



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit im Fach Gesundheitswissenschaften

Thema: Zwischen Sterben & Tod – Ermittlung psychischer
Belastungen bei Hospizmitarbeitern

Hamburg, den 7. April 2013

Clemens Wunderle



1. Gutachterin: Prof. Dr. Gabriele Perger
2. Gutachterin: Prof. Christiane Deneke

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
Danksagung	4
Zusammenfassung	5
1. Einleitung	6
2. Die Entwicklung der Hospize von der Antike bis heute	9
2.1 HISTORIE DES HOSPIZWESENS	9
2.2 ENTWICKLUNG DER HOSPIZBEWEGUNG IN DEUTSCHLAND	11
2.3 LEITLINIEN EINER HOSPIZEINRICHTUNG	15
2.4 HOSPIZ SINUS	17
3. Psychosoziale Aspekte und Tätigkeitsmerkmale in der Pflege und Hospizarbeit	19
3.1 ALLGEMEINE PSYCHISCHE BELASTUNGSFAKTOREN IN DER PFLEGE	19
3.2 DEFINITION DIN EN ISO 10075	21
3.3 Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus	22
3.4 GRUNDSÄTZLICHE ARBEITSANFORDERUNGEN IM PALLIATIVEN PFLEGEBEREICH	24
3.5 BELASTUNGSFAKTOREN DES BEHANDLUNGS- UND BETREUUNGSTEAMS IM HOSPIZ	25
3.6 EINBLICK IN DIE TAGESSCHICHT EINER PFLEGEKRAFT IM HOSPIZ SINUS	26
4. Methode	28
4.1 Beschreibung des AVEM	28
4.2 Stichprobengewinnung	33
5. Ergebnisse	33
6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	49
6.1 Methodenkritik	51
7. Maßnahmen und Empfehlungsteil	53
Eidesstattliche Erklärung	54
Literaturverzeichnis	55

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 - ENTWICKLUNG DER HOSPIZE & PALLIATIVSTATIONEN.....	13
ABBILDUNG 2 - HOSPIZIDEE	17
ABBILDUNG 3 - SCHAUBILD MUSTER G	30
ABBILDUNG 4 - SCHAUBILD MUSTER S	31
ABBILDUNG 5 - SCHAUBILD MUSTER A	31
ABBILDUNG 6 - SCHAUBILD MUSTER B	32
ABBILDUNG 7 - PROBAND NR. 1.....	34
ABBILDUNG 8 - PROBAND NR. 2.....	34
ABBILDUNG 9 - PROBAND NR. 3.....	35
ABBILDUNG 10 - PROBAND NR. 4.....	35
ABBILDUNG 11 - PROBAND NR. 5.....	36
ABBILDUNG 12 - PROBAND NR. 6.....	36
ABBILDUNG 13 - PROBAND NR. 7.....	37
ABBILDUNG 14 - PROBAND NR. 8.....	37
ABBILDUNG 15 - PROBAND NR. 9.....	38
ABBILDUNG 16 - PROBAND NR. 10.....	38
ABBILDUNG 17 - PROBAND NR. 11.....	39
ABBILDUNG 18 - PROBAND NR. 12.....	39
ABBILDUNG 19 - PROBAND NR. 13.....	40
ABBILDUNG 20 - PROBAND NR. 14.....	40
ABBILDUNG 21 - PROBAND NR. 15.....	41
ABBILDUNG 22 - PROBAND NR. 16.....	41
ABBILDUNG 23 - MITTELWERTE DER MUSTERAUSPRÄGUNGEN	42
ABBILDUNG 24 - MUSTERAUSPRÄGUNG G	43
ABBILDUNG 25 - MUSTERAUSPRÄGUNG S	44
ABBILDUNG 26 - RISIKOMUSTERAUSPRÄGUNG A	45
ABBILDUNG 27 - RISIKOMUSTERAUSPRÄGUNG B	46
ABBILDUNG 28 - ALTERSGRUPPIERUNG	47

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 - WO MENSCHEN STERBEN	12
TABELLE 2 - POSITIVE UND NEGATIVE BEANSPRUCHUNG	22
TABELLE 3 - GEGENÜBERSTELLUNG DER STUDIEN	50

Danksagung

Besonderen Dank bin ich Frau Prof. Dr. Perger verpflichtet, die mich sehr bei der Themenfindung und bei vielen anderen Fragen zu Beginn unterstützt hat. Ebenso möchte ich mich bei all meinen lieben Freunden, für die anregenden Diskussionen, Ergänzungen und weiteren Ideen im Verlauf der Arbeitserstellung recht herzlich bedanken.

Zusammenfassung

Diese vorliegende Arbeit befasst sich mit einem besonderen Pflegebereich, dem Hospizwesen. Das Hospizwesen ist erst seit Anfang der 80er Jahre Bestandteil der Pflege in Deutschland. Dieser spezielle Pflegebereich hat sich in den letzten 30 Jahren stark weiterentwickelt. Vor allen Dingen ist in den letzten Jahren die gesellschaftliche Akzeptanz solcher Einrichtungen gestärkt worden. Das Thema Sterben und Tod wird vielseitig gesellschaftlich diskutiert.

Anhand von diversen Studien konnte festgestellt werden, dass die Belastungsfaktoren von Pflegekräften im Krankenhaus in den letzten Jahren immens angestiegen sind. Pflegekräfte sind vermehrt psychischen Belastungen ausgesetzt. Dies entstehen auch durch strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen. Vor dem Hintergrund dieser Studien möchte sich diese Arbeit näher mit dem Bereich Hospizwesen beschäftigen und sich mit den Belastungsfaktoren von Pflegekräften befassen. Hierzu wurde in einer Hospizeinrichtung eine Untersuchung an Pflegekräften durchgeführt. Dabei wurde das bereits in anderen Untersuchungen mit Pflegekräften eingesetzte Instrument AVEM verwendet.

Hauptaspekt der Untersuchung war, in welchem Maße sich Pflegekräfte, die vermehrt mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert sind, psychisch belastet fühlen. Die Untersuchung wurde an 16 Pflegekräften durchgeführt und mithilfe der Programme AVEM und Excel ausgewertet. Die Untersuchung ergab, dass drei der 16 befragten Pflegekräfte ein hohes Risiko haben, an einem Burnout zu erkranken.

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist einer der stärksten Jobmotoren in Deutschland. Mittlerweile arbeiten in dieser vielschichtigen Branche mehr als 4,9 Mio. Beschäftigte, vor allem im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen, mit einem Anteil von 2,79 Mio. Beschäftigten. Dazu zählen auch die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit rund 826 000 Arbeitnehmern¹ (Statistisches Bundesamt, 2012).

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die deutsche Bevölkerung weiterhin eine ansteigende Lebenserwartung. Im Jahr 2010 hatten Frauen bei Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,1 Jahren, bei den Männern lag sie bei 78,1 Jahren (WHO, 2010). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist die Wahrscheinlichkeit, früher oder später auf Pflege angewiesen zu sein sehr hoch. Laut einem Rechenbeispiel des Statistischen Bundesamtes (2011) steigt nach Vollendung des 60. Lebensjahres die Pflegequote an, d.h. bei den 70 bis unter 75-jährigen ist zwar nur jeder zwanzigste (4,8%) auf Pflege angewiesen, aber ab dem 90. Lebensjahr wird die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen dieser Altersgruppe betrug 57,8%.

Des Weiteren rücken aufgrund der ansteigenden Lebenserwartung Krebserkrankungen zunehmend in den Vordergrund. Zwar haben Verbesserungen bei Vorbeugung, Früherkennung und Therapiemaßnahmen in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass die Raten der Krebsmortalität deutlich zurückgingen, dennoch steigen mit zunehmendem Alter die Risiken für jeden Einzelnen, eine Krebserkrankung zu erleben und eventuell auch daran zu sterben (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013).

Weiterhin kann gesagt werden, dass durch die ansteigende Lebenserwartung und die damit verbundene Zunahme kranker und pflegebedürftiger Menschen, in Zukunft noch

¹ Im Folgenden wird die männliche Form stellvertretend für alle Geschlechter verwendet, um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten.

mehr Leistung von den beschäftigten Pflegekräften des Gesundheits- und Pflegesystems gefordert wird. Dieser Entwicklung steht jedoch eine abnehmende Anzahl an Pflegekräften durch erkrankungsbedingtes Ausscheiden älterer Arbeitnehmer und ein schrumpfendes, alterndes Erwerbspersonenpotenzial gegenüber. Unregelmäßige Arbeitszeiten, ein hohes Arbeitspensum, besondere physische und psychische Belastungen kennzeichnen schon heute vielfach die Arbeit der Pflege und führen zu diversen Erkrankungen, wie z. B. Haut-, Muskel- Skeletterkrankungen und dem Burnout-Syndrom (BAuA, 2012).

Durch die Entwicklung hin zur alternden Gesellschaft, wird innerhalb der Bevölkerung der Bedarf an Betreuung rund um das Thema Sterben und Tod ebenfalls wichtig. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich deshalb mit dem speziellen Pflegebereich des Hospizwesens und der Frage, in welchem Maß Pflegekräfte im Hospiz psychischen Belastungen ausgesetzt sind, angesichts der Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod?

Sind Auswirkungen auf die Pflegekräfte zum Thema Sterben und Tod als integraler Bestandteil und Besonderheit der Hospizpflege messbar? Um sich diesen Fragen zu nähern wird in der vorliegenden Arbeit besonders das Erleben und Verhalten von Pflegekräften in Verbindung mit Gesundheitsbewusstsein, Schonung und Verausgabebereitschaft in den Fokus genommen. Es wurde eine Befragung von Pflegekräften eines Hamburger Hospizes mit dem Instrument „Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“ (AVEM) durchgeführt. Dieser Fragebogen wurde schon bei verschiedenen Berufsgruppen, wie z.B. Lehrern, Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus getestet, er soll Hinweise auf spezifische Beanspruchungsprobleme ermitteln. Es konnten personen- und bedingungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung aus ihm abgeleitet werden (Schaarschmidt und Fischer, 2008).

Zunächst wird in der Arbeit die geschichtliche Entwicklung des Hospizwesens von der Antike bis heute dargestellt und deren weiteren Verlauf der Bewegung in Deutschland. Hospi-

ze und palliative Einrichtungen gehören zu den neueren Institutionen im deutschen Gesundheitswesen.

In Hospiz- und Palliativeinrichtungen existieren bestimmte Leitlinien und Konzepte, wie mit schwerstkranken und sterbenden Menschen umgegangen wird. Diese heben sich sehr vom gängigen Pflegealltag in Krankenhäusern und Pflegeheimen ab. Um den Teilbereich Palliativpflege noch detaillierter darzustellen, wird eine Hospizeinrichtung vorgestellt, in der auch die Ermittlung psychischer Gesundheitsrisiken unter Anwendung des Fragebogens AVEM stattfand.

Der zweite Teil der Arbeit verdeutlicht die allgemeinen psychischen Belastungsfaktoren in der Pflege. Hierzu werden einige aktuelle Studien vorgestellt, die das Belastungsniveau in der Pflege verdeutlichen. Zudem wird zur Definition psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auf die Internationale DIN EN ISO 10075 hingewiesen, die sich mit psychischen Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz befasst. Ebenso wird das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus vorgestellt. Das Theorie-Modell zeigt an, inwiefern es zu einer Stresssituation kommen kann. Im weiteren Verlauf werden spezielle Arbeitsanforderungen im palliativen Pflegebereich und mögliche Belastungsfaktoren des Behandlungs- und Betreuungsteams vorgestellt.

Anschließend folgt der Methodenteil mit den Ergebnissen der Untersuchung. Diese werden interpretiert und Schlüsse daraus gezogen. Abschließend runden Maßnahmen und ein Empfehlungsteil die Arbeit ab.

2. Die Entwicklung der Hospize von der Antike bis heute

Im folgenden Abschnitt wird auf das Hospizwesen in Deutschland eingegangen. Es soll ein Überblick geschaffen werden, über dessen Entwicklung von der Antike bis zur heutigen Zeit. Zudem wird eine Hospizeinrichtung exemplarisch für die Institution Hospiz vorgestellt.

2.1 Historie des Hospizwesens

Die Bezeichnung „Hospiz“ wird auf das lateinische Wort „hospitium“ zurückgeführt, das „Gast“ aber auch „Gastfreund, Gastgeber“ bedeutet (Pfeffer, 2005).

Geschichtlich lassen sich Hospize bis zum Beginn des Christentums im Römischen Reich zurückverfolgen. Pilgern, Reisenden, Waisen und Bedürftigen, wie auch Kranken und Sterbende wurden Unterkünfte und Hilfe angeboten (Aulbert, Nauck, Radbruch, 2012).

„Als Hospize wurden Herbergen für Pilger bezeichnet, die an den großen Pilgerstraßen von Ordensgemeinschaften bereitgestellt wurden. [...] Hospize und Krankenhäuser waren über Jahrhunderte eine gemeinsame Institution (Mielke, 2007, S. 116-117).“

In der damaligen Zeit herrschte die Auffassung, dass sich jeder Mensch auf einer Reise befindet. Die Sterbenden darunter befanden sich auf einer Reise zu einem nicht irdischen Ort, wurden aber dennoch als Person in ihrer Würde geschätzt wie alle anderen Reisenden. So galten Hospize als Zufluchtsstätten für die oben genannten Personengruppen. Die von Ordensgemeinschaften geführten Hospize sollten Gott dienen, indem sie den Armen, Kranken und Schutzbedürftigen halfen. Das Gebot der Nächstenliebe wurde hiermit erfüllt (Mielke, 2007).

In der Antike war der Tod omnipräsent. Die Menschen jener Zeit waren sich eines nahenden, jederzeit möglichen Todes bewusst. Und gerade deswegen gab es eine strikte Tren-

nung zwischen den Lebenden und den Toten. Die Trennung wurde so vollzogen, dass sich Grabstätten nicht in unmittelbarer Nähe der lebenden Menschen befanden. Die Toten wurden stattdessen außerhalb der Stadtmauern beigesetzt. Der Grundgedanke dieser Handlung war, dass die Stätten der Lebenden nicht durch die Toten „verunreinigt“ werden sollten. Die Befürchtung bestand darin, dass die Toten als Geister zurückkehren und Unheil und Krankheit bringen könnten (Mielke, 2007).

Mit dem früheren Christentum setzte ein Umdenken ein. Ab sofort wurden die Toten nun in den Städten – genauer in Gotteshäusern – begraben. Allerdings gab es keine individuellen Gräber mehr. Die Mehrzahl der Verstorbenen wurde in Massengräbern begraben, die von Zeit zu Zeit ausgehoben wurden, um für weitere Leichname Platz zu schaffen. Die Überlebenden sollten sich der Verstorbenen erinnern und ihrer im Gebet gedenken. Zudem diente es dazu sich vor Augen zu führen, dass jeder eines Tages sterben müsse. Es kam es zur Koexistenz von Lebenden und Toten. Dieses Nebeneinander wirkte sich auf die Einstellung zum Tod aus. Der Tod war ein fester Bestandteil des alltäglichen Lebens (Mielke, 2007).

„Krankheit, unzulängliche Hygiene, Hunger, Fehlernährung beziehungsweise Mangelernährung und Kriege beeinflussten die Lebenserwartung“ (Mielke, 2007, S. 33).

Durch diese Umstände herrschte laut Bircher und Wehkamp (2006) bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts eine mittlere Lebenserwartung von ungefähr 40 Jahren.

