation	Soziales Arbeitsumfeld	Qualitative Arbeitsbelastung
81	2	4	1	8	3
83	3	4	2	5	3
85	2	5	1	8	3
87	3	6	2	6	3
89	3	5	1	8	3
91	3	4	1	6	2
93	3	3	1	7	1
95	2	6	2	6	2
97	3	6	1	8	3
99	3	0	2	5	1
101	2	6	1	6	3
103	3	5	1	6	3
105	3	0	2	5	1
107	3	5	1	7	1
109	3	5	1	8	3
111	3	3	1	5	1
113	2	3	0	6	2
115	2	6	1	6	3
117	2	5	1	8	3
119	2	6	1	5	3
121	2	5	1	8	3
123	1	6	1	7	3
= Summe aller Fragebögen pro Belastungsquelle:	118	207	60	348	121
+ Anzahl der Fragebögen:	62	62	62	62	62
= Durchschnittliche Belastung pro Belastungsquelle	1,9	3,34	0,97	5,61	1,95

Wie häufig sehen Sie in ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten in den einzelnen Bereichen (1. Teil des Antwortblocks) und wie belastend erleben Sie diese (2. Teil des Antwortblocks)?

	1. gar nicht	Wenig	oft	Sehr oft	2. Gar nicht	etwas	Sehr
persönlich	22,9%	59%	13,1%	4,0%	22,9%	63,9%	13,1%
Berufliche Funktion	9,8%	44,3%	32,8%	13,1%	22,9%	31,1%	45,9%
Patienten	16,4%	45,9%	19,7%	18,0%	29,5%	54,4%	18,0%
Vorgesetzter/ Leitung	16,4%	37,7%	26,2%	19,7%	19,7%	49,1%	31,1%
Team	16,4%	39,3%	26,2%	18,0%	39,3%	44,3%	16,4%
Rahmenbedingungen	6,5%	41,0%	39,3%	13,1%	39,3%	47,5%	13,1%



In welchen Bereichen sehen Sie Supervision als gewinnbringend an?

Bewertung	Voll zutreffend	zutreffend	Weiß nicht	Wenig zutreffend	Gar nicht zutreffend
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team	37,8%	42,6%	13,1%	6,5%	
Problem- u. Konfliktlösung	45,9%	42,6%	6,5%	3,2%	1,6%
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten	26,2%	42,6%	29,5%		1,6%
Verbesserung der Kommunikation im Team	42,6%	49,3%	6,5%		1,6%
Unterstützung/ Entlastung	36,0%	45,9%	9,8%	4,9%	3,2%
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen	22,9%	39,3%	26,2%	8,1%	3,2%
Optimierung von therapeutischen Interventionen	22,9%	36,0%	26,2%	11,4%	3,2%
Gewinn von mehr Betreuungszeit	22,9%	42,6%	26,2%	6,5%	1,6%
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team	45,9%	42,6%	8,1%	1,6%	1,6%
Meine eigene Rolle klarer sehen und ausfüllen	50%	45,9%	11,4%		1,6%
Vermeidbare Belastungen besser bewältigen	32,8%	54,4%	13,1%	1,6%	
Meine Kompetenz besser erkennen und einsetzen	32,8%	42,6%	22,9%		1,6%
Belastende arbeitsbedingte Gefühle und Eindrücke besser verarbeiten können	45,9%	32,8%	16,4%	3,2%	1,6%
Ermüdungssymptome reduzieren	36,0%	45,9%	18,0%		



Psychisch erschöpft am Arbeitsplatz

Gesundheitszustand stabilisieren	36,0%	42,6%	16,4%	4%	
Arbeitszufriedenheit erhöhen	45,9%	45,9%	4%		3,2%

Ich betrachte einen Supervisor als:

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Beistand/ Helfer	78,7%	16,4%	4%
Lehrer	13,1%	36,%	50,8%
Spezialist und Experte	36,0%	49,1%	14,8%
Förderer/ Entwickler von Neuem	49,1%	36,0%	14,8%
Psychotherapeut	36,0%	47,5%	16,4%
Coach	54,0%	9,8%	1,6%
Vermittler zwischen den Parteien	82%	16,4%	1,6%
Problemlöser, Krisenmanager	85,2%	14,8%	