

Resilienz im Krankenhaus. Analyse ausgewählter Befragungsergebnisse
des KoPM-Zentrums (HAW Hamburg) zu Resilienz beim Pflege- und
Führungspersonal

Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Im Studiengang

Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management

Vorgelegt am 26. Februar 2020
von **Anna Pogorelets**

■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■

Erstgutachterin: **Prof. Dr. Constanze Sörensen**
Zweitgutachterin: **Dr. Andrea Kleipoedszus**

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Alexanderstrasse 1 20099 Hamburg

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Resilienz	2
2.1 Die Resilienzforschung	2
2.2 Wirkungsebenen der Resilienz	6
3. Stellenwert der Resilienz in der Pflege	12
4. Resilienz und gesunde Mitarbeiterführung	16
5. Resilienz im Krankenhaus im Projekt „Zukunft durch Bildung - Heute für Morgen“ ..	19
5.1 Projektbeschreibung.....	19
5.2 Methodik der Datengewinnung des KoPM-Zentrums.....	20
6. Analyse der Datenlage mit dem Fokus auf die Berufsgruppe der Pflege	23
6.1 Methodisches Vorgehen und Auswertungsmethodik	23
6.2 Charakterisierung der Stichprobe	24
6.3 Pflege und die Wirkungsebenen der Resilienz	29
7. Analyse der Datenlage in Hinblick auf die Beschäftigte in einer Führungsposition ..	40
7.1 Methodisches Vorgehen und Auswertungsmethodik	40
7.2 Charakterisierung der Stichprobe	41
7.3 Führung und die Wirkungsebenen der Resilienz	45
8. Diskussion und Limitation der Ergebnisse	53
9. Fazit und Ausblick	54
Literaturverzeichnis.....	56
Internetquellen	59
Anhang	62

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
D	Modalwert (statistisch)
d.h.	Das heißt
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Max.	Maximum (statistisch)
Min.	Minimum (statistisch)
SD	Standardabweichung (statistisch)
Vgl.	Vergleiche

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Der Mechanismus der Resilienz (Quelle: eigene Darstellung)	5
Abb. 2: Personelle Ressourcen und Prozesse der Resilienz bei der Arbeit (Soucek et al. 2015: S. 19)	8
Abb.3: Wirkungsebenen der Resilienz (in Anlehnung an Soucek et al. 2016: S. 132) .	12
Abb. 4: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen	25
Abb. 5: Zusammenstellung der Stichprobe nach Geschlecht	26
Abb. 6: Verteilung nach Führungsposition.....	26
Abb. 7: Höchster Schulabschluss innerhalb der Stichprobe	28
Abb. 8: Altersverteilung bei Personen mit und ohne.....	42
Abb. 9: Verteilung nach Geschlecht bei Personen mit und.....	42
Abb. 10: Führungsverantwortung innerhalb der Berufsgruppen	43
Abb. 11: Führungsverantwortung nach Schulabschluss.....	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Wöchentliche Arbeitszeit nach Berufsgruppen	27
Tabelle 2 Berufserfahrung nach Berufsgruppen.....	28
Tabelle 3 Berufsgruppen und die Facette „Emotionale Bewältigung“	29
Tabelle 4 Berufsgruppen und die Facette „Positive Umdeutung“	30
Tabelle 5 Berufsgruppen und die Facette "Umfassende Planung"	31
Tabelle 6 Berufsgruppe und die Facette „Fokussierte Umsetzung“.....	32
Tabelle 7 Berufsgruppen und die individuelle Resilienz	33
Tabelle 8 Berufsgruppen und die Facette "Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen"	33
Tabelle 9 Berufsgruppen und die Facette "Überprüfung der Arbeitsaufteilung und - abfolge"	35
Tabelle 10 Berufsgruppen und die Facette „Flexible Reaktion auf Probleme“	35
Tabelle 11 Berufsgruppen und die Teamresilienz	36
Tabelle 12 Berufsgruppen und die Facette "Information über aktuelle Entwicklungen“	37
Tabelle 13 Berufsgruppen und die Facette "Darlegung interner Strukturen und Prozesse"	38
Tabelle 14 Berufsgruppen und die Facette "Flexible Bereitstellung von Ressourcen" .	39
Tabelle 15 Berufsgruppen und die organisationale Resilienz	39
Tabelle 16 Wöchentliche Arbeitszeit nach Führungsverantwortung	44
Tabelle 17 Berufserfahrung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung	45
Tabelle 18 Führungsverantwortung und die Facette "Emotionale Bewältigung"	46
Tabelle 19 Führungsposition und die Facette „Positive Umdeutung“.....	47
Tabelle 20 Führungsverantwortung und die Facette "Umfassende Planung"	47
Tabelle 21 Führungsverantwortung und die Facette „Fokussierte Umsetzung“	48
Tabelle 22 Führungsverantwortung und die individuelle Resilienz	48
Tabelle 23 Führungsverantwortung und Facette "Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen“	49
Tabelle 24 Führungsverantwortung und Facette "Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge"	49
Tabelle 25 Führungsverantwortung und die Facette "Flexible Reaktion auf Probleme"	50
Tabelle 26 Führungsverantwortung und die Teamresilienz	50
Tabelle 27 Führungsverantwortung und die Facette "Information über aktuelle Entwicklungen"	51
Tabelle 28 Führungsverantwortung und die Facette „Darlegung interner Strukturen und Prozesse"	51

Tabelle 29 Führungsverantwortung und die Facette "Flexible Bereitstellung von Ressourcen"	52
Tabelle 30 Führungsverantwortung und die organisationale Resilienz	52

1. Einleitung

Wachsende Arbeitsverdichtung, anschwellende Informationsflut, moderne Kommunikationstechnologien, Zunahme der Komplexität der Prozesse sowie der globalisierte Geschäftsverkehr führen zur Verwischung der Grenzen zwischen dem Beruflichen und Privaten sowie einer zunehmenden Überlastung der Beschäftigten (Vgl. Oelsnitz 2012: S. 101, 104; Sommer et al. 2014: S.19). Die Veränderung der Kommunikationswege und -formen steigern den Druck und erfordern immer geringere Reaktionszeiten (Sommer et al. 2014: S. 9). Allein im Jahr 2015 haben psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen in Deutschland 20.279 Millionen Euro Kosten bei 15 bis 65-Jährigen verursacht (Destatis 2017: S. 16).

Im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung kommt es zu einer stetig zunehmenden Arbeitsintensivierung für die Beschäftigten, die durch Multimorbidität der Patienten, Tendenz zu kürzeren Krankenhausaufenthalten sowie zunehmende technische Komplexität der Behandlungen, die eine hohe Qualifikation der Beschäftigten erfordern, bedingt ist (Vgl. Tackenberg et al. 2005: S. 22). Durch den demographischen Wandel verschärft sich die Versorgungssituation fortlaufend. In den kommenden Jahren wird der Anteil der über 65-Jährigen und somit auch pflegebedürftigen Menschen in Deutschland weiter ansteigen (Vgl. Destatis 2016: S. 6–8). Für Pflegekräfte birgt dies eine zunehmende Belastung, die sich in den Fallzahlen widerspiegelt: Seit dem Jahr 1994 sind die Fallzahlen pro Pflegekraft um mehr als ein Drittel angestiegen (Vgl. aerzteblatt.de 2016). Das hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Versorgungsqualität. So bewerten 41,5 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege ihre Arbeitsfähigkeit als mäßig oder schlecht (Vgl. BKK 2017: S. 1).

Für die Führungskräfte innerhalb der Kliniken machen sich die gestiegenen Anforderungen ebenfalls bemerkbar. Aufgrund der hohen Arbeitsdichte ist es deutlich schwieriger geworden im Arbeitsalltag auf die Bedürfnisse der eigenen Mitarbeitenden einzugehen und diese zu entlasten (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 9). Dabei gibt es in der Forschung deutliche Hinweise auf den Einfluss der Führung auf das Wohlbefinden der eigenen Mitarbeitenden. So ist eine gute Führungskompetenz nicht unerheblich für den Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten (Vgl. Badura et al. 2013: S. 104).

Die beschriebene Situation in den Gesundheitsfachberufen erfordert Entwicklungen von gesundheitsfördernden und präventiven Strategien im Hinblick auf die Widerstandsfähigkeit und Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Einen Ansatz hierzu liefert die Resilienzforschung. Der zentrale Fokus liegt hier auf der Frage: Wie gelingt es einigen Menschen die schwierigen Lebensbedingungen und Krisen nicht nur zu bewältigen, sondern auch gestärkt aus solchen hervorzugehen (Sommer et al. 2014: S. 9–10). Wo zunächst der

Fokus der Forschung auf unter Risikobedingungen aufwachsende Kinder gelegt war, beschäftigt diese sich mittlerweile mit Übertragungen der Erkenntnisse ins Erwachsenenalter und Arbeitsleben (Siegrist 2010: 33). Durch die bewusste und proaktive Handhabung und Auseinandersetzung mit dem Thema Resilienz gewinnen Einzelpersonen, Teams und Organisationen die Aussicht sich von Krisen und Herausforderungen nicht lähmen zu lassen sondern nachhaltig und zukunftsorientiert zu handeln (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 27).

Im Rahmen des Projektes „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ gefördert aus den Mitteln des Europäischen Sozialfonds beschäftigt sich das KoPM-Zentrum der HAW Hamburg mit der wissenschaftlichen Begleitung des Teilprojekts „Resilienz im Krankenhaus“ und der Evaluation von dafür entwickelten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen in Kooperation mit Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide sowie dem Klinikum Itzehoe.

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist die Analyse ausgewählter durch das KoPM-Zentrum im Rahmen des Teilprojekts gewonnener Daten. Diese werden im Hinblick auf die Ausprägung der Resilienz bei in den genannten Kliniken beschäftigten Pflege- und Führungskräften zur Ermittlung der derzeitigen Situation im akutstationären Bereich untersucht.

Zunächst erfolgt in den Kapiteln 2 bis einschließlich 4 eine theoretische Einführung in das Thema der Resilienz sowie den Stellenwert der Resilienz bei Führungskräften und innerhalb der Pflegeberufe. Das Projekt „Zukunft durch Bildung - Heute für Morgen“, das dazugehörige Teilprojekt „Resilienz im Krankenhaus“ und die Methodik der Datengewinnung des KoPM-Zentrums werden im Kapitel 5 nahegelegt. Nachfolgend werden in den Kapiteln 6 bis einschließlich 7 die Ergebnisse der Datenauswertung im Hinblick auf Pflege und Führungspersonal vorgesellt. In den Kapiteln 8 und 9 findet die Diskussion und die Interpretation der Ergebnisse mit Benennung der Limitationen der vorliegenden Auswertungen, die mit einem Fazit und Ausblick abschließen.

2. Resilienz

2.1 Die Resilienzforschung

„Das Konstrukt Resilienz ist ein dynamischer oder kompensatorischer Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren. Charakteristisch für Resilienz sind außerdem ihre variable Größe, das situationspezifische Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 13).

Der im Lateinischen vorhandene Begriff "resilire" bedeutet übersetzt ins Deutsche "zurückspringen" oder "abprallen" (Wellensiek/Galuska 2014: S. 21; Leipold 2015: S. 18). Resilienz beschreibt somit die Beschaffenheit eines Gegenstandes, der immer in seinen Ursprungszustand zurückkehrt (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 12). Innerhalb der psychologischen Fachdiskussion werden als Synonyme für Resilienz oft Begriffe wie Widerstandsfähigkeit, psychische Belastbarkeit und psychische Elastizität verwendet (Vgl. Wustmann 2015: S. 18). In der Sozialforschung lässt sich der Begriff ursprünglich in der Kinderpsychologie wiederfinden und beschreibt die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen trotz widriger Lebensumstände und Belastungen biologischen oder physischen, psychischen und sozialen Ursprungs eine positive Entwicklung zu durchleben (Wellensiek/Galuska 2014: S. 21; Murphy 1974 S. 69-100 zit. n. Vgl. Welter-Enderlin 2012: II; Siegrist 2010: S. 15, 31). Eine der wesentlichsten Komponenten der Resilienz ist Umgang mit Veränderungen, bzw. die Anpassung oder Anpassungsfähigkeit an Veränderungen der Umwelt (Vgl. Schram/Schmidpeter 2016: S. 47; Leipold 2015: S. 18). In Stresssituationen sowie Lebenskrisen werden innerliche Prozesse aktiv. Diese vermitteln und regeln, inwiefern die Anpassung des Individuums glückt oder missglückt, wodurch die weitere Entwicklung beeinflusst wird (Vgl. Leipold 2015: S. 43). Insgesamt kann Resilienz als die Fähigkeit eines Systems gesehen werden, externe sowie interne Irritationen auszugleichen ohne daran zu zerbrechen bzw. kaputtzugehen und durch Herausforderungen bzw. Krisen zu wachsen ohne Beeinträchtigungen davon zu tragen (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 21; Wustmann 2015: S. 18; Vgl. Schram/Schmidpeter 2016: S. 47 Leipold 2015: S. 170). Der zentrale Inhalt mit dem sich die Resilienzforschung befasst ist: "Ist die Fähigkeit zu Resilienz in bestimmten Menschen angelegt, oder ist sie ein Produkt guter Förderung in deren Sozialisationsprozess - oder beides?" (Welter-Enderlin 2012: S. 10) mit der gezielten Aufmerksamkeit auf Faktoren die bei Belastungen zu einer positiven Entwicklung führen. Die Resilienzforschung bezieht in die Betrachtung neben kognitiven und intrapsychischen Faktoren auch soziale und materielle Ressourcen mit ein (Vgl. Siegrist 2010: S. 15).

Die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy E. Werner begann erstmals eine Längsschnittstudie mit dem Fokus auf Resilienz im Jahr 1955 auf der Hawaii-Insel Kauai. Bis ins Erwachsenenalter begleitete sie die Entwicklung von 698 auf Kauai geborenen Kindern mit unterschiedlichen Lebensbedingungen (Werner 1992: S. 262–263). Die Forschung ließ die Erkenntnis zu, dass die Umweltbedingungen genauso relevante Determinanten in der Entwicklung der Kinder darstellen wie auch genetische oder biologische Faktoren (Vgl. Werner 1992: S. 263). Etwa fünfundfünfzig Prozent der in der Studie teilgenommen Kinder wuchsen in extremer Armut auf, zehn Prozent erlebten Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt, manche von denen erlebten schwere

Traumata während der Schwangerschaft. Der Rest der Stichprobe stammte aus wohlbehüteten Umfeldern (Werner 1992: S. 263). Das bemerkenswerte an den Ergebnissen der Forschung war, dass manche Kinder trotz widriger Umstände eine positive und normale Entwicklung bis zum Erwachsenenalter durchlebt haben (Werner 1992: S. 262–268).

Parallel läutete Aaron Antonovsky den Perspektivwechsel in der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit in den Gesundheitswissenschaften mit dem Salutogenese-Konzept ein. Wo vorherige Konzepte an der Entstehung der Krankheit ansetzten (zum Beispiel das biomedizinische Krankheitsmodell), setzte sich Antonovsky mit der Entstehung von Gesundheit auseinander (Vgl. Antonovsky 1997: S. 21–31).

Nach den 1980 Jahren stieg das empirische Interesse für die Resilienzforschung in der psychopädagogischen Forschung weiter an (Vgl. Siegrist 2010: S. 33).

In einer deutschen Untersuchung am Bielefelder Sonderforschungsbereich (Deutsche Forschungsgemeinschaft) mit Jugendlichen aus siebenundzwanzig Heimen der Wohlfahrtspflege, die ein hohes Risiko für Erlebens- und Verhaltensprobleme aufwiesen, stellten die Forschenden Gruppen von Jugendlichen mit (A) normalen und (B) pathologischen Entwicklungsprozess einander gegenüber. Dabei wurden bestimmte resiliente Muster bei Jugendlichen mit einer (A) normalen Entwicklung festgestellt. Zum Beispiel hatten diese (A) Jugendlichen ein weniger impulsives Temperament, realistischere Zukunftsperspektiven, ein aktiveres Bewältigungsverhalten sowie geringeres Gefühl der Hilflosigkeit, größeres Selbstvertrauen und eine größere Leistungsmotivation (Vgl. Lösel/Bender 1999: S. 38). Dies zeigt, dass Menschen aus schwierigen Verhältnissen durchaus die Chance zu einer positiven Entwicklung besitzen (Vgl. Leipold 2015: S. 18). In der Resilienzforschung wird davon ausgegangen, "[...] dass die Entwicklung dieser Muster nicht auf spezifische Lebensphasen beschränkt oder mit einer bestimmten Lebensphase abgeschlossen ist, sondern lebenslang andauert. Resilienz beschreibt demnach spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster der Krisenbewältigung einerseits, ihre Entwicklung in immer neuen Erfahrungen der Bewältigung von den Krisen andererseits" (Hildenbrand 2012: S. 205).

Zusammenfassend betrachtet die Resilienzforschung drei Ausrichtungen:

- Die positive und gesunde Entwicklung trotz widriger risikobehafteter Umstände (z.B. Forschung von E. Werner),
- die Beständigkeit, d.h. das Gesundbleiben, trotz dauerhafter widriger Umstände und
- die positive und gesunde Regeneration von traumatischen Situationen (Vgl. Wustmann 2015: S. 19; Vgl. Sommer et al. 2014: S. 12–13).

Zwei Aspekte der Resilienz können hervorgehoben werden: Die Aufrechterhaltung und die Regeneration der Funktionsfähigkeit (Vgl. Wustmann 2015: S. 19). Insgesamt wurden in der Forschung verschiedene Einflussfaktoren aufgedeckt, die eine gesunde Entwicklung bedingen können. Neben internalen angeborenen Eigenschaften und erworbenen Fähigkeiten stehen externale umweltbezogene Faktoren (Vgl. Werner 1992: S. 265–267). So können Risiko- und Schutzfaktoren in mehrere Ursprungsfaktoren unterteilt werden: Physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 22).

Das Gegenstück zu Resilienz ist die Vulnerabilität (Verletzbarkeit, Verwundbarkeit) (Vgl. Wustmann 2015: S. 22). Anhang 1 stellt einen Einblick in Form eines Exkurses zu Vulnerabilität dar.

Auffällig ist zudem die Heterogenität und die Vielzahl der Begrifflichkeiten in Bezug auf die Faktoren bzw. Ressourcen sowie Prozesse der Resilienz, die in der Literatur zu finden ist (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 19). Oftmals wird kein Unterschied zwischen Ressourcen und Prozessen gezogen.

A. S. Masten fasst 2001 die Forschungsergebnisse zusammen und nennt internale und externale protektive Ressourcen, die für Resilienz bedeutsam sind: Bindungssysteme, menschliche Informationsverarbeitungssysteme und Selbstregulationssysteme für Aufmerksamkeit. Masten nennt ebenfalls Emotion, Erregung sowie Verhalten und Bewältigungsmotivationssysteme als Ressourcen. Ebenfalls fallen Familiensysteme, kommunale Organisationssysteme, Spiritualität und religiöse Systeme darunter (Vgl. Masten 2001: S. 212).

Zusammenfassend wird die Resilienz durch das Wirken von Risiko- und Schutzfaktoren sowie der adaptiven Prozesse bedingt (Vgl. Leipold 2015: S. 33). Der Mechanismus der Resilienz (vgl. Abbildung 1) bedeutet zum einen, es liegt eine signifikante Bedrohung vor, zum anderen besteht ein erfolgreicher Bewältigungsversuch der belastenden Umstände (Vgl. Wustmann 2015: S. 18; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 10).

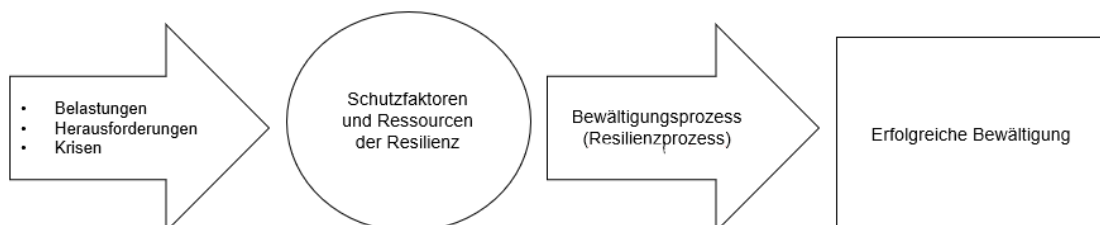


Abb. 1: Der Mechanismus der Resilienz (Quelle: eigene Darstellung)

Seit jüngerer Zeit beschäftigt sich die Resilienzforschung mit Übertragungen der Forschungserkenntnisse ins Erwachsenenalter und Arbeitsleben (Vgl. Siegrist 2010: S. 15). Das Forscherteam von Soucek et al. (2016) betrachtet die Resilienz im Arbeitskontext in Hinblick auf drei verschiedene Wirkungsebenen der Resilienz: Individuelle, Team-, und die organisationale Resilienz. Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

2.2 Wirkungsebenen der Resilienz

Die drei Wirkungsebenen der Resilienz mit Bezug auf die individuelle, Team- und organisationale Resilienz werden nachfolgend näher erläutert.

Individuelle Resilienz

Belastungen der modernen Arbeitswelt können vielfältig sein (Vgl. Höher 2018: S. 69–70). Es kann eine psychische Beanspruchung durch Faktoren wie Lärm, Hitze und Arbeitszeiten stattfinden. Kognitive Stressoren wie die Arbeit unter Zeitdruck oder Ungewissheit über für die Zielerreichung notwendiger Vorgehensweisen können Stressgefühle auslösen. Hinzu kommen emotionale Stressoren wie Rollenkonflikte sowie soziale Stressoren, die durch Zusammenarbeit mit Kollegen entstehen können (Oelsnitz 2012: S. 102–103). Sowohl Einzelarbeit als auch Teamarbeit können Stresszustände begünstigen (Vgl. Höher 2018: S. 69). "Erkrankungsgefahr besteht immer dann, wenn den aus der Arbeitstätigkeit resultierenden Anforderungen keine entsprechenden kognitiven, motorischen, sozialen oder emotionalen Kompetenzen der jeweiligen Person gegenüberstehen" (Oelsnitz 2012: S. 105).

Auch am Arbeitsplatz verfügen resiliente Menschen über die Fähigkeit sich *Ressourcen und Verhaltensweisen* anzueignen, diese in schwierigen Situationen zu nutzen und sich dadurch weiterzuentwickeln (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 10). Emmy E. Werner fasst 1999 individuelle Eigenschaften zusammen, die eine gute Widerstandsfähigkeit bei Kindern bedeuten: Hierzu gehören Konstitution- und Temperamenteigenschaften, Kommunikation- und praktische Problemlösungsfähigkeit, Intelligenz und schulische Kompetenz, Fähigkeit zu planen sowie das Vertrauen an die Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen. Diese Eigenschaften entsprechen den resilienten Eigenschaften einer Person im Erwachsenenalter (Vgl. Werner 1999: S. 27–28). Neben Werner haben auch andere Forschergruppen ähnliche Faktoren definiert, die Resilienz einer Person kennzeichnen (WHO 1994 zit. n. Vgl. Bühler/Heppekausen 2005: S. 16–18; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 43; Bengel et al. 2009: S. 51–86; Sommer et al. 2014: S. 24; Fröhlich-Gildhoff et al. 2019: S. 14–27).

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse nennen 2019 sechs Kompetenzen bzw. personale Ressourcen einer resilienten Person (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 43–57). (Die Begriffe „individuelle“ und „personale“ Resilienz werden in der Literatur oft als

Synonyme verwendet.) Eine der resilienten Eigenschaften ist die (1) Selbstwahrnehmung (Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 43). Die Grundlage der resilienten Wirkung der positiven Selbstwahrnehmung wird durch eine breite Forschungslage bestätigt (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 66). Resilienz wird durch das Bewusstwerden von eigenen Handlungsmöglichkeiten gestärkt. Die eigene Wertschätzung nimmt unmittelbaren Einfluss auf Achtsamkeit für sich und für die Umgebung (Vgl. Schram/Schmidpeter 2016: S. 203). Die (2) Selbstwirksamkeit stellt ebenfalls einen Resilienzfaktor dar und ist in der Literatur mehrfach als individueller Schutzfaktor genannt worden (Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 46; Bengel et al. 2009: S. 75–77). Selbstwirksamkeit bedeutet die Erwartung zu haben, dass bestimmte Veränderungen steuerbar und durch bestimmte Bemühungen zu erreichen sind (Vgl. Leipold 2015: S. 143). In dem Salutogenese-Modell von A. Antonovsky ist der "Kohärenzsinn" das Vertrauen, auf sein eigenes Leben Einfluss nehmen zu können (Wellensiek/Galuska 2014: S. 65). Ein weiterer Faktor ist die (3) Selbstregulation (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 77; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 48). Dieser Schutzfaktor ermöglicht eigene Gefühle in Intensität und Dauer zu kontrollieren und somit eigene Verhaltensweisen zu beeinflussen (Vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2019: S. 17). Die (4) soziale Kompetenz als Schutzfaktor (Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 50) bedeutet die Fähigkeit Beziehungen mit anderen Menschen aufbauen und aufrechterhalten sowie andere Menschen einschätzen zu können und empathisch zu sein (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 84). Ebenfalls ein wichtiger Schutzfaktor ist die (5) Bewältigungskompetenz, die eine Entwicklung aktiver Strategien zum Herantreten an die Herausforderung bedeutet (Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 52; Bengel et al. 2009: S. 80). Die Fähigkeit des (6) Problemlösens, als sechste individuelle Kompetenz, hilft dabei „[...]Schwierigkeiten angemessen bewältigen zu können; sie ist aber auch wichtig für die allgemeine Entwicklung [...]“ (Vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2019: S. 27). Eine weitere für den beruflichen Kontext relevante Ressource, die der psychischen Gesundheit beiträgt, ist der Optimismus (Soucek et al. 2016: S. 133). Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann nennen außerdem Faktoren wie der allgemeine Gesundheitszustand (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 51), möglicherweise das weibliche Geschlecht, die Studienlage weist hier heterogene Ergebnisse vor (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 62–64), positive Lebenseinstellung und Spiritualität, wobei auch hier die Studienlage uneinheitlich ist (Vgl. Bengel et al. 2009: S. 68–69). Bezüglich des psychischen Wohlbefindens spielt die Achtsamkeit für sich und für andere eine wichtige Rolle (Hülshager et al. 2012: S. 319–322) und ist vor allem für den beruflichen Kontext von Relevanz (Soucek et al. 2016: S. 133). Zudem ist die Pflege sozialer Beziehungen im nahen sowie weiten Umfeld von Bedeutung (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 23; Höher 2018: S. 52). Nennenswert als empfundene Ressource im Arbeitsleben ist

zudem die Unterstützung des direkten Vorgesetzten (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 82).