Aufgrund dieser kurzen Lebenserwartung herrschte in der damaligen Gesellschaft die Auffassung, dass man sich auf seinen Tod vorbereiten müsse. Der Tod wurde zu einer bewusst vorhandenen, vom Sterbenden und seinen Angehörigen eingeleiteten Zeremonie. Der Sterbeort, überwiegend die Wohnstätte, wurde zu einem öffentlichen Ort. Die gesamte Familie – besonderen Wert wurde darauf gelegt, dass die Kinder beziehungs-

weise Kindeskinde anwesend waren – als auch Nachbarn, Freunde und Bekannte wachen am Sterbebett (Mielke, 2007).

Im 19. Jahrhundert rückte die Privatsphäre in den Mittelpunkt der Familie. Dies führte dazu, dass der Tod nicht mehr derart öffentlich, sondern im Kreise der Familie stattfand (Mielke, 2007).

Eine grundlegende Veränderung machte sich im 20. Jahrhundert bemerkbar. *„Der Tod findet nun nicht mehr zu Hause im Kreise der Familie statt, sondern wird in außerhäuslichen Institutionen wie das Krankenhaus verlagert. Was zu einer individuellen wie auch gesellschaftlichen Entfremdung von Krankheit, Sterben und Tod beitragen durfte. Mit dieser Isolation des Sterbenden geht eine Abschirmung einher, die über den Sterbenden hinaus geht und sich auf alles, was mit Tod und Sterben zusammenhängt, erstreckt. Der Tod entwickelte sich im 20. Jahrhundert zum Tabuthema“* (Mielke, 2007, S. 34).

Unter dem Druck des Unbehagens im Umgang mit Sterben und Tod entstand in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Hospizbewegung. Diese setzte zunächst im angelsächsischen Raum, später auch in den USA und in Deutschland ein. Eine Vorreiterin war die englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, Cicely Saunders (Aulbert, Nauck, Radbruch, 2012). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf sie noch näher eingegangen.

2.2 Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland

Wehkamp (1998) stellte eindrucksvoll dar, dass im 20. Jahrhundert das Lebensende, abgesehen von Krieg, tödlichen Unfällen und Verbrechen, in den Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Medizin und ihrer hoch technologisierten Anstalten gerät.

Sterben in der westlichen Welt wurde weitestgehend *„institutionalisiert“*. *„Während in traditionellen Gesellschaften die Familie für die Versorgung der Alten und Kranken zuständig*

war, übernehmen in der modernen Gesellschaft Altenheim und Krankenhaus ihre Versorgung“ (Pfeffer, 2005, S. 45).

In der vorliegenden Tabelle wird ein Überblick gegeben in welchen Einrichtungen Menschen in Deutschland versterben. Die angegebenen Zahlen sind Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):

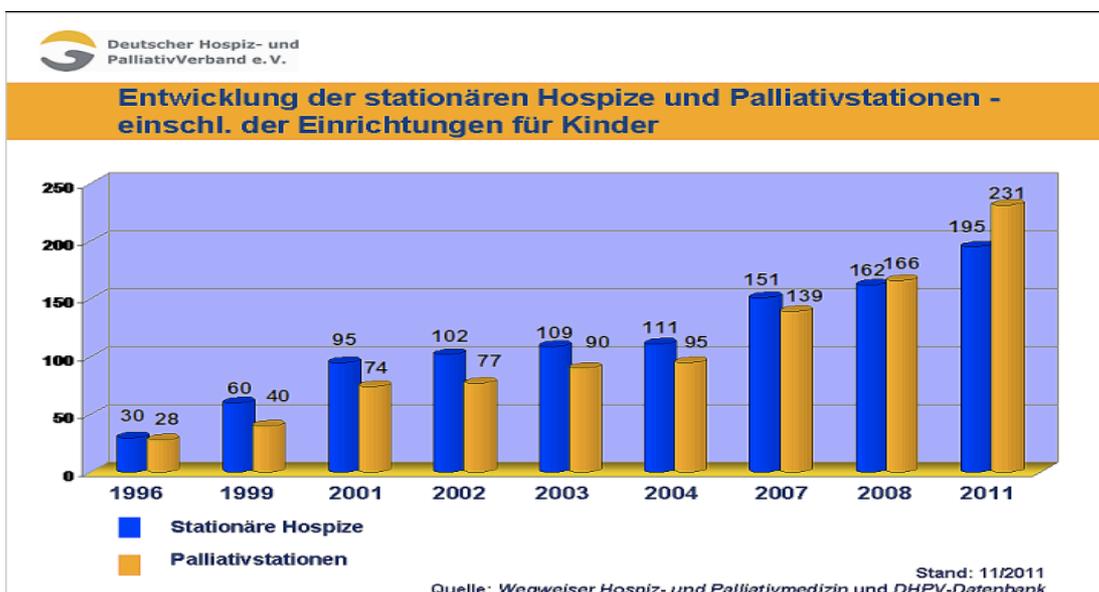
Tabelle 1 - Wo Menschen sterben

Akutkrankenhäuser	Zu Hause	Pflegeheime (Tendenz steigend)	Hospize/Palliativ- stationen	Verbleibende Orte
42 – 43 %	25 – 30%	15 – 25 %	1 – 2%	2 – 5%

Quelle: Eigene Darstellung nach der DGP, Stand: Nov. 2012

Die Zahlen zeigen deutlich, dass sehr viele Menschen in Akutkrankenhäusern, sowie zu Hause und in Pflegeheimen sterben. Hospize und Palliativstationen weisen mit 1-2% den geringsten Anteil auf. Das liegt daran, dass die Anzahl dieser Einrichtungen noch sehr klein ist. Jedoch konnte in den letzten zehn Jahren allein bei der Anzahl von Hospizen eine Steigerung um knapp 50% erreicht werden (siehe Abbildung 1). Die Zahlen wurden anhand der Sterbestatistiken der Krankenhäuser und Pflegeheimen hochgerechnet. Laut dem Statistischen Bundesamt starben im Jahr 2011 852.359 Menschen in Deutschland.

Abbildung 1 - Entwicklung der Hospize & Palliativstationen



Die Geschichte der modernen Hospizbewegung in Europa ist eng mit dem Namen Cicely Saunders verbunden. Frau Cicely Saunders war die Vorreiterin im Hospizwesen und gründete 1967 das St. Christopher's Hospice in London. Während in Großbritannien die Hospizbewegung eine schnelle Verbreitung fand, entstanden in der Bundesrepublik Deutschland, erst in den 1980er Jahren die ersten Hospize, meist in kirchlicher Trägerschaft (Vollmann, 2003).

„Erst im Jahre 1983 wurde mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln die erste deutsche „Station für Palliative Therapie“ eröffnet. [...] Das erste Hospiz (Haus Hörn) nahm 1986 in Aachen seine Arbeit auf. [...] Die medizinische Betreuung der Patienten erfolgte in deutschen Hospizen in der Regel durch Hausärzte, was auch heutzutage noch auf die überwiegende Zahl der Hospize zutrifft“ (Aulbert, Nauck, Radbruch; 2012, S. 106).

Seit 1983 entwickelte sich der Gedanke, Hospize als „*Raststätte auf dem letzten Wege*“ (Mielke, 2007, S. 117) für sterbensranke Menschen im Endstadium ihrer Erkrankung einzurichten. Sie sollen als Rückzugsrefugien für Betroffene, deren Angehörige und Freunde empfunden werden. Laut Mielke kann die neuzeitliche und moderne Hospizbewegung als Gegenreaktion auf den Umgang mit dem Sterben und dem Tod in der modernen Gesellschaft gesehen werden.

Im Jahr 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hospizbewegung gegründet (DGP, 2013). Sie dient der Vernetzung aller in der Palliativmedizin Tätigen.

2.3 Leitlinien einer Hospizeinrichtung

„Der „Hospiz“- Begriff steht sowohl für ein Konzept als auch für eine Institution“ (Mielke, 2007, S. 115).

Das Hospizkonzept verknüpft die humane und unterstützende Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen. Die Lebensqualität des Sterbenden in der verbleibenden Lebenszeit, soll durch die Pflege und Betreuung maximiert und die Angehörigen im Umgang mit dem Sterben unterstützt werden. Als Institution versuchen Hospize das breite Spektrum der Betreuung von Sterbenden zu organisieren und zu ermöglichen. Die Hospize begleiten schwerstkranke, so genannte „austherapierte“ und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase und möchten größtmögliche Eigenverantwortung und Freiheit, das heißt, die Selbstbestimmung der Betroffenen und Angehörigen bewahren (Mielke, 2007).

Den Betroffenen soll in dieser schweren Zeit Hilfe und Begleitung widerfahren, um körperliches und seelisches Krankheitsleiden zu lindern und Überlastungen abzubauen.

Den Tagesrhythmus können die Betroffenen nach Belieben selbst gestalten und bestimmen, sofern es ihr gesundheitlicher Zustand noch zulässt und sie sich dazu äußern können.

Die Arbeit der Hospize hat der Gesellschaft wieder die Augen geöffnet, dass Sterben zwar oft mit Krankheiten verbunden ist, aber in erster Linie doch eine der zahlreichen Lebensphasen darstellt, die unsere menschliche Existenz charakterisieren. Lebensphasen wie Schwangerschaft und Geburt, Kindheit und Heranwachsen, Altern und Sterben sind krisenhafte, oftmals schmerzhaft Zeiten. Es sind aber auch Phasen, die uns Reifung und inneres Wachstum ermöglichen, Entwicklungsschritte markieren (Mielke, 2007).

Das Wesentliche der Hospizbewegung ist, dass der Mensch im Mittelpunkt aller Bemühungen steht und nicht seine Krankheit. Laut Student (1999) ist das

Kernstück der Hospizbewegung die Erkenntnis, dass Sterben selbst keine Krankheit sei, sondern eine Zeit des Lebens mit durchaus eigenen Zielen und Wünschen.

Das Hospizkonzept ist ausgerichtet auf ganzheitliche Betreuung Sterbender unter Einbeziehung und psychosozialer Mitbetreuung der Angehörigen. In der Pflege werden psychische, spirituelle und soziale Aspekte berücksichtigt und die Erkenntnisse der modernen Medizin in das Betreuungskonzept mit einbezogen. Hierbei beruht der medizinische Ansatz auf dem Gedanken der Palliativmedizin, also der Symptomlinderung und nicht deren Ursachenbekämpfung.

In Hospizen soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Die Einrichtungen leben aus der Hoffnung und Überzeugung, dass sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, dass sie bereit sind, ihn anzunehmen (Student, 1999). Voraussetzung hierfür ist, dass eine angemessene Pflege gewährleistet ist und es gelingt, eine Gemeinschaft zu bilden, die sich ihrer Bedürfnisse verständnisvoll annimmt.

Die Hospizarbeit weist nach Graf vier Aufgabenschwerpunkte auf:

- Psychosoziale Betreuung

Hier besteht in erster Linie eine emotionale Unterstützung von Sterbenden und deren Angehörigen. Diese werden in ihrer Trauer unterstützt. Sie gilt als wesentlicher Bestandteil der Hospizpflege.

- Spirituelle Begleitung

Die Begleitung im Hospiz soll in der letzten Lebensphase „spirituell“ stattfinden. Dabei steht der Aspekt im Vordergrund, den Sterbenden in seinem Erleben zu unterstützen.

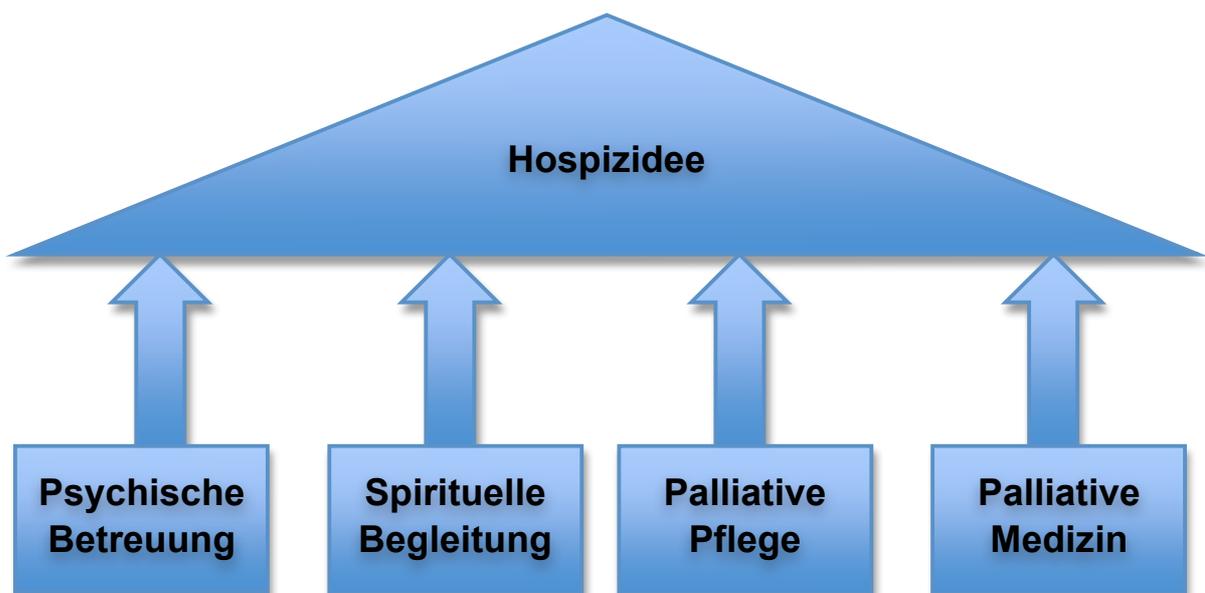
- Palliative Pflege

Die palliative Pflege hat das Ziel eine hohe Lebensqualität sicher zu stellen. Hierbei wird symptombedingt gehandelt.

- Palliative Medizin

Krankheitsbedingte Schmerzen und andere Beschwerden, die in der letzten Lebensphase bei Sterbenden auftreten können, sollen gelindert bzw. eliminiert werden. Die palliativ-medizinische Behandlung beinhaltet vor allem die Schmerzkontrolle und Schmerzbekämpfung (Bödiker et al. 2011).

Abbildung 2 - Hospizidee



Quelle: Eigene Darstellung; Anlehnung an Bödiker et al. (2011) - Die vier Säulen der Hospizidee

2.4 Hospiz Sinus

Das Hospiz Sinus wurde im Jahre 1997 durch die noch heute verantwortliche Geschäftsführerin Gabriela Holmer-Cichosz als erstes Hospiz in Hamburg eröffnet. Das Hospiz hatte zur damaligen Eröffnung insgesamt Platz für 13 Gäste. Ihnen steht jeweils ein Einzel-

zimmer zur Verfügung wobei auch Platz für ein Zustellbett für Angehörige und Freunde besteht. Das Zimmer kann nach eigenem Geschmack eingerichtet werden und soll keinesfalls einem sterilen Krankenzimmer gleichen, d.h. die Gäste können Möbelstücke, Bilder, wie auch private Bettwäsche etc. mitbringen, um eine möglichst privat-wohnliche Atmosphäre zu erzeugen. Die Einrichtung lag in einem dicht besiedelten Stadtteil Hamburgs, in Eimsbüttel. Baulich wurde das Hospiz in ein Wohnprojekt integriert, in unmittelbarer Nähe eines Spielplatzes um sich ein Umfeld des „normalen Leben“ zu wahren. Im Laufe der Jahre wurden weitere Hospizeinrichtungen anderer Träger in Hamburg eröffnet. Auch das Haus Sinus plante eine weitere Niederlassung in Othmarschen, nahe dem Altonaer Krankenhaus. Dies wurde 2005 eröffnet und verfügt über 16 Zimmer. Aufgrund zu aufwändiger Neugestaltungs- und Renovierungsmaßnahmen in Eimsbüttel entschied man sich Ende der 2000er Jahre, dass Sinus ein neues Haus in Hamburg-Barmbek erhält und die alte Einrichtung in Eimsbüttel geschlossen wird. Seit Herbst 2010 ist der Neubau in Barmbek der Sitz der Geschäftsführung und das neue Hospiz Bestandteil in Barmbek (Hospiz Sinus Stiftung, 2010).

Auf die zweite Niederlassung in Othmarschen, wird nun hier näher eingegangen. Dort wurde die Erhebung zur Ermittlung psychischer Belastungen bei Hospizpflegekräften durchgeführt. Das Hospiz in Othmarschen besteht aus insgesamt 18 Räumen, wobei mit maximal 16 Plätzen belegt wird. *„Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten. [...] Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen“* (Bödiker et al. 2011, S. 191).

3. Psychosoziale Aspekte und Tätigkeitsmerkmale in der Pflege und Hospizarbeit

Im folgenden Abschnitt wird die aktuelle Arbeits- bzw. Belastungssituation in der Pflege allgemein dargestellt. Die Begriffe Burnout, Belastung & Beanspruchung werden darauf hin definiert. Ebenso wird ein Stressmodell vorgestellt, das Hinweise auf mögliche Ursachen von Stress zeigt. Anschließend wird auf die Anforderungen im Bereich der Palliativpflege im Speziellen eingegangen. Das Kapitel wird zum Ende hin mit möglichen Belastungsfaktoren des Behandlungsteams in Hospizen abgerundet.

3.1 Allgemeine Psychische Belastungsfaktoren in der Pflege

Aufgrund von Veränderungen in der Arbeitswelt kommt den psychischen Arbeitsbelastungen eine immer höhere Bedeutung zu. In der Arbeitspsychologie werden diverse Modelle und Begriffe von psychischer Belastung, Beanspruchung und ihre Folgen diskutiert (Beck et al., 2012). Gerade im Arbeitsbereich Pflege sind psychische Belastungsfaktoren enorm hoch. Im Folgenden belegen verschiedene Untersuchungen diese Entwicklung:

- Laut der AOK Bayern hat der Krankenstand der Beschäftigten in bayrischen Pflegeheimen 2011 mit 5,75 % ein neues Rekordniveau erreicht. Aus dem AOK-Report Pflege von 2011 geht hervor, dass der Krankenstand der Pflegebranche letztes Jahr um fast fünf Prozent gegenüber 2010 angestiegen ist. Ursache für die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Pflegebranche sind laut AOK Bayern vor allem häufigere und längere Erkrankungen. Speziell Arbeitsunfähigkeitsfälle durch psychische Erkrankungen sind in den vergangenen drei Jahren rapide gestiegen. Demnach waren im vergangenen Jahr in der Pflegebranche 13,8% aller Fehltag auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Deutsches Ärzteblatt, 2012).
- Laut des Gesundheitsberichts aus den Ländern Berlin und Brandenburg sind Frauen und Männer im Gesundheitswesen, im Vergleich zu anderen Berufsgrup-

pen häufig krank. Nach Muskel- und Skeletterkrankungen (21,5%) sowie Krankheiten des Atmungssystems (15,4%) stehen psychische Erkrankungen (13,5%) an dritter Stelle der Arbeitsunfähigkeitstage. Diese sind mittlerweile auch die mit Abstand wichtigste Ursache für Frühberentung (Deutsches Ärzteblatt, 2012).

- Anhand des Gesundheitsreports der DAK von 2010 ist zu erkennen, dass hohe Ausfallzeiten im Gesundheitswesen, sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen sind: Laut der DAK wurden 2009 pro 100 Versicherte 121 Erkrankungsfälle gemeldet, die im Durchschnitt 11,8 Arbeitsunfähigkeitstage aufwiesen. Das hohe Niveau des Krankenstandes ist zum Großteil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Im Gesundheitsreport der DAK-BGW 2005 Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege wurden umfassen die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegenden überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Neben den Muskel- und Skeletterkrankungen spielen psychische Störungen eine immer größere Rolle.
- Laut der Nurses early exit study (NEXT- Studie), die von der Europäischen Union durchgeführte wurde, denken 8,4% der Pflegekräfte in Deutschland mehrmals pro Woche oder häufiger, den Beruf zu wechseln. Weitere 10% dachten dies mehrmals im Monat. Anhand der Daten konnte eine durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf ermittelt werden, diese lag bei vier bis zehn Jahren. Des Weiteren haben die Ergebnisse gezeigt, dass der Wunsch des Berufsausstiegs bei Krankenpflegekräften stark mit Burnout zusammenhängt (Hasselhorn et al. 2006).
- Eine internationale Studie namens Registered Nurse Forecasting (RN4Cast) hatte Burnout im Fokus. Die Studie untersuchte Mitarbeiter anhand eines Messinstruments zur Erfassung von Burnout. Laut den Ergebnissen der Mitarbeiter, die als

hoch belastet bzw. stark gefährdet sind an einem Burnout zu erkranken, waren fast 68% mit ihrem jetzigen Arbeitsplatz unzufrieden. Vieles in der Studie deutet darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen in den untersuchten Krankenhäusern die Ursache von hoher Verdrossenheit und Burnout sind (Pflegerzeitschrift, 2011).

Laut des Klinischen Wörterbuchs Pschyrembel bedeutet Burnout-Syndrom: *„Zustand emotionaler Erschöpfung mit Gefühl von Überforderung, reduzierter Leistungszufriedenheit u. evtl. Depersonalisation inf. Diskrepanz zwischen Erwartung u. Realität; Endzustand eines Prozesses von idealist. Begeisterung über Desillusionierung, Frustration und Apathie“* [...] (Maercker, 2012).

Im Volksmund wird Burnout oftmals den psychischen Erkrankungen zugeschrieben und häufig in Verbindung mit Depressionen benannt. Koch und Broich (2012) haben im Bundesgesundheitsblatt darauf hingewiesen, dass Burnout keine allgemein akzeptierte Definition besitzt, darüber hinaus gibt es wenig Einigkeit über die Ursache des Syndroms. Des Weiteren wurde ausgeführt, dass Burnout nicht in absehbarer Zeit in den internationalen Diagnose-Verzeichnissen mit aufgenommen würde.

3.2 Definition DIN EN ISO 10075

Unter der internationalen Norm DIN EN ISO 10075 zufolge werden unter „psychischer Belastung“ *„Einflüsse verstanden [...], die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“*. [...] *In dieser Internationalen Norm wird der Ausdruck psychisch angewendet, wenn auf Vorgänge des menschlichen Erlebens und Verhaltens Bezug genommen wird. In diesem Sinne bezieht sich psychisch auf kognitive, informationsverarbeitende und emotionale Vorgänge im Menschen“* (Demerouti, 2012, S. 87). Im Gegensatz hierzu ist die „psychische Beanspruchung“, [...] *„die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum [...]"* (Demerouti, 2012, S. 87). Erlebt eine Person psychische Belastung, so ruft das bei jedem anderen eine emo-

tionale Beanspruchung hervor, die unterschiedlich schwer ins Gewicht fallen. Ob die Belastung einer negativen oder positiven Beanspruchung entspricht, hängt von der Person und ihren jeweiligen Bewältigungsstrategien ab.

Tabelle 2 - Positive und negative Beanspruchung

Positive Beanspruchung durch psychische Belastungen	Negative Beanspruchung durch psychische Belastungen
<ul style="list-style-type: none"> - Oft durchgeführte Tätigkeit: Anstrengung wird weniger, als zu Beginn. - Neue berufliche Herausforderung: Höhere Mitarbeitermotivation, führt zu einer Steigerung der Arbeitsleistung. - Entstehung neuer Entwicklungsmöglichkeiten, Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit und gleichzeitig gesundheitsfördernd für die Psyche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monotone Arbeitsprozesse: Herabgesetzte Wachsamkeit und somit psychische Ermüdung bzw. Erschöpfung. - Hohe emotionale Belastung: Führt zur Senkung der Arbeitsleistung. - Starre Hierarchien: Fördern nicht das Gemeinschaftsgefühl

Quelle: Eigene Darstellung nach Demerouti, 2012

Anhand der Tabelle ist ersichtlich, dass je nach individueller Bewältigungsstrategie psychische Belastungen eine positive oder negative Beanspruchung zur Folge haben kann.

3.3 Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus

Im folgenden Abschnitt wird das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1990) vorgestellt. Das Modell soll erklären, wie Stress entsteht und wie Individuen auf ihn reagieren. Eine Situation im Berufsleben kann durch Ereignisse von Außen und Innen gekennzeichnet sein. Stresssituationen entstehen immer dann, wenn persönliche Ressourcen nur ungenügend vorhanden sind.

Zuerst wirken Umweltreize (so genannte Stressoren) auf eine Person ein. Für die Beurteilung der Reize ist die primäre und sekundäre Bewertung von großer Bedeutung. Die Bewertung hält sich nicht an eine zeitliche Reihenfolge, beide Vorgänge laufen simultan ab. Die Person ermittelt anhand ihrer Wahrnehmung wie schwerwiegend der Stressor ist. Kommt die Person zu dem Schluss, dass es sich um eine negative Situation handelt, wird die Situation entweder als Herausforderung, Bedrohung oder Verlust bewertet. Es ist möglich, dass eine Situation als eine Kombination dieser Einschätzung wahrgenommen wird. Dabei überwiegt eine Seite immer. Zur primären Bewertung wird die sekundäre Bewertung hinzugefügt. Diese soll die vorhandenen persönlichen Ressourcen reflektieren und ermittelt, ob es zu einer Stresssituation kommen könnte. Falls die Ressourcen als ungenügend eingestuft werden, entsteht Stress. Wenn aber die vorhandenen Ressourcen überwiegen und die Person davon überzeugt ist, den spezifischen Anforderungen gewachsen zu sein, wird von Stressbewältigung (Coping) gesprochen. In diesem Bereich unterscheidet Lazarus problemorientiert und emotionsorientiert. Die Problemorientierung zielt auf die Lösung eines Problems ab, während bei der Emotionsorientierung die Linderung der Belastungssymptome im Vordergrund steht. Die Person versucht beim Coping immer einen Spannungsausgleich herzustellen. Welche Strategie dabei angewandt wird, ist je nach Person ganz individuell. Durch die Interaktion mit der Umwelt kommt es zu einer Rückkopplung, die die Umwelt verändert. Somit entsteht eine veränderte Situation. Die Person nimmt die Situation wahr und bewertet diese neu. Konnte eine belastende Situation erfolgreich bewältigt werden, werden ähnliche Probleme in Zukunft als weniger bedrohlich eingestuft. Aktuelle Erfahrungen beeinflussen somit die Bewertung und Reaktionen in zukünftigen Stresssituationen (Lazarus, 1990).

3.4 Grundsätzliche Arbeitsanforderungen im palliativen Pflegebereich

Die palliative Therapie bedeutet „lindernde Behandlung“ (lat. pallium: Mantel) (Beck et al., 2006). Laut der WHO-Definition (2002) für Palliativmedizin ist darunter zu verstehen: *„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art“* (Bausewein et al., 2010).

Unter dem Begriff Palliativpflege wird die spezielle Pflege, Begleitung und Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden Patienten verstanden. Im Mittelpunkt der palliativen Pflege stehen sterbende Menschen und deren Angehörige mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Wenn sich ein Mensch für seine letzte Betreuung im Hospiz entscheidet, hat die Erhaltung seiner Selbstbestimmung und 100% Schmerzfreiheit oberste Priorität.

Das Pflegekonzept im Hospiz, entspricht einer ganzheitlichen auf die Persönlichkeit des Patienten eingehende individuelle Pflege und Betreuung. Die Betreuung variiert je nach Allgemeinzustand des Patienten. Neben der konsequenten Behandlung quälender Symptome wie Dyspnoe, Erbrechen, Schmerzen, Angst, Depression und Schlaflosigkeit ist die psychosoziale und seelsorgerische Begleitung wichtig.

In der Palliativpflege geht es darum, die Realität des Sterbenmüssens bewusst zu machen und dem Sterbenden in seinen Ängsten beizustehen und nicht auszuweichen. Der schwere Weg zum Sterben kann durch eine liebevolle Sterbebegleitung gegenüber dem Kranken gemildert werden. Für die Pflegenden und allen anderen Betreuenden ist eine Ausgewogenheit von Nähe und Distanz wichtig (Beck et al., 2006).

Ständig mit Grenzerfahrungen des menschlichen Lebens und Sterbens professionell konfrontiert zu sein, kann auch eigene psychische wie auch physische Ressourcen angreifen,

jedoch ist das nach individuellen Maßstäben sehr unterschiedlich. Pflegekräfte sind permanente Ansprechpartner für eine Vielzahl von Menschen. Vorrangig ist beispielsweise der Austausch mit den Gästen, deren Angehörigen und Freunden, sowie der Ärzteschaft. Mit diesen stehen die Pflegekräfte im engen kommunikativen Austausch. Nach Bedarf werden Therapiemaßnahmen, im Sinne der Symptombehandlung zeitnah verändert. Laut Rest (2006) ist das Ziel des pflegerischen-medizinischen Sterbebeistands, die Schmerzkontrolle. Im Hospiz wird auf die Linderung von Beschwerden oder Stabilisierung bzw. Verbesserung der Lebensqualität fokussiert. Während des Sterbeprozesses sollen die Gäste, wie auch die Angehörigen eine – wenn möglich – permanente Begleitung erfahren.

3.5 Belastungsfaktoren des Behandlungs- und Betreuungsteams im Hospiz

Der Anspruch der Hospizarbeit ist sowohl eine allumfassende und speziell auf den Patienten bezogene Versorgung, als auch die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Durch den engen und manchmal auch lang anhaltenden Kontakt entwickeln die Mitarbeiter eine bestimmte Wahrnehmung für den Patienten und seine nahen Angehörigen. Zuletzt sollte die eigene Bereitschaft zur Reflexion und die Haltung und der Umgang zum Thema Sterben und Tod vorhanden sein (Fittkau-Tönnemann, 2007). Laut Kübler-Ross ist die Begleitung von Patienten beim Sterben eine besondere Belastung für Pflegekräfte (Kübler-Ross, 2009). Die emotionale Komponente von Sterbe- und Angehörigenbegleitung steht neben der palliativ-pflegerischen Versorgung im Vordergrund: Pflegende als Sterbebegleiter müssen in der Lage sein, verständnisvoll-vertrauenswürdige Kontakte und Beziehungen zu unbekanntem Menschen in Extremsituationen aufzubauen (Kulbe, 2008). In bereits durchgeführten Untersuchungen an Pflegekräften, die unheilbar kranke Patienten betreuten, wurde beobachtet, dass die Pflegekräfte dazu neigten, die Sterbenskranken im Endstadium eher zu meiden. Die Pfl-

gekräfte grenzten sich hier zunehmend ab und bewiesen in der Durchführung der Tätigkeit ein hohes Maß an Objektivität und Sachlichkeit, was einem selbstschützenden Bewältigungsmechanismus gleichkam (Wittkowski, 2003).