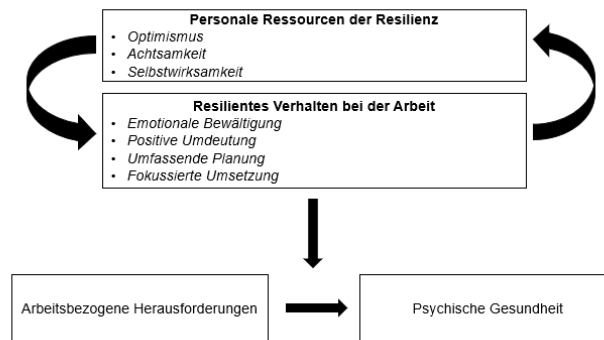


Abb. 2: Personelle Ressourcen und Prozesse der Resilienz bei der Arbeit (Soucek et al. 2015: S. 19)

Soucek et al. definieren 2015 relevante personelle Ressourcen sowie relevantes Verhalten (Resilienzprozess) zur Bewältigung arbeitsbezogener Herausforderungen und Erhalt der psychischen Gesundheit im Arbeitskontext (Abb. 2).

Teamresilienz im Arbeitsleben

Wichtige Aspekte sind im Gesundheits- und Sozialwesen die Zusammenarbeit mit Kollegen sowie das Gefühl ein Teil der Gemeinschaft zu sein (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 81–82). Menschlicher Zusammenhalt und damit das Zusammengehörigkeitsgefühl unter Kollegen steigert die Arbeitsfähigkeit jeden einzelnen Mitarbeitenden (Vgl. Badura et al. 2013: S. 108). Aufgrund des hohen Zeitanteils, die die Mitarbeitenden innerhalb der Teams verbringen, hat dies unmittelbar Auswirkungen auf das Wohlergehen derer (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 111). In diesem Zusammenhang ist der Erfolg der Teamarbeit für den Erfolg des Einzelnen und der Gesamtorganisation verantwortlich (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 111).

Einige Ansätze der individuellen Resilienz lassen sich auf das Team übertragen (Huber 2019: S. 23). Teamresilienz bedeutet nicht nur Überwindung von Krisen oder Hoch-Risiko-Situationen, sondern auch Bewältigung von Herausforderungen und veränderten Umweltbedingungen (Vgl. Semling/Ellwart 2016: S. 120). Sie „umfasst [...] vor allem jene interpersonalen Prozesse, die zu einer flexiblen Anpassung des Teams an geänderte Anforderungen beitragen“ (Soucek et al. 2016: S. 134).

"Teamresilienz wird definiert als spezifische Prozesse der kognitivemotionalen Situationsbewertung, Handlungsplanung und Kommunikation eines Teams unter kritischen Ausnahmesituationen, unter Rückgriff auf die vorhandenen teambezogenen und individuellen Ressourcen" (Semling/Ellwart 2016: S. 119).

Forschungsergebnisse tragen verschiedene Grundlagen zur Entstehung von *Belastungen* bzw. Krisen in Teams zusammen. Von Relevanz ist die Trennung von internalen und externalen Ursachen (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 111). Zu den teaminternen Ursachen gehören zum Beispiel Konfliktsituationen innerhalb des Teams, mangelnde Kommunikation, selbstverursachte Niederlagen, Fehlverhalten und erhöhte Krankheitsfälle im Team. Wo internale Ursachen teaminterne Strukturen beinhalten, fassen die externalen die teamexternen Ursachen wie Konflikte mit anderen Teams, Kunden oder Lieferanten, Fehlverhalten des Managements, Zeitdruck von außen, mangelnde Ressourcen sowie technische Probleme usw. zusammen (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 111-112). Zudem spielen die Kognitionen, Emotionen, Charaktereigenschaften der einzelnen Teammitglieder, also die individuelle Resilienz, sowie Einstellungen der Einzelnen und Veränderungen dieser eine große Rolle (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 112).

Kurzfristig tragen *Ressourcen und Verhaltensweisen* einer beständigen Teamresilienz der besseren Stressbewältigung mit einer geringeren psychischen Beanspruchung der Teammitglieder bei. Mittel- und langfristig kann sie zu Teamentwicklungsprozessen beitragen: Das Team ist der Arbeitssituation und deren Anforderungen gewachsen, Krisen können erfolgreich bewältigt und reflektiert werden, die Kritikalität neuer Anforderungen kann reduziert werden (Vgl. Semling/Ellwart 2016: S. 127). Resiliente Teams haben bessere Leistungen, hohe Team-Selbstwirksamkeit sowie großen Arbeitseinsatz und bessere Kooperationsfähigkeit (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 114). Eine weitere Ressource für die Resilienz im Team ist die Verfügung über das Wissen über aktuelle interne Kapazitäten. Die Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen kann somit schnell erkannt werden. Dies bietet eine Grundlage zur schnellen Anpassung der internen Ressourcen und der Bewältigung der bestehenden Diskrepanz (Soucek et al. 2016: S. 134; Schulte/Kauffeld 2017: S. 115). Zudem bieten gute Kommunikationsstrukturen innerhalb des Teams die Grundlage zur Krisenerkennung, -vorbeugung und -bewältigung. Sie ermöglichen den Teammitgliedern eine gemeinsame Bewertung und Austausch über aktuelle Herausforderungen und bieten den Raum für die Planung der weiteren Vorgehensweise. Vorangegangene Herausforderungen werden analysiert, die daraus resultierenden Erkenntnisse können dann bei zukünftigen Krisensituationen angewendet werden. Relevante Teamprozesse wie zum Beispiel Teammeetings oder andere Verfahren werden durch das resiliente Team auch in Krisensituationen fortgeführt (Schulte/Kauffeld 2017: S. 115).

Organisationale Resilienz

Die Ansätze der individuellen Resilienz sind für die organisationale Resilienz von großem Interesse. Der Grund hierfür ist die Zusammenstellung einer Organisation. Diese besteht

aus Individuen, die das resiliente Verhalten der Gesamtheit erst ermöglichen (Gelbmann/Peskoller 2016: S. 29). Ebenso wie das Individuum sich auf die Organisation auswirkt, wirkt sich die Organisation auf die Individuen aus: es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der gelebten Unternehmenskultur und Partizipationsmöglichkeiten und dem Umfang mit psychosomatischen Beschwerden (Vgl. Badura et al. 2013: S. 105).

Organisationale Resilienz beschreibt die Fähigkeit von Organisationen sich positiv an herausfordernde Geschehnisse anzupassen, in Krisen sowie Veränderungsprozessen lebendig, wirksam und achtsam zu handeln und sich zu entfalten (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 24–25; Rolfe 2019: S. 27). Diese Fähigkeiten der stetigen Anpassung und der Reaktion auf die wechselnden Bedingungen sichern den dauerhaften Fortbestand des Unternehmens (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 16). Resilienz "resultiert aus einem prozesshaften, dynamischen Kräftespiel des Schaffens und Bewahrens von kognitiven, emotionalen, strukturellen oder auf Beziehungen gerichteten Ressourcen" (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 25). Die organisationale Resilienz kann als Systemresilienz gesehen werden, da verschiedene Elemente innerhalb einer Organisation voneinander und von ihrem Umfeld abhängig sind. Die Systemresilienz beinhaltet das "[...] das kompetente und nachhaltige Handeln gemäß der wesentlichen Werte eines Unternehmens, einer Organisation, einer Kommune, einer Gesellschaft oder gar unser globalen Gemeinschaft" (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 25). Die organisationale Resilienzforschung setzt an fünf Ausrichtungen an:

- Organisationale Antworten auf externe Herausforderungen,
- organisationale Zuverlässigkeit,
- Mitarbeiterstärken,
- die Anpassungsfähigkeit von Businessmodellen und
- resilientes Supply Chain Management (Vgl. Linnenluecke 2017: S. 4–30).

Innerhalb der Gesamtorganisation wird die Resilienzfähigkeit auf drei Dimensionen ausgelegt:

- Die kognitive Dimension (Vgl. Lengnick-Hall et al. 2011: S. 243–255), die eine positive und konstruktive Grundhaltung beinhaltet (Vgl. Rolfe 2019: S. 42);
- Die verhaltensbezogene Dimension (Vgl. Lengnick-Hall et al. 2011: S. 243–255), diese beinhaltet Einfallsreichtum und Eigeninitiative sowie Nutzung der erlernten Ressourcen im Hinblick auf die Agilität sowie Nutzung von unternehmensinternen Gewohnheiten und Routinen (Vgl. Rolfe 2019: S. 43)

- Die kontextuelle Dimension (Vgl. Lengnick-Hall et al. 2011: S. 243–255), diese beinhaltet neben einem sicheren Umfeld den Besitz von umfassendem Sozialkapital und Ressourcennetzwerke (Vgl. Rolfe 2019: S. 43).

Diese Dimensionen oder Fähigkeiten sind auf drei Ebenen innerhalb der Organisation zu finden: Hierzu gehören die Beschäftigtenebene, die Führungsebene und die Gesamtorganisationsebene (Tirpitz et al. 2018: S. 771).

Organisationale Resilienz misst die Bedeutung weniger den Eigenschaften einer Organisation bei, sondern vielmehr den Prozessen zur Bewältigung von Krisen (Soucek et al. 2016: S. 134). Die positive Anpassung an die herausfordernden Geschehnisse birgt die Bereitschaft und Motivation einer Organisation aus Problemsituationen resistenter und ressourcenreicher hervorzugehen. Solche Antworten oder Reaktionen der Organisation ordnen sich, je nach Ursache, den Kategorien anpassend-adaptiv oder den Ausgangszustand aufsuchend zu (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 24–25). Das Zusammenwirken von Führungs- sowie Unternehmenskultur kann Entwicklungsmöglichkeiten für die Organisation darstellen. Die Steigerung der persönlichen Resilienz und der Widerstandskraft der Führungskräfte sind die ersten Bemühungen auf dem Weg zu einer resilienten Organisation (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 116–117) Zudem ist die Resilienz mit einem proaktiven Ansatz der Anpassung verbunden. So können große und unerwartete Probleme oder Herausforderungen bewältigt werden. Der reaktive Ansatz bringt die Organisation in die Lage der Inflexibilität und der Reaktionsnot, sodass hauptsächlich vorhersehbare Störungen gut bewältigt werden können (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 30–31).

Als Krisen bzw. *Belastungen*, die einen Resilienzprozess einleiten, können Terrorismus, Umweltkatastrophen, politische Instabilität gesehen werden, die zum Beispiel zu einem Ausfall von Mitarbeitenden oder Lieferengpässen führen können. Störungen wie Managementwechsel, Veränderungen in Prozessen oder strategische Umbrüche können auch darunter fallen (Rolfe 2019: S. 25). Die Ursachen können den Kategorien wie akut-krisenhaft oder latent-dauerhaft untergeordnet werden (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 24–25).

Weitere *Ressourcen und -prozesse* einer resilienten Organisation sind gute Kenntnisse über Ausmaße der eigenen Vulnerabilität und Nutzung der Anpassungsfähigkeit als einen Wettbewerbsvorteil (Vgl. Buchholz/Knorre 2012: S. 8). Freie Kommunikationskultur und der Umgang mit Informationen, adäquate Verteilung der Ressourcen sowie gewisse Autonomie der Organisationsmitglieder bilden einen resilienten Rahmen (Vgl. Gelbmann/Peskoller 2016: S. 26). Eine resiliente Organisation befindet sich im stetigen Dialog mit den Stakeholdern. Dieser trägt der Entwicklung von gemeinsamen Werten und

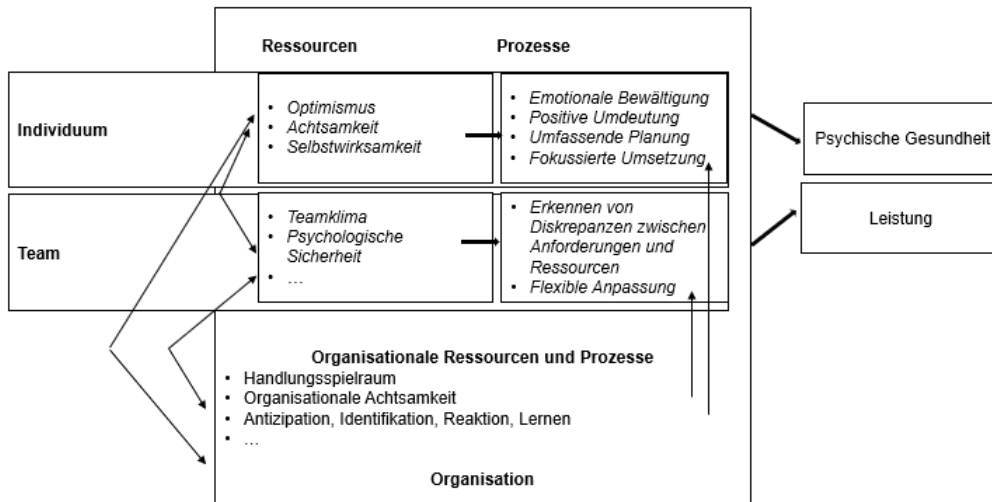


Abb.3: Wirkungsebenen der Resilienz (in Anlehnung an Soucek et al. 2016: S. 132)

dem Weiterausbau der organisationalen Resilienz. Unter dieser Perspektive können Krisen als Gelegenheiten verstanden werden. Der Grad der Wertschöpfung verbessert sich nicht nur für die Organisation selbst, sondern für ihre Stakeholder und die Gesellschaft (Vgl. Goldhahn 2016: S. 129–130). Die Abbildung 3 bildet das Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen im Unternehmen ab. Die Organisation stellt hier ein Umfeld dar, in dem Teams und Personen agieren können. So sollte bei einer Interventionsplanung zur Resilienzförderung ein ganzheitlicher Ansatz gewählt werden. Im Anhang 2 sind ausgewählte Ansätze in Form eines Exkurses vorgestellt.

3. Stellenwert der Resilienz in der Pflege

„Es gibt Berufe, in denen die Gefahr des Überengagements aufgrund der empfundenen Sinnhaftigkeit besonders groß ist. Dazu zählen jene, in denen die Bedeutsamkeit der Tätigkeit – und somit die wichtigste Facette der Sinnhaftigkeit – unmittelbar erlebt wird“ (Schnell 2018: S. 18).

Die Arbeitswelt verändert sich rasant. Die zunehmende Digitalisierung in den meisten Bereichen bringen Umstrukturierungen und neue Abläufe in die Arbeitsprozesse (Vgl. Becker et al. 2019: S. 3). Die Globalisierung hat unsere Arbeitswelt enorm erweitert und einen weltweiten Handel und Kommunikation geschaffen. Dazu kommt der kulturelle und gesellschaftliche Wandel, der neue Familien- und Beziehungsstrukturen sowie Konsumverhalten mit sich brachte (Vgl. BMAS 2017: S. 18) Einerseits ermöglicht das den Akteuren der Arbeitswelt produktiver, flexibler und ständig mit den Kollegen am anderen Ende der Welt vernetzt zu sein. Andererseits entsteht dadurch ein Veränderungs-, Innovations- und Anpassungsdruck. Diesem Druck müssen die Beschäftigten heutzutage

standhalten (Vgl. BMAS 2017: S. 18). Daraus können Überlastungen, Zukunftsunsicherheiten und Stress resultieren (Oelsnitz 2012: S. 101). Mitarbeitende werden zunehmend als Material und kognitive Ressource betrachtet und hauptsächlich durch deren Leistung wertgeschätzt. Der emotionalen Ebene wird im Unternehmen oft keine Beachtung geschenkt, da der Fokus auf der Wertschöpfung liegt (Vgl. Oelsnitz 2012: S. 104).

In der Gesundheitsbranche empfinden die Beschäftigten eine hohe Stresszunahme (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 90; BAuA 2012: S. 2). Eine Vielzahl an Umstrukturierungen innerhalb des Unternehmens in Gesundheitswesen erhöhen die Belastung und schwächen die Nachvollziehbarkeit der Prozesse (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 67). Stressoren wie Wochenend-, Feiertagsarbeit und ein hoher Schichtarbeitsanteil tragen ihren Anteil an Mehrbelastung bei (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 59). Der häufige Pausenausfall zuzüglich der Vereinbarkeitsprobleme durch die Vermischung des Privaten mit dem Beruflichen werden als anstrengend empfunden (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 60). Typisch für Gesundheitsfachberufe ist das Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit und quantitativen Überforderung, körperlichen und emotionalen Erschöpfung (Vgl. Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 169–175). Etwa 86 Prozent aller Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen geben an, mindestens eine körperliche oder psychische Beschwerde zu haben. 61 Prozent sind von psychischen Leiden betroffen (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 99).

Insbesondere die Pflegeberufe sind überdurchschnittlich oft von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Beschwerden betroffen (Marschall et al. 2019: S. 192; BAuA 2012: S. 1–2). Etwa 35 Prozent der Krankenpfleger/-innen leiden zudem unter drei oder vier psychovegetativen Belastungen wie nächtliche Schlafstörungen (BAuA: S. 2). Die Veränderung der Gesellschaft und Arbeitswelt bringen neben einer steigenden Lebenserwartung auch die Zunahme an Pflegebedürftigkeit mit sich, was einen stetig steigenden Bedarf an Pflegekräften bedingt (TK 2019: S. 15), die ihrerseits ebenfalls vom demografischen Wandel betroffen sind und im Schnitt älter werden (Vgl. BAuA 2012: S. 1). Daraus resultiert der im aller Munde liegende Fachkräftemangel (BAuA 2012: S. 1).

Besonders die Beschäftigten der Pflegebranche fühlen sich aufgrund der steigenden Arbeitsmengen überfordert und agieren oft an der Grenze der Leistungsfähigkeit (Vgl. BAuA 2012: S. 2). Verglichen mit ArbeitnehmerInnen der anderen Branchen sind davon doppelt so viele betroffen (Vgl. BAuA 2012: S. 2) Über der Hälfte der Gesundheits- und Krankenpflegenden empfinden einen erhöhten Termin und Leistungsdruck (Vgl. BAuA 2012: S. 1). Ein Viertel der Personen gibt sehr häufig an, verschiedene Bereiche und Arbeitsabläufe gleichzeitig betreuen zu müssen (Vgl. BAuA 2012: S. 2). Etwa 90 Prozent der Pflegenden sind in Wechselschichten tätig, dies kann als belastend empfunden werden (Pinzon et al. 2018: S. 3). Ein Drittel der Beschäftigten der Pflegebranche geben an,

dass in der vereinbarten Wochenarbeitszeit die anstehende Arbeit nicht zu schaffen ist, etwa zwanzig Prozent sind dadurch gezwungen jede Woche fünf bis zehn Überstunden leisten zu müssen. Dabei empfindet etwa ein Viertel der Pflegenden, dass bei der Arbeitszeitplanung kaum Rücksicht auf die private Zeitgestaltung genommen wird (Pinzon et al. 2018: S. 3). Regelmäßig kommt es bei der Hälfte der Beschäftigten zum Pausenausfall. Dies geschieht bei 81 Prozent des Pflegepersonals durch den Überschuss an Arbeit, bei 75 Prozent wird die Erholungspause für Arbeitsabläufe als unpassend empfunden (Pinzon et al. 2018: S. 3). Oft fehlt am Arbeitsplatz die wichtigste Komponente der guten Zusammenarbeit, die durch mangelnde Kommunikation oder die fehlenden Fachkenntnisse bedingt ist (Pinzon et al. 2018: S. 4). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen erfahren Pflegenden weniger Unterstützung durch direkte Vorgesetzte (Vgl. BAuA 2012: S. 2).

Zu den zentralen im Pflege-Report 2016 genannten *Belastungsfaktoren* gehören zudem die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung sowie Unzufriedenheit mit der Vergütung. Weitere Schwierigkeit ist die Infektionsgefährdung, der die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind. Auf der individuellen Ebene sind zentrale Belastungsfaktoren wie die ständige Konfrontation mit Krankheit, Leid sowie Tod der Klienten und individuellen psychischen Beschwerden der einzelnen Beschäftigten, die eine hohe personelle Resilienz erfordern, zu berücksichtigen (Auflistung der Belastungen im Pflegeberuf im Anhang 3) (Höhmman et al. 2016: S. 74–75). Auffällig ist, dass die Pflegenden ihre Arbeitsbedingungen in fast jeder Hinsicht schlechter bewerten als der Durchschnitt aller anderen Berufsgruppen (Schmucker 2019: S. 52).

Im Jahr 2017 nahmen die psychischen Beschwerden die zweithöchste Stellung in der Anzahl der Fehltage bei allen Pflegenden ein, in der Gesundheits- und Krankenpflege die dritthöchste nach Atemwegs- und Muskel/Skelett-Erkrankungen (Vgl. Meyer et al. 2018: S. 459-460). Psychische Verhaltensstörungen führen zu einer hohen Anzahl von Fehltagen und sind generell für Sozialberufe sehr prägend (Vgl. Meyer et al. 2018: 372, 379). Jedoch liegt die Anzahl an Fehltagen bei Pflegenden auf einem deutlich höherem Niveau im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen (TK 2019: S. 26), was auf die Vielzahl der Belastungsfaktoren zurückzuführen sein kann. Psychische Beschwerden bergen nicht nur aufgrund der Krankschreibungen bzw. der Fehlzeiten der Mitarbeitenden hohes Kostenrisiko für die Arbeitgebende: Sie können zu Arbeitsunfähigkeit oder Frühverrentung sowie zum Berufsausstieg der Beschäftigten führen. Zusätzlich besteht das Risiko die Organisationsstrukturen sowie Team- und Kollegenzusammenhalt zu belasten. Bei Präsentismus kann sich die Erkrankung auf die Arbeitsprozesse auswirken und zu Fehlleistungen und -einschätzungen führen (Schirmer/Woydt 2016: S. 246). Für den Klienten kann dies fatale Folgen haben. Aufgrund der hohen Belastungen und

Anforderungen ist der Anteil der Beschäftigten, die mehr als zwanzig Jahre im Beruf verbleiben, gering (BAuA 2012: S. 2).

Die Forschenden der NEXT-Studie haben festgestellt, dass solche psychische Erschöpfungszustände unmittelbar eine Absicht zum Berufsausstieg nach sich ziehen können (Hasselhorn et al. 2005).

Trotz der vielen berufsbezogenen Belastungen verfügen Pflegende über viele resiliente *Ressourcen und Verhaltensweisen*. Untersuchungen zeigen, dass trotz der widrigen Arbeitsumstände über 90 Prozent der Pflegenden ihre Arbeit als gesellschaftlich relevant empfinden (Pinzon et al. 2018: S. 3; Schmucker 2019: S. 52) und mehr 80 Prozent mit ihrer Beschäftigung zufrieden sind (Pinzon et al. 2018: S. 3). Ein hoher Teil der Beschäftigten kann sich mit der Arbeit identifizieren und erlebt unmittelbar die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit, was als Ressource gesehen werden kann, um belastende Arbeitserfahrungen zu bewältigen (Schmucker 2019: S. 52). Als weitere Ressourcen zur Bewältigung widriger Umstände am Arbeitsplatz werden durch Pflegende selbst die Aspekte „Humor“ (circa 92 Prozent), „Selbstfürsorge“ sowie „Dank der Angehörigen“ (circa 89 Prozent) und „eine professionelle Haltung“ bzw. „Distanzierung“ (circa 88 Prozent) angenommen (Pinzon et al. 2018: S. 4).

Um den widrigen Umständen am Arbeitsplatz standzuhalten, ist es von besonderer Relevanz die individuellen Kompetenzen sowie Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Die Resilienzstärkung und Stärkung der individuellen Stressbewältigung könnten im Umgang mit Stressoren eine gute Abhilfe verschaffen (Vgl. Drupp/Meyer 2019: S. 43). Beschäftigte mit einer stärker ausgeprägten Resilienz berichten über ein gesteigertes Gefühl der Leistungsfähigkeit. Beobachtungen zur Folge sind sie weniger zynisch und emotional erschöpft (Mourlane/Hollmann 2016: S. 124).

In der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich die großen Akteure des deutschen Gesundheitswesens für die Stärkung der Gesundheit und der Entwicklung von Resilienz bei beruflich Pflegenden durch Länder und Kommunen ein. Die Maßnahmen sollen bereits während der Ausbildung und ersten Berufsjahren angeboten und deren Etablierung evaluiert werden (BMFSFJ 2019: S. 68).

Da die Diskrepanz zwischen vorhandenen Ressourcen und hohen Anforderungen sowie Arbeitsmengen in den Pflegeberufen besonders groß ist, sollte die Resilienzstärkung nicht die alleinige Maßnahme zur Stärkung der Pflegenden im Arbeitsalltag darstellen (Schmucker 2019: S. 58). Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen wie angemessenes Einkommen, attraktive Weiterentwicklungsmöglichkeiten und gute Organisation können damit nicht ersetzt werden (Schmucker 2019: S. 58; Pinzon et al. 2018: S. 6). Denn schlechte Arbeitsbedingungen in den Pflege erhöhen nicht nur die Gesundheitsrisiken

für die Beschäftigten, sondern bringen eine schlechtere Versorgungsqualität und damit steigende Kosten durch Fehlbehandlungen, mit sich (Schmucker 2019: S. 58).