Mögliche Gründe hierfür könnten schwierige Reaktionsweisen vonseiten der Patienten sein, die die Arbeit für die Pflegekraft zusätzlich erschweren. Das Verhalten der Gäste kann sehr widersprüchlich sein. Körperliche Schmerzen, sowie weitere im Krankheitsverlauf schwerwiegende und beeinträchtigende Veränderungen werden oft mit großer Ausdauer und Gelassenheit angenommen, wohingegen kleinere, medizinisch betrachtet, nicht so bedeutende Einschränkungen oder Eingriffe große Ängste auslösen (Klitzing v. W., 1995). Die Akzeptanz der eigenen Erkrankung ist für viele Betroffene ein langer und schwieriger Prozess. Patienten können daher im Verhalten sehr wechselhaft sein. An manchen Tag sind sie überaus kooperativ, fügen sich ihrem Schicksal und sind offen im Umgang mit Pflegepersonal, Ärzten und Angehörigen. Dies kann sich schlagartig ändern, d.h. dass sie an anderen Tagen sehr destruktiv sind, Behandlungsmaßnahmen und pflegerische Verrichtungen ablehnen oder sogar engen familiären Besuch zurückweisen (Klitzing v. W. S. 23).

3.6 Einblick in die Tagesschicht einer Pflegekraft im Hospiz Sinus

In erster Linie richtet sich der Tagesablauf nach Wunsch des Gastes. Menschen im Hospiz Sinus werden als Gäste bezeichnet, da auf Ihre individuellen Wünsche Rücksicht genommen wird. Im Verlauf wird aus beruflicher Sicht einer Pflegekraft ein Tagesablauf dargestellt. Hierzu wurde ganz bewusst die Frühschicht gewählt, da die Tätigkeitsvielfalt sehr weitreichend ist. Die Frühschicht beginnt um 6.30 Uhr, wobei die erste halbe Stunde als Übergabezeit zwischen den Schichten genutzt wird, um wichtige Ereignisse aus dem Nachtdienst weiterzugeben. Um 7.00 Uhr beginnt endgültig der Dienst und die Pflegekräfte begeben sich mit den schon vorgestellten Medikamenten in die jeweilig eingeteilten

Zimmer. Pro Pflegekraft werden in einer Frühschicht bis maximal fünf Gäste versorgt. Falls ein Gast schon wach ist, wird mit ihm die Zeit für die Körperpflege oder Essenszeit vereinbart bzw. je nach Wunsch umgehend durchgeführt. Pro Gast benötigt eine Pflegekraft bis zu ca. einer Stunde. Die Zeit kann variieren, je nach Allgemeinzustand des Gastes und den evtl. zusätzlich notwendigen Verrichtungen, wie bspw. Wundverbände, Anwesenheit bei starker Dyspnoe oder Gesprächen zum weiteren Verlauf. Auf Wunsch des Nichtalleinseins, bei starker Unruhe oder bei großer Unsicherheit und vielen Fragen kann es sein, dass Pflegekräfte auch länger anwesend sein müssen. Wenn die Körperpflege aufgrund des Allgemeinzustandes des Gastes nicht mehr möglich erscheint, werden nur notwendige Maßnahmen durchgeführt, wie z.B. Urinkatheterpflege, das Wechseln der Schutzhose oder die Verabreichung von Schmerzmedikation. Bei Gästen, denen Essen und Trinken angereicht werden muss, muss sehr geduldig vorgegangen werden. Die Gäste haben teilweise ein sehr feines Gespür, für eventuell vorhandenen Zeitdruck der Pflegekraft. Jede Pflegekraft wird per Mobiltelefon, das am Körper getragen wird, über ein Piepston informiert, falls einer der für sie zugeteilten Gäste klingelt. So kann es vorkommen, dass die Pflegekraft des Öfteren das Zimmer eines Gastes verlassen muss, weil der Zimmernachbar zur Toilette muss oder unter einem sonstigen Problem leidet. Pflegemaßnahmen werden zwischen 7.00 Uhr und 14.00 Uhr durchgeführt, hier gibt es keine Vorgaben. Der Durchführungszeitraum ist von Pflegekraft zu Pflegekraft unterschiedlich. Wenn der Gast kategorisch pflegerische Maßnahmen ablehnt, wird dieser Wunsch respektiert. Zwischendurch können immer wieder Gespräche vonseiten der Gäste und Angehörigen erfolgen.

4. Methode

Im folgenden Abschnitt wird das Instrument der Untersuchung vorgestellt mit dem ermittelt werden soll in welchem Maße Pflegekräfte im Hospiz psychisch belastet sind, angesichts der Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod. Im weiteren Verlauf wird kurz auf die verschiedenen Dimensionen eingegangen, mit denen sich der Fragebogen befasst. Zudem werden die vier Musterausprägungen mit einem Schaubild dargestellt und näher erläutert. Im Anschluss wird die Rekrutierung der Stichprobe vorgestellt.

4.1 Beschreibung des AVEM

Für die durchgeführte Untersuchung wurde der Fragebogen Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) (Schaarschmidt und Fischer, 2008) als Erhebungsinstrument verwendet. AVEM ist in zwei Versionen vorhanden. Zur bisherigen Standardform mit 66 Items gehört auch die Kurzform mit 44 Items. AVEM-44 wurde für diese Untersuchung ausgewählt.

AVEM ist für vielfältige Fragestellungen im Kontext von Arbeit und Gesundheit einzusetzen. Anhand des AVEM können nicht nur Fehlbeanspruchungen von arbeitsbezogenen Belastungen, sondern auch Haltungen, Einstellungen, erlebte Kompetenzen und Gefühle bei der Bewältigung dieser Belastung bei Arbeitnehmern ermittelt werden. Damit wird deutlich gemacht, dass durch die persönliche Einstellung jedes Menschen Belastungen unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden können. Jeder Mensch beeinflusst individuell durch seine Ressourcen in welcher Art und Weise er Belastungen bewältigen kann (Schaarschmidt und Fischer, 2008).

Der AVEM wurde auf Reliabilität und Validität getestet.

Beim AVEM werden Selbsteinschätzungen auf 11 theoretisch begründeten und faktorenanalytischen untermauerten Dimensionen erhoben. Diese werden im Folgenden aufgelistet:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben)
2. Beruflicher Ehrgeiz (Streben nach beruflichem Aufstieg und Erfolg)
3. Verausgabungsbereitschaft (Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen)
4. Perfektionsstreben (Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsbelastung)
5. Distanzierungsfähigkeit (Fähigkeit der psychischen Erholung von der Arbeit)
6. Resignationstendenz (Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben)
7. Offensive Problembewältigung (Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen)
8. Innere Ruhe/Ausgeglichenheit (Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts)
9. Erfolgserleben im Beruf (Zufriedenheit mit dem beruflichen Erreichten)
10. Lebenszufriedenheit (Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation)
11. Erleben sozialer Unterstützung (Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit).

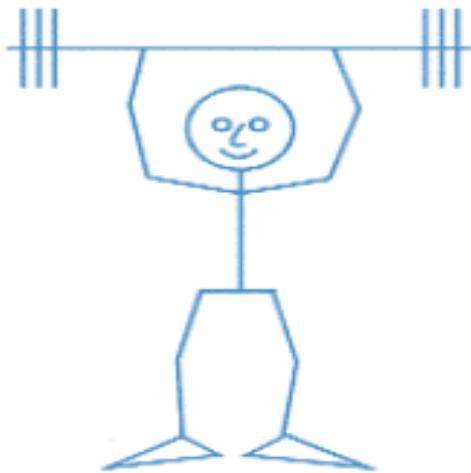
AVEM ist ein Fragebogen, der das Verhalten und Erleben in vier verschiedene Mustertypen (Muster G und S; Risikomuster A und B – siehe unten) ausdrückt (Schaarschmidt und Fischer 2008). Anhand der Zuordnung persönlicher Profile ist es möglich eine Musterausprägung einer Person zu ermitteln und Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen machen zu können. Die Antwortkategorien beinhalten diese möglichen fünf Aussagen: Trifft überhaupt nicht zu = 1; überwiegend nicht zu = 2; teils/teils zu = 3;

überwiegend zu = 4 und völlig zu = 5.

Die Auswertung der Daten wurde mit Hilfe einer eigens für den Fragebogen entwickelten Computer-Software erstellt. Dadurch konnten die einzelnen Musterausprägungen der Pflegekräfte dargestellt werden. Das Programm vergleicht den Graphen des individuellen Profils mit den vier Graphen der vollen Musterausprägungen und stellt die prozentualen Anteile in einem Balkendiagramm dar. Die ermittelte Musterausprägung erlaubt so Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit der untersuchten Person.

Im Anschluss werden die vier Musterausprägungen näher vorgestellt:

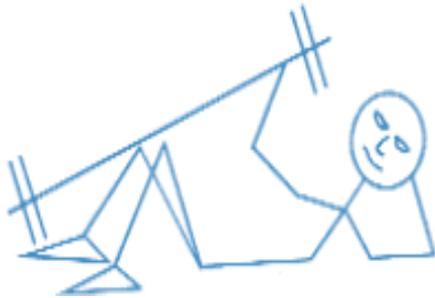
Abbildung 3 - Schaubild Muster G



Muster G (Gesundheit) ist Ausdruck für ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit. Es besteht ein hohes aber nicht exzessives Arbeitsengagement, hohe Widerstandsfähigkeit und ein ausgeprägt positives Lebensgefühl.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2009

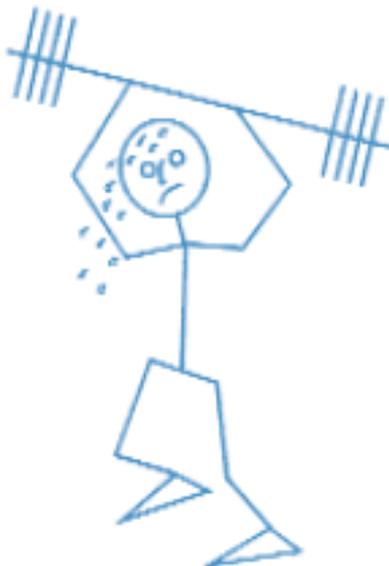
Abbildung 4 - Schaubild Muster S



Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2009

In Muster S (Schonung) besteht ein verringertes berufliches Engagement. Die geringsten Ausprägungen finden sich im beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben.

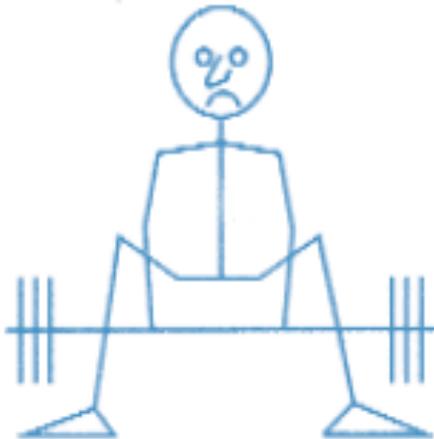
Abbildung 5 - Schaubild Muster A



Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2009

In Risikomuster A (Risiko im Sinne der Selbstüberforderung), steht ein überhöhtes Arbeitsengagement im Vordergrund. Im Vergleich mit den anderen Mustern liegen die stärksten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben.

Abbildung 6 - Schaubild Muster B



Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2009

In Risikomuster B (Burnout) kommen Kennzeichen wie z.B. hohe Resignations-tendenz, geringe Ausprägung in der offen-siven Problembewältigung, ausbleibendes Erfolgserleben und generelle Lebensunzu-friedenheit zum Tragen.

Bei den obigen Musterbeschreibungen handelt es sich jeweils um die volle Musterausprä-gung. Jedoch ist in der Mehrzahl der Fälle die eindeutige Musterzuordnung nicht gege-ben. Oftmals herrscht ein Muster vor, aber nicht in dem Maße, dass von einer vollen Mu-sterausprägung gesprochen werden kann. Es können auch zwei Muster mit etwa gleichen Anteilen auftreten, hierbei handelt es sich dann um einen Mischtyp. Um eine klare Orien-tierung bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse zu erhalten, werden fünf Stufen der Musterausprägung gewählt.

1. Volle Musterausprägung (ein Muster $> 95\%$) – die Musterbeschreibungen treffen uneingeschränkt zu.
2. Akzentuierte Musterausprägung (ein Muster $> 80\%$ und $\leq 95\%$) – klare Musterzu-gehörigkeit, nur geringfügige Abweichung von der Musterbeschreibung.
3. Tendenzielle Ausprägung (ein Muster $> 50\%$ und $\leq 80\%$, kein zweites Muster $> 30\%$) – Charakteristik des jeweiligen Musters steht im Vordergrund, tritt aber schwächer als bei 1 und 2 zutage.

4. Mischtypen (zwei vorherrschende Muster, beide insgesamt > 80%, wobei das schwächer ausgeprägte Muster > 30%) – Merkmale von zwei Muster treten auf, nahezu ausschließlich handelt es sich um G/S, G/A, S/B und A/B.
5. Nicht zuordenbar – kein Muster ist bevorzugt.

AVEM-44 wurde schon bei einer umfassenden Studie in Österreich angewandt. Durch Fischer (2006) wurden österreichische Pflegekräfte befragt. Die Untersuchung ergab folgende Ergebnisse: 40% der untersuchten Pflegekräfte hatten die größte Übereinstimmung in Muster S, 23% konnten dem Muster G und 21% dem Risikomuster B zugeordnet werden. In Risikomuster A waren 16% vertreten.

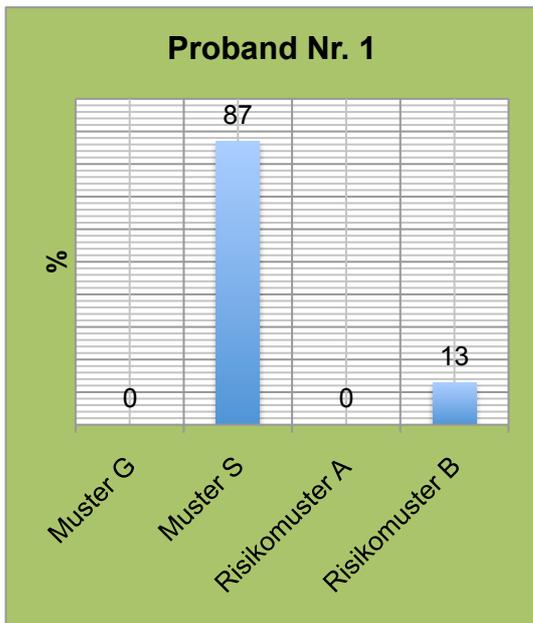
4.2 Stichprobengewinnung

Von den 16 fest angestellten Pflegekräften im untersuchten Hospiz haben alle an der Befragung teilgenommen. Zu Beginn der Untersuchung wurde die Haus- und Pflegedienstleitung darüber in Kenntnis gesetzt und die Erlaubnis für die Befragung der Pflegekräfte eingeholt. Nachdem die Erlaubnis erteilt war, wurde den Pflegekräften ein Schreiben ausgehändigt (siehe Anhang), das den AVEM erläutert, den anonymen Umgang mit den Daten erklärt und das Ziel der Untersuchung verdeutlicht. Der Zeitraum der Befragung betrug zwei Wochen im Dezember 2012. Von den 16 Befragten waren 15 Frauen und ein Mann. Die Altersrange lag zwischen 25 und 60 Jahren, wobei sich der Altersdurchschnitt auf 45,9 Jahre belief. Eine Person wies einen Hauptschulabschluss auf, neun weitere mittlere Reife und die restlichen fünf Befragten Abitur, zum Teil mit Hochschulabschluss.

5. Ergebnisse

Der folgende Abschnitt der Arbeit zeigt die Ergebnisse der Musterausprägung aller Teilnehmer. Die jeweiligen Grafiken mit den vier Balken beziehen sich immer auf 100%. Für eine übersichtlichere Visualisierung wurde auf die Darstellung der x- und y- Achsen verzichtet.

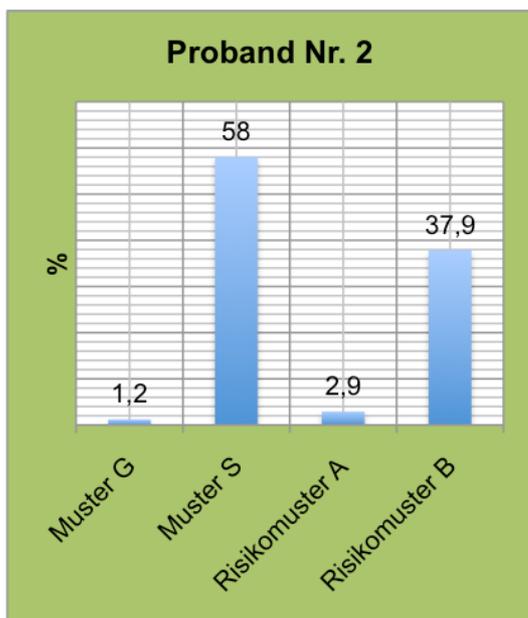
Abbildung 7 - Proband Nr. 1



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 1 weist eine akzentuierte Zugehörigkeit von 87% zu Muster S auf. Hierbei handelt es sich um eine ausgeprägte Schonungstendenz gegenüber beruflichen Anforderungen. Es finden sich geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz und dem Perfektionsstreben. Zudem liegt eine starke Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit vor.

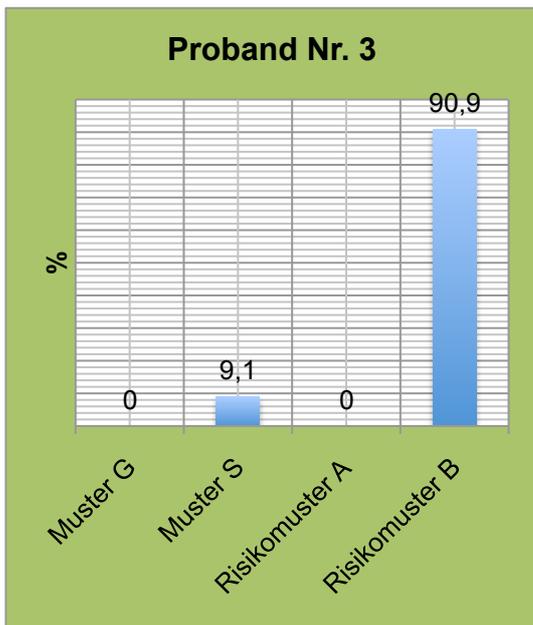
Abbildung 8 - Proband Nr. 2



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 2 weist mit 58% bei Muster S und 37,9% bei Risikomuster B einen Mischtyp aus S/B auf. Merkmale von zwei Mustern treten, mehr oder weniger gleichberechtigt auf. Diese Kombination zeigt möglicherweise an, dass Schonung in Resignation einmündet.

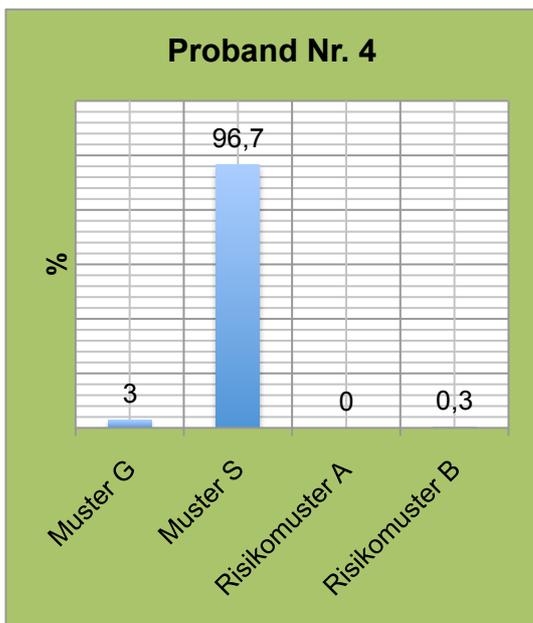
Abbildung 9 - Proband Nr. 3



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 3 zeigt eine akzentuierte Ausprägung mit 90,9% in Risikomuster B. Hier liegt eine hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Zudem liegt eine generelle Lebensunzufriedenheit vor.

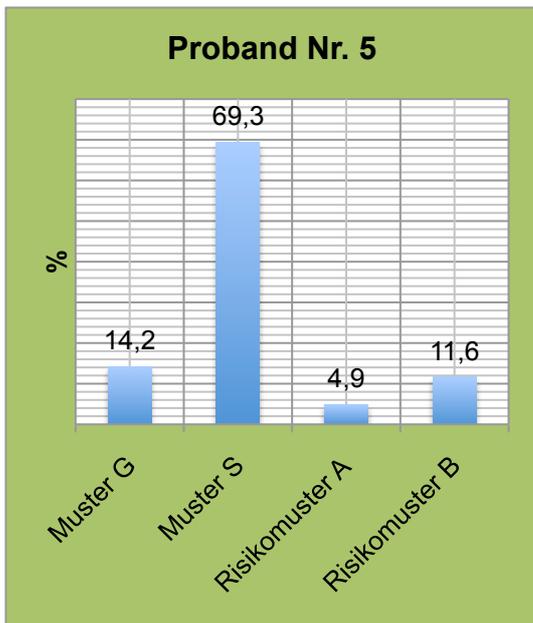
Abbildung 10 - Proband Nr. 4



Quelle: Eigene Darstellung

Bei Proband Nr. 4 ist eine volle Ausprägung mit 96,7% in Muster S vorrangig. Dies weist auf eine hohe Schonung hin. Es finden sich geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz und dem Perfektionsstreben. Zudem liegt eine starke Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit vor.

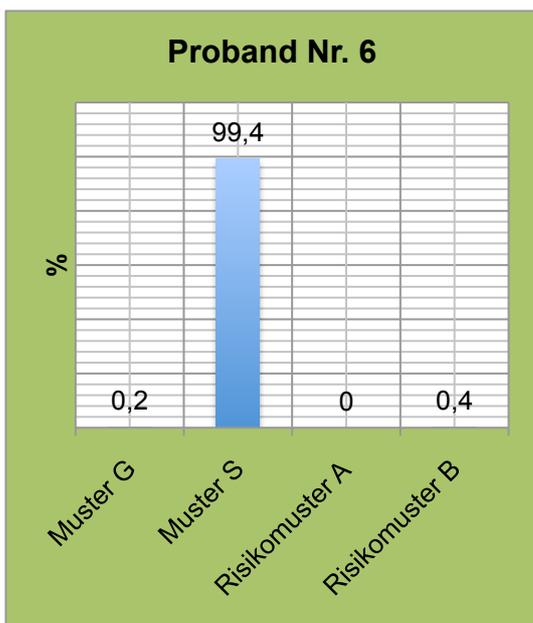
Abbildung 11 - Proband Nr. 5



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 5 weist eine tendenzielle Ausprägung bei Muster S mit 69,3% auf. Dies bedeutet, kein weiteres Muster geht über 30% hinaus. An zweiter Stelle folgt Muster G mit 14,2% und Risikomuster B mit 11,6%. Risikomuster A ist mit 4,9% ganz gering ausgeprägt.

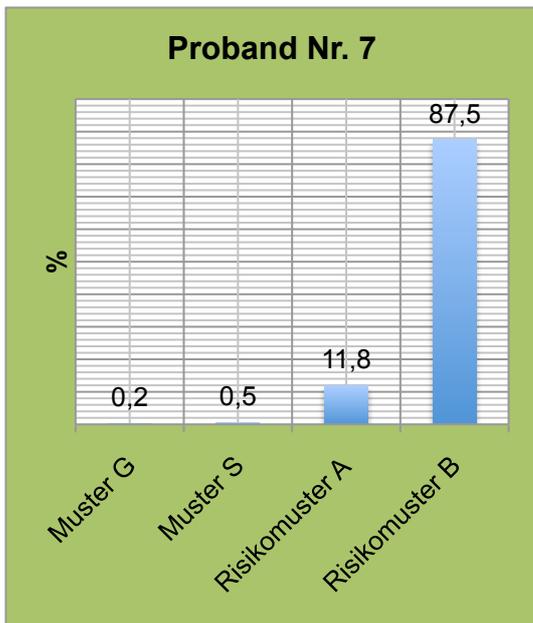
Abbildung 12 - Proband Nr. 6



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 6 liegt mit 99,4% bei Muster S in voller Ausprägung. Dieser Bereich bezieht sich auf Schonung. Es finden sich geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz und dem Perfektionsstreben wieder. Zudem liegt eine starke Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit vor.

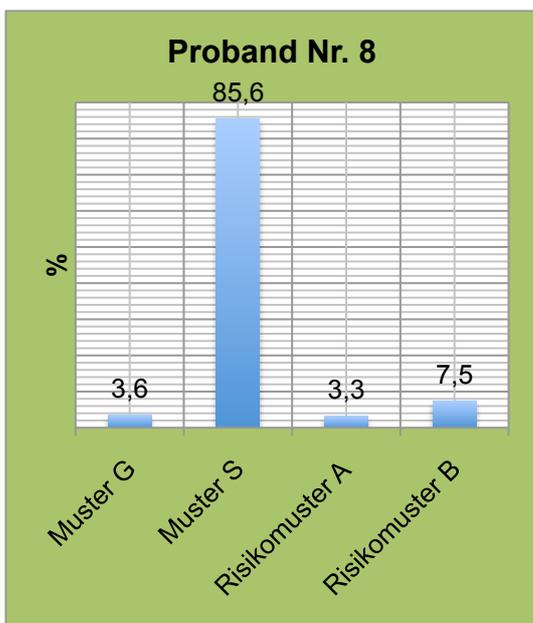
Abbildung 13 - Proband Nr. 7



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 7 liegt mit 87,5% bei Risikomuster B in einer akzentuierten Ausprägung. Risikomuster A ist mit 11,8% gering vertreten. Hier liegt eine hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Zudem liegt eine generelle Lebensunzufriedenheit vor.

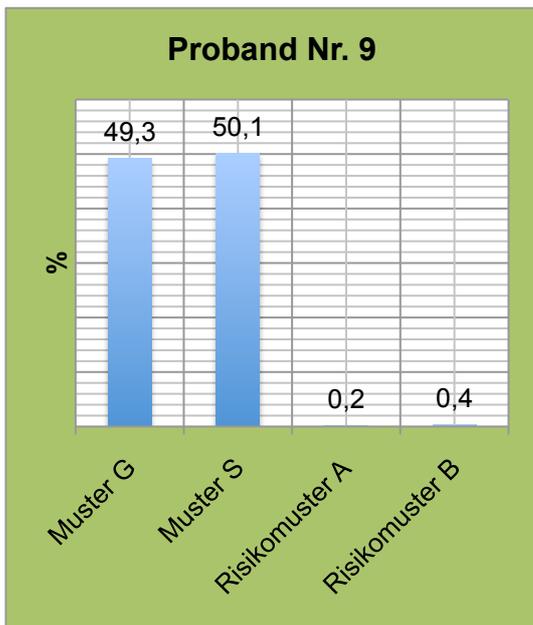
Abbildung 14 - Proband Nr. 8



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 8 erreicht mit 85,6% in Muster S akzentuierte Ausprägung. Dieser Bereich bezieht sich auf Schonung. Es finden sich geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz und dem Perfektionsstreben wieder. Zudem liegt eine starke Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit vor.

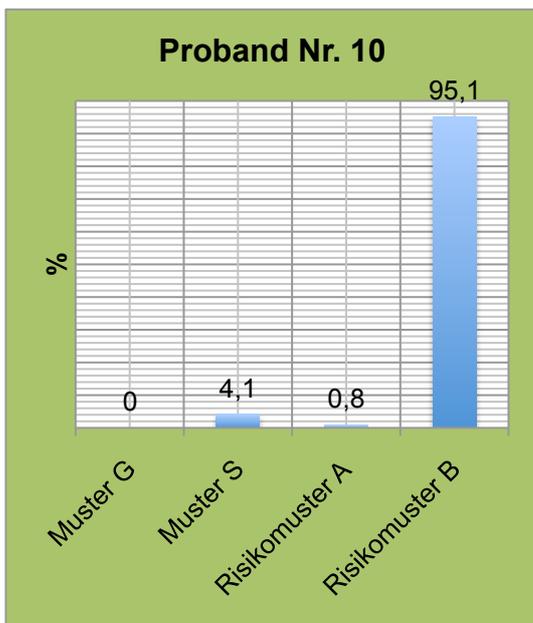
Abbildung 15 - Proband Nr. 9



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 9 weist eine Kombination aus Muster G mit 49,3% und Muster S mit 50,1% auf. Hier liegt ein Mischtyp vor. Merkmale von zwei Mustern treten, mehr oder weniger gleichberechtigt auf. Das gesunde Muster geht über in ein Schockmuster oder umgekehrt.

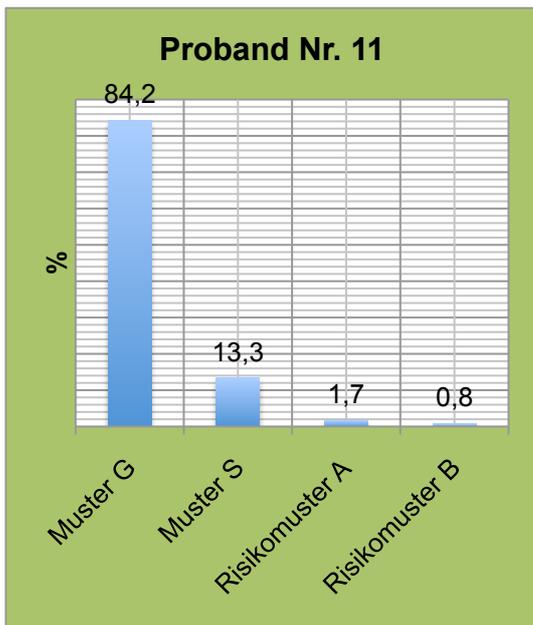
Abbildung 16 - Proband Nr. 10



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 10 ist in Risikomuster B mit über 95,1% in voller Ausprägung vertreten. Hier liegt eine hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Zudem liegt eine generelle Lebensunzufriedenheit vor.

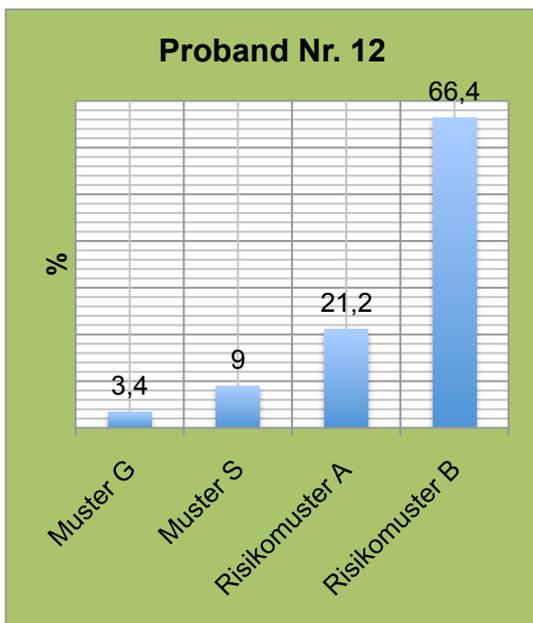
Abbildung 17 - Proband Nr. 11



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 11 weist eine akzentuierte Ausprägung in Muster G (84,2%) auf. Hier scheint ein gesundheitsförderliches Verhältnis zur Arbeit vorzuliegen. Es liegen nur geringe Abweichungen vor.