4. Resilienz und gesunde Mitarbeiterführung

„Beim Thema Führung geht es heute ja nicht mehr darum, auf ruhigem Wasser Ruderboot-Mannschaften nach genau definierten Regeln gegen die Konkurrenz-Boote anzutreiben.

Vielmehr müssen Führungskräfte mit ihren Teams in Schlauchbooten durch unberechenbare Wildwasser navigieren. Die Gefahren hinter der nächsten Kurve können nur bewältigt werden, wenn alle blitzschnell, flexibel und furchtlos agieren, mit einem klaren Blick auf das gemeinsame Ziel“ (Alexandra Altmann in Covey/Whitman 2010: S. 7).

Nach aktuellen Begriffsbestimmungen lässt sich der Begriff der Führung so zusammenfassen: "(a) Führung [ist] ein Prozess [...], (b) [der] die Beeinflussung anderer beinhaltet, (c) im Kontext einer Gruppe passiert, (d) [der] die Erreichung von Zielen beinhaltet, und (e) diese Ziele von Führenden und Geführten geteilt werden" (Walenta 2012: S. 496). Eine weitere ähnliche Definition für Personal- bzw. Mitarbeiterführung ist:

*"Folgendes Verständnis wird im Weiteren zugrunde gelegt: Personalführung, synonym Mitarbeiterführung, ist ein dynamischer, wechselseitiger und ethisch legitimer **Einflussprozess** [sic!], um das Verhalten eines oder mehrerer Mitarbeiter in einer interaktionalen Beziehung auf die Einhaltung bzw. Erreichung bestimmter **Werte** [sic!] und **Ziele** [sic!] der Organisation hin auszurichten" (Schirmer/Woydt 2016: S. 2).*

Mit der Veränderung der Arbeitswelt begleiten die Führungskräfte aus verschiedenen Branchen die steigende Anzahl sowie Komplexität der Anforderungen und Verantwortlichkeiten (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 88). Bei gleichbleibender Führungsverantwortung kam es durch die Digitalisierung und Globalisierung zu einer Erweiterung der Tätigkeitsspektrums (Oelsnitz 2012: S. 107). Als große *Belastungen* empfinden über zwanzig Prozent der Führungskräfte das Tragen von hoher Verantwortung, die Bewältigung von großen Arbeitsmengen, Störungen und Unterbrechungen während einer Tätigkeit, den hohen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsbedarf, enge Vorschriften mit nur geringen Handlungsspielräumen sowie die geforderte Genauigkeit (Vgl. Orthmann et al. 2011: S. 138).

"Führungskräfte in resilienten Organisationen sind in zweifacher Hinsicht gefordert. Zum Einen sollen sie Mitarbeiter führen, die überaus selbständig und eigenverantwortlich agieren sollen, was mit einem traditionellen,

hierarchiebezogenen Führungsverständnis nur schwer vereinbar ist. Und zum Anderen sollen sie, ausgestattet mit einem hohen Improvisationsvermögen, die Vulnerabilität ihres Verantwortungsbereichs verstehen und akut erkennen sowie schnell geeignete Gegenmaßnahmen einleiten können" (Buchholz/Knorre 2012: S. 133).

Beschäftigte mit Führungsverantwortung verfügen jedoch über deutlich mehr *Ressourcen* wie zum Beispiel größere Handlungsspielräume oder bessere Möglichkeiten der Arbeitseinteilung als Mitarbeitende ohne Führungsposition (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 126). Laut Forschungen sind Führungskräfte durchschnittlich resilienter und zeichnen sich durch ihren emotional erweiterten Horizont aus (Mourlane/Hollmann 2016: S. 128; Oelsnitz 2012: S. 109). Emotionssteuerung, Impulskontrolle, Überzeugung der Selbstwirksamkeit, Zielorientierung und Empathie sind Facetten bei denen Mitarbeitende mit einer Führungsposition eindeutig besser abschneiden (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 102–103; Mourlane/Hollmann 2016: S. 133). Zudem sind Führungskräfte besonders veränderungsfreudig, haben eine stärker ausgeprägte soziale Kompetenz sowie Konfliktlösungsfähigkeit und können Wertschätzung besser ausdrücken (Vgl. Sommer et al. 2014: S. 153).

Kann die Übernahme einer Führungsfunktion als ein Kriterium für den beruflichen Erfolg angesehen werden, könnte das Maß der Resilienz als ein Prädiktor für den beruflichen Erfolg angesehen werden. Hierbei ist die Kausalität jedoch nicht eindeutig, ob die resilienten Führungskräfte ihre resiliente Fähigkeit erst nach Übernahme der Führungsposition entwickelt haben oder ob diese bereits vorhandene Resilienzfähigkeit dazu beigetragen hat, dass diese in einer Führungsposition eingesetzt wurden (Mourlane/Hollmann 2016: S. 131).

In Unternehmen wie den Krankenhäusern üben Führungskräfte einen starken Einfluss auf die Organisation der gesundheitsförderlichen Arbeitsprozesse und deren Resultate aus (BMFSFJ 2019: S. 74). Demnach kann das Führungsverhalten sowohl als eine Ressource als auch ein Stressor auf das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden auswirken (Blessin/Wick 2017: S. 338; BMFSFJ 2019: S. 74).

Eine Mitarbeiterbefragung in fünf Betrieben verschiedener Branchen mit insgesamt 2.287 Datensätzen weist nahezu direkte Korrelationen zwischen der "Akzeptanz der Führungskräfte" und dem gesundheitlichen Wohlbefindens der Mitarbeitenden im Unternehmen (Vgl. Badura et al. 2013: S. 104).

Eine schwedische Forschergruppe belegte 2009 einen signifikanten Zusammenhang zwischen der mangelnden Qualität im Führungsverhalten und akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Waren die positiven Aspekte des Führungsverhaltens wie „notwendige

Informationsbereitstellung“, „Anerkennung für gute Arbeit“ oder „Klärung der Arbeitsziele“ nur gering ausgeprägt, hatten die Mitarbeitenden ein höheres Risiko an einem Herzinfarkt zu erkranken. Je länger die Mitarbeitenden in den untersuchten Betrieben tätig waren, desto größer war das Erkrankungsrisiko (Nyberg et al. 2009: S. 51-55). Die Kohärenz zeigte sich auch im Bezug auf depressive Verstimmungen: Je mehr die Führungskraft sich an den Mitarbeitenden orientierte und von diesen Anerkennung erhielt, desto weniger litten die Mitarbeitenden an depressiven Verstimmungen. Konform dazu stieg das Selbstwertgefühl und Wohlbefinden dieser Beschäftigten (Badura et al. 2013: S. 107).

Die im Jahr 2018 veröffentlichte Studie aus Süd Afrika untersucht den Einfluss der Resilienz bei Pflegenden des Gesundheitssektors des südafrikanischen Bergbaus. Insgesamt haben die Forschenden 290 Personen in verschiedenen Pflegepositionen quantitativ befragt. Im Fokus stand das Resilienzniveau der Pflegekräfte sowie der Zusammenhang zwischen dem Maß der Resilienz und der Führungsqualität der Pflegeleitungen in Führungspositionen. Dabei stellte sich heraus, dass Pflegende in Führungspositionen mit höherer Resilienz auch eine höhere Führungskompetenzen sowie -qualität aufweisen und umgekehrt (Tau et al. 2018: e1-e10). Auch wenn die Übertragbarkeit der Ergebnisse in das deutsche Gesundheitssystem zu erforschen ist, liefern diese einen relevanten Anhaltspunkt zum Zusammenhang zwischen dem Führungsverhalten und der Gesundheit der direkten Mitarbeitenden (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 123). Das lässt vermuten, dass es den Führungskräften am ehesten möglich ist ihre Mitarbeitenden zu unterstützen, wenn sie selbst über gewisse Ressourcen und resiliente Verhaltensweisen verfügen (Vgl. Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 127–128).

Zudem stehen viele krankheitsbedingte Ausfallquoten in einer unmittelbarer Beziehung mit den Defiziten der Führungskraft (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 43; Höher 2018: S. 156). Ein unterstützender und anerkennender Führungsstil mildert nicht nur das Risiko von gesundheitlichen Beschwerden, sondern sorgt auch für eine Reduktion der krankheitsbedingte Fehlzeiten (Oelsnitz 2012: S. 106; Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 123–124).

Zwar können Führungskräfte meist nur einen geringen Einfluss auf die Organisationsgestaltung selbst (zum Beispiel Management- oder Arbeitsvertragsmodelle) ausüben. Allerdings ist es für eine Führungskraft durchaus möglich, die auf die Mitarbeitenden wirkende Stressoren abzumildern und den Ressourcenaufbau sowie deren Nutzung zu fördern (Vgl. Blessin/Wick 2017: S. 332).

Eine Führungskraft mit einem *resilienten Führungsverhalten* wird durch bestimmte Merkmale geprägt: Dies ist zum einen das Kennen von eigenen Ressourcen und Leistungsgrenzen, zum anderen ist es die Entscheidungsfähigkeit mit einhergehender Fähigkeit

zur Prioritätensetzung (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 119). Die Selbstwahrnehmung und darauf resultierende Selbstführung, die dabei helfen die Stärken und Probleme der eigenen Mitarbeitenden zu erkennen, sind Aspekte der gesunden Führung. Resultierend aus den beiden Aspekten gibt es mehr Gelegenheiten Andere achtsam zu unterstützen. Ein erfolgter Entwicklungsschritt baut die gegenseitige Wertschätzung unter Kollegen auf. Zusätzlich kann durch den hohen Grad der Wertschätzung bei den Mitarbeitenden die Motivation gesteigert werden. Je motivierter und entwicklungsfreudiger die/der einzelne Mitarbeitende ist, desto gestärkter sind die Ressourcen des Teams. Die Mitarbeitenden können auf diese Art ein besseres Verständnis für die notwendigen organisatorischen Veränderungen entwickeln und diese besser umsetzen. Damit steigt nicht nur die Resilienz der einzelnen Beschäftigten oder der Teams, sondern die Resilienz der Gesamtorganisation (Vgl. Jaklin 2016: S. 190). Zusammenfassend hat ein authentisches, vorbildliches und sinnvermittelndes Führungsverhalten den größten positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden (Mourlane/Hollmann 2016: S. 132).

Als ein wichtiger Ansatzpunkt für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist das Verhalten von Führungskräften am Arbeitsplatz (Lohmann-Haislah/Schütte 2013: S. 124). Zukünftig ist es unabdingbar, dass Führungskräfte erfolgreicher Organisationen neben ihren fachlichen sowie Managementkompetenzen im Besitz einer ausgeprägten psychosozialen Kompetenz sein müssen, um ihre Mitarbeitende und Teams erfolgreich zu managen und den komplexen Anforderungen gerecht zu werden. Deshalb können betriebliche Angebote zur Resilienzstärkung sehr förderlich sein (Drupp/Meyer 2019: S. 43–44). Besitzen die Mitarbeitenden und die Führungskräfte eines Unternehmens die Fähigkeiten wie Selbstmanagement, Teamfähigkeit, Kreativität usw., die die Resilienz umfassen, sind sie das größte Kapital einer Organisation (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 26).

5. Resilienz im Krankenhaus im Projekt „Zukunft durch Bildung - Heute für Morgen“

5.1 Projektbeschreibung

Das aus den Mitteln des Europäischen Sozialfonds geförderte Projekt „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ beschäftigt sich mit der Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen. Diese Maßnahmen beinhalten die Themenbereiche wie Führung, generations- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, Umgang mit Sucht, Kommunikation, Resilienz und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung. Das Projekt mit der Untersuchungszeit vom Dezember 2017 bis Ende August 2019 ist in Kooperation mit Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide und dem Klinikum Itzehoe durchgeführt worden. Hierbei ist ein unternehmensübergreifender Ansatz gewählt worden, um einen

regionalen Austausch unter dem Einsatz der Vertretenden von Personal- und Betriebsräten sowie Qualifizierungs- und Expertengruppen zur Analyse der Bedürfnisse unterschiedlicher Interessensgruppen zu fördern. Die Maßnahmen sind in gemischten Gruppen durchgeführt worden, sodass Teilnehmende aller Kliniken, verschiedener Geschlechter, Alters- und Berufsgruppen sich gemeinsam beteiligen konnten. Auf die Themenbereiche angepasst, sind dreitägige Seminare für alle Interessierten aus den Kliniken angeboten worden. Um Projektergebnisse nachhaltig zu verankern, sind vertiefende Weiterbildungen zu internen Multiplikatoren, zu betrieblichen Suchtkrankenhelferinnen und -helfern, zu Resilienztrainerinnen und -trainern, zu Ergonomie-Scouts sowie Kommunikationsberaterinnen und -berater offeriert worden.

Das KoPM-Zentrum der HAW Hamburg, bei dem die Optimierung der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Gesundheitswesen im Mittelpunkt steht, befasst sich mit der wissenschaftlichen Begleitung des Teilprojekts „Resilienz im Krankenhaus“ und der Evaluation von dafür entwickelten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen (Vgl. KoPM-Zentrum). Die Analyse der Qualität und Wirkung stehen im Vordergrund der wissenschaftlichen Untersuchung. Die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation der Maßnahmen geschehen in einem interdisziplinären Team des KoPM-Zentrums bestehend aus Lehrenden sowie wissenschaftlichen Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Pflege- und Personalmanagement sowie Betriebswirtschaftslehre. Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung in dem Themenbereich Resilienz durch das KoPM-Zentrum ist die Unterstützung der Entwicklung und des Transfers von gewonnenen Erkenntnissen. Durch das interdisziplinäre Fundament von Forschungs- und Praxiswissen soll eine beratende Unterstützung in Entwicklungs-, Erprobungs- und Implementierungsprozessen bereitgestellt werden (Quelle: Dokumentation KoPM-Zentrum).

5.2 Methodik der Datengewinnung des KoPM-Zentrums

Durch das KoPM-Zentrum ist eine Recherche zum Resilienzbegriff mit Bezug zu Beschäftigten im Klinikbereich nach aktuellem Forschungsstand mit der Definition möglicher Outputs, Outcomes und Impacts der verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen zu Resilienz vorgenommen worden.

Zur Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen sind von dem KoPM-Zentrum quantitative und qualitative Forschungsmethoden genutzt worden. Die Untersuchung ist auf der Grundlage der formativen sowie summativen Evaluation vorgenommen worden. Die Evaluationsmaßnahmen beziehen sich auf drei Wirkungsebenen der Resilienz ((1) individuelle, (2) teamorientierte und (3) organisationale Resilienz) (KoPM 2019). Die Qualität und die Wirksamkeit werden zur summativen Evaluation durch ein schriftliches Prä-Post-Design zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (t1, t2, t3) mittels eines validierten

Fragebogens in Anlehnung an Soucek et al. (2015) „resilire“ evaluiert (Quelle: Dokumentation KoPM-Zentrum).

Der Fragenbogen ist unter Berücksichtigung der personellen Ressourcen und für das Arbeitsleben relevanter Prozesse (Abb. 1) der Resilienz entwickelt und mit insgesamt sechszehn Items (ra01-ra16) zur individuellen Resilienz versehen worden. Hierbei wird besonders Bezug auf die personellen Schutzfaktoren durch die Autoren genommen, diese sind Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit, bewusst eingesetztes Verhalten, Emotionsregulation, kognitive sowie verhaltensbezogene Anstrengungen und Optimismus durch die Autoren genommen (Soucek et al. 2015: S.13-22). Dabei sind zur Erfassung der individuellen Resilienz vier Facetten vorgesehen worden:

- a) *Emotionale Bewältigung*,
die / der Beschäftigte können bei Problemen mit der eigenen emotionalen Reaktion umgehen.
- b) *Positive Umdeutung*,
Probleme werden als Gelegenheit zu Weiterentwicklung gesehen.
- c) *Umfassende Planung*,
verschiedene Lösungsmöglichkeiten werden umfassend verglichen und geplant.
- d) *Fokussierte Umsetzung*,
die Lösung der Probleme wird fokussiert verfolgt (Vgl. resilire.de).

Zur Erfassung von Teamresilienz sind drei durch konfirmatorische Faktorenanalysen differenzierte Facetten vorgesehen worden:

- a) *Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen*,
das Team erkennt und teilt miteinander Änderungen von Anforderungen.
- b) *Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge*,
das Team erkennt bei Problemen eine Möglichkeit, Aufgabenaufteilung im Team zu verbessern.
- c) *Flexible Reaktion auf Probleme*,
das Team reagiert auf unerwartete Herausforderungen schnell und flexibel (Vgl. resilire.de).

Die Teamresilienz ist anhand von neun Items (rt01-rt09) ermittelt worden.

Zur Erfassung der organisationalen Resilienz sind ebenso drei durch konfirmatorische Faktorenanalysen differenzierte Facetten erfragt worden:

- a) *Information über aktuelle Entwicklung*,
die Beschäftigten können diese mitkriegen und einschätzen.
- b) *Darlegung interner Strukturen und Prozesse*,

die Beschäftigten besitzen ein klares Verständnis von Prozessen und Strukturen der Organisation.

- c) *Flexible Bereitstellung von Ressourcen*, die Beschäftigten fühlen sich durch die Reaktion der Organisation bei unerwarteten Problemen durch Anpassung der Ressourcen unterstützt (Vgl. resilire.de).

Die organisationale Resilienz ist anhand von neun Items (ro01-ro09) identifiziert worden. Des Weiteren sind die demografischen Daten der Teilnehmenden anhand von neun Items erfasst worden (Anhang 5).

Jedes Item zur Messung der individuellen, organisationalen sowie Teamresilienz ist mit einer Likert-Skala mit Werten von 1 bis 7 versehen: Der Wert 1 bedeutet dabei „trifft überhaupt nicht zu“, der Wert 7 „trifft voll und ganz zu“ (Anhang 5).

Die schriftlichen Befragungen der Teilnehmenden sollen einschätzen, wie sich die eigene Wahrnehmung von Belastungen, Einschätzung des Nutzens sowie der Verbesserung der Handlungskompetenz, der gesundheitlichen Wirkung und deren Folgen gestaltet. Dabei konnten die befragten Teilnehmenden, aus der im Kapitel 5.1 genannten Kliniken, auf den eigenen Wunsch an Weiterbildungen teilnehmen. So setzt sich die Interventionsgruppe wie folgt zusammen: Die Seminarteilnehmenden und die Teilnehmenden zu Weiterbildung zu Resilienztrainerinnen und -trainer. Zusätzlich ist eine Kontrollgruppe gebildet worden, die keine resilienzbezogenen Interventionen erhalten hat. Diese hat an den t1 und t3 Befragungen teilgenommen. Zur besseren Lesbarkeit werden die Seminar- und Weiterbildungsteilnehmenden im Folgenden zu Seminarteilnehmenden zusammengefasst und als „Interventionsgruppe“ bezeichnet.

Die t1 Befragung ist mit der Interventionsgruppe unmittelbar vor dem Seminar und bei der Kontrollgruppe im Mai 2018 durchgeführt worden. Die zweite Befragung ist am letzten Tag der Qualifizierungsmaßnahme durchgeführt worden. An dieser ist durch die Kontrollgruppe aufgrund der fehlenden Intervention nicht teilgenommen worden. Die t3 Befragung ist nach circa sechs Monaten nach dem Seminar bei allen Gruppen durchgeführt worden (Quelle: Dokumentation KoPM-Zentrum).

Die Zielgruppen der Befragung waren Beschäftigte der beiden obengenannten Kliniken ohne Ausschlusskriterien. Die Anonymisierung der Teilnehmenden erfolgte mittels eines durch die Teilnehmenden selbst erstellten achtstelligen Codes (Anhang 5). Die Teilnahme an den Befragungen geschah freiwillig. Angaben zum Datenschutz und dem Verwendungszweck der Befragung erfolgten schriftlich (Anhang 5).

Insgesamt haben an den Befragungen 237 Personen teilgenommen. Davon gehörten 139 Teilnehmende zur Seminargruppe, 20 davon zur Weiterbildungsgruppe und 78 zur Kontrollgruppe an. Dabei ist die folgende Zuordnung zu den Berufsgruppen erhoben worden:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Medizinisch-technischer Dienst
- Funktionsdienst
- Technischer Dienst
- Verwaltung
- Sonstige (mit Möglichkeit der Angabe der Tätigkeit) (Anhang 5)

Für die vorliegende Arbeit ist ausschließlich die erste Befragung (t1) unter Einbezug von Daten aller teilnehmenden Gruppen von Relevanz.

6. Analyse der Datenlage mit dem Fokus auf die Berufsgruppe der Pflege

6.1 Methodisches Vorgehen und Auswertungsmethodik

Die Auswertung des Datensatzes erfolgt mittels IBM SPSS Statistics Version 22.0.0.1 (64-Bit-Version) für Windows 10. Anhand der Ergebnisse der t1-Befragung wird im Folgenden die Forschungsfrage *„Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der eigenen Einschätzung der Resilienz und der Zugehörigkeit zum Pflegeberuf im Vergleich zu anderen in den genannten Kliniken tätigen Berufsgruppen?“* beantwortet. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird die Berufsgruppe „Pflegedienst“ anderen dort tätigen Berufsgruppen gegenübergestellt.

Aufgrund der fehlenden Angabe zur Berufsgruppe werden acht Teilnehmende der t1-Befragung aus den nachfolgenden Auswertungen ausgeschlossen.

Durch dreizehn Teilnehmende ist keine Angabe zu den Items der individuellen, organisationalen sowie Teamresilienz innerhalb der t1-Befragung gemacht worden, sodass diese ebenfalls in den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt worden sind.

Für die bessere Vergleichbarkeit sind achtzehn Teilnehmende, die sich der Berufsgruppe „Sonstige“ zugeordnet haben, in die anderen Berufsgruppen auf Grundlage der Berufsgruppendefinition der Gesundheitsberichterstattung (GBE) übertragen worden. Im Anhang 4 sind die Neuzuordnungen in der tabellarischen Form dargestellt. Dabei konnten einundzwanzig Teilnehmende mit Angabe „Sonstige“ aufgrund der fehlenden oder ungenauen Tätigkeitsangabe nicht den anderen Berufsgruppen zugeordnet werden. Aufgrund der Heterogenität der Gruppe in Bezug auf die Tätigkeiten der Teilnehmenden der Personen innerhalb der Gruppe, wird die Berufsgruppe „Sonstige“ aus der Analyse in den nachfolgenden Kapiteln ausgeschlossen.

Zudem sind die Berufsgruppen „Ärztlicher Dienst“ (elf Personen) und „Technischer Dienst“ (zwei Personen), aufgrund der geringen Anzahl der Teilnehmenden innerhalb der Gruppe nicht in die Vergleichsanalyse miteinbezogen worden.

Innerhalb der Auswertungen erfolgt keine Differenzierung zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe, da sowohl die Interventions- als auch die Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der t1-Befragung keine Interventionen erhalten haben.

Die Angabe „n“ beschreibt im Weiteren die Anzahl der Teilnehmenden, die beim jeweiligen Item eine der Antwortmöglichkeiten angekreuzt haben. Mögliche Differenzen der Teilnehmendenzahl bei den jeweiligen Items resultieren durch die fehlenden Angaben durch die Probanden.

Die Berufsgruppen werden in Folgenden anhand der Ermittlung des Mittelwerts (abgeleitet aus den Wertigkeiten der Likert-Skala), Medians und Modalwerts (D) bei den jeweiligen Items unter Betrachtung der Facetten zur individuellen, Team- und organisationalen Resilienz miteinander verglichen (siehe Kapitel 5.2). Die Auswertung anhand des Mittelwertes ist an die Auswertungsmethodik der Autoren des Fragebogens „resilire“ angelehnt. Zur besseren Übersichtlichkeit wird der Mittelwert im Folgenden auf zwei Stellen nach dem Komma gekürzt (Zur genaueren Differenzierung sind einzelne Werte auf drei Stellen nach dem Komma gekürzt). Da der Mittelwert über keine Stabilität hinsichtlich der Ausreißer verfügt, werden als Kontrollwerte jeweils der Median- und Modalwert berechnet. Die Ergebnisse sind in tabellarischer Form aufgelistet, Auffälligkeiten werden im Fließtext benannt.

6.2 Charakterisierung der Stichprobe

Insgesamt sind n=182 Teilnehmende in die nachfolgende Analyse eingeschlossen. Dabei beträgt die Anzahl der Seminar- und Weiterbildungsgruppe n=126. Die Anzahl der Personen, die der Vergleichsgruppe zugeordnet sind, liegt bei n=56.

Im Hinblick auf die Berufsgruppenverteilung beträgt die Anzahl der Berufsgruppe „Pflegedienst“ n=82 Personen. Die Teilnehmenden der Berufsgruppe „Medizinisch-technischer Dienst“ belaufen sich auf n=23 Personen. Dem „Funktionsdienst“ gehören n=19 Personen an. Die Anzahl der Personen der Berufsgruppe „Verwaltung“ liegt bei n=58.

Altersverteilung (Anhang 6)

Insgesamt haben alle n=182 Teilnehmende Angaben zu ihrem Alter gemacht.

Die Berufsgruppe „Pflegedienst“ setzt sich mit jeweils 13,4 Prozent aus 20-30 und 31-40-Jährigen zusammen. Die beiden größten Gruppen sind 41-50-Jährige mit 36,6 Prozent und 51-60-Jährige mit 31,7 Prozent. 4,9 Prozent beträgt der Anteil der über 60-Jährige.

Die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ besteht mit 30,4 Prozent aus 20-30-Jährigen, dies macht in dieser Berufsgruppe die größte Altersgruppe aus, und zu 17,4 Prozent aus 31-40-Jährigen zusammen. Die 41-50-Jährigen liegen bei 26,1

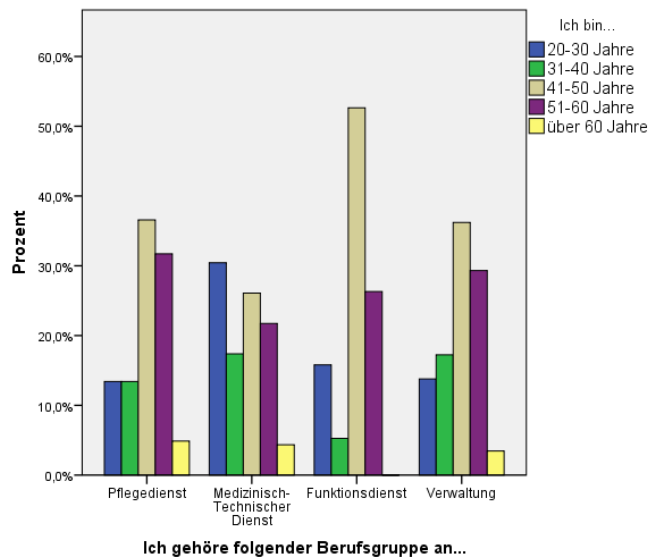


Abb. 4: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen

Prozent. Dabei beträgt die Alters-

gruppe der 51-60-Jährigen 21,7 Prozent. Über 60-Jährige sind in dieser Berufsgruppe mit 4,3 Prozent vertreten.

Die Berufsgruppe „Funktionsdienst“ besteht zu 15,8 Prozent aus 20-30-Jährigen. 5,3 Prozent bilden die 31-40-Jährige. Die größte Gruppe stellen die 41-50-Jährigen mit 52,6 Prozent dar. 51-60 Jahre alt sind 26,3 Prozent des „Funktionsdienstes“.

In der Berufsgruppe „Verwaltung“ sind 13,8 Prozent 20-30 und 17,2 Prozent 31-40 Jahre alt. Die größte Gruppe bilden hier die 41-50-Jährigen mit 36,2 Prozent gefolgt von den 51-60 Jahre alt sind 29,3 Prozent. Der Anteil der über 60-Jährigen beträgt in der „Verwaltung“ 3,4 Prozent (Abb. 4).

Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Berufsgruppen (Anhang 7)

Insgesamt haben n=180 Personen Angaben zum Geschlecht gemacht. Der Frauenanteil in der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt bei 87,7 Prozent. Der Anteil der Männer bei 12,3 Prozent.

In der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ befindet sich der größte Frauenanteil im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen, dieser beträgt 95,7 Prozent. Der Anteil der Männer liegt dementsprechend bei 4,3 Prozent. Der Frauenanteil in der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ liegt bei 78,9 Prozent, der Männeranteil bei 21,1 Prozent.

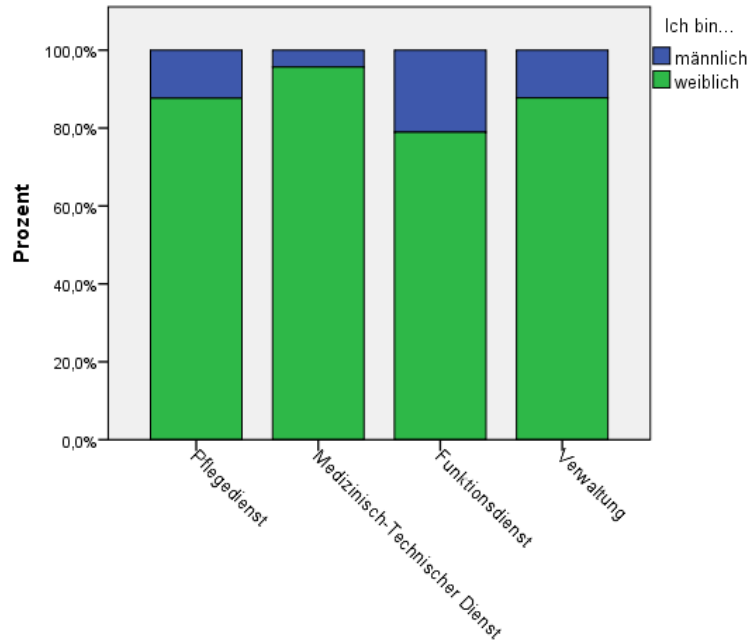


Abb. 5: Zusammenstellung der Stichprobe nach Geschlecht

In der „Verwaltung“ geben 87,7 Prozent an weiblich zu sein, 12,3 Prozent männlich (siehe Abb. 5)

Im Hinblick auf die Gesamtgruppe geben 12,2 Prozent der Teilnehmenden männlich zu sein, 87,8 weiblich.

Verteilung nach Führungspositionen innerhalb der Berufsgruppen (Anhang 8)

Insgesamt liegen bei diesem Item n=181 gültige Antworten vor. Innerhalb der Berufsgruppe „Pflegedienst“ haben 30,5 Prozent der Personen eine Führungsverantwortung.

Die Teilnehmenden der Berufsgruppe „Medizinisch-Technische Dienst“ haben mit 26,1 Prozent eine Führungsverantwortung.

In der „Verwaltung“ geben 17,2 Prozent der Personen an, leitend vorgesetzt zu sein (Abb. 6).

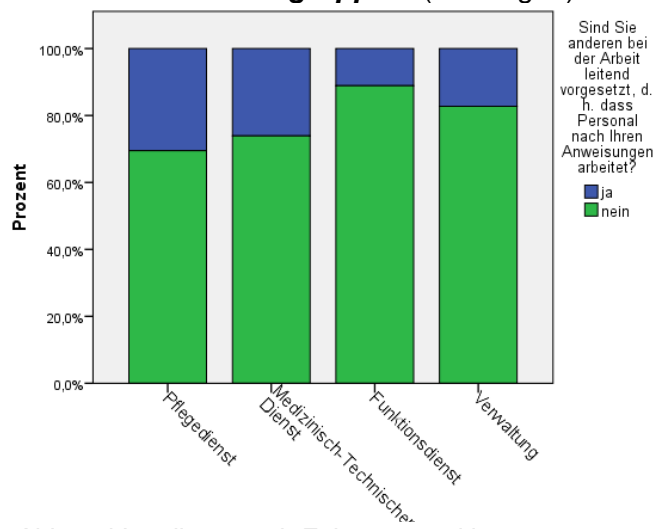


Abb. 6: Verteilung nach Führungsposition

Erwerbssituation der Stichprobe (Anhang 9)

Insgesamt wurden n=2 aus der Auswertung im Hinblick auf die Vertragsart aufgrund der fehlenden Angabe ausgeschlossen. 96,7 Prozent der Stichprobe haben einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Bei 2,2 Prozent ist der Arbeitsvertrag befristet, 1,1 Prozent befinden sich in einem Ausbildungsverhältnis.

Innerhalb der Berufsgruppe „Pflegedienst“ haben 96,3 Prozent einen unbefristeten Arbeitsvertrag. 2,4 Prozent befinden sich in einem Ausbildungsverhältnis und 1,2 Prozent haben eine befristete Anstellung.

Alle Teilnehmenden der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ befinden sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Der „Funktionsdienst“ ist zu 94,4 Prozent unbefristet angestellt. 5,6 Prozent haben einen befristeten Arbeitsvertrag. Ähnlich ist es innerhalb der Berufsgruppe „Verwaltung“: 96,5 Prozent haben eine unbefristete und 3,5 Prozent eine befristete Anstellung.

Die wöchentliche Arbeitszeit der Teilnehmenden liegt im Durchschnitt bei circa 32 Stunden. Die Standardabweichung (SD) beträgt hier 8,22084. Der Median liegt bei 38,50 Stunden in der Woche. Wobei das Minimum (Min.) bei 5 und das Maximum (Max.) bei 40 Stunden in der Woche liegt. Aufgrund der fehlenden Angabe wurden 5 Personen aus der Auswertung ausgeschlossen. Die Tabelle 1 zeigt die Aufschlüsselung nach Berufsgruppen.

Tabelle 1 Wöchentliche Arbeitszeit nach Berufsgruppen

<i>Berufsgruppe</i>	<i>Durchschnittliche Arbeitszeit</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>Pflegedienst</i>	31,25	80	8,32	34,50	5,00	40,00
<i>Medizinisch-Technischer Dienst</i>	32,10	23	9,26	38,50	12,00	40,00
<i>Funktionsdienst</i>	32,72	18	7,057	37,00	19,50	38,50
<i>Verwaltung</i>	32,77	56	8,099	38,50	6,00	40,00

Verteilung nach Schulabschluss (Anhang 10)

Insgesamt wurden n=182 in die Auswertung eingeschlossen. Dabei haben 3,3 Prozent der Gesamtstichprobe einen Hauptschulabschluss, 51,6 Prozent einen Realschulabschluss, 26,9 Prozent eine Hochschulreife und 18,1 Prozent einen Hochschulabschluss erlangt.

Dabei beträgt der Anteil der Hauptschulabsolventen innerhalb der Berufsgruppe „Pflegedienst“ 2,4 Prozent, der Realschulabsolventen 61,0 Prozent, Personen mit einer Hochschulreife 22,0 Prozent und Hochschulabsolventen 14,6 Prozent.

Der „Medizinisch-Technische Dienst“ gibt an zu 4,3 Prozent die Hauptschule beendet zu haben. 47,8 Prozent haben einen Realschulabschluss und 34,8 Prozent der Berufsgruppe haben eine Hochschulreife erlangt. Einen Hochschulabschluss besitzen 13,0 Prozent.

Der „Funktionsdienst“ hat zu 10,5 Prozent einen Hauptschulabschluss, zu 47,4 Prozent einen Realschulabschluss absolviert.

36,8 Prozent geben an eine Hochschulreife zu besitzen. Einen Hochschulabschluss haben 5,3 Prozent der Befragten innerhalb der Berufsgruppe „Funktionsdienst“.

Die „Verwaltung“ setzt sich mit 1,7 Prozent aus Hauptschulabsolventen und zu 41,4 Prozent aus Realschulabsolventen zusammen. 27,6 Prozent haben eine Hochschulreife. 29,3 Prozent geben an einen Hochschulabschluss erlangt zu haben (Abb. 7).

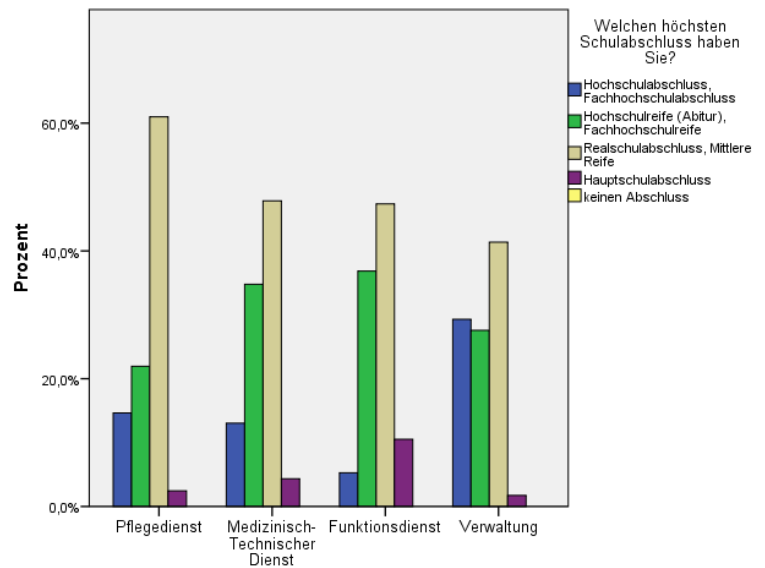


Abb. 7: Höchster Schulabschluss innerhalb der Stichprobe

Verteilung nach Berufserfahrung (Anhang 11)

Drei Personen haben keine Angaben zur Berufserfahrung gemacht. Eine Person wird zudem aus der Auswertung aufgrund der unpräzisen bzw. fälschlichen Angabe von 90 Jahren Berufserfahrung aus der Auswertung ausgeschlossen. Durchschnittlich liegt die Berufserfahrung aller Berufsgruppen bei 11,81 Jahren. Dabei beträgt die SD 9,67. Der Median liegt bei 9,0 Jahren. Die minimale Berufserfahrung der Teilnehmenden beträgt ein halbes Jahr, die maximale 38,0 Jahre. Tabelle 2 bildet die Berufserfahrung (in Jahren) nach Berufsgruppen ab.

Tabelle 2 Berufserfahrung nach Berufsgruppen (in Jahren)

Berufsgruppe	Durchschnittliche Berufserfahrung	N	SD	Median	Min.	Max.
Pflegedienst	14,634	80	10,9515	12,50	0,5	38,0
Medizinisch-Technischer Dienst	13,227	22	9,5677	9,00	3,0	34,0
Funktionsdienst	11,816	19	7,0891	12,00	1,0	24,0
Verwaltung	7,298	57	6,5437	5,00	1,0	30,0

6.3 Pflege und die Wirkungsebenen der Resilienz

In den folgenden Kapiteln wird die Berufsgruppe „Pflegedienst“ hinsichtlich der verschiedenen Wirkungsebenen der Resilienz anderen einbezogenen Berufsgruppen gegenübergestellt. Zur Übersicht der Items innerhalb der einzelnen Facetten ist im Anhang 5 das Befragungsinstrument des KoPM-Zentrums zu finden.

Pflege und die individuelle Resilienz

Die folgende Auswertung geschieht unter Einbezug der vier Facetten zur Ermittlung der individuellen Resilienz.

a) Facette „Emotionale Bewältigung“

Hierbei werden Items Ra01, Ra05, Ra09, Ra13 einbezogen.

Aus diesen Items wird der Mittelwert der Eigeneinschätzung für die jeweiligen Berufsgruppen ermittelt. Der Wert für die *emotionale Bewältigung* liegt bei der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei 4,885. Einen leicht höheren Mittelwert erreicht die Berufsgruppe der „Verwaltung“ mit 4,995. Den höchsten Mittelwert erreicht die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ mit 5,09. Den niedrigsten Mittelwert mit 4,598 erreicht im Hinblick auf die *emotionale Bewältigung* erreicht der „Funktionsdienst“ (siehe Tabelle 3).

Der Median der abgefragten Items Ra01, Ra09, Ra13 liegt bei allen Berufsgruppen bei 5,00. Die Ausnahme stellt Ra05 dar: Hierbei erreicht die Berufsgruppe „Pflegedienst“ den höchsten Medianwert von 6,00 (Tabelle 3).

Der Modalwert liegt bei allen Berufsgruppen und allen Items zwischen den Werten D=5 und D= 7. Eine Auffälligkeit bietet Item Ra09. Hier liegt der Modalwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ höher als bei allen anderen untersuchten Berufsgruppen (Tabelle 3).

Tabelle 3 Berufsgruppen und die Facette „Emotionale Bewältigung“

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra01	Pflegedienst	4,70	5,00	5
	Medizinisch-technischer Dienst	5,09	5,00	5
	Funktionsdienst	4,50	5,00	5
	Verwaltung	4,71	5,00	5; 6
Ra05	Pflegedienst	5,21	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,35	5,00	5; 7
	Funktionsdienst	4,78	5,50	6
	Verwaltung	5,12	5,00	6
Ra09	Pflegedienst	4,91	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,96	5,00	5
	Funktionsdienst	4,50	5,00	5
	Verwaltung	4,96	5,00	5
Ra13	Pflegedienst	4,72	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,95	5,00	5
	Funktionsdienst	4,61	5,00	6
	Verwaltung	5,19	5,00	6

Gesamt	Pflegedienst	4,885
	Medizinisch-Technischer Dienst	5,09
	Funktionsdienst	4,598
	Verwaltung	4,995

b) Facette „Positive Umdeutung“

Hierbei werden Items Ra03, Ra07, Ra11, Ra15 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts der Eigeneinschätzung der Resilienz im Hinblick auf die Facette *Positive Umdeutung* liegt der Mittelwert der Berufsgruppe Pflegedienst bei 4,97. Einen ähnlichen Wert erreicht der „Medizinisch-Technische Dienst“. Dabei liegt der Mittelwert der Berufsgruppe „Verwaltung“ höher als des Pflegedienstes. Den niedrigsten Wert erreicht hier der „Funktionsdienst“ mit 4,83 (siehe Tabelle 4).

Der Median bei der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt beim Item Ra03 bei 6,00, dies ist leicht höher als bei den anderen Berufsgruppen. Im Hinblick auf Ra07 erreicht die „Verwaltung“ (6,00) einen höheren Wert als der „Pflegedienst“. Bei der Frage Ra11 erreichen die Berufsgruppen „Pflegedienst“ und „Verwaltung“ den höchsten Medianwert von 6,00 und heben sich dadurch geringfügig ab. Bei Ra15 fällt der Median der „Verwaltung“ höher aus, als der Wert der Berufsgruppe „Pflegedienst“.

Die Modalwerte der Facette *positive Umdeutung* liegen zwischen D=4 und D=6. Bei Items Ra03, Ra07, Ra15 fällt der Modalwert der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ niedriger aus als der der Berufsgruppe „Pflegedienst“. Der Modalwert des „Medizinisch-Technischen Dienstes“ ist D=4 bei dem Item Ra15, dieser ist damit niedriger als des „Pflegedienstes“. Der Modalwert der Berufsgruppe „Verwaltung“ entspricht meist dem Wert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ (Tabelle 4).

Tabelle 4 Berufsgruppen und die Facette „Positive Umdeutung“

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra03	Pflegedienst	4,98	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,87	5,00	6
	Funktionsdienst	4,33	5,00	5
	Verwaltung	4,86	5,00	5;6
Ra07	Pflegedienst	4,96	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,13	5,00	6
	Funktionsdienst	5,33	5,00	5
	Verwaltung	5,39	6,00	6
Ra11	Pflegedienst	5,17	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,13	5,00	6
	Funktionsdienst	5,06	5,50	6
	Verwaltung	5,24	6,00	6
Ra15	Pflegedienst	4,78	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,65	5,00	4
	Funktionsdienst	4,61	5,00	5
	Verwaltung	5,31	6,00	6
Gesamt	Pflegedienst	4,9725		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,945		

Funktionsdienst	4,8325
Verwaltung	5,2

c) Facette „Umfassende Planung“

Hierbei werden Items Ra02, Ra06, Ra10, Ra14 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der Resilienz im Hinblick auf die Facette *Umfassende Planung* liegt der Mittelwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei 5,11. Dabei liegen die Werte der Berufsgruppen „Medizinisch-Technischer Dienst“ sowie „Funktionsdienst“ leicht darunter. Etwas höher ist der Wert der „Verwaltung“ (5,198) (siehe Tabelle 5).

Auffälligkeiten des Medians sind ausschließlich beim Item Ra06 zu erkennen. Hier liegt der Median des „Pflegedienstes“ höher als der Median der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ und „Verwaltung“.

Die Modalwerte der Stichprobe liegen zwischen D=5 und D=7. Dabei liegt der Modalwert des „Pflegedienstes“ bei D=6, dies entspricht meist dem Wert der Stichprobe. Die Ausnahmen stellen die Items Ra06 (in Bezug auf die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“), Ra10 (hier ist D=5 bei der „Verwaltung“) und Ra14 („Pflegedienst“ mit D=6 und andere Berufsgruppen D=5), wie in der Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 Berufsgruppen und die Facette "Umfassende Planung"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra02	Pflegedienst	5,27	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,48	6,00	6
	Funktionsdienst	5,33	6,00	6
	Verwaltung	5,41	6,00	6
Ra06	Pflegedienst	5,16	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,91	5,00	5; 7
	Funktionsdienst	5,33	6,00	6
	Verwaltung	5,28	5,50	6
Ra10	Pflegedienst	4,96	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,65	5,00	6
	Funktionsdienst	5,06	5,00	6
	Verwaltung	4,96	5,00	5
Ra14	Pflegedienst	5,05	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,39	5,00	5
	Funktionsdienst	4,67	5,00	5
	Verwaltung	5,14	5,00	5
Gesamt	Pflegedienst	5,11		
	Medizinisch-Technischer Dienst	5,108		
	Funktionsdienst	5,098		
	Verwaltung	5,198		

d) Facette „Fokussierte Umsetzung“

Hierbei werden Items Ra04, Ra08, Ra12, Ra16 einbezogen

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der Resilienz im Hinblick auf die Facette *Fokussierte Umsetzung* liegt der Mittelwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei 5,02. Ähnlichen Wert erreicht die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“. Der Mittelwert der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ ist niedriger als der Wert des „Pflegedienstes“. Die „Verwaltung“ erreicht den höchsten Mittelwert der Stichprobe mit 5,13 (Tabelle 6).

Auffälligkeiten in Hinblick auf den Median sind bei den Items Ra08 und Ra12 zu erkennen. Der Median des Items Ra08 liegt beim „Medizinisch-Technischen Dienst“ bei 5,00, bei allen anderen Berufsgruppen 6,00. Bei Ra12 liegt der Median der Berufsgruppe „Verwaltung“ höher als der Median der Berufsgruppe „Pflegedienst“.

Die Modalwerte der Gesamtstichprobe bezugnehmend auf die die *fokussierte Umsetzung* liegen zwischen D=4 und D=6. Leichte Auffälligkeiten sind bei den Items Ra04 und Ra16 zu beobachten. Zudem liegt der Modalwert des Items Ra12 der „Verwaltung“ höher und der Wert des „Funktionsdienstes“ niedriger als der des „Pflegedienstes“. Die niedrigsten Modalwerte innerhalb der Facette erreicht der „Funktionsdienst“ (Tabelle 6).

Tabelle 6 Berufsgruppe und die Facette „Fokussierte Umsetzung“

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra04	Pflegedienst	5,07	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,00	5,00	6
	Funktionsdienst	4,39	5,00	5
	Verwaltung	5,05	5,00	6
Ra08	Pflegedienst	5,29	6,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	5,22	5,00	6
	Funktionsdienst	5,50	6,00	5; 6
	Verwaltung	5,38	6,00	6
Ra12	Pflegedienst	5,09	5,00	5
	Medizinisch-technischer Dienst	5,04	5,00	5
	Funktionsdienst	4,56	4,50	4
	Verwaltung	5,31	6,00	6
Ra16	Pflegedienst	4,63	5,00	5
	Medizinisch-technischer Dienst	4,78	5,00	4
	Funktionsdienst	4,28	5,00	5
	Verwaltung	4,78	5,00	5
Gesamt	Pflegedienst	5,02		
	Medizinisch-technischer Dienst	5,01		
	Funktionsdienst	4,68		
	Verwaltung	5,13		

Der Mittelwert der individuellen Resilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 4,992. Dabei ist der Mittelwert für die „Berufsgruppe“ Pflegedienst bei 4,997, dies entspricht beinahe dem Mittelwert der Gesamtstichprobe. Einen etwas höheren Mittelwert hat dabei der „Medizinisch-Technische Dienst“. Den niedrigsten Wert im Bezug auf die

individuelle Resilienz erreicht der „Funktionsdienst“. Als resilienteste Berufsgruppe zeichnet sich die „Verwaltung“ aus, wobei die Unterschiede sehr gering sind.

Tabelle 7 Berufsgruppen und die individuelle Resilienz

Items	Berufsgruppe	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert gesamt*
Ra01-	Pflegedienst	4,997	4,992
Ra16	Medizinisch-Technischer Dienst	5,04	
	Funktionsdienst	4,80	
	Verwaltung	5,13	

*Berufsgruppen wurden zu gleichen Anteilen miteinbezogen

Pflege und die Teamresilienz

Die folgende Auswertung geschieht unter Einbezug der drei Facetten zur Ermittlung der Teamresilienz.

a) Facette „Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen“

Hierbei werden Items Rt01, Rt04, Rt07 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der Teamresilienz im Hinblick auf die Facette *Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen* liegt der Mittelwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei 4,65. Etwas niedrigeren Mittelwert von 4,58 erreicht der „Medizinisch-Technische Dienst“. Den niedrigsten Mittelwert im Hinblick auf die Gesamtgruppe erreicht der „Funktionsdienst“, den höchsten die „Verwaltung“ (Tabelle 8). Der Median der Berufsgruppe „Pflegedienst“ in Hinblick auf die Aussage Rt01 liegt bei 5,00, dieser ist etwas höher als der des „Funktionsdienstes“ und des „Medizinisch-Technischen Dienstes“. Bei allen anderen Items und Berufsgruppen der Facette liegt der Median bei allen Berufsgruppen bei 5,00.

Die Modalwerte der Stichprobe sind zwischen D=3 und D=6 angeordnet. Dabei liegt der Modalwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei D=6 beim Item Rt01, dies ist höher als die Modalwerte der anderen Berufsgruppen mit demselben Item. Hinsichtlich des Rt04 liegen die Modalwerte der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei D1=4 und D2=6. Der „Funktionsdienst“ und der „Medizinisch-Technischer Dienst“ liegen bei jeweils D=5 und die „Verwaltung“ bei D=6. Der Modalwert der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ beim Rt07 liegt niedriger als bei der Berufsgruppe „Pflegedienst“ und den übrigen Berufsgruppen (Tabelle 8).

Tabelle 8 Berufsgruppen und die Facette "Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
	Pflegedienst	4,35	5,00	6

Rt01	Medizinisch-technischer Dienst	4,17	4,00	3; 4; 5
	Funktionsdienst	3,58	4,00	4
	Verwaltung	4,65	5,00	5
Rt04	Pflegedienst	4,67	5,00	4; 6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,65	5,00	5
	Funktionsdienst	4,37	5,00	5
Rt07	Verwaltung	4,81	5,00	6
	Pflegedienst	4,94	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,91	5,00	5
Gesamt	Funktionsdienst	4,63	5,00	6
	Verwaltung	5,04	5,00	6
	Pflegedienst	4,65		
	Medizinisch-technischer Dienst	4,58		
	Funktionsdienst	4,19		
	Verwaltung	4,83		

b) Facette „Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge“

Hierbei werden Items Rt02, Rt05, Rt08 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der Teamresilienz im Hinblick auf die Facette *Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge* liegen der Mittelwerte der Berufsgruppen „Pflegedienst“ und „Medizinisch-Technischer Dienst“ bei jeweils 4,47. Etwas höheren Mittelwert erreicht hier die „Verwaltung“, niedriger ist der Mittelwert des „Funktionsdienstes“ (Tabelle 9).