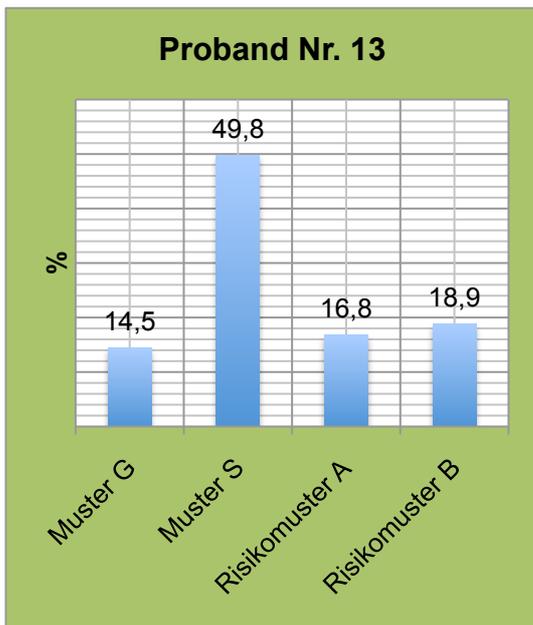
Abbildung 18 - Proband Nr. 12



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 12 weist eine tendenzielle Ausprägung in Risikomuster B (66,4%) auf. Hier liegt eine hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Zudem liegt eine generelle Lebensunzufriedenheit vor. Die drei weiteren Muster belaufen sich zwischen 3,4% und 21,2%.

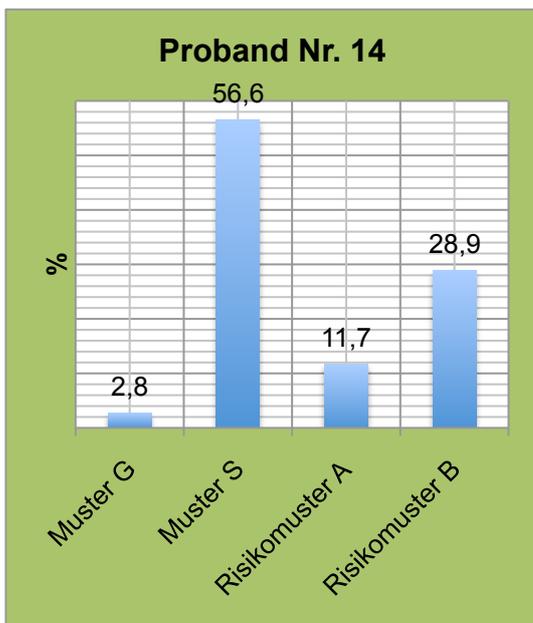
Abbildung 19 - Proband Nr. 13



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 13 gilt als nicht zuordenbar. Die Muster variieren zwischen 14,5% und 49,8%. Keines der Kriterien für die Musterzuordnung wird erfüllt.

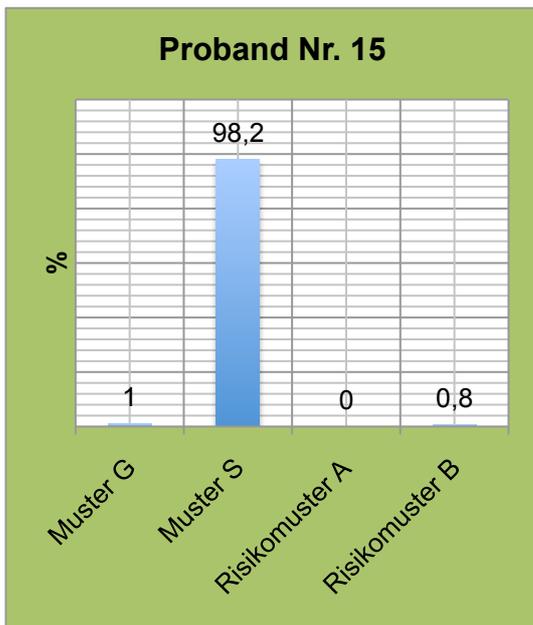
Abbildung 20 - Proband Nr. 14



Quelle: Eigene Darstellung

Proband Nr. 14 weist mit 56,6% in Muster S eine tendenzielle Ausprägung auf. Die restlichen drei Muster belaufen sich zwischen 2,8% und 28,9% bei Muster G bzw. Risikomuster B. Risikomuster A ist zu 11,7% vertreten.

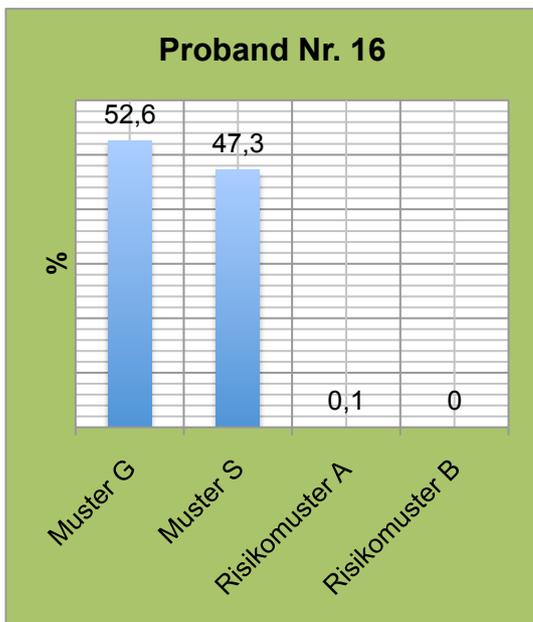
Abbildung 21 - Proband Nr. 15



Quelle: Eigene Darstellung

Bei Proband Nr. 15 ist Muster S mit 98,2% in voller Ausprägung vorhanden. Dieser Bereich bezieht sich auf Schonung. Es finden sich geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz und dem Perfektionsstreben wieder. Zudem liegt eine starke Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit vor.

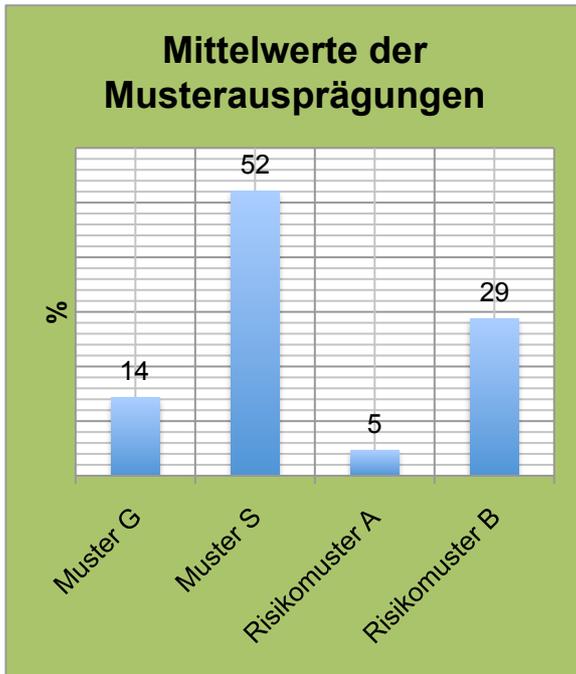
Abbildung 22 - Proband Nr. 16



Quelle: Eigene Darstellung

Bei Proband Nr. 16 ist Muster G mit 52,6% und Muster S mit 47,3% vertreten. Die Kombination aus G/S weist auf den Übergang von einem „gesunden“ Muster auf eine Schonungsmuster oder umgekehrt hin.

Abbildung 23 - Mittelwerte der Musterausprägungen

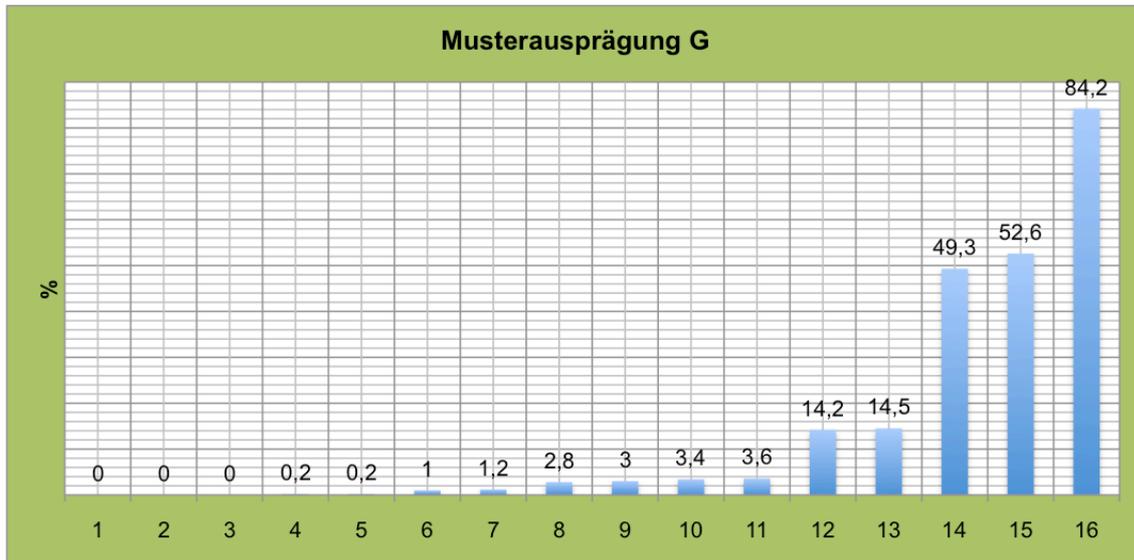


Quelle: Eigene Darstellung

In der vorliegenden Abbildung 23 werden die größten Übereinstimmungen der vier Musterausprägungen aller Befragten dargestellt. Den größten Anteil hat mit 52% Muster S mit einer Schonungstendenz gegenüber beruflichen Anforderungen. Risikomuster B, das durch Erleben von Überforderung, Erschöpfung und Resignation gekennzeichnet ist, erreicht 29%. Die nächst kleinere Ausprägung ist Muster G (14%). Hier überwiegt hohes berufliches Engagement, mit ausgeprägter Widerstandsfähigkeit. Risikomuster A mit der Tendenz zur Selbstüberforderung ist am geringsten ausgeprägt (5%). Die oben genannten Prozentwerte sind gerundet.

Im weiteren Verlauf werden die vier Musterausprägungen und deren prozentuale Verteilung bei allen 16 Probanden dargestellt.

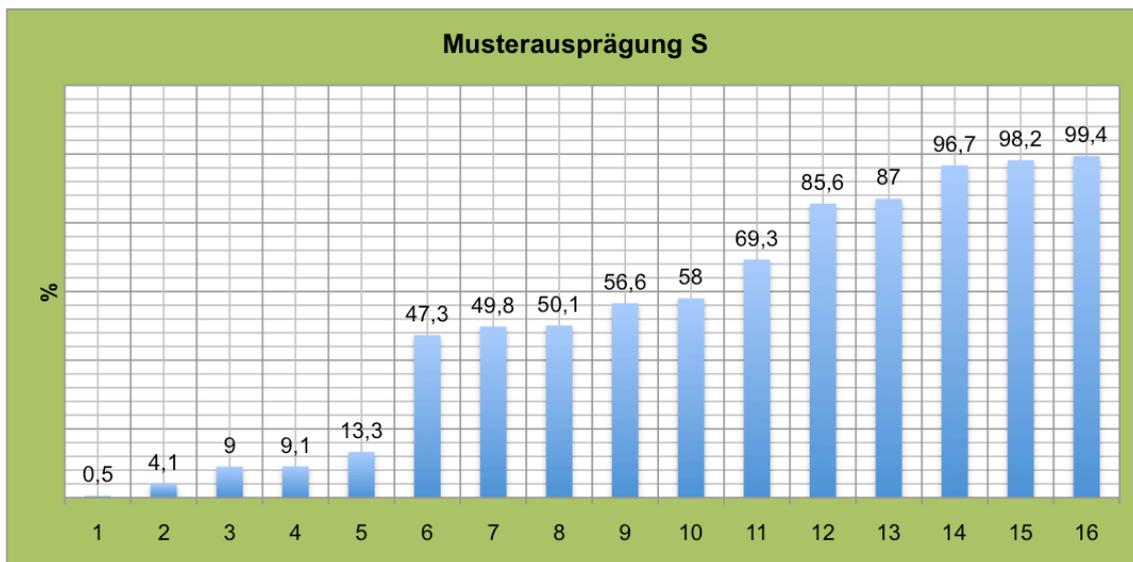
Abbildung 24 - Musterausprägung G



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 24 verdeutlicht die Musterausprägung G aller Pflegekräfte. Eine Pflegekraft weist mit 84,2% ein hohes gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit auf. Zwei weitere Pflegekräfte liegen mit etwa 50% im Mittelfeld von Musterausprägung G. Die anderen 13 Pflegekräfte liegen zwischen 0% und 14,5%.

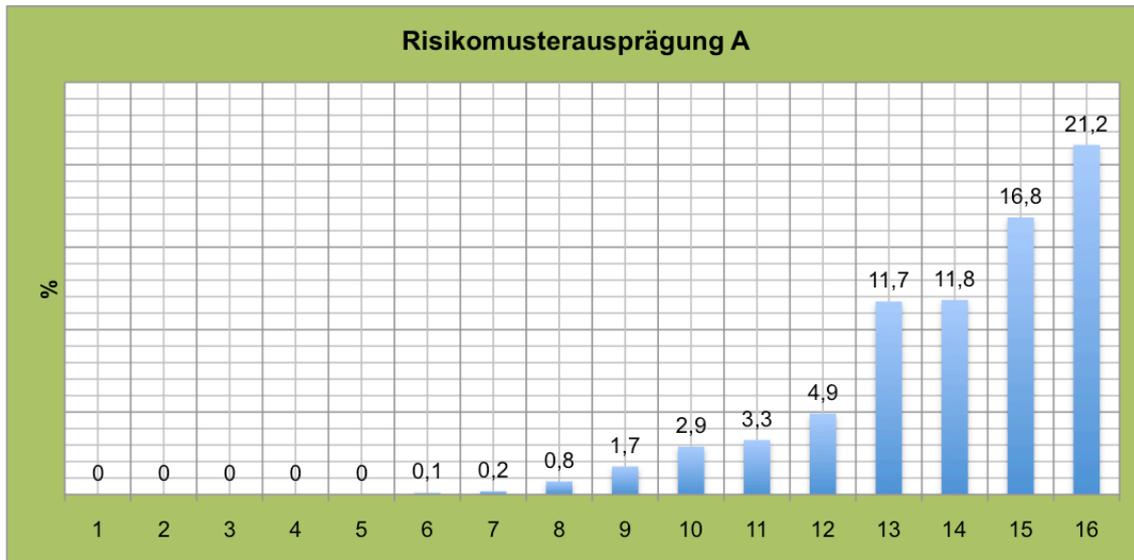
Abbildung 25 - Musterausprägung S



Quelle: Eigene Darstellung

In Musterausprägung S verfügen drei von 16 Befragten über eine volle Ausprägung, sie liegen zwischen 96,7% und 99,4%. Bei zwei weiteren Befragten treten akzentuierte Ausprägungen von 85,6% und 87% zutage, d. h. dass eine klare Musterzugehörigkeit vorliegt, die Abweichungen sind nur geringfügig. Ebenso werden zwei tendenzielle Ausprägungen vorgefunden.