Beim Item Rt02 erreichen die Berufsgruppen „Pflegedienst“ und „Verwaltung“ den Median von 5,00. Dabei liegt der Median des „Medizinisch-Technischen Dienstes“ etwas niedriger bei 4,00. Der niedrigste Median mit 3,00 liegt bei der Berufsgruppe des „Funktionsdienstes“ vor. Beim Item Rt08 liegt der Median der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ bei 4,00, dies ist etwas niedriger als der Median der anderen Berufsgruppen (Median=5,00) (Tabelle 9).

Die Modalwerte bei dieser Facette liegen zwischen D=3 und D=6. Die Modalwerte der Berufsgruppe „Pflegedienst“ sind meist bei D=6 (Ausnahme Rt08 D=5) angeordnet. Der „Funktionsdienst“ erreicht bei jedem Item einen niedrigeren Median als der „Pflegedienst“. Der Modalwert der „Verwaltung“ ist etwas höher als der Modalwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ hinsichtlich der Facette *Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge*. Bei Rt02 und Rt05 liegt der Modalwert der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ unterhalb des Modalwertes der Berufsgruppe „Pflegedienst“ (Tabelle 9).

Tabelle 9 Berufsgruppen und die Facette "Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Rt02	Pflegedienst	4,37	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,26	4,00	4
	Funktionsdienst	3,89	3,00	3
	Verwaltung	4,71	5,00	6
Rt05	Pflegedienst	4,59	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,57	5,00	4
	Funktionsdienst	4,37	5,00	5
	Verwaltung	4,63	5,00	6
Rt08	Pflegedienst	4,44	5,00	5
	Medizinisch-technischer Dienst	4,57	5,00	5
	Funktionsdienst	3,95	4,00	4
	Verwaltung	4,49	5,00	5; 6
Gesamt	Pflegedienst	4,47		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,47		
	Funktionsdienst	4,07		
	Verwaltung	4,61		

c) Facette „Flexible Reaktion auf Probleme“

Hierbei werden Items Rt03, Rt06, Rt09 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der Teamresilienz im Hinblick auf die Facette *Flexible Reaktion auf Probleme* liegt der Mittelwert der Berufsgruppen „Pflegedienst“ und „Verwaltung“ bei 4,72. Niedriger ist der Mittelwert bei der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ verzeichnet (4,56), etwas höher schlägt der Mittelwert der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ (4,77) aus (Tabelle 10).

Der Median ist bei den Berufsgruppen „Pflegedienst“, „Medizinisch-Technischer Dienst“ sowie „Verwaltung“ bei allen Items 5,00. Auffälligkeiten stellt der „Funktionsdienst“ dar: Dieser zeigt bei den Items Rt03 und Rt09 einen Median unterhalb der Werte anderer Berufsgruppen, bei Rt06 oberhalb.

Die Modalwerte dieser Facette liegen zwischen D=3 und D=6. Dabei zeigt der Modalwert bei der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ hinsichtlich des Items Rt03 deutlich niedrigere Werte an als bei den anderen Berufsgruppen. Beim Item Rt09 bildet der Modalwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ den höchsten Wert (D=6) im Vergleich zu allen anderen einbezogenen Berufsgruppen (Tabelle 10).

Tabelle 10 Berufsgruppen und die Facette „Flexible Reaktion auf Probleme“

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Rt03	Pflegedienst	4,68	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,78	5,00	4
	Funktionsdienst	4,32	4,00	6

Rt06	Verwaltung	4,82	5,00	6
	Pflegedienst	4,82	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,83	5,00	6
	Funktionsdienst	5,00	6,00	6
Rt09	Verwaltung	4,74	5,00	6
	Pflegedienst	4,65	5,00	6
	Medizinisch-technischer Dienst	4,70	5,00	3
	Funktionsdienst	4,37	4,00	3; 5
Gesamt	Verwaltung	4,61	5,00	5
	Pflegedienst	4,72		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,77		
	Funktionsdienst	4,56		
	Verwaltung	4,72		

Der Mittelwert der Teamresilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 4,55. Dabei ist der Mittelwert für die „Berufsgruppe“ Pflegedienst bei 4,61. Niedriger ist der Mittelwert der Berufsgruppe des „Medizinisch-Technischer Dienstes“ (4,60). Den niedrigsten Mittelwert der Wirkungsebene der Teamresilienz erreicht der „Funktionsdienst“. Als resiliensteste Berufsgruppe zeichnet sich hier die „Verwaltung“ aus, wobei die Unterschiede sehr gering sind (Tabelle 11).

Tabelle 11 Berufsgruppen und die Teamresilienz

Items	Berufsgruppe	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert gesamt*
Rt01-	Pflegedienst	4,61	4,55
	Medizinisch-technischer Dienst	4,60	
Rt09	Funktionsdienst	4,28	
	Verwaltung	4,72	

*Berufsgruppen wurden zu gleichen Anteilen miteinbezogen

Pflege und organisationale Resilienz

Die folgende Auswertung erfolgt unter Einbezug der drei Facetten zur Ermittlung der organisationalen Resilienz.

a) Facette „Information über aktuelle Entwicklungen“

Hierbei werden Items Ro01, Ro04, Ro07 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der organisationalen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Information über aktuelle Entwicklungen* liegt der Mittelwert der Berufsgruppen „Pflegedienst“ bei 4,13. Einen ähnlichen Mittelwert erreicht die Berufsgruppe „Verwaltung“ mit 4,197. Der Mittelwert des „Medizinisch-Technischer Dienstes“ ist 4,21, dies stellt den höchsten Mittelwert dieser Facette in Bezug auf die Gesamtstichprobe dar. Den niedrigsten erreicht der „Funktionsdienst“ (Tabelle 12).

Der Median liegt bei allen Berufsgruppen hinsichtlich der Items Ro01 und Ro07 bei 4,00. Das Item Ro04 stellt eine Ausnahme innerhalb der Facette dar: Der jeweilige Median der Berufsgruppen „Verwaltung“ und „Medizinisch-Technischer Dienst“ ist 5,00, dies ist etwas höher als der der Berufsgruppe „Pflegedienst“ mit 4,00. Dabei hat der „Funktionsdienst“ den niedrigsten Wert hinsichtlich des „Pflegedienstes“ und der Gesamtstichprobe.

Die Modalwerte für alle Items dieser Facette liegen bei der Berufsgruppe „Pflegedienst“ bei D=4. Die „Verwaltung“ liegt bei allen Facetten mit dem Modalwert etwas höher (D=5) im Vergleich zum „Pflegedienst“. Innerhalb der Items Ro04 und Ro07 liegt der jeweilige Modalwert der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ unterhalb der Modalwerte der Berufsgruppe „Pflegedienst“. Der Modalwert der Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ beim Item Ro04 fällt höher aus als der des „Pflegedienstes“ (Tabelle 12).

Tabelle 12 Berufsgruppen und die Facette "Information über aktuelle Entwicklungen"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro01	Pflegedienst	4,13	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,30	4,00	4
	Funktionsdienst	3,79	4,00	4
	Verwaltung	4,24	4,00	5
Ro04	Pflegedienst	4,24	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,30	5,00	5
	Funktionsdienst	3,63	3,00	3
	Verwaltung	4,30	5,00	5
Ro07	Pflegedienst	4,02	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,04	4,00	3
	Funktionsdienst	3,47	4,00	4
	Verwaltung	4,05	4,00	5
Gesamt	Pflegedienst	4,13		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,21		
	Funktionsdienst	3,63		
	Verwaltung	4,197		

b) Facette „Darlegung interner Strukturen und Prozesse“

Hierbei werden Items Ro02, Ro05, Ro08 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der organisationalen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Darlegung interner Strukturen und Prozesse* liegt der Mittelwert der Berufsgruppen „Pflegedienst“ bei 4,18. Niedrigeren ist der Mittelwert der Berufsgruppe „Verwaltung“ angesiedelt. Der Mittelwert des „Funktionsdienstes“ für diese Facette liegt bei 3,62, und stellt den niedrigsten in der Gesamtstichprobe dar. Den höchsten Mittelwert dieser Facette erreicht der „Medizinisch-Technischer Dienst“ (Tabelle 13). Der Median der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt bei allen Items jeweils bei 4,00. Dabei hat die Berufsgruppe „Funktionsdienst“ einen niedrigeren Median hinsichtlich der Items

Ro02 und Ro08 (3,00) im Vergleich zur Berufsgruppe „Pflegedienst“. Die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ hat einen höheren Median (5,00) beim Item Ro05 im Vergleich zum „Pflegedienst“.

Die Modalwerte der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt bei allen Items bei D=4. Einen deutlich höheren Modalwert erreicht die Berufsgruppe „Verwaltung“ mit D=6 beim Item Ro02. Beim Item Ro05 sind die Modalwerte der Berufsgruppen „Verwaltung“ und „Medizinisch-Technischer Dienst“ höher als die der Berufsgruppe „Pflegedienst“. Die niedrigsten Modalwert liegen bei D1=3 bei den Berufsgruppen „Funktionsdienst“ bei Items Ro02, Ro05, Ro08 (D2=4) und beim „Medizinisch-Technischen Dienst“ mit D1=3 bei Ro08 (D2=5) (Tabelle 13).

Tabelle 13 Berufsgruppen und die Facette "Darlegung interner Strukturen und Prozesse"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro02	Pflegedienst	4,32	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,26	4,00	4
	Funktionsdienst	3,58	3,00	3; 4
	Verwaltung	4,25	4,00	6
Ro05	Pflegedienst	4,28	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,43	5,00	5
	Funktionsdienst	3,74	4,00	3; 4
	Verwaltung	4,09	4,00	5
Ro08	Pflegedienst	3,93	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,17	4,00	3; 5
	Funktionsdienst	3,53	3,00	3; 4
	Verwaltung	3,84	4,00	4
Gesamt	Pflegedienst	4,18		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,29		
	Funktionsdienst	3,62		
	Verwaltung	4,06		

c) Facette „Flexible Bereitstellung von Ressourcen“

Hierbei werden Items Ro03, Ro06, Ro09 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der organisationalen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Darlegung interner Strukturen und Prozesse* liegt der Mittelwert der Berufsgruppen „Pflegedienst“ bei 3,89. Einen ähnlichen Mittelwert hat die Berufsgruppe „Verwaltung“ mit 3,92. Den niedrigsten Wert von 3,51 erreicht die Berufsgruppe „Funktionsdienst“, den höchsten der „Medizinisch-Technische Dienst“ mit 4,14. Der Median der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt bei allen Items bei 4,00, dies entspricht ebenfalls dem Median der anderen Berufsgruppen. Die Ausnahme stellt der „Funktionsdienst“ dar, hier liegt der Median bei allen Items jeweils bei 3,00.

Die Modalwerte innerhalb dieser Facette liegen zwischen D=1 und D=5. Der Modalwert der Berufsgruppe „Pflegedienst“ liegt beim Items Ro03 bei D=3, bei Items Ro06 und

Ro09 bei jeweils D=4. Auffällig niedrigere Werte hat bei allen Items der „Funktionsdienst“. Die „Verwaltung“ hat für die Ro06 und Ro09 einen etwas höheren Modalwert mit jeweils D=5 pro Item, und bei Ro03 niedriger (D=3) als der Pflegedienst. Der „Medizinisch-Technische Dienst“ liegt beim Item Ro03 mit dem Modalwert leicht höher als der „Pflegedienst“, für das Item Ro09 beträgt der Modalwert D1= 3 und D2=5 (Tabelle 14).

Tabelle 14 Berufsgruppen und die Facette "Flexible Bereitstellung von Ressourcen"

Item	Berufsgruppe	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro03	Pflegedienst	4,12	4,00	3
	Medizinisch-technischer Dienst	4,30	4,00	4
	Funktionsdienst	3,53	3,00	2; 3
	Verwaltung	3,86	4,00	3
Ro06	Pflegedienst	3,98	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	3,96	4,00	4
	Funktionsdienst	3,68	3,00	3
	Verwaltung	4,16	4,00	5
Ro09	Pflegedienst	3,58	4,00	4
	Medizinisch-technischer Dienst	4,17	4,00	3; 5
	Funktionsdienst	3,32	3,00	1; 2
	Verwaltung	3,73	4,00	5
Gesamt	Pflegedienst	3,89		
	Medizinisch-Technischer Dienst	4,14		
	Funktionsdienst	3,51		
	Verwaltung	3,92		

Der Mittelwert der organisationalen Resilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 3,98. Dabei ist der Mittelwert für die „Berufsgruppe“ Pflegedienst bei 4,07. Einen annähernd gleichen Mittelwert erreicht die Berufsgruppe „Verwaltung“ mit 4,06. Den höchsten Wert erreicht hinsichtlich der organisationalen Resilienz die Berufsgruppe „Medizinisch-Technischer Dienst“ mit 4,21. Den deutlich niedrigsten Wert in Bezug auf die organisationale Resilienz erreicht der „Funktionsdienst“ mit 3,59 (Tabelle 15).

Tabelle 15 Berufsgruppen und die organisationale Resilienz

Items	Berufsgruppe	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert gesamt*
Ro01-	Pflegedienst	4,07	3,98
Ro09	Medizinisch-Technischer Dienst	4,21	
	Funktionsdienst	3,59	
	Verwaltung	4,06	

* Berufsgruppen wurden zu gleichen Anteilen miteinbezogen

Zusammenfassung

In der Gegenüberstellung der einbezogenen Berufsgruppen mit Hilfe des Mittelwerts wird sichtbar, dass die Berufsgruppe „Pflegedienst“ sich hinsichtlich der drei Wirkungsebenen der Resilienz im Vergleich zu anderen Berufsgruppen tendenziell im Mittelfeld bewegt und somit über stabile durchschnittliche Resilienzwerte im Hinblick auf alle anderen Berufsgruppen verfügt. Der „Funktionsdienst“ erreicht bei allen Ebenen den niedrigsten Mittelwert und bildet tendenziell somit die Berufsgruppe mit dem geringsten Resilienzniveau.

Zu beachten ist zudem die geringe Varianz zwischen den errechneten Mittelwerten, so dass eine Beurteilung der Zusammenhänge kaum möglich ist.

Zudem erreicht die organisationale Resilienz bei allen Berufsgruppen die niedrigsten Mittel-, Median und Modalwerte.

Zusammenfassend erreicht die Berufsgruppe „Pflegedienst“ hinsichtlich der Wirkungsebenen der Resilienz relativ hohe Resilienzwerte in Bezug auf alle genannten Facetten. Dies könnte einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Einschätzung der Resilienz und der Zugehörigkeit zum Pflegeberuf darstellen. Das Vorliegen einer Signifikanz ist durch die geringe Varianz der Ergebnisse eher nicht gegeben.

7. Analyse der Datenlage in Hinblick auf die Beschäftigte in einer Führungsposition

7.1 Methodisches Vorgehen und Auswertungsmethodik

Die Auswertung des Datensatzes erfolgt mittels IBM SPSS Statistics Version 22.0.0.1 (64-Bit-Version) für Windows 10. Anhand der Ergebnisse der t1-Befragung wird im Folgenden die Forschungsfrage *„Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der eigenen Einschätzung der Resilienz und der Zugehörigkeit zum Führungspersonal im Vergleich zum Personal ohne Führungsverantwortung?“*. Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden Personen, die leitend vorgesetzt sind, den Personen ohne Führungsverantwortung gegenübergestellt. Aufgrund der fehlenden Angabe zur Führungsposition werden zwei Teilnehmende der t1-Befragung aus den nachfolgenden Auswertungen ausgeschlossen.

Durch dreizehn Teilnehmende ist keine Angabe zu den Items der individuellen, organisationalen sowie Teamresilienz innerhalb der t1-Befragung gemacht worden, sodass diese in den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt sind.

Für die bessere Vergleichbarkeit sind achtzehn Teilnehmende, die sich der Berufsgruppe „Sonstige“ zugeordnet haben, in die anderen Berufsgruppen auf Grundlage der Berufsgruppendifinition der Gesundheitsberichterstattung (GBE) übertragen worden. Im Anhang 4 sind die Neuordnungen in tabellarischer Form dargestellt. Dabei konnten

einundzwanzig Teilnehmende mit Angabe „Sonstige“ aufgrund der fehlenden oder ungenauen Tätigkeitsangabe nicht den anderen Berufsgruppen zugeordnet werden, diese wurden ebenfalls von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Innerhalb der Auswertungen erfolgt keine Differenzierung zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe, da sowohl die Interventions- als auch die Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der t1-Befragung keine Interventionen erhalten haben.

Die Angabe „n“ beschreibt im Weiteren die Anzahl der Teilnehmenden, die beim jeweiligen Item eine der Antwortmöglichkeiten angekreuzt haben. Mögliche Differenzen der Teilnehmendenzahl bei den Items resultieren durch die fehlenden Angaben durch die Probanden.

Die Personen mit und ohne Führungsverantwortung werden im Folgenden anhand der Ermittlung des Mittelwerts (abgeleitet aus den Wertigkeiten der Likert-Skala), Medians und Modalwerts bei jeweiligen Items unter Betrachtung der Facetten (siehe Kapitel 5.2) zur individuellen, Team- und organisationalen Resilienz miteinander verglichen. Die Auswertung des Mittelwertes ist an die Auswertungsmethodik der Autoren des Fragebogens „resilire“ angelehnt. Zur besseren Übersichtlichkeit wird der Mittelwert im Folgenden auf zwei Stellen nach dem Komma gekürzt. Zur genaueren Differenzierung sind einzelne Werte auf drei Stellen nach dem Komma gekürzt. Da der Mittelwert über keine Stabilität gegenüber den Ausreißern verfügt, werden als Kontrollwerte, der Median- und der Modalwerte berechnet.

Die Ergebnisse sind in tabellarischer Form aufgelistet und die Auffälligkeiten im Fließtext aufgeführt.

7.2 Charakterisierung der Stichprobe

Insgesamt sind n=222 Teilnehmende in die nachfolgende Analyse eingeschlossen. Davon beträgt die Anzahl der Seminar- und Weiterbildungsgruppe n=149. Die Anzahl der Personen, die der Vergleichsgruppe zugeordnet sind, liegt bei n=73.

Die Verteilung der Personen mit und ohne Führungsverantwortung teilt sich in Personen mit Führungsverantwortung n=61 und ohne Führungsverantwortung n=161 auf.

Altersverteilung (Anhang 12)

Insgesamt sind n=220 Personen in die Auswertung eingeschlossen worden. In der Gesamtgruppe geben Teilnehmende an zu 15,9 Prozent 20-30 Jahre alt zu sein und 14,1 Prozent 31-40. Die beiden größten Altersgruppen sind 41-50-Jährige mit 33,2 Prozent und 51-60-Jährige mit 32,7 Prozent im Gesamtanteil. 4,1 Prozent geben an über 60 Jahre alt zu sein.

Die Personen mit einer Führungsverantwortung geben zu 10,2 Prozent an 20-30 Jahre alt zu sein. 15,3 Prozent sind 31-40 Jahre alt. Die größten Altersgruppen der

Personen mit Führungsverantwortung sind die der 41-50-Jährigen mit 32,2 Prozent und die der 51-60-Jährigen mit 40,7 Prozent. Über 60 sind lediglich 1 Prozent der Befragten. Teilnehmende ohne Führungsverantwortung geben an zu 18,0 Prozent zwischen 20 und 30 Jahren zu sein. 13,7 Prozent sind 31-40 Jahre alt. 33,5 Prozent machen die 41-50-Jährigen aus, 29,8 Prozent die der 51-60-Jährigen. Über 60 Jahre alt sind 5,0 Prozent der Befragten.

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Führungsverantwortung innerhalb der Altersgruppen.

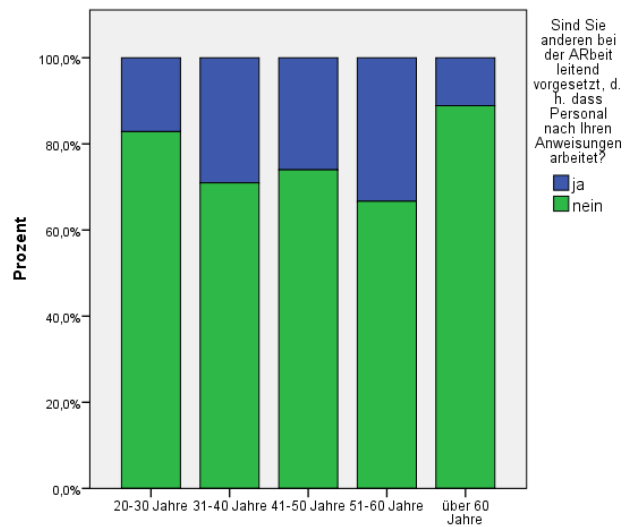


Abb. 8: Altersverteilung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Verteilung nach Geschlecht (Anhang 13)

Innerhalb der Gesamtstichprobe bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung geben 15,5 Prozent an männlich zu sein, 84,5 Prozent an weiblich zu sein.

Bei Teilnehmenden mit Führungsverantwortung ist der Männeranteil mit 23,3 Prozent etwas höher im Vergleich zu der Gesamtstichprobe. Der Frauenanteil ist dementsprechend 76,3 Prozent.

Bei den Teilnehmenden ohne Führungsverantwortung geben 12,5 Prozent an männlich zu sein (siehe Abb. 9).

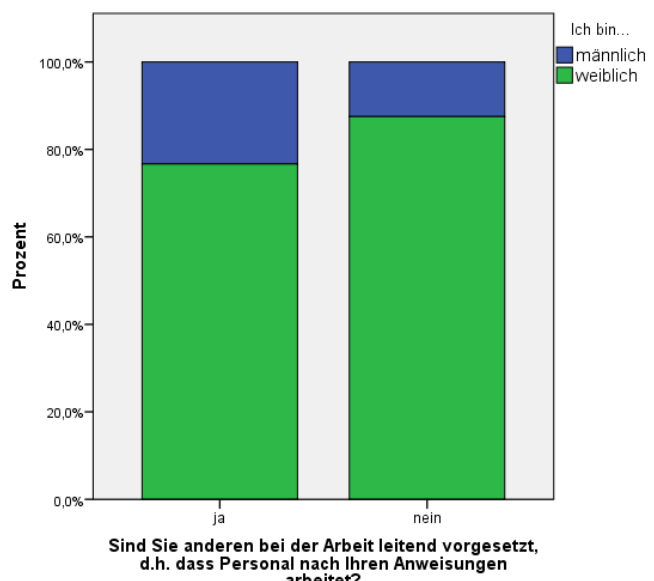


Abb. 9: Verteilung nach Geschlecht bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Verteilung nach Berufsgruppen (Anhang 14)

Bei der Aussage zur Berufsgruppe wurden n=215 in die Auswertung miteinbezogen. Innerhalb der Gesamtstichprobe geben 5,1 Prozent an dem „Ärztlichen Dienst“ anzugehören. Die Angehörigen der Gruppe „Pflegedienst“ stellen mit 38,1 Prozent die größte Gruppe der Gesamtstichprobe dar. 10,7 Prozent bildet der „Medizinisch-Technischer Dienst“, 8,7 Prozent der Funktionsdienst. Der „Technische Dienst“ ist die kleinste Berufsgruppe im Hinblick auf die Gesamtstichprobe mit 0,9 Prozent. Der „Verwaltung“ gehören 27,0 Prozent an. 9,8 Prozent ordnen sich der Berufsgruppe „Sonstige“ unter.

Die Gruppe der Personen mit Führungsverantwortung setzt sich jeweils zu 10,7 Prozent aus dem „Ärztlichen Dienst“ und dem „Medizinisch-Technischen Dienst“ zusammen, 44,6 Prozent gehören dem „Pflegedienst“ an. 3,6 Prozent geben an dem „Funktionsdienst“ und 17,9 Prozent der „Verwaltung“ anzugehören. 12,5 Prozent der Personen mit Führungsverantwortung haben außerdem die Berufsgruppe „Sonstige“ angegeben. Keine Angabe zur Führungsverantwortung besteht in der Berufsgruppe „Technischer Dienst“.

Die Gruppe der Teilnehmenden ohne Führungsverantwortung setzt sich zu 3,1 Prozent aus dem „Ärztlichen Dienst“, zu 35,8 Prozent aus dem „Pflegedienst“, zu 10,7 Prozent aus dem „Medizinisch-Technischen Dienst“, zu 10,1 Prozent aus dem „Funktionsdienst“ und zu 1,3 Prozent aus dem „Technischen Dienst“ zusammen. 30,2 Prozent geben an der Verwaltung anzugehören.

Die Berufsgruppe „Sonstige“ stellt 8,8 Prozent der Personen ohne Führungsverantwortung dar.

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Führungsverantwortung innerhalb der Berufsgruppen.

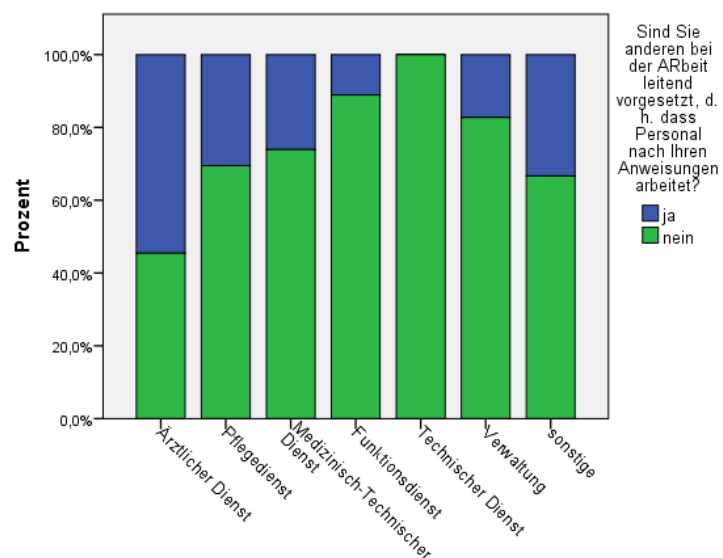


Abb. 10: Führungsverantwortung innerhalb der Berufsgruppen

Erwerbssituation der Stichprobe (Anhang 15)

Insgesamt N=219 Personen haben Angaben zur Vertragsart gemacht. Dabei haben 94,1 Prozent der Teilnehmenden einen unbefristeten Arbeitsvertrag. 4,6 Prozent geben an, sich in einer befristeten Anstellung zu befinden. In einem Ausbildungsvertrag befinden sich 0,9 Prozent der Befragten.

Personen mit Führungsverantwortung geben mit 96,7 Prozent an einen unbefristeten Arbeitsvertrag zu besitzen. 3,3 Prozent der Befragten sind in einer befristeten Anstellung. Unter Personen ohne Führungsverantwortung haben 93,1 Prozent einen unbefristeten Arbeitsvertrag. 5,0 Prozent üben eine befristete Tätigkeit aus und 1,3 Prozent befinden sich in einer Ausbildung.

Zur wöchentlichen Arbeitszeit haben insgesamt fünf Personen keine Angaben gemacht. Dabei wird eine Person aus der Beurteilung aufgrund der unpräzisen bzw. fälschlichen Angabe von 190,50 Stunden Arbeitszeit pro Woche aus der Auswertung ausgeschlossen. N=216 Personen wurden in die Auswertung eingeschlossen. Die durchschnittliche Arbeitszeit der Stichprobe sind 31,8407 Stunden. Dabei beträgt die SD 8,65765. Der Median liegt bei 38,50 Arbeitsstunden in der Woche. Die Angaben zur minimalen wöchentlichen Arbeitszeit sind 2,0 Stunden, zur maximalen 40,0 Stunden in der Woche. Die Tabelle 16 bildet die wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden) nach Führungsverantwortung ab.

Tabelle 16 Wöchentliche Arbeitszeit nach Führungsverantwortung

Führung	Durchschnittliche Arbeitszeit	N	SD	Median	Min.	Max.
Ja	35,1675	60	5,65329	38,50	19,25	40,00
nein	30,5612	156	9,26675	34,00	2,00	40,00

Verteilung nach Berufserfahrung (Anhang 16)

Insgesamt wurden n=216 Personen in die Auswertung miteingeschlossen. Es haben fünf Personen keine Angaben zur Berufserfahrung gemacht. Dabei wird eine Person aus der Beurteilung aufgrund der unpräzisen bzw. fälschlichen Angabe von 90 Jahren Berufserfahrung für die Auswertung ausgeschlossen.

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Gesamtgruppe liegt bei 11,450 Jahren. Dabei ist die SD 9,4103. Der Median liegt bei 9,0 Jahren. Die minimale Berufserfahrung ist mit 0,5 Jahre, die maximale mit 38,0 Jahre angegeben worden. Die Tabelle 17 stellt die Berufserfahrung (in Jahren) der Personen mit und ohne Führungsverantwortung dar.

Tabelle 17 Berufserfahrung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Führung	Durchschnittliche Berufserfahrung	N	SD	Median	Min.	Max.
ja	11,147	58	8,7700	9,00	2,0	35,0
nein	11,562	158	9,6591	9,00	0,5	38,0

Verteilung nach höchstem Abschluss (Anhang 17)

N=219 Personen wurden in die Auswertung miteingeschlossen. Davon haben 3,7 Prozent der Gesamtstichprobe einen Hauptschulabschluss erreicht. 48,4 Prozent haben einen Realschulabschluss. 27,4 Prozent geben an eine Hochschulreife zu besitzen und 20,5 Prozent einen Hochschulabschluss.

Unter Personen mit Führungsverantwortung geben 1,7 Prozent an, einen Hauptschulabschluss absolviert zu haben. Einen Realschulabschluss haben 37,3 Prozent. 23,7 Prozent geben an eine Hochschulreife erreicht zu haben und 37,3 Prozent besitzen einen Hochschulabschluss.

Personen ohne Führungsverantwortung haben zu 4,4 Prozent einen Hauptschulabschluss und zu 52,5 Prozent einen Realschulabschluss. Eine Hochschulreife haben 28,7 Prozent erreicht. Einen Hochschulabschluss besitzen 14,4 Prozent.

Abbildung 11 stellt die Verteilung der Führungsverantwortung nach Abschluss dar.

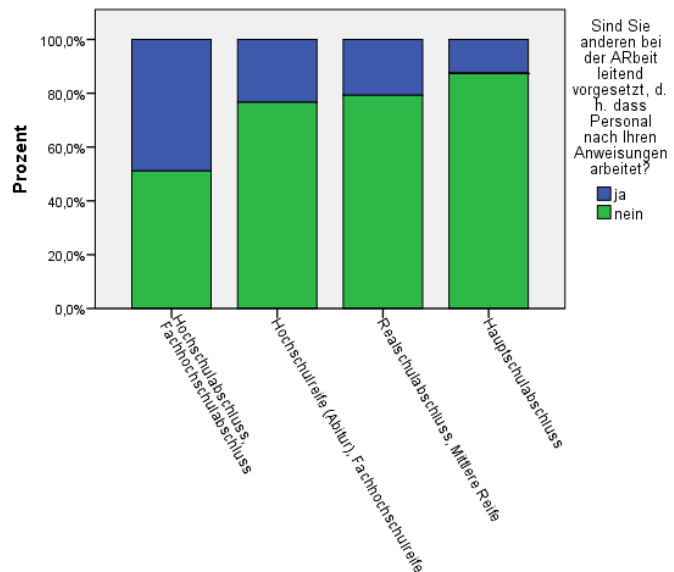


Abb. 11: Führungsverantwortung nach Schulabschluss

7.3 Führung und die Wirkungsebenen der Resilienz

In den folgenden Kapiteln werden Personen mit Führungsverantwortung hinsichtlich der verschiedenen Wirkungsebenen der Resilienz den Personen ohne Führungsverantwortung gegenübergestellt. Zur Übersicht der Items innerhalb der einzelnen Facetten ist im Anhang 5 das Befragungsinstrument des KoPM-Zentrums zu finden.

Leitende Position und die individuelle Resilienz

Die folgende Auswertung geschieht unter Einbezug der vier Facetten zur Ermittlung der individuellen Resilienz.

a) Facette „*Emotionale Bewältigung*“

Hierbei werden Items Ra01, Ra05, Ra09, Ra13 einbezogen.

Bei der Ermittlung des Mittelwerts zur Eigeneinschätzung der individuellen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Emotionale Bewältigung* liegt der Mittelwert bei Personen mit Führungsverantwortung bei 5,09. Etwas niedriger ist der Mittelwert der Einschätzung der Personen ohne Führungsverantwortung (4,90) (Tabelle 18).

Der Median liegt bei Items Ra01, Ra09, Ra13 bei 5,00 bei beiden Personengruppen. Der Median beim Item Ra05 liegt bei 6,00 bei Personen mit Führungsverantwortung, geringfügig niedriger (5,50) ist der Median bei Personen ohne Führungsverantwortung.

Die Modalwerte dieser Facette liegen zwischen D=5 und D=6. Dabei wurde für Personen mit Führungsverantwortung ein Modalwert von D=6 bei allen Items bestimmt. Personen ohne Führungsverantwortung zeigen einen Modalwert beim Item Ra01 D1=5 und D2=6. Die Items Ra05, Ra09, Ra13 entsprechen hinsichtlich der Modalwerte der Personengruppe mit Führungsverantwortung (Tabelle 18).

Tabelle 18 Führungsverantwortung und die Facette "Emotionale Bewältigung"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra01	ja	4,95	5,00	6
	nein	4,65	5,00	5;6
Ra05	ja	5,26	6,00	6
	nein	5,16	5,50	6
Ra09	ja	5,07	5,00	6
	nein	4,87	5,00	6
Ra13	ja	5,07	5,00	6
	nein	4,92	5,00	6
Gesamt	ja	5,09		
	nein	4,90		

b) Facette „*Positive Umdeutung*“

Hierbei werden Items Ra03, Ra07, Ra11, Ra15 einbezogen.

Innerhalb der Facette *Positive Umdeutung* liegt der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen mit Führungsverantwortung bei 5,17. Etwas niedriger fällt der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen ohne Führungsposition (Tabelle 19).

Innerhalb der Items Ra07 und Ra15 liegt der Median bei Personen mit Führungsverantwortung (6,00) etwas höher als bei Personen ohne diese (5,00). Bei anderen Items dieser Facette liegen die Medianwerte bei beiden Personengruppen gleich.

Der Modalwert wurde für beide Personengruppen in allen Items mit jeweils D=6 berechnet (Tabelle 19).

Tabelle 19 Führungsverantwortung und die Facette „Positive Umdeutung“

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra03	ja	5,08	5,00	6
	nein	4,84	5,00	6
Ra07	ja	5,25	6,00	6
	nein	5,10	5,00	6
Ra11	ja	5,23	6,00	6
	nein	5,13	6,00	6
Ra15	ja	5,13	6,00	6
	nein	4,83	5,00	6
Gesamt	ja	5,17		
	nein	4,98		

c) Facette „Umfassende Planung“

Hierbei werden Items Ra02, Ra06, Ra10, Ra14 einbezogen.

Der Mittelwert zur Eigeneinschätzung bei der Facette *Umfassende Planung* bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 5,31, dies entspricht einer höheren Eigeneinschätzung als bei Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 20).

Der Median liegt für Personen in Führungspositionen bezogen auf die Items Ra06, Ra10, Ra14 bei 6,00, dies ist etwas höher als bei Personen ohne Führungsverantwortung (5,00).

Modalwerte innerhalb dieser Facette liegen zwischen D=5 und D=6. Dabei liegt der Modalwert beider Gruppen bei Items Ra02 bis Ra10 bei D=6. Beim Item Ra14 hat die Personengruppe ohne Führungsverantwortung etwas niedrigeren Wert als Personen in Führungspositionen (Tabelle 20).

Tabelle 20 Führungsverantwortung und die Facette "Umfassende Planung"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra02	ja	5,51	6,00	6
	nein	5,37	6,00	6
Ra06	ja	5,31	6,00	6
	nein	5,11	5,00	6
Ra10	ja	5,15	6,00	6
	nein	4,88	5,00	6
Ra14	ja	5,28	6,00	6
	nein	5,03	5,00	5
Gesamt	ja	5,31		
	nein	5,098		

d) Facette „Fokussierte Umsetzung“

Hierbei werden Items Ra04, Ra08, Ra12, Ra16 einbezogen.

Der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei der Facette „Umfassende Planung“ bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 5,02. Ähnlichen Mittelwert (5,04) erreicht die Personengruppe ohne Führungsverantwortung (Tabelle 21).

Die Medianwerte der beiden Gruppen liegen bei allen Items auf dem gleichen Wertniveau.

Die Modalwerte für diese Facette liegen zwischen D=5 und D=6. Dabei liegen diese bei Personen in Führungspositionen beim Item Ra12 niedriger und bei Ra16 höher als bei Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 21).

Tabelle 21 Führungsverantwortung und die Facette „Fokussierte Umsetzung“

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ra04	ja	4,93	5,00	6
	nein	5,08	5,00	6
Ra08	ja	5,33	6,00	6
	nein	5,33	6,00	6
Ra12	ja	5,10	5,00	5
	nein	5,03	5,00	6
Ra16	ja	4,70	5,00	6
	nein	4,72	5,00	5
Gesamt	ja	5,02		
	nein	5,04		

Der Mittelwert der individuellen Resilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 5,08. Dabei ist der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen mit Führungsverantwortung 5,15. Etwas niedrigeren Wert erreicht die Eigeneinschätzung der Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 22).

Tabelle 22 Führungsverantwortung und die individuelle Resilienz

items	Führungsposition	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert* gesamt
Ra01-Ra16	Ja	5,15	5,08
	nein	5,00	

*Personengruppe wurden zu gleichen Anteilen einbezogen.

Leitende Position und die Teamresilienz

Die folgende Auswertung geschieht unter Einbezug der drei Facetten zur Ermittlung der Teamresilienz.

a) Facette „Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen“

Hierbei werden Items Rt01, Rt04 und Rt07 einbezogen.

Der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei der Facette *Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen* bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 4,95, bei Personen ohne Führungsverantwortung 4,58 (Tabelle 23).

Dabei liegt der Medianwert bei Personen mit Führungsverantwortung bei allen Items bei 5,00. Ähnliche Medianwerte erreicht die Personengruppe ohne Führungsverantwortung, eine Ausnahme stellt das Item Rt01 dar, hier liegt der Medianwert der Eigeneinschätzung bei Personen ohne Führungsverantwortung bei 4,00.

Die Modalwerte der Gesamtstichprobe liegen zwischen D=5 und D=6. Die Einschätzung der Personen mit Führungsverantwortung liegt bei D=6 bei allen Items. Der Modalwert beim Item Rt01 liegt bei Personen mit Führungsverantwortung bei D=6, bei Personen ohne diese bei D1=5 und D2=6 (Tabelle 23).

Tabelle 23 Führungsverantwortung und Facette "Erkennen und Weitergabe relevanter Entwicklungen"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Rt01	Ja	4,82	5,00	6
	nein	4,14	4,00	5; 6
Rt04	ja	4,98	5,00	6
	nein	4,63	5,00	6
Rt07	ja	5,05	5,00	6
	nein	4,98	5,00	6
Gesamt	ja	4,95		
	nein	4,58		

b) Facette „Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge“

Hierbei werden Items Rt02, Rt05 und Rt08 einbezogen.

Der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei der Facette *Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge* bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 4,81. Bei Personen ohne Führungsverantwortung liegt der Mittelwert bei 4,37 (Tabelle 24).

Dabei liegen die Mediawerte bei Items Rt02 und Rt08 bei Personen mit Führungsverantwortung höher als bei Personen ohne Führungsposition.

Der Modalwert liegt bei allen Items bei der Gesamtstichprobe bei D=6 (Tabelle 24).

Tabelle 24 Führungsverantwortung und Facette "Überprüfung der Arbeitsaufteilung und -abfolge"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Rt02	ja	4,82	5,00	6
	nein	4,26	4,00	6
Rt05	ja	4,95	5,00	6
	nein	4,52	5,00	6
Rt08	ja	4,66	5,00	5
	nein	4,34	4,00	6

Gesamt	ja	4,81
	nein	4,37

c) Facette „Flexible Reaktion auf Probleme“

Hierbei werden Items Rt03, Rt06 und Rt09 einbezogen.

Der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei der Facette „Flexible Reaktion auf Probleme“ bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 4,94. Niedriger ist der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen ohne Führungsverantwortung (4,72) (Tabelle 25).

Der Medianwert liegt bei allen Items und beiden Personengruppen bei 5,00.

Der Modalwert liegt bei beiden Personengruppen bei Items Rt03 und Rt06 bei D=6. Der Modalwert der Eigeneinschätzung ist bei Personen in Führungspositionen hinsichtlich des Items Rt09 niedriger als bei Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 25).

Tabelle 25 Führungsverantwortung und die Facette "Flexible Reaktion auf Probleme"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Rt03	ja	4,89	5,00	6
	nein	4,71	5,00	6
Rt06	ja	5,03	5,00	6
	nein	4,86	5,00	6
Rt09	ja	4,90	5,00	5
	nein	4,58	5,00	6
Gesamt	ja	4,94		
	nein	4,72		

Der Mittelwert der Teamresilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 4,73. Dabei ist der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen mit Führungsverantwortung 4,90. Niedrigeren Wert erreicht die Eigeneinschätzung der Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 26).

Tabelle 26 Führungsverantwortung und die Teamresilienz

Items	Führungsposition	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert gesamt*
Rt01- Rt09	ja	4,90	4,73
	nein	4,56	

*Personengruppe wurden zu gleichen Anteilen einbezogen.

Leitende Position und die organisationale Resilienz

Die folgende Auswertung geschieht unter Einbezug der drei Facetten zur Ermittlung der organisationalen Resilienz.

a) Facette „Information über aktuelle Entwicklungen“

Hierbei werden Items Ro01, Ro04, Ro07 einbezogen.

Der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei der Facette *Information über aktuelle Entwicklungen* bei Personen mit Führungsverantwortung liegt bei 4,28, bei Personen ohne die bei 4,28 (Tabelle 27).

Dabei liegt der Median bei allen Items und Personengruppen bei 4,00.

Die Modalwerte dieser Facette liegen zwischen D=4 und D=6. Dabei liegen bei Items Ro04 und Ro07 die Modalwerte der Personengruppe mit Führungsverantwortung höher als bei Personen ohne eine leitende Position (Tabelle 27).

Tabelle 27 Führungsverantwortung und die Facette "Information über aktuelle Entwicklungen"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro01	ja	4,36	4,00	4
	nein	4,04	4,00	4
Ro04	ja	4,30	4,00	6
	nein	4,11	4,00	5
Ro07	ja	4,18	4,00	5
	nein	3,95	4,00	4
Gesamt	ja	4,28		
	nein	4,03		

b) Facette „Darlegung interner Strukturen und Prozesse“

Hierbei werden Items Ro02, Ro05, Ro08 einbezogen.

Bei Ermittlung des Mittelwerts der Eigeneinschätzung der organisationalen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Darlegung interner Strukturen und Prozesse* liegt der Mittelwert bei Personen mit Führungsverantwortung bei 4,24, bei Personen ohne Führungsverantwortung 4,02 (Tabelle 28).

Der Median liegt bei allen Items bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung bei 4,00.

Die Modalwerte liegen bei dieser Facette zwischen D=4 und D=5. Dabei liegen die Modalwerte bei den Items Ro05 und Ro08 bei Personen mit Führungsverantwortung höher als bei Personen ohne diese (Tabelle 28).

Tabelle 28 Führungsverantwortung und die Facette „Darlegung interner Strukturen und Prozesse“

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro02	ja	4,40	4,00	4
	nein	4,10	4,00	4
Ro05	ja	4,28	4,00	5
	nein	4,04	4,00	4
Ro08	ja	4,03	4,00	5

Gesamt	nein	3,92	4,00	4
	ja	4,24		
	nein	4,02		

c) Facette „Flexible Bereitstellung von Ressourcen“

Hierbei werden Items Ro03, Ro06, Ro09 einbezogen.

Bei Ermittlung des Mittelwerts der Eigeneinschätzung der organisationalen Resilienz im Hinblick auf die Facette *Flexible Bereitstellung von Ressourcen* liegen der Mittelwerte bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung bei 3,88 (Tabelle 29).

Der Median liegt bei allen Items und beiden Personengruppen bei 4,00

Der Modalwerte liegen bei dieser Facette zwischen D=3 und D=4. Dabei entsprechen sich die Modalwerte beider Personengruppen bei allen Items (Tabelle 29).

Tabelle 29 Führungsverantwortung und die Facette "Flexible Bereitstellung von Ressourcen"

Item	Führungsposition	Mittelwert	Median	Modalwert
Ro03	ja	3,93	4,00	4
	nein	4,06	4,00	4
Ro06	ja	3,97	4,00	4
	nein	3,93	4,00	4
Ro09	ja	3,75	4,00	3
	nein	3,64	4,00	3
Gesamt	ja	3,88		
	nein	3,88		

Der Mittelwert der organisationalen Resilienz für die Gesamtstichprobe liegt bei 4,06. Dabei ist der Mittelwert der Eigeneinschätzung bei Personen mit Führungsverantwortung 4,13. Etwas niedrigeren Wert erreicht die Eigeneinschätzung der Personen ohne Führungsverantwortung (Tabelle 30).

Tabelle 30 Führungsverantwortung und die organisationale Resilienz

Items	Führungsposition	Durchschnittlicher Mittelwert	Mittelwert gesamt*
Ro01- Ro09	Ja	4,13	4,06
	nein	3,98	

*Personengruppe wurden zu gleichen Anteilen einbezogen.

Zusammenfassung

Durch die Gegenüberstellung der Personen mit und ohne Führungsverantwortung mit Hilfe des Mittelwerts wird sichtbar, dass die Personen mit Führungsverantwortung hinsichtlich der drei Wirkungsebenen der Resilienz tendenziell ein höheres Resilienzniveau besitzen als die Personen ohne Führungsverantwortung, was die vorherige

Forschungen bestätigen könnte. Eine Ausnahme bildet die Facette „Fokussierte Umsetzung“, hier werden bei Personen mit Führungsverantwortung schlechtere Werte berechnet.

Zusammenfassend besteht ein möglicher Zusammenhang zwischen der Eigeneinschätzung der Resilienz und dem Innehaben einer Führungsposition in Bezug auf die individuelle, teamorientierte sowie organisationale Wirkungsebene der Resilienz. Zu beachten ist allerdings die geringe Varianz zwischen den errechneten Mittelwerten, sodass hier eher keine Signifikanz vorliegt und eine tatsächliche Beurteilung der Zusammenhänge kaum möglich ist.

Zudem erreicht die organisationale Resilienz bei beiden Personengruppen die niedrigsten Mittel-, Median und Modalwerte bei beiden untersuchten Gruppen.

8. Diskussion und Limitation der Ergebnisse

Alle anwesenden Seminarteilnehmenden und Weiterbildungsteilnehmenden, die sich im Vorfeld für die Intervention des KoPM-Zentrums beworben bzw. angemeldet haben, gaben die Fragebögen ausgefüllt zurück. Von den 140 Personen der Vergleichsgruppe aus den Kliniken Itzehoe und Heide, die einen Fragebogen erhalten haben und aus einer Zufallsstichprobe gebildet worden sind, haben bei der t1-Befragung 73 Personen an der Abgabe jeweils eines Fragebogens beteiligt. Zum Teil ist der Rücklauf durch eine Nachfassaktion erhöht worden, sodass eine akzeptable Nettoresponse bei der t1-Befragung besteht.

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, hinsichtlich der Berufsgruppe der Pflege, dass diese im Vergleich zu anderen Berufsgruppen über ein gutes und stabiles Resilienzniveau verfügt, das im Hinblick auf die gesamte Stichprobe durchschnittlich ist. Hinsichtlich der Führungskräfte können vorherige Forschungen bestätigt werden (Berücksichtigung von Bias). Personen in einer Führungsposition erreichen in den meisten untersuchten Facetten höhere Werte als die Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Die Ausnahme bildet die Facette „Fokussierte Umsetzung“. Innerhalb dieser Facette fallen die Werte leicht niedriger aus als bei Personen ohne Führungsverantwortung, was auf die im Kapitel 4 genannten „Unterbrechungen während der Tätigkeit“ zurück zu führen sein könnte. Die gestellten wissenschaftlichen Fragestellungen können innerhalb dieser Arbeit positiv beantwortet werden, auch wenn hier eher keine Signifikanz vorliegt. Die durchgeführte Datenanalyse kann lediglich eine mögliche Abbildung der Realität aufzeigen. Dies liegt zum einen an den vorliegenden Ergebnissen, bei denen es ersichtlich wird, dass untersuchte Gruppen nur eine geringe Varianz der berechneten Werte vorweisen können. Dies legt die Vermutung nahe, dass andere in dieser Arbeit nicht

untersuchte Faktoren einen Einfluss auf das Resilienzniveau der Beschäftigten haben könnten.

Zum anderen kann hier die Auswertungsmethodik nicht ideal gewählt worden sein, da der Mittelwert keine Stabilität gegenüber Ausreißern zeigt und zudem mehr für numerische Skalen geeignet ist. Die Median- und Modalwerte, die eine höhere Beständigkeit gegen Ausreißer aufweisen, zeigen vergleichsweise geringe Unterschiede, sodass keine klare Beurteilung getroffen werden kann.

Da die organisationale Resilienz bei allen Personengruppen einen vergleichsweise niedrigen Wert erreicht, scheint das Vertrauen der Beschäftigten in das Umfeld der Organisation nur gering ausgeprägt zu sein. Hier liegt der größte Handlungsbedarf in Bezug auf die Wirkungsebenen der Resilienz. Dabei könnte es sich hier speziell um die Organisationseinheit „Krankenhaus“ handeln. Dies ist in weiteren Forschungen nachzuweisen.

Die Aussagekraft ist hier durch die kleinen Größen der untersuchten Personengruppen reduziert, da sich die Wahrscheinlichkeit der Zufälle innerhalb der Ergebnisse erhöht. Dazu zählen besonders die Personengruppen, die dem Berufsgruppen Medizinisch-Technischen und dem Funktionsdienst angehören.

Zudem kann das Klinik-Setting ein sehr spezielles und komplexes Arbeitsfeld darstellen, indem zur fundierten Beurteilung noch weitere methodische Forschungs- und Untersuchungsinstrumente zu nutzen sind.

Eine weitere Verzerrung der vorliegenden Ergebnisse kann durch das Wissen der Teilnehmenden über ihre Gruppenzugehörigkeit (Interventions- und Vergleichsgruppe) bedingt sein, sodass die Interventionsteilnehmenden den eigenen Bedarf an Interventionen unbeabsichtigt höher stufen. Zudem kann es hier zu einem Performance Bias gekommen sein, da die Vergleichs- und Interventionsgruppe beim Erhalt der Fragebögen nicht gleichbehandelt worden sind.

Der größte Teil der Befragten in den Kliniken, hat angegeben weiblich zu sein, sodass dies eine mögliche Auswirkung auf die Ergebnisse haben kann. Hier lässt sich jedoch behaupten, dass oft dies im Pflegeberuf und anderen Gesundheitsfachberufen oft der Realität entspricht.

Des Weiteren ist der Recall Bias bei dieser Befragung zu bedenken, da der Fall von verfälschten bzw. ungenauen Erinnerungen oder Erinnerungsverzerrungen vorliegen kann. Übertragungsfehler bei der Bearbeitung von Daten sind möglich.

9. Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Analyse des Resilienzniveaus bei Pflege- und Führungskräften im Kapitel 5.1 genannten Kliniken. Der Zusammenhang der

Eigeneinschätzung der Resilienz und die Zugehörigkeit zu den Personengruppen des „Pflegedienstes“ sowie „Führungspersonal“ standen hier besonders im Fokus. Abschließend kann festgestellt werden, dass sowohl der „Pflegedienst“ als auch die Personen mit Führungsverantwortung über ein relativ hohes Resilienzniveau verfügen. Die Auswertungsergebnisse hinsichtlich der Berufsgruppe „Pflegedienst“ deuten darauf hin, dass die Berufsgruppe eine stabile Resilienz und im Vergleich zu anderen Berufsgruppen durchschnittliche Resilienzwerte aufweist. Da die Berufsgruppe der Pflege im Arbeitsalltag in vielen Bereichen stark berufsbezogenen Belastungsfaktoren ausgesetzt ist, ist es bemerkenswert, dass diese eine gute Resilienz vorweisen können. Trotzdem sollte ein besonderes Augenmerk auf den Erhalt und Stärkung der Ressourcen und resilienten Verhalten gelegt werden. Trotz des vergleichsweise hohen Mittelwertes in Bezug auf die Resilienz birgt diese Personengruppe viele „Ausreißer“ mit sehr geringen Eigeneinschätzungen der Resilienz, weshalb eine besondere Strategie erforderlich ist. Ob tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Eigeneinschätzung der Resilienz und dem Pflegeberuf besteht, ist durch die Ergebnisse dieser Arbeit nicht eindeutig nachgewiesen und bedarf weiterer Forschungen.

Hinsichtlich der Personengruppe mit einer Führungsverantwortung besteht ein möglicher Zusammenhang zwischen der Eigeneinschätzung der Resilienz und dem Innehaben einer Führungsposition. So scheinen die Führungskräfte etwas resilienter zu sein, als das Personal ohne eine Führungsfunktion. Auch wenn eine konkrete Aussage kaum getroffen werden kann, bestätigt diese Arbeit tendenziell die Ergebnisse früherer Forschungen mit Berücksichtigung von Bias und Fehlerquellen. Auch in diesem Bereich bedarf es jedoch weiterer Forschungen besonders im Hinblick auf den Einfluss der Resilienz auf die Führungskompetenz sowie der Einfluss der Führung auf die Gesundheit der Mitarbeitenden mit einem gezielten Fokus auf das Krankenhaus-Setting.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass besonders die organisationale Wirkungsebene der Resilienz über einen hohen Interventionsbedarf verfügt. Hierbei ist es wichtig zu überprüfen, ob vorliegende Ergebnisse auf andere Krankenhäuser übertragbar sind und diese spezifisch mit der Branche im Zusammenhang stehen.

Vor allem mit zunehmender Intensivierung der Arbeit rückt eine gute Widerstandsfähigkeit der Beschäftigten weiter in den Vordergrund. Damit ist die Förderung dieser für ein Unternehmen mit einem Fortbestehungswunsch von größter Relevanz. Besonders in der Gesundheitsversorgung sollten die belastungsintensiven Bereiche wie die Palliativ- oder Intensivversorgung auf für Beschäftigte belastende Problematiken untersucht werden, sodass gezielte Interventionen zur Resilienzförderung erprobt werden können.

Darüber hinaus bedarf es an Etablierung ganzheitlicher Konzepte innerhalb der Organisationen, die auf unterschiedliche Wirkungsebenen der Resilienz abzielen und durch

eine humane Aufbau- und Ablauforganisation sowie ein hohes Maß an Wertschätzung den Resilienzwachstum der eigenen Mitarbeitenden ermöglichen. Für die Umsetzung sollten Organisationen individuelle branchenspezifische und unternehmensspezifische Lösungen in Betracht ziehen.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Franke, Alexa (Hg.). Tübingen: dgvt Verlag: dgvt Verlag (= Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis; Band 36)
- Badura, Bernhard/Greiner, Wolfgang/Rixgens, Petra/Ueberle, Max/Behr, Martina (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2., erweiterte Aufl. 2013. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg (= SpringerLink)
- Bengel, Jürgen/Meinders-Lücking, Frauke/Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (= Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 35)
- Blessin, Bernd/Wick, Alexander (2017): Führen und führen lassen. Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung. 8., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UTB; UVK/Lucius (= UTB; 8532)
- Buchholz, Ulrike/Knorre, Susanne (2012): Interne Unternehmenskommunikation in resilienten Organisationen. Berlin, Heidelberg: Springer
- Bühler, Anneke/Heppekausen, Kathrin (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. 2.3.11.07. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (= Gesundheitsförderung konkret; 6)
- Covey, Stephen R./Whitman, Bob (2010): Führen unter neuen Bedingungen. Sichere Strategien für unsichere Zeiten. Offenbach: GABAL Verlag (= Management-Reihe)
- Drupp, Michael/Meyer, Markus (2019): „Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements“. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege - aber woher?* Berlin: Springer Open; Springer, S. 23–48
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Dörner, Tina/Rönnau-Böse, Maike (2019): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen - PRiK. Ein Förderprogramm. 4. aktualisierte Auflage
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019): Resilienz. 5. aktualisierte Auflage (= utb Psychologie, Pädagogik)
- Gelbmann, Ulrike/Peskoller, Anton (2016): „Resilienz im Spannungsfeld von CSR und Changemanagement“. In: Schram, Brunhilde/Schmidpeter, René (Hg.): *CSR und Organisationsentwicklung. Die Rolle des Qualitäts- und Changemanagers*. Berlin, Heidelberg: Gabler (= Management-Reihe Corporate Social Responsibility), S. 15–36
- Goldhahn, Günter (2016): „CSR & Innovationsdesign zur Zukunftsfähigkeit“. In: Schram, Brunhilde/Schmidpeter, René (Hg.): *CSR und Organisationsentwicklung. Die*

Rolle des Qualitäts- und Changemanagers. Berlin, Heidelberg: Gabler (= Management-Reihe Corporate Social Responsibility), S. 125–140

Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Büscher, Andreas/Stelzig, Stefanie/Kümmerling, Angelika/Müller, Bernd Hans (2005): „Wunsch nach Berufsaustieg bei Pflegepersonal in Deutschland“. In: Hasselhorn, Hans-Martin (Hg.): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa.* Dortmund, Bremerhaven: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss (= Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü, Übersetzung; 15), S. 135–146

Hildenbrand, Bruno (2012): „Resilienz, Krise und Krisenbewältigung. Leben als Prozess der Bewältigung von Krisen“. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hg.): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände.* 4. Auflage, 2012. Internationaler Kongress "Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände". Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag (= Paar- und Familientherapie), S. 205–229

Höher, Friederike (2018): *Menschliche Resilienz in Unternehmen. Dialog als Ressource : Grundlagen und Methoden.* Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich

Höhmann, Ulrike/Lautenschläger, Manuela/Schwarz, Laura (2016): „Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate“. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmeier, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): *Pflege-Report 2016 : Schwerpunkt : Die Pflegenden im Fokus.* Schattauer GmbH. s.l.: Schattauer Verlag, S. 73–90

Huber, Monika (2019): *Resilienz im Team. Ideen und Anwendungskonzepte für Teamentwicklung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (= essentials)

Jaklin, Heribert (2016): „Corporate Social Responsibility und Organisationsentwicklung – aus Sicht gesunder Führung“. In: Schram, Brunhilde/Schmidpeter, René (Hg.): *CSR und Organisationsentwicklung. Die Rolle des Qualitäts- und Changemanagers.* Berlin, Heidelberg: Gabler (= Management-Reihe Corporate Social Responsibility), S. 181–192

Leipold, Bernhard (2015): *Resilienz im Erwachsenenalter.* Mit 17 Abbildungen und 7 Tabellen. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (= UTB; 4451)

Lohmann-Haislah, Andrea/Schütte, Martin (2013): *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Lösel, Friedrich/Bender, Doris (1999): „Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung“. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael/Freytag, Andreas/Arens, Dirk (Hg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.* Kongress. München: Reinhardt, S. 37–58

Masten, Ann S. (2001): „Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags“. In: Röper, Gisela/Hagen, Cornelia von/Noam, Gil G. (Hg.): *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 192–219

Meyer, Markus/Wenzel, Jenny/Schenkel, Antje (2018): „Daten und Analysen. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017“. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen*

Branchen der Wirtschaft : mit 127 Abbildungen und 250 Tabellen. Springer-Verlag GmbH. Berlin: Springer (= Fehlzeiten-Report; 2018), S. 331–536

Mourlane, Denis/Hollmann, Detlef (2016): „Führung, Gesundheit und Resilienz“. In: Hänsel, Markus/Kaz, Karl (Hg.): *CSR und gesunde Führung. Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung.* Berlin, Heidelberg: Springer Gabler (= Management-Reihe Corporate Social Responsibility), S. 121–136

Oelsnitz, Dietrich von der (2012): *Einführung in die systemische Personalführung.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl. (= Compact)

Orthmann, A./Gunkel, L./Otte, R. (2011): „Ressourcen als Schlüssel für Führung und Gesundheit im Betrieb“. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit.* Berlin, Heidelberg: Springer (= Fehlzeiten-Report; 2011), S. 135–146

Rolfe, Mirjam (2019): *Positive Psychologie und organisationale Resilienz. Stürmische Zeiten besser meistern.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (= Positive Psychologie kompakt)

Schirmer, Uwe/Woydt, Sabine (2016): *Mitarbeiterführung.* 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Gabler (= BA KOMPAKT)

Schmucker, Rolf (2019): „Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen“. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmeier, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege - aber woher?* Berlin: Springer Open; Springer, S. 49–60

Schnell, Tatjana (2018): „Von Lebenssinn und Sinn in der Arbeit“. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft : mit 127 Abbildungen und 250 Tabellen.* Springer-Verlag GmbH. Berlin: Springer (= Fehlzeiten-Report; 2018), S. 11–22

Schram, Brunhilde/Schmidpeter, René (Hg.) (2016): *CSR und Organisationsentwicklung. Die Rolle des Qualitäts- und Changemanagers.* Berlin, Heidelberg: Gabler (= Management-Reihe Corporate Social Responsibility)

Schulte, E.-M./Kauffeld, S. (2017): „Krisen in Teams: Teamresilienz als Präventions- und Bewältigungsstrategie“. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2017.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 111–120

Semling, Corinna/Ellwart, Thomas (2016): „Entwicklung eines Modells zur Teamresilienz in kritischen Ausnahmesituationen“. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO) 47, H. 2, S. 119–129

Siegrist, Ulrich (2010): *Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden

Sommer, Dieter/Kuhn, Detlef/Milletat, Antonia/Blaschka, Anke/Redetzky, Claudia (2014): *Resilienz am Arbeitsplatz.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Soucek, Roman/Ziegler, Michael/Schlett, Christian/Pauls, Nina (2016): „Resilienz im Arbeitsleben – Eine inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von

Individuen, Teams und Organisationen“. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO) 47, H. 2, S. 131–137

Soucek, Roman/Pauls, N./Ziegler, M./Schlett, C. (2015): „Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens bei der Arbeit.“ 2015, 2015 17, S. 13–22

Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Büscher, Andreas (2005): „Pflege in Europa“. In: Hasselhorn, Hans-Martin (Hg.): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund, Bremerhaven: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss (= Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü, Übersetzung; 15), S. 21–29

Tirpitz, Alexander/Schlütter, Deike/Zessin, Angélique (2018): „Entwicklung organisationaler Resilienz in der Arbeitswelt 4.0 Alexander Tirpitz, Deike Schlütter und Angélique Zessin“. In: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hg.): *BGM - ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 767–786

Walenta, Christa (2012): „5. Teil: Führung. Empirie der Führung“. In: Heimerl, Peter/Sichler, Ralph (Hg.): *Strategie, Organisation, Personal, Führung*. Wien, Stuttgart: Facultas-Verl.; UTB (= UTB Wirtschaftswissenschaften; 3517), S. 496–532

Wellensiek, Sylvia Kéré/Galuska, Joachim (2014): *Resilienz - Kompetenz der Zukunft. Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit*. Weinheim: Beltz

Welter-Enderlin, Rosmarie (2012): „Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. Der therapeutische Blick auf Resilienz im Rahmen von Familie und Umwelt“. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hg.): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. 4. Auflage, 2012. Internationaler Kongress "Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände". Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag (= Paar- und Familientherapie), S. 7–19

Werner, Emmy E. (1999): „Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz“. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael/Freytag, Andreas/Arens, Dirk (Hg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. Kongress. München: Reinhardt, S. 25–36

Wustmann, Corina (2015): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern : Beiträge zur Bildungsqualität*. 5. Auflage. Fthenakis, Wassilios E. (Hg.). Berlin: Cornelsen: Cornelsen.

Internetquellen

aerzteblatt.de (2016): „Arbeitsbelastung für Pflegekräfte drastisch gestiegen“. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69550/Arbeitsbelastung-fuer-Pflegekraefte-draestisch-gestiegen> [Stand: 06. Februar 2020]

BAuA (2012): „Factsheet 10. Arbeit in der Pflege - Arbeit am Limit? - Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.). URL: www.baua.de/dok/6505548 [Stand: 21. Februar 2020]

Becker, Thomas/Breucker, Gregor/Ducki, Antje/Engelhardt-Schagen, Mari-
anne/Glomm, Detlef/Kilian, Reinhold/Krempien, Anne-Katrin/Petersen, Jens/Petereit-
Haack, Gabriela/Schoeller, Annegret/Stork, Joachim/Wagner, Stefanie/Wolters, Jürgen
(2019): „Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung“. Bun-
desministerium für Arbeit und Soziales (Hg.). BMAS (= Arbeitsmedizin). URL:

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 20. Februar 2020]

BKK (2017): „Faktenblatt BKK Gesundheitsatlas 2017“. BKK Dachverband (Hg.). URL: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Faktenblatt_BKK_Gesundheitsatlas_2017_FINAL.pdf [Stand: 06. Februar 2020]

BMAS (2017): „Weissbuch. Arbeiten 4.0“. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (= Arbeit weiter denken). URL: <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a883-weissbuch.html> [Stand: 20. Februar 2020]

BMFSFJ (2019): „Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5“. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf [Stand: 22. Februar 2020]

Destatis (2016): „Ältere Menschen. in Deutschland und der EU“. Statistisches Bundesamt (Hg.). URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/93214/95d5fc19e3791f90f8d582d61b13a95e/aeltere-menschen-deutschland-eu-data.pdf> [Stand: 06. Februar 2020]

Destatis (2017): „Gesundheit. Krankheitskosten“. Statistisches Bundesamt (Hg.). Statistisches Bundesamt (= Reihe 7.2.1). URL: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00033175/2120721159004.pdf Prozent3Bjsessionid Prozent3DB19129ECF3A61F8DB331D847FC4E599C [Stand: 06. Februar 2020]

Hülshager, Ute R./Alberts, Hugo J. E. M./Feinholdt, Alina/Lang, Jonas W. B. (2012): „Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction“. In: *The Journal of applied psychology* 98, H. 2, S. 310–325. DOI: 10.1037/a0031313 [Stand: 21. Februar 2020]

KoPM-Zentrum: „Resilienz - Wissenschaftliche Begleitung zum ESF- Projekt „Zukunft durch Bildung - Heute für Morgen“. KoPM-Zentrum. URL: <http://www.kopm-zentrum.de/kopmr-modell/resilienz.html> [Stand: 01. Februar 2020]

Lengnick-Hall, Cynthia A./Beck, Tammy E./Lengnick-Hall, Mark L. (2011): „Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management“. In: *Human Resource Management Review* 21, H. 3, S. 243–255. URL: <http://tarjomefa.com/wp-content/uploads/2016/10/5503-English.pdf> [Stand: 21. Januar 2020]

Linnenluecke, Martina K. (2017): „Resilience in Business and Management Research: A Review of Influential Publications and a Research Agenda“. In: *International Journal of Management Reviews* 19, H. 1, S. 4–30. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijmr.12076> [Stand: 21. Februar 2020]

Marschall, Jörg/Hildebrandt, Susanne/Nolting, Hans-Dieter (2019): „DAK-Gesundheitsreport 2019“. DAK-Gesundheit (Hg.). IGES Institut GmbH. URL: <https://dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf> [Stand: 05. Februar 2020]

Nyberg, A./Alfredsson, L./Theorell, T./Westerlund, H./Vahtera, J./Kivimäki, M. (2009): „Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study“. In: *Occupational and environmental medicine* 66, H. 1, S. 51–55. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602855/> [Stand: 04. Januar 2020]

Pinzon, Luis C. E./Henke, Nathalie/Lenkeit, Hannah/Melzer, Marlen/Rösler, Ulrike/Wendsche, Johannes/Röttgen, Monika (2018): „baua: Aktuell 2/18. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2/2018“. BAuA (Hg.). URL: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/2-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [Stand: 05. Februar 2020]

resilire.de. Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie (Hg.). Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. URL: <https://www.resilire.de/diagnose.php> [Stand: 07. Februar 2020]

Tau, Babalwa/Du Plessis, Emmerentia/Koen, Daleen/Ellis, Suria (2018): „The relationship between resilience and empowering leader behaviour of nurse managers in the mining healthcare sector“. In: Curationis 41, H. 1, e1-e10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6111486/> [Stand: 22. Februar 2020]

TK (2019): „Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften.“. Die Techniker Krankenkasse (Hg.). URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf> [Stand: 21. Februar 2020]

Werner, Emmy E. (1992): „The Children of Kauai: Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood“. In: Journal Of Adolescent Health 1992, 1992 13, S. 262–268. URL: [https://www.jahonline.org/article/1054-139X\(92\)90157-7/pdf](https://www.jahonline.org/article/1054-139X(92)90157-7/pdf) [Stand: 04. Januar 2020]

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Vulnerabilität und belastende Faktoren.....	63
Anhang 2: Resilienzförderung	64
Anhang 3: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf	69
Anhang 4: Übersicht über Neuzuordnung der Teilnehmenden.	71
Anhang 5: Fragebogen KoPM-Zentrum HAW-Hamburg	72
Anhang 6: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe	77
Anhang 7: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Berufsgruppen.....	78
Anhang 8: Verteilung nach Führungsposition.....	79
Anhang 9: Erwerbssituation der Stichprobe	80
Anhang 10: Verteilung nach Schulabschluss innerhalb der Stichprobe	82
Anhang 11: Verteilung nach Berufserfahrung	83
Anhang 12: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe	84
Anhang 13: Verteilung nach Geschlecht	85
Anhang 14: Verteilung nach Berufsgruppen.....	86
Anhang 15: Erwerbssituation der Stichprobe	87
Anhang 16: Verteilung nach Berufserfahrung	89
Anhang 17: Verteilung nach Schulabschluss	90

Anhang 1: Vulnerabilität und belastende Faktoren

EXKURS

Vulnerabilität

Das Gegenstück zu Resilienz ist die Vulnerabilität: Bei Einfluss von Risikofaktoren besteht die Möglichkeit der pathologischen Entwicklung (Vgl. Wustmann 2015: S. 22). Resilienz nimmt Bezug zur Vulnerabilität wie Salutogenese (A. Antonovsky) zur Pathogenese (Vgl. Borst 2012: S. 197). In der Literatur sind heterogene Risiko- bzw. Vulnerabilitätsklassifikationen zu finden (Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: S. 21–25). Zum Beispiel können Herausforderungen in interne Vulnerabilitätsfaktoren (innewohnende biologische und psychosoziale Faktoren wie zum Beispiel geringe kognitive Fähigkeiten oder chronische Erkrankungen) und externe Risikofaktoren (im psychosozialen Umfeld bestehende und kontinuierlich-wirkende Stressoren wie Obdachlosigkeit, Migrationshintergrund, Isolation) unterschieden werden. Zu einer extremen Form der Risikofaktoren zählen traumatische Erlebnisse bzw. Krisen wie Tod oder schwere Erkrankungen im näheren Umfeld (Vgl. Wustmann 2015: S. 38–40).

Literatur

Borst, Ulrike (2012): „Von psychischen Krisen und Krankheiten, Resilienz und "Sollbruchstellen"". In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hg.): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. 4. Auflage, 2012. Internationaler Kongress "Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände". Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag (= Paar- und Familientherapie), S. 192–204

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2019): *Resilienz*. 5. aktualisierte Auflage (= utb Psychologie, Pädagogik)

Wustmann, Corina (2015): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern : Beiträge zur Bildungsqualität*. 5. Auflage. Fthenakis, Wassilios E. (Hg.). Berlin: Cornelsen: Cornelsen.

Anhang 2: Resilienzförderung

EXKURS

Resilienzförderung

Arbeitsausfälle durch psychische Erkrankungen bergen hohe Kosten für die Unternehmen (Vgl. Oelsnitz 2012: S. 102). Der DAK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2013 zeigt, dass 37,1 Prozent der Beschäftigten in Deutschland schon einmal trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit gegangen sind. Unter denjenigen, die aufgrund von psychischen Beschwerden schon einmal krankgeschrieben gewesen sind, sind es sogar 89,8 Prozent (Vgl. DAK-Gesundheit 2013: S. 72–73). Um psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken, bieten die Konzepte zur Resilienzförderung eine angemessene Grundlage.

Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass es möglich ist die resilienten Fähigkeiten zu erlernen und zu stärken (Siegrist 2010: S. 40). Hierbei „[...] geht es darum, bei Führenden wie Geführten Eigenschaften und Fähigkeiten auszubilden, die sie eintretende Krisen bzw. außerordentliche Belastungen meistern lassen“ (Oelsnitz 2012: S. 105).

„Wenn die Mitarbeitenden die Zusammenhänge zwischen der Biologie ihres Körpers, der Wirkung der Arbeitsbelastungen auf ihre Physis und Psyche sowie die Bedeutung sozialer Kontakte für ihre Gesundheit besser verstehen und daraus die richtigen Handlungsstrategien für ihr berufliches und privates Leben ableiten, werden sie über eine größere Resilienz verfügen und demzufolge ihre Arbeitsbelastungen besser kompensieren können.“ (Gimbel/Lang 2018: S. 190)

Zur erfolgreichen Resilienzförderung sind psychologische Merkmale notwendig: Das Merkmal des „Wollens“, hierzu sollte eine Veränderung der eigenen Ansprüche sowie eine bestimmte Zielsetzung vorliegen, und das Merkmal des „Könnens“ in Form von „[...] kognitiver Meisterung der Probleme [...]“ (Leipold 2015: S. 22).

Um Resilienz am Arbeitsplatz aktiv zu steigern, wurden zahlreiche Interventionsbündel entwickelt. Zum Beispiel das Promoting Adult Resilience (PAR), ein sieben-Wochen-Programm mit Einsatz von psychologischen Techniken aus der Verhaltenstherapie aus dem Jahr 2009 mit insgesamt 304 Teilnehmern aus verschiedenen Managementbereichen, zeigte Erfolge in Bezug auf Steigerung des Faktors Optimismus, der Zufriedenheit,

des Gefühl für Work-Life-Balance sowie des nötigen Vertrauen zur Bewältigung von arbeits- sowie familiär bedingten Herausforderungen (Vgl. Liossis et al. 2009). Daneben sind Seminare zum Umgang mit Belastungssituationen sowie der Aufbau externer Ressourcen, die Lebensfreude zurückgeben, sinnvoll (Oelsnitz 2012: S. 106).

In der Resilienz-Präventions-Studie aus dem Jahr 2009 ist ein Resilienztraining von zehn Wochen bei Polizeibeamten durchgeführt worden. Mit gezieltem Verhaltenstraining und imaginativen Verfahren mit berufsspezifischen Szenarien ist das Training zweistunden täglich von achtzehn Polizeibeamten gemeistert worden. Nach zwölf Monaten nach Beendigung des Trainings fand eine Evaluation statt. Diese zeigte eine Verbesserung der allgemeinen Stimmung sowie Stresszeichen wie der Herzfrequenz im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Arnetz et al. 2009). In der nachfolgenden Studie unter Polizeibeamten ist festgestellt worden, dass ein gezieltes psychologisches und technisches präventives Resilienztraining zu einer Optimierung der problemorientierten Bewältigungsstrategien wie zum Beispiel Schlafqualität oder Gesundheitszustand zum Erfolg hatte (Arnetz et al. 2013). Hier steht eine unübersichtliche Vielzahl von Trainings- und Beratungsangeboten zur Verfügung (Soucek et al. 2015: 13-22).

Individuelle Ebene

Zum zentralen Aspekt der Resilienzförderung auf der individuellen Ebene gehört die Stärkung der personalen Ressourcen und der Transaktionsprozesse zwischen der Umwelt und der Person (Vgl. Siegrist 2010: S. 42). Als Ansatzpunkte dafür können die Förderung von zum Beispiel Problemlösungsstrategien, Eigenaktivität sowie persönliche Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenzen, Stressbewältigung usw. darstellen (Vgl. Wustmann 2015: S. 125). Die American Psychological Association (APA) stellt die Empfehlungen zur Förderung der Resilienz in zehn Punkten zusammen:

- Soziale Kontakte schließen
- Krisen nicht als unüberwindlich ansehen
- Veränderungen als ein Teil des Lebens akzeptieren
- gesetzten Ziele anstreben
- Maßnahmen entschlossen ergreifen
- Möglichkeiten zur Selbstfindung ausfindig machen
- Positives Selbstbild fördern
- Perspektiven in Blick haben
- Optimistischen Blick auf die Dinge bewahren
- Auf eigene Bedürfnisse achten (Vgl. APA Help Center)

Basierend auf sieben Säulen der Resilienz (siehe Kap. 2.1) entwickeln Reivich und Schatté 2003 die sieben Schlüssel zur Erreichung der inneren Stärke, die sich zum Teil mit der Auslegung der APA überschneiden:

1. Gedanken beobachten
2. Denkfallen identifizieren
3. Eisberg-Überzeugungen (individuelle Vorstellung über das richtige Verhalten) aufspüren
4. Problemlösekompetenz trainieren
5. Katastrophendenken stoppen
6. Beruhigen und Fokussieren
7. Resilienztechniken in Echtzeit praktizieren (Reivich/Schatté 2003 zit. n. Vgl. Leybold 2009: S. 29–30).