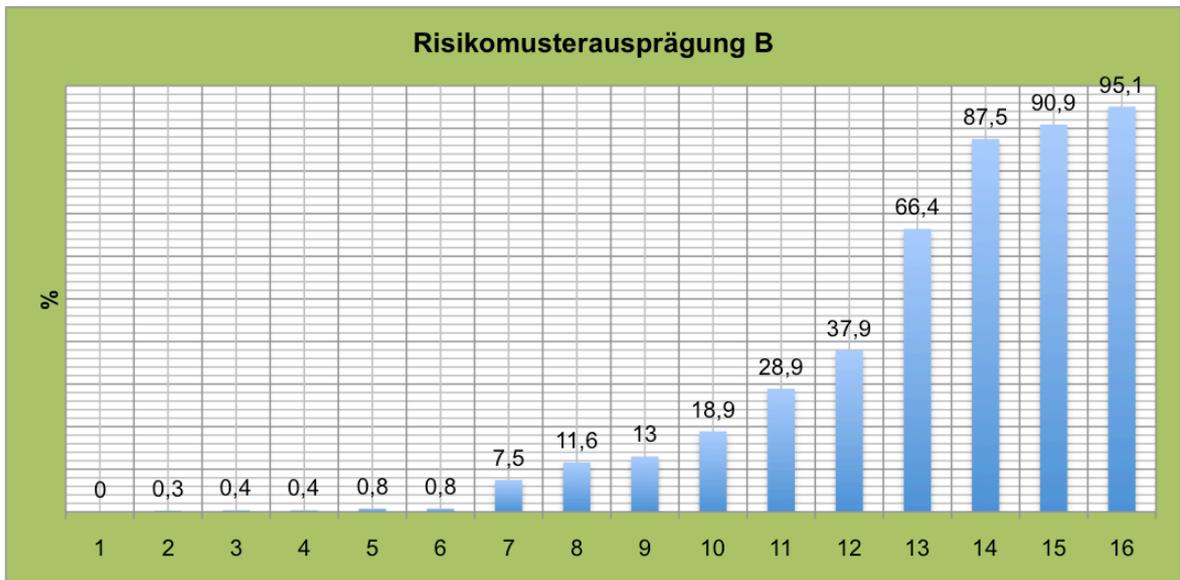
Abbildung 26 - Risikomusterausprägung A



Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 26 wird das Risikomuster A mit einem überhöhten Arbeitsengagement angezeigt. Einer der Befragten kommt dabei auf über 20%, weitere drei Befragte liegen zwischen 11,7% und 16,8%. Die restlichen zwölf weisen Anteile zwischen 0% und 4,9% auf, wobei ganze fünf Befragte über keine Ausprägung in diesem Muster verfügen.

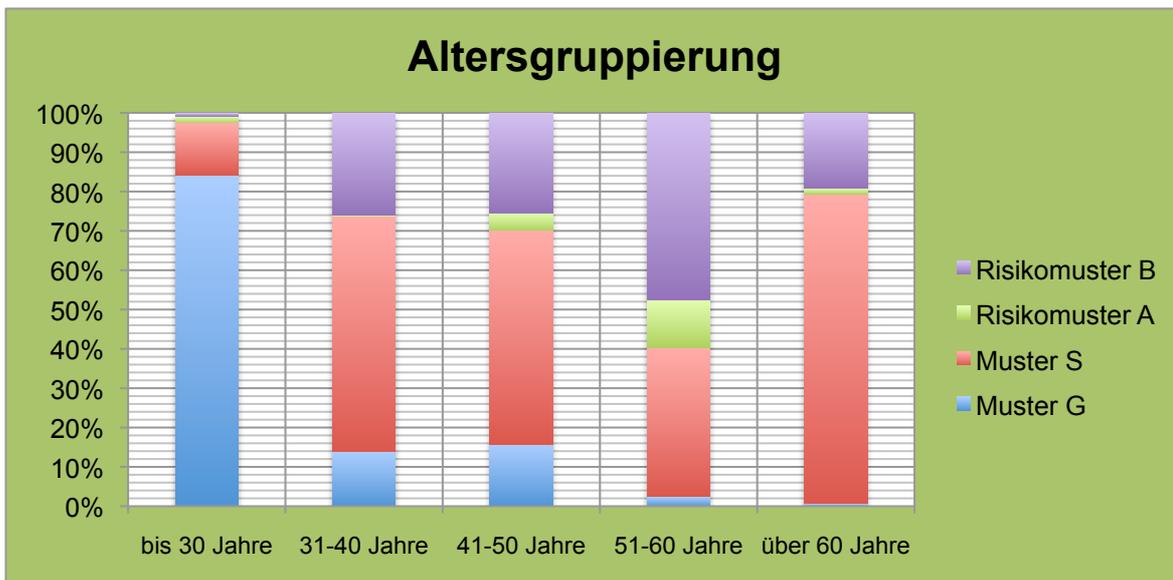
Abbildung 27 - Risikomusterausprägung B



Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 27 wird die Risikomusterausprägung B dargestellt. Hier wird deutlich, dass einer der 16 Befragten eine volle Ausprägung mit 95,1% aufweist. Zwei weitere Befragte weisen eine akzentuierte Ausprägung mit 87,5% und 90,9% auf. Das bedeutet, dass nur eine geringfügige Abweichung von der obigen Musterbeschreibung vorliegt. Ein weiterer Befragter ist mit 66,4% tendenziell vertreten. Die restlichen zwölf liegen zwischen 0% - 37,9%, wobei einer über keine Ausprägung in diesem Muster verfügt.

Abbildung 28 - Altersgruppierung



Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 28 wird die Verteilung der Musterausprägungen in den verschiedenen Altersgruppen der Befragten dargestellt. Von den 16 Befragten lag eine Person in der Altersgruppierung bis 30 Jahre, zwischen 31 - 40 Jahren waren es vier Befragte und fünf Befragte vertraten die Altersgruppierung zwischen 41 - 50 Jahren. In der nächsten Altersgruppierung zwischen 51 - 60 Jahren lagen vier der Befragten und in der letzten, über 60 Jahre waren es zwei.

Bei der Variable Alter beziehend auf die Musterausprägungen wurde festgestellt, dass Muster G bis 30 Jahre in hoher Ausprägung vorhanden ist. In der Alterskategorie 31 – 40 Jahre, fällt Muster G deutlich ab. Wobei es sich dann wieder in der Alterskategorie 41 – 50 Jahre leicht erhöht und in der Kategorie über 60 Jahre erneut abfällt.

Muster S ist bei der unter 30-jährigen Person in geringem Maße vertreten, es erhöht sich in den Alterskategorien 31 - 40 Jahre und 41 - 50 Jahre deutlich und bleibt konstant. In der Alterskategorie zwischen 51 - 60 Jahren fällt es leicht ab, wobei es bei den über 60-jährigen deutlich erhöht ist.

Risikomuster B ist bei der Person unter 30 Jahren fast gar nicht vertreten. In den Alterskategorien 31 - 40 Jahren und 41 - 50 Jahren ist es etwa gleich stark in der Ausprägung mit etwas mehr als 25%. Deutlich höher ist der Anteil in der Altersgruppe der 51 – 60-jährigen. In der Kategorie über 60 Jahren kommt es hingegen zu einem deutlichen Abfall.

Risikomuster A ist in allen fünf Alterskategorien ganz gering vertreten. Es tritt erstmalig erwähnenswert in der Alterskategorie zwischen 41 - 50 Jahren auf und erhöht sich zwischen 51 - 60 Jahren leicht. In der Kategorie über 60 Jahren ist es nur sehr gering vertreten.

6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In der aktuellen Untersuchung kommt die volle Musterausprägung S ($> 95\%$) kommt in drei Fällen vor und die volle Risikomusterausprägung B in einem.

Akzentuierte Musterausprägungen ($> 80\%$ und $\leq 95\%$) traten insgesamt fünfmal auf. Diese waren einmal Muster G, zweimal Muster S und zweimal Risikomuster B.

In der nähere Betrachtung der Untersuchung kommt dreimal die volle Musterausprägung S ($> 95\%$) und einmal Risikomusterausprägung B vor.

Tendenzielle Ausprägungen gab es dreimal, Schwerpunkte lagen hier zweimal bei Muster S und einmal bei Risikomuster B.

Mischtypen traten bei drei Untersuchten auf, einmal S/B und zweimal G/S. Ein Befragter war nicht zuordenbar.

Wenn die Zahlen der Erhebung näher betrachtet werden, ist zu erkennen, dass 52% der befragten Pflegekräfte die größte Übereinstimmung in Muster S aufwiesen. 29% konnten Risikomuster B zugeordnet werden und 14% Muster G. Die restlichen 5% zeigten sich in Risikomuster A. Wenn die Ergebnisse mit der Untersuchung von Fischer (2006) (siehe Tabelle 3) gegenübergestellt werden, kann gesagt werden, dass die untersuchten Hospizpflegekräfte in Muster S und Risikomuster B einen höheren Wert aufwiesen als die von Fischer untersuchten Pflegekräfte. Wohingegen in Risikomuster A und Muster G einen niedrigerer Wert ermittelt wurde. Bei der damaligen Untersuchung, zeigte sich dass 40% der Befragten die größte Übereinstimmung in Muster S aufwiesen, gefolgt von Risikomuster B mit 21%. Muster G war mit 23% und Risikomuster A mit 16% vertreten. Im Vergleich mit der jetzigen Untersuchung im Hospiz kann dies als ein Hinweis dienen, dass aufgrund der negativen psychischen Belastung angesichts des Themas Sterben und Tod Hospizpflegekräfte eine höhere Beanspruchung als übrige Pflegekräfte im allgemeinen

Pflegebereich aufweisen. In der aktuellen Untersuchung konnte ebenso festgestellt werden dass das Schonungsmuster S in hohem Maße vertreten ist, hier könnte vermutet werden, dass durch die stark emotionale Situation in der Hospizarbeit Schonung als Schutzfaktor angesehen werden kann. Risikomuster B ist mit 29% vertreten, was bedeutet das geringe Ressourcen zur Bewältigung der Arbeitsanforderungen bestehen.

Zur besseren Übersicht werden die Zahlen in einer Tabelle aufgezeigt:

Tabelle 3 - Gegenüberstellung der Studien

Musterausprägungen	S	B	A	G
Aktuelle Untersuchung	52%	29%	5%	14%
Untersuchung von Fischer	40%	21%	16%	23%

Quelle: Eigene Darstellung

Die Ergebnisse zeigen, dass drei der 16 befragten Pflegekräfte in Risikomuster B liegen. Eine befragte Person weist die volle Ausprägung und zwei weitere eine akzentuierte Ausprägung in Risikomuster B auf. Dies bedeutet, dass drei Befragte in höherem Maß gefährdet sind, an einem Burnout-Syndrom zu erkranken. An dieser Stelle soll noch einmal auf die eingehende Forschungsfrage dieser Arbeit zurückgekommen werden, die danach fragte, in welchem Ausmaß Pflegekräfte im Hospiz psychisch belastet sind. Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf eine überproportionale Burnout-Gefährdung im Bereich der palliativen Pflege hin. Ein gesundheitsförderliches Verhältnis scheint hingegen vergleichsweise gering ausgeprägt zu sein.

Jedoch konnte mit AVEM nicht ermittelt werden, worauf sich die Belastung bezieht. Hierzu müsste zusätzlich nach spezifischen Belastungsfaktoren gefragt werden.

Mögliche Erklärungen für psychische Belastungen könnten sein, dass die zum Teil längeren Liegezeiten der Gäste im Hospiz zu einer stärkeren Bindung führen und diese das negative Erleben der Pflegekräfte von Sterben und Tod intensivieren. Wie im vorherigen Teil der Arbeit erwähnt, ist die Zusammenarbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen durch psychische Belastungen für die jeweilige Pflegekraft gekennzeichnet. Die Gäste stehen am Ende ihres Lebens und hadern oft mit ihrem Schicksal. So ist teilweise der Willen zur Dankbarkeit gegenüber der Pflege nicht immer vorhanden. Der Dank als wesentliche Belohnung für die Arbeit der Pflegekraft entfällt somit, was als fehlende Ressource mit aufgenommen werden kann. Weitere nur schwer messbare Belastungen im Hospiz, sind eine starke Geruchsbelästigung, das Versorgen exulzierender Tumorzellen, körperliche Gegenwehr der Gäste, Angehörige, die das Schicksal ihres schwerkranken Familienmitglieds nicht annehmen wollen und die ständige Konfrontation mit dem potentiell eigenen Schicksal.

Anhand des Transaktionalen Modells nach Lazarus kann hier erwähnt werden, dass bei der Bewältigung bestimmter Belastungsfaktoren im Arbeits-(Leben) es auf die eigenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien ankommt, damit die Belastungen nicht zu negativen Beanspruchungen führen. Offensichtlich ist das bei den drei Personen, die die Burnout-Gefährdung in Risikomuster B aufweisen, in nicht ausreichendem Maße vorhanden.

6.1 Methodenkritik

Durch das bestehende Bekanntheitsverhältnis zwischen den Pflegenden und dem Autor bestand großes Vertrauen vonseiten der Mitarbeiter gegenüber der Untersuchung, somit konnte eine 100%ige Rücklaufquote erreicht werden. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße kann gesagt werden, dass die Untersuchung nicht repräsentativ ist. Durch die kleine Stichprobe ist beispielsweise in der Alterskategorie bis 30 Jahre nur ein Befragter vertreten, so dass das Ergebnis eine begrenzte Aussagekraft hat. Zudem kann erwähnt wer-

den, dass der Geschlechtervergleich nicht hinzugezogen werden konnte, da nur ein Mann befragt wurde. Aufgrund der Geschlechterverteilung im ohnehin kleinen Pflorgeteam der Einrichtung war dies nicht anders möglich. Um kausale Aussagen zu den Ursachen der Belastungen in der Hospizarbeit tätigen zu können, wäre es bei einer weiteren Untersuchung notwendig, spezifische Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzmerkmale aber auch die Dauer der Berufszugehörigkeit und die Wochenarbeitszeit als zusätzliche Variablen mit aufzunehmen. Auch die Ermittlung von Persönlichkeitsmerkmalen der Pflegenden könnte in diesem Zusammenhang von Interesse sein.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass AVEM missverständliche Fragen aufweist, wie zum Beispiel: „Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet“ oder „Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte“. Das sind Fragen die zweideutig den Probanden erschienen. Randnotizen wurden hier hinzugefügt. Bei Ersterem bestand die Frage, ob es um die persönliche Zufriedenheit oder um das Erklimmen der Karriereleiter ginge. Die zweite Frage bezog sich auf die Frage des Lebensinhalts, jedoch könnte damit auch die finanzielle Ebene gemeint sein. Durch diese Mehrdeutigkeit in der Fragestellung kann es zu Veränderungen in den Ergebnissen kommen.

7. Maßnahmen und Empfehlungsteil

Anhand der Untersuchung konnte die Verteilung unterschiedlicher Muster arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebens im gesamten Pflorgeteam einer Hospizeinrichtung exemplarisch gezeigt werden. Neben „gesunden“ Verhaltens- und Erlebensmustern, die auf eine gute Bewältigung der Belastungsfaktoren in der palliativen Pflege hinweisen, treten bei einigen Teammitgliedern auch Risikomuster auf, die zeigen, dass eine Bewältigung der Belastungen mit persönlichen Ressourcen hier nicht gelingt. Um die Arbeitskraft dieser Mitarbeiter langfristig zu erhalten, erscheinen Interventionsmaßnahmen sinnvoll.

Schaarschmidt und Fischer (2006) haben entsprechende Interventionsmaßnahmen muster-spezifisch entworfen. Bei den jeweiligen individuellen Methoden handelt es sich um Training, Beratung und ggf. Therapie. Diese sollen auf der Ebene gesundheitlichen Verhaltens und Erlebens gesundheitsschädigende Eigenschaften abbauen und gesundheitsfördernde stärken. In einem nächsten Schritt könnten diese Interventionsmaßnahmen als Angebot an die Mitarbeiter zum Einsatz kommen und nach einiger Zeit die Wirksamkeit mittels erneuter Erhebung überprüft werden.

Weiterhin würde es Sinn machen, die individuellen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster in Beziehung zu den Arbeitsbedingungen zu setzen und somit auch organisatorische Interventionen zu begründen. Grundsätzlich ist es das Ziel, Verhaltens- und Verhältnisprävention bei der Umsetzung der AVEM-Ergebnisse in Ergänzung zueinander zu betrachten. Um Ansatzpunkte für die Interventionen auf Organisationsebene zu erhalten, müssten die Pflegekräfte in Bezug auf Arbeitsbelastung und Organisation noch differenzierter befragt werden.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Literaturverzeichnis

Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L.; (2012). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Auflage; Stuttgart: Schattauer Verlag.

Bödiker, M. L.; Graf, G.; Schmidbauer, H. (2011). *Hospiz ist Haltung - Kurshandbuch Ehrenamt*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Bausewein, C.; Roller S.; Voltz R. (2010). *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. 4. Auflage; München: Elsevier Urban & Fischer.

Beck, D.; Richter, G.; Ertel, M.; Morschhäuser, M. (2012). Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland - Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. *Prävention und Gesundheitsförderung 2* , S. 115-119.

Beck, L.; Janßen, G.; Freynhagen, R.; Göbel, U. (2006). Palliativmedizin - Betreuung, Schmerztherapie und Symptomkontrolle. *Der Gynäkologe* , S. 455-470.

Bircher, J.; Wehkamp, K.-H. (2006). *Das ungenutzte Potential der Medizin - Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Zürich: rüffer & rub.

DAK Gesundheitsreport (2010).

(<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/03AF73C39B7227B0C12576BF004C8490?open> ; Zugriff am 22.01.13).

Demerouti, E. et al. (2012). *Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz*. 1. Auflage. Berlin - Wien - Zürich: Beuth Verlag. Hrsg. DIN Deutsches Institut für Normung e.V..

Deutsches Ärzteblatt; Hoher Krankenstand in bayerischer Pflegebranche; (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51165/Hoher-Krankenstand-in-bayerischer-Pflegebranche> ; Zugriff am 19.12.12).

Deutsches Ärzteblatt; Berlin/Brandenburg: Pflegende sind häufig krank; (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52374/Berlin-Brandenburg-Pflegende-sind-haeufig-krank> ; Zugriff am 19.12.12).

Fischer, Andreas W. (2006). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf: Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischem Herangehen. Universität Potsdam, Institut für Psychologie. <http://opus.kobv.de/ubp/volltexte/2006/776/> ; Zugriff am 05.03.13).

Fittkau-Tönnemann, B. (2007). Aus-, Fort- und Weiterbildung - die Herausforderung für Palliativmedizin und Hospizarbeit. *Der Gynäkologe*, S. 977 - 982.

Hasselhorn, Hans-Martin & Tackenberg, Peter & Büscher, Andreas & Stelzig, Stephanie & Kümmerling, Angelika & Müller, Bernd Hans. Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland
(www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699560/publicationFile/ ; Zugriff am 23.01.13).

Klitzing v. W.; Klitzing v. K. (1995). *Psychische Belastungen in der Krankenpflege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht .

Koch U.; Broich K. (2012). Das Burn-out-Syndrom. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2, S. 161-163.

Krebsforschungszentrum, Deutsches. (dkfz) Krebsstatistiken. Heidelberg.(
<http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>. Zugriff am 06.02.13).

Kübler-Ross, E. (2009). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Kulbe, A. (2008). *Sterbebegleitung - Hilfen zur Pflege Sterbender*. München/Jena: Urban & Fischer.

Lazarus, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. Department of Psychology, University of California, Berkeley CA 94720; S. 3 - 13.

Maercker, A. ; Forstmeier, S. (2012); Burnout-Syndrom - Arnold, U.; Mailahn, M.; Nagl B.; Vettin J.; Wick A. Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter.

Mielke, L. (2007). *Hospiz im Wohlfahrtsstaat, Unsere gesellschaftlichen Antworten auf Sterben und Tod - eine soziologische Bestandsaufnahme in Deutschland*. Wuppertal: der hospiz verlag.

Palliativmedizin, Deutsche Gesellschaft für. (<http://dgpalliativmedizin.de/>. Zugriff am 23.01.13).

Pfeffer, C. (2005). *Hier wird immer noch besser gestorben als woanders - Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Rest, F. (2006). *Sterbebeistand Sterbebegleitung Sterbegeleit - Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich*; 5. Auflage; Stuttgart: Kohlhammer.

Rösler, U. ; (2012). *Demografischer Wandel in der Pflege*. Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften; Dresden;

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; (http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Modellprogramm/Demographie-Pflege_content.html; Zugriff am 08.02.2013).

Schaarschmidt, U.; Fischer A. - W. (2008); AVEM Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster; AVEM (Standardform). AVEM-44 (Kurzform) ; London: Pearson PLC.

Sinus Stiftung, Hospiz (2010). (<http://www.hospiz-sinus.de/hospiz.html>; Zugriff am 23.11.2012).

Statistisches Bundesamt, (2012). Staat & Gesellschaft; Wiesbaden. (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFaktenZGesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html>. Zugriff am: 05.02.13).

Statistisches Bundesamt, (2013). Pflegestatistik 2011, Wiesbaden. (www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik.../abbVI12.pdf ; Zugriff am 18.02.13).

Statistisches Bundesamt, (2012) Gesundheitspersonal (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> ; Zugriff am 05.02.13).

Student, J.- C. (1999). *Das Hospiz-Buch*. 4. Auflage; Freiburg im Breisgau; Lambertus Verlag

Vollmann, J. (2003). Sterbebegleitung. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin; Heft 2* , Hrsg. Robert Koch-Institut

Weihrauch, B. (2012) *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin - dhpv.* (www.dhpv.de/index.html ; Zugriff am 23.11.12).

Wehkamp, K.-H. (1998). Sterben und Tod in Europa - Wahrnehmungen, Deutungsmuster, Wandlungen. Neukirchen-Vluyn: Becker, Ulrich; Feldmann, Klaus; Johannsen, Friedrich.

WHO Health Data (2010); Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Durchschnittliche Lebenserwartung (http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gastg&p_aid=54469052&p_fid=9055&p_ftyp=TAB&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=12&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J ; Zugriff am 05.02.13).

Wittkowski, J. (2003). *Sterben, Tod und Trauer*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zander, B.; Dobler, L.; Busse, R. (2011). Studie spürt Gründen für Burnout nach - Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. Pflegezeitschrift; Heft 2 S. 98 - 101.

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM-44)

Uwe Schaarschmidt & Andreas W. Fischer

Name Geschlecht

Vorname Alter

Beruf Schulabschluss

© 2008 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Veröffentlichung darf reproduziert, übertragen, überschrieben, gespeichert oder in eine Fremd- oder Programmiersprache übersetzt werden, gleich in welcher Form, ob elektronisch, mechanisch, magnetisch, optisch oder sonstwie, ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages.

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

Bitte beachten Sie:
Voller Kreis heißt, dass Sie der Aussage **völlig** zustimmen,
leerer Kreis heißt, dass Sie **überhaupt nicht** zustimmen.

Die Aussage ...	trifft überhaupt nicht				
	überwiegend völlig zu	überwiegend	teils/teils	nicht	
1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mein Partner/meine Partnerin ¹ zeigt Verständnis für meine Arbeit	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Die Arbeit ist mein Ein und Alles	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strengte mich um so mehr an	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

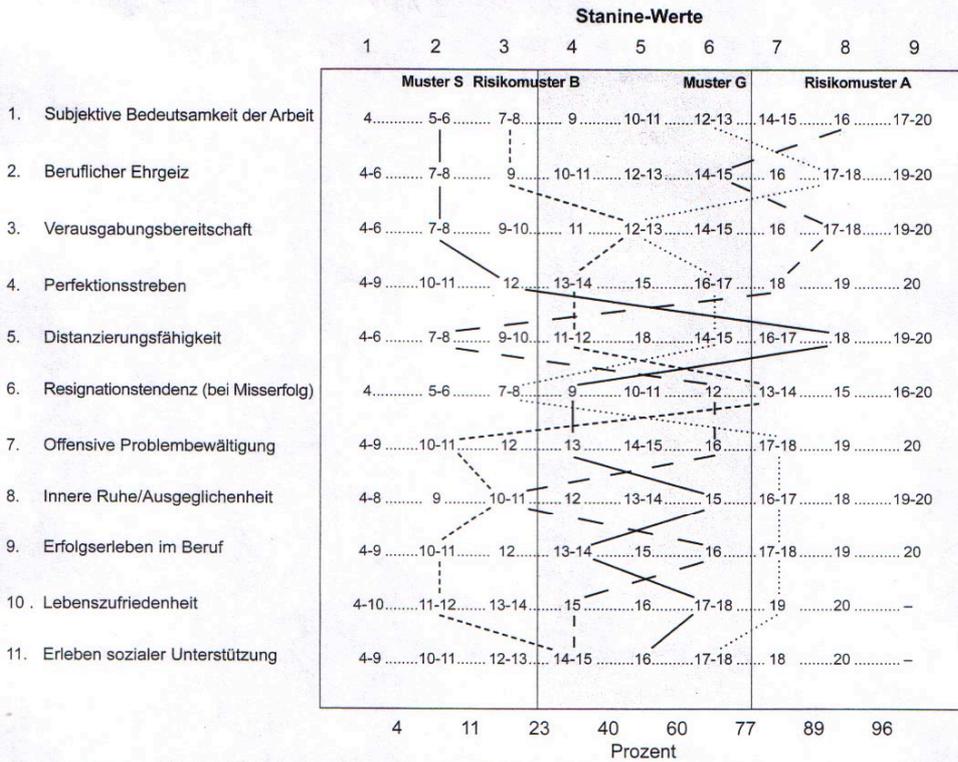
¹ bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht.

Die Aussage ...	trifft überhaupt nicht				
	überwiegend völlig zu	überwiegend teils/teils	teils/teils	überwiegend nicht	nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Was immer ich tue, es muss perfekt sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Von meinem Partner/meiner Partnerin ² wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Falls mir etwas nicht gelingen will, sage ich mir: „Jetzt erst recht!“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

² bzw. von der Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht.

Übertragen Sie bitte die Summenwerte in das untenstehende Auswertungsschema und verbinden Sie die Punkte. Ihr persönliches Profil können Sie nun mit den Ergebnissen einer Stichprobe von 2499 Personen vergleichen. Die bereits eingetragenen Referenzprofile kennzeichnen vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens, die vor allem unter Gesundheitsaspekt von Bedeutung sind.

**AVEM-44 (Kurzform) – Norm:
Berufs- und länderübergreifende Eichstichprobe gesamt (n = 2499; 2008)**



Muster G – gesundheitsförderliches Verhaltens- und Erlebensmuster:
Deutliche, aber nicht exzessive Ausprägung im Arbeitsengagement bei erhaltener Distanzierungs-fähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme, offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, positives Lebensgefühl („psychische Gesundheit“).
Intervention unter Gesundheitsaspekt nicht erforderlich!

Muster S – auf Schonung (oder auch Schutz) orientiertes Verhaltens- und Erlebensmuster:
Geringes Arbeitsengagement bei starker Distanzierung gegenüber den Arbeitsproblemen, psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, (relative) Zufriedenheit.
Intervention ist weniger unter Gesundheitsaspekt, eher unter Motivationsaspekt zu empfehlen!

Risikomuster A – gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster:
Überhöhtes Engagement und geringe Distanzierung in Bezug auf die Arbeitsprobleme (Tendenz zur Selbstüberforderung), verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, eingeschränktes Lebensgefühl.
Intervention unter Gesundheitsaspekt erforderlich!

Risikomuster B – gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster:
Geringere Ausprägungen im Arbeitsengagement (bevorzugt in der Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz), starke Resignationstendenz und verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, deutlich eingeschränktes Lebensgefühl.
Intervention unter Gesundheitsaspekt erforderlich!

Der Fragebogen beinhaltet elf Skalen. Jeder Skala sind vier Fragen zugeordnet (siehe unten). Für jede Ihrer Einschätzungen wird eine bestimmte Punktzahl vergeben.

Sie vergeben für ...
 Punkte ... 5 4 3 2 1

Tragen Sie nun die entsprechenden Punkte für jede Antwort ein und rechnen Sie diese zusammen:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	Frage	1.	12.	23.	34.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
2. Beruflicher Ehrgeiz	Frage	2.	13.	24.	35.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
3. Verausgabungsbereitschaft	Frage	3.	14.	25.	36.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
4. Perfektionsstreben	Frage	4.	15.	26.	37.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
5. Distanzierungsfähigkeit	Frage	5.	16.	27.	38.	
	Punkte	<input type="text" value="18"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>
6. Resignationstendenz (bei Misserfolg)	Frage	6.	17.	28.	39.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
7. Offensive Problembewältigung	Frage	7.	18.	29.	40.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
8. Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	Frage	8.	19.	30.	41.	
	Punkte	<input type="text" value="6"/>	+ <input type="text"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>
9. Erfolgserleben im Beruf	Frage	9.	20.	31.	42.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
10. Lebenszufriedenheit	Frage	10.	21.	32.	43.	
	Punkte	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>
11. Erleben sozialer Unterstützung	Frage	11.	22.	33.	44.	
	Punkte	<input type="text" value="12"/>	+ <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	+ <input type="text"/>

Hamburg, den 30.11.12

Liebe KollegInnen,

wie Ihr vielleicht schon mitbekommen habt, bin ich gerade dabei meine Abschlussarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften zu verfassen. Nach eingehender Recherche steht mein Thema nun fest. Ich werde über „Psychische Belastungen im Hospizpflegebereich“ schreiben. Klar ist, dass dieses Thema durch den Praxisbezug erst richtig interessant wird, dazu bräuchte ich dringend Eure Unterstützung. Es wäre ganz toll wenn Ihr mir den beiliegenden Fragebogen ausfüllen würdet. Die Befragung wird natürlich anonym stattfinden und beansprucht ca. 10 Minuten Eurer Lebenszeit bzw. je nach dem wie viel Zeit Ihr Euch dem Thema widmen möchtet. Bitte kreuzt die jeweiligen Zeichen an. Einzelheiten könnt Ihr dem Fragebogen entnehmen (1. Seite, siehe oben). Die Ergebnisse werden dafür verwendet, die wesentlichen psychischen Belastungsfaktoren zu identifizieren und auszuwerten. Dies passiert, indem sich durch das individuelle Antwortverhalten ein (oder auch mehrere) bestimmte Arbeitstypen ergeben. Allen TeilnehmerInnen biete ich an - nach Abschluss der Arbeit - Ihnen das Ergebnis der Typauswertung kurz vorzustellen. Dazu müsst Ihr nur dem Fragebogen Euren Namen hinzufügen. Wer daran kein Interesse hat, kann selbstverständlich anonym bleiben. Legt den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 12.12.12 in mein Fach.

Vielen Dank für Eure Hilfe.

Gruß