Teamebene

Auf der Teamebene steht die Interaktion zwischen den Teammitgliedern im Fokus (Soucek et al. 2016: S. 134). Die Förderung der Kenntnisse über die Resilienzfaktoren und deren Einbindung in den beruflichen Alltag ist an dieser Stelle sinnvoll (Vgl. Huber 2019: S. 77). Dies kann durch spezielle Maßnahmen zur Resilienzförderung von professionellen Trainerinnen / Trainern oder Schulungen zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Kommunikation stattfinden (Vgl. Tirpitz et al. 2018: S. 781). Im Alltag können gemeinsame Aufgaben wie zum Beispiel die gemeinsame Erstellung von Leitlinien zum Umgang mit bestimmten Situationen innerhalb des Teams resilienzstärkend wirken (Krause et al. 2018: S. 46). Teamtraining mit konstruktiven Reflektionseinheiten bietet ebenfalls eine gute Möglichkeit (Schulte/Kauffeld 2017: S. 117). Zudem eignen sich Maßnahmen wie Mitarbeiterversammlungen, interne Fortbildungen, Teamtage oder Teamsupervision, usw. (Vgl. Wellensiek/Galuska 2014: S. 133). Zur Förderung der Teamresilienz liegen allerdings nur wenige wissenschaftliche Befunde vor, was weitere Forschung unabdingbar macht (Vgl. Schulte/Kauffeld 2017: S. 116).

Organisationale Ebene

Auf der organisationalen Ebene bietet sich eine Implementierung eines ganzheitlichen Resilienzkonzeptes mit einem Fokus auf das Bewusstsein und Kompetenz der Beschäftigten (1), auf die Führungskultur und -verhalten (2) sowie interne Strukturen und Prozesse (3) (Tirpitz et al. 2018: S. 779). Um den Anforderungen und Bedarfen der Mitarbeitenden gerecht zu werden, sollten die technischen sowie räumlichen Voraussetzungen sowie bei Bedarf geforderte Flexibilität erfüllt sein. Zudem ist eine Vereinfachung der Arbeitsprozesse sowie eine Förderung der Kommunikationskultur förderlich (3) (Tirpitz et al. 2018: S. 780). Die Führungskultur und -verhalten sind in einer Organisation mit

einheitlichen Grundsätzen und mit einer konstruktiven Ergebnisorientierung zu gestalten. Mit einem Programm zur Führungskräfteentwicklung bietet eine Möglichkeit zum regelmäßigen systematischen Austausch (2) (Tirpitz et al. 2018: S. 781). Darüber hinaus könnten verpflichtende, regelmäßige Maßnahmen sowie ein Resilienz-Kodex, als konkreter Verhaltensanker, etabliert werden. Die Angebote zur Gesundheitsförderung sowie Erfahrungsberichte dieser sollen allen Mitarbeitenden zugänglich und präsent sein (1) (Tirpitz et al. 2018: S. 782).

Derzeit besteht ein starker Handlungsbedarf in der Förderung der Kenntnisse über das Resilienzkonzept sowie in der Implementierung der Konzepte zur Resilienzförderung in den Unternehmen (Vgl. Götze 2013: S. 103). Um zu verhindern, dass die Arbeitsbelastung zur Überforderung wird, sollten Organisationen ganzheitliche Resilienzstrategien entwickeln und diese in die Personalentwicklung integrieren (Gimbel/Lang 2018: S. 189). Um die tatsächliche Protektion solcher Strategien zur Resilienzförderung aufzuzeigen, besteht noch weiterer Forschungs- bzw. Evaluationsbedarf (Vgl. Leipold 2015: S. 179).

Literatur

APA Help Center: „The Road to Resilience“. American Psychological Association (APA) (Hg.). URL: <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience> [Stand: 30. Oktober 2019]

Arnetz, Bengt B./Arble, Eamonn/Backman, Lena/Lynch, Adam/Lublin, Ake (2013): „Assessment of a prevention program for work-related stress among urban police officers“. In: *International archives of occupational and environmental health* 86, H. 1, S. 79–88. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596819/>

Arnetz, Bengt B./Nevedal, Dana C./Lumley, Mark A./Backman, Lena/Lublin, Ake (2009): „Trauma Resilience Training for Police: Psychophysiological and Performance Effects“. In: *Journal of Police and Criminal Psychology* 24, H. 1, S. 1–9. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/Prozent2Fs11896-008-9030-y> [Stand: 15. Oktober 2019]

DAK-Gesundheit (2013): „DAK-Gesundheitsreport 2013“. IGES Institut GmbH. URL: <https://dak.de/dak/download/vollstaendiger-bundesweiter-gesundheitsreport-2013-2120160.pdf>

Gimbel, Bernd/Lang, Stefan (2018): „Gesundheitskompetenz als Schlüsselqualifikation der Zukunft bei der Personalentwicklung“. In: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hg.): *BGM - ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 179–202

Götze, Ulrike (2013): *Resilienzentwicklung im Personalmanagement. Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen*. Wiesbaden: Springer-Fachmedien (= VS College)

Huber, Monika (2019): *Resilienz im Team. Ideen und Anwendungskonzepte für Teamentwicklung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (= essentials)

Krause, Andreas/Deufel, Andrea/Dorsemag, Cosima/Knecht, Michaela/Mumenthaler, Jonas/Mustafic, Maida/Zäch, Samuel (2018): „Betriebliche Interventionen zur

gesundheitsförderlichen Gestaltung indirekter Steuerung“. In: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hg.): *BGM - ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 33–58

Leipold, Bernhard (2015): *Resilienz im Erwachsenenalter*. Mit 17 Abbildungen und 7 Tabellen. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (= UTB; 4451)

Leypold, Heike (2009): *Das Resilienzmodell als bestimmender Einflussfaktor für erfolgreiche Organisations- und Personalentwicklung*. Berlin: Logos Verl. Berlin GmbH 2009 (= Soziale Arbeit. Schriften der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften; 3)

Liossis, Poppy L./Shochet, Ian M./Millea, Prudence M./Biggs, Herbert (2009): „The Promoting Adult Resilience (PAR) Program: The Effectiveness of the Second, Shorter Pilot of a Workplace Prevention Program“. In: *Behaviour Change* 26, H. 2, S. 97–112

Oelsnitz, Dietrich von der (2012): *Einführung in die systemische Personalführung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl. (= Compact)

Reivich, Karen/Shatté, Andrew (2003): *The resilience factor. 7 keys to finding your inner strenght and overcoming life's hurdles*. [Nachdr.]. New York: Broadway Books

Schulte, E.-M./Kauffeld, S. (2017): „Krisen in Teams: Teamresilienz als Präventions- und Bewältigungsstrategie“. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2017*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 111–120

Siegrist, Ulrich (2010): *Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden

Soucek, Roman/Pauls, N./Ziegler, M./Schlett, C. (2015): „Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens bei der Arbeit.“ 2015, 2015 17, S. 13–22

Soucek, Roman/Ziegler, Michael/Schlett, Christian/Pauls, Nina (2016): „Resilienz im Arbeitsleben – Eine inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von Individuen, Teams und Organisationen“. In: *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)* 47, H. 2, S. 131–137

Tirpitz, Alexander/Schlütter, Deike/Zessin, Angélique (2018): „Entwicklung organisationaler Resilienz in der Arbeitswelt 4.0 Alexander Tirpitz, Deike Schlütter und Angélique Zessin“. In: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hg.): *BGM - ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 767–786

Wellensiek, Sylvia Kéré/Galuska, Joachim (2014): *Resilienz - Kompetenz der Zukunft. Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit*. Weinheim: Beltz

Wustmann, Corina (2015): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern : Beiträge zur Bildungsqualität*. 5. Auflage. Fthenakis, Wassilios E. (Hg.). Berlin: Cornelsen: Cornelsen.

Anhang 3: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf in Anlehnung an Pflege-Report 2016

Tabelle: Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (in Anlehnung an Höhmann et al. 2016: S. 74–75)

<p>Makroebene</p>	<p><i>Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Dimension</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung / Gratifikationskrisen: Wert- und Bedeutungszuschreibung der Arbeit • Bürokratisierung: Zunahme patientenferner Aufgaben bedingt mit steigenden Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen • Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten: v.a. Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse • Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung
<p>Mesoebene</p>	<p><i>Organisationsbezogene Dimension</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsstil/-qualität • Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten: z. T. unzureichende Unterstützung von den Arbeitgebern; zudem wenig finanzielle Gratifikation oder Verbesserungen der beruflichen Position • Geringer Einfluss bei der Arbeit: nur wenig Handlungs- und Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Art, den Inhalt und die Abfolge der Arbeitsschritte • Grundsätzliche Arbeits(zeit)organisation: v.a. Umgang mit Schicht- und Wochenenddiensten; Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Privatleben; Überstunden; Zeitdruck; Veränderung des Aufgabenspektrums; Pflegekraft-Patienten-Relationen • Quantitative Arbeitsanforderungen

	<i>Materielltechnische Dimension</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsumgebung: Lärm und Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe • Körperliche Anforderungen (v.a. im Bereich Heben und Tragen): oft verantwortlich für Beschwerden im • Infektionsgefährdung: Pflegepersonal durch den regelmäßigen Umgang mit Körperflüssigkeiten etc. verschiedenen Infektionsrisiken ausgesetzt
Mikroebene	<i>Interpersonale Dimension</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation: zum Beispiel widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen; anstelle von gezielter berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, Verschiebung der Aufgaben (v.a. Übernahme pflegefremder Tätigkeiten) • Interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten • Mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (häufig in großen Einrichtungen)
	<i>Personalsoziopsychische Dimension</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid • Interaktion mit Klienten: v.a. Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten; starke zeitliche Beanspruchung • Psychosomatische Beschwerden • Burnout: v.a. bei Mitarbeitern in Alten-/Pflegeheimen • Emotionale und psychische Belastungen und Stress • Individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (zum Beispiel geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) • Konflikt zwischen Arbeit und Familie • Rollenkonflikte und moralischer Stress: zum Beispiel Berufsideal vs. Arbeitsrealität

Anhang 4: Übersicht über Neuordnung der Teilnehmenden nach Berufsgruppen auf Grundlage der Berufsgruppendefinition der GBE.

Tabelle: Übersicht der Neuordnungen

Wert („Sonstige“)	Berufsgruppe	Neuanordnung zu	Neuer Wert	Berufsgruppe
7	Operationstechnische Angestellte	→	4	Funktionsdienst
7	Organisation	→	6	Verwaltung
7	ZSVA	→	4	Funktionsdienst
7	Psychologischer Dienst	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	MFA	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	Hebamme	→	4	Funktionsdienst
7	Patientenaufnahme	→	6	Verwaltung
7	IT	→	5	Technischer Dienst
7	MFA	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	PhysiotherapeutIn	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	MFA	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	Chefarztsekretariat	→	6	Verwaltung
7	ErgotherapeutIn	→	4	Funktionsdienst
7	MTA	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	Sekretariat	→	6	Verwaltung
7	Diätassistenz	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	MFA	→	3	Medizinisch-technischer Dienst
7	Diätassistenz	→	3	Medizinisch-technischer Dienst

Tabelle: Übersicht der Gesamtneuordnung

Berufsgruppe	N
Medizinisch-technischer Dienst	9
Funktionsdienst	4
Technischer Dienst	1
Verwaltung	4
Gesamt	18

Anhang 5: Fragebogen KoPM-Zentrum HAW-Hamburg (in Anlehnung an „resilire“ Soucek et al. 2015)

» Zukunft durch Bildung
Heute für Morgen » »



Befragung zu Resilienz im Arbeitsleben im Rahmen des Projektes „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung zu Resilienz im Arbeitsleben in den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide sowie dem Klinikum Itzehoe teilzunehmen.

Ziel der Befragung ist eine Untersuchung zum Umgang mit schwierigen Situationen am Arbeitsplatz, mit Herausforderungen in Teams und in der Organisation.

Wir versichern Ihnen, dass die Daten vom KoPM®-Zentrum der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden und keine Rückschlüsse auf Äußerungen einzelner Personen erlauben. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Wir werden diesen Fragebogen zu mehreren Erhebungszeitpunkten einsetzen, um mögliche Effekte durch das Projekt im Verlauf von mehreren Monaten zu erfassen. Bitte erstellen Sie dafür einen 8-stelligen Code, damit wir auf diese Weise die Daten jeweils eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin anonymisiert zusammenführen können. Damit Sie sich den Code nicht merken müssen, sondern ihn immer wieder leicht herleiten können, besteht dieser aus jeweils dem ersten und letzten Buchstaben des Vornamens der Mutter, des Vaters, des eigenen Vornamens und dem Tag des Geburtsdatums der Mutter.

Hier ein Beispiel:

Vorname Mutter: ANNE Vorname Vater: THORSTEN Ihr Vorname: MICHAEL Geburtsdatum Mutter: 17. Juli 1965



Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. ANNE = AE)



Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (z.B. THORSTEN = TN)



Erster und letzter Buchstabe Ihres Vornamens (z.B. MICHAEL = ML)



Tag des Geburtsdatums Ihrer Mutter (z.B. 17. Juli 1953 = 17)

Für die Beantwortung der Fragen benötigen Sie ca. 15 Minuten. Wir bitten Sie die Aussagen und Fragen aufmerksam zu lesen.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen mit beigefügtem Umschlag innerhalb der nächsten Woche zurück.

Herzlichen Dank!

i.A. des KoPM-Teams
Prof. Dr. Constanze Sörensen
constanze.soerensen@haw-hamburg.de

Das Projekt „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ wird im Rahmen der ESF-Sozialpartnerrichtlinie „Fachkräfte sichern: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.



Zusammen. Zukunft. Gestalten.



Z3/T2

UMGANG MIT SCHWIERIGEN SITUATIONEN AM ARBEITSPLATZ


Bitte stellen Sie sich vor, wie Sie im Rahmen Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit schwierige Situationen am Arbeitsplatz erlebt und wie Sie darauf reagiert haben. Bitte geben Sie in diesem Zusammenhang an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Nr.	Frage							
		1	2	3	4	5	6	7
ra01	Wenn mich in der Arbeit etwas wütend macht, bekomme ich meinen Ärger schnell in den Griff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra02	Schwierige Aufgaben in der Arbeit gehe ich an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra03	Ich bin davon überzeugt, dass die Konfrontation mit Problemen bei der Arbeit positiv zu meiner Entwicklung beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra04	Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von schwierigen Aufgaben abschweifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra05	Wenn ich bei der Arbeit zu aufgeregt werde, kann ich mich so beruhigen, dass ich bald wieder weitermachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra06	In aller Regel betrachte ich problematische Situationen am Arbeitsplatz aus mehreren Perspektiven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra07	Berufliche Probleme betrachte ich als eine Gelegenheit, meine Fähigkeiten einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra08	Bei schwierigen Aufgaben am Arbeitsplatz behalte ich mein Ziel im Auge und lasse mich nicht vom Weg abbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra09	Selbst in kritischen Situationen am Arbeitsplatz kann ich gut mit meinem Ärger umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra10	Bei Problemen am Arbeitsplatz überlege ich mir immer viele verschiedene Lösungsansätze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra11	Eine schwierige Arbeitssituation betrachte ich als eine Gelegenheit, neue Fähigkeiten zu erlernen und diese weiterzuentwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra12	Ich gebe nicht auf, auch wenn die Lösung von arbeitsbezogenen Problemen aussichtslos erscheint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra13	Ich weiß, wie ich mich beruhigen kann, wenn ich in der Arbeit unter Druck stehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra14	In der Regel überlege ich mir mein Vorgehen gründlich, bevor ich ein Problem am Arbeitsplatz angehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra15	Berufliche Schwierigkeiten begreife ich in erster Linie als Herausforderung und nicht als Bedrohung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra16	Wenn ich an der Lösung eines Problems am Arbeitsplatz arbeite, lasse ich mich nur schwer ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Projekt „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ wird im Rahmen der ESF-Sozialpartnerrichtlinie „Fachkräfte sichern: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.

UMGANG MIT HERAUSFORDERUNGEN IN TEAMS

Bitte denken Sie an Ihre Tätigkeit in einem Team, in dem Sie längere Zeit gearbeitet haben. Stellen Sie sich vor, wie die Kollegen dieses Teams miteinander umgehen. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen zu?

Nr.	Frage							
		1	2	3	4	5	6	7
rt01	Wir sind immer auf dem aktuellsten Stand was Veränderungen betrifft, die für unser Team relevant sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt02	Wenn es in unserem Team zu Irrtümern und Fehlern kommt, dann nehmen wir dies zum Anlass, unsere Zusammenarbeit auf den Prüfstand zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt03	Die Aufgabenverteilung in unserem Team kann zügig angepasst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt04	Wenn sich die Anforderungen an unser Team verändern, dann bemerken wir das zügig und halten uns darüber auf dem Laufenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt05	Wenn ein Problem aufgetreten ist, dann überprüfen wir, ob die Aufteilung der Aufgaben und Arbeitsabfolge im Team verbessert werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt06	Unser Team kann sehr schnell und flexibel auf unerwartete Probleme reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt07	Im Team weisen wir uns gegenseitig auf wichtige Veränderungen hin, die unsere Aufgaben betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt08	Probleme verstehen wir als Gelegenheit, unsere Arbeitsweise im Team zu überprüfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rt09	Unerwarteten Problemen begegnen wir, indem die Aufgabenverteilung im Team schnell angepasst wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Projekt „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ wird im Rahmen der ESF-Sozialpartnerrichtlinie „Fachkräfte sichern: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.

UMGANG MIT HERAUSFORDERUNGEN IN ORGANISATIONEN

Bitte denken Sie an Ihre Tätigkeit in einer Organisation, in der Sie längere Zeit beschäftigt waren. Stellen Sie sich vor, wie diese Organisation mit den Beschäftigten umgeht. Denken Sie dabei an organisationale Aspekte und nicht an den Umgang von Teammitgliedern untereinander. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen zu?

trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

Nr.	Frage	1	2	3	4	5	6	7
ro01	Die Organisation hält die Mitarbeitenden über die aktuellen Entwicklungen am Markt auf dem Laufenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro02	Wir haben eine klare Vorstellung von den internen Abläufen und Zuständigkeiten innerhalb der Organisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro03	Die internen Prozesse der Organisation (z. B. Kommunikation und Produktion) können schnell und einfach an neue Gegebenheiten angepasst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro04	Die Mitarbeitenden werden über aktuelle Entwicklungen in der Organisation auf dem Laufenden gehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro05	Wir haben eine klare Vorstellung von den Strukturen und Prozessen in der Organisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro06	Innerhalb der Organisation besteht ausreichend Handlungsspielraum, um sofort auf unerwartete Probleme zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro07	Die Organisation informiert die Mitarbeitenden umfassend über aktuelle Entwicklungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro08	Wir haben eine gute „Landkarte“ von den Kompetenzen und Ressourcen in der Organisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ro09	Im Bedarfsfall stellt die Organisation auch kurzfristig Ressourcen zur Verfügung, um schnell auf Veränderungen reagieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Projekt „Zukunft durch Bildung – Heute für Morgen“ wird im Rahmen der ESF-Sozialpartnerrichtlinie „Fachkräfte sichern: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

1. Ich bin ...

männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

2. Ich bin ...

20 - 30 Jahre alt	<input type="checkbox"/>
31 - 40 Jahre alt	<input type="checkbox"/>
41 - 50 Jahre alt	<input type="checkbox"/>
51 - 60 Jahre alt	<input type="checkbox"/>
über 60 Jahre alt	<input type="checkbox"/>

3. Ich gehöre folgender Berufsgruppe an

Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	Funktionsdienst	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	Technischer Dienst	<input type="checkbox"/>
Medizinisch-Technischer Dienst	<input type="checkbox"/>	Verwaltung	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar	_____		

4. Sind Sie Anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

5. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld? _____ Jahre

6. Meine vertragliche Arbeitszeit pro Woche beträgt _____ Stunden.

7. Mein Arbeitsvertrag ist....

befristet <input type="checkbox"/>	unbefristet <input type="checkbox"/>	_____
------------------------------------	--------------------------------------	-------

8. Ich arbeite im Klinikum

Itzehoe <input type="checkbox"/>	Heide <input type="checkbox"/>	Brunsbüttel <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

9. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Hochschulabschluss, Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss, Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
keinen Abschluss	<input type="checkbox"/>

BITTE NOTIEREN SIE HIER IHREN CODE

1	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erster und letzter Buchstabe
des Vornamens Ihrer Mutter
(z.B. ANNE = AE)

Falls Sie einzelne Angaben nicht machen können, tragen Sie anstelle der Buchstaben bzw. der Zahlen für das Geburtsdatum „99“ ein.

3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erster und letzter Buchstabe
des Vornamens Ihres Vaters
(z.B. THORSTEN = TN)

5	6
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erster und letzter Buchstabe
Ihres Vornamens
(z.B. MICHAEL = ML)

7	8
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tag des Geburtsdatums Ihrer
Mutter
(z.B. 17. Juli 1953 = 17)

Anhang 6: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe (Kapitel 6.1)

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Ich bin...	182	100,0%	0	0,0%	182	100,0%

Tabelle: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen

			Ich bin...					Gesamt
			20-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	über 60 Jahre	
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Pflegedienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	11 13,4%	11 13,4%	30 36,6%	26 31,7%	4 4,9%	82 100,0%
	Medizinisch-Technischer Dienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	7 30,4%	4 17,4%	6 26,1%	5 21,7%	1 4,3%	23 100,0%
	Funktionsdienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	3 15,8%	1 5,3%	10 52,6%	5 26,3%	0 0,0%	19 100,0%
	Verwaltung	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	8 13,8%	10 17,2%	21 36,2%	17 29,3%	2 3,4%	58 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	29 15,9%	26 14,3%	67 36,8%	53 29,1%	7 3,8%	182 100,0%

Anhang 7: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Berufsgruppen

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Ich bin...	180	98,9%	2	1,1%	182	100,0%

Tabelle: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Berufsgruppen

			Ich bin...		Gesamt
			männlich	weiblich	
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Pflegedienst	Anzahl	10	71	81
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	12,3%	87,7%	100,0%
	Medizinisch-Technischer Dienst	Anzahl	1	22	23
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	4,3%	95,7%	100,0%
	Funktionsdienst	Anzahl	4	15	19
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	21,1%	78,9%	100,0%
	Verwaltung	Anzahl	7	50	57
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	12,3%	87,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	158	180
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	12,2%	87,8%	100,0%

Anhang 8: Verteilung nach Führungsposition

Tabelle: Verarbeitete Fälle

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Sind Sie anderen bei der ARbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	181	99,5%	1	0,5%	182	100,0%

Tabelle: Führungsposition innerhalb der Berufsgruppen

Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Sind Sie anderen bei der ARbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?

			Sind Sie anderen bei der ARbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?		Gesamt
			ja	nein	
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Pflegedienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	25 30,5%	57 69,5%	82 100,0%
	Medizinisch-Technischer Dienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	6 26,1%	17 73,9%	23 100,0%
	Funktionsdienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	2 11,1%	16 88,9%	18 100,0%
	Verwaltung	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	10 17,2%	48 82,8%	58 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	43 23,8%	138 76,2%	181 100,0%

Anhang 9: Erwerbssituation der Stichprobe

Nach Vertragsart

Tabelle: Verarbeitete Fälle

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Mein Arbeitsvertrag ist...	180	98,9%	2	1,1%	182	100,0%

Tabelle: Vertragsart innerhalb der Berufsgruppen

Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Mein Arbeitsvertrag ist...

			Mein Arbeitsvertrag ist...			Gesamt
			befristet	unbefristet	Ausbildungsvertrag	
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Pflegedienst	Anzahl	1	79	2	82
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	1,2%	96,3%	2,4%	100,0%
	Medizinisch-Technischer Dienst	Anzahl	0	23	0	23
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Funktionsdienst	Anzahl	1	17	0	18
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	5,6%	94,4%	0,0%	100,0%
	Verwaltung	Anzahl	2	55	0	57
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	3,5%	96,5%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	174	2	180
		% innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	2,2%	96,7%	1,1%	100,0%

Nach wöchentlicher Arbeitszeit

Tabelle: Verarbeitete Fälle

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Meine vertragliche Arbeitszeit pro Woche beträgt... * Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	177	97,3%	5	2,7%	182	100,0%

Tabelle: Wöchentliche Arbeitszeit innerhalb der Berufsgruppen

Meine vertragliche Arbeitszeit pro Woche beträgt...

Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Pflegedienst	31,2537	80	8,31819	34,5000	5,00	40,00
Medizinisch-Technischer Dienst	32,1000	23	9,25905	38,5000	12,00	40,00
Funktionsdienst	32,7222	18	7,05696	37,0000	19,50	38,50
Verwaltung	32,7723	56	8,09942	38,5000	6,00	40,00
Insgesamt	31,9935	177	8,22084	38,5000	5,00	40,00

Anhang 10: Verteilung nach Schulabschluss innerhalb der Stichprobe

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	182	100,0%	0	0,0%	182	100,0%

Tabelle: Höchster Schulabschluss innerhalb der Berufsgruppen

Ich gehöre folgender Berufsgruppe an... * Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?			Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?				Gesamt
			Hochschulabschluss, Fachhochschulabschluss	Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife	Realschulabschluss, Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	
Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Pflegedienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	12 14,6%	18 22,0%	50 61,0%	2 2,4%	82 100,0%
	Medizinisch-Technischer Dienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	3 13,0%	8 34,8%	11 47,8%	1 4,3%	23 100,0%
	Funktionsdienst	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	1 5,3%	7 36,8%	9 47,4%	2 10,5%	19 100,0%
	Verwaltung	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	17 29,3%	16 27,6%	24 41,4%	1 1,7%	58 100,0%
Gesamt	Anzahl % innerhalb von Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	33 18,1%	49 26,9%	94 51,6%	6 3,3%	182 100,0%	

Anhang 11: Verteilung nach Berufserfahrung

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld * Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	178	97,8%	4	2,2%	182	100,0%

Tabelle: Berufserfahrung innerhalb der Berufsgruppen

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld

Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Pflegedienst	14,634	80	10,9515	12,500	,5	38,0
Medizinisch-Technischer Dienst	13,227	22	9,5677	9,000	3,0	34,0
Funktionsdienst	11,816	19	7,0891	12,000	1,0	24,0
Verwaltung	7,298	57	6,5437	5,000	1,0	30,0
Insgesamt	11,810	178	9,6675	9,000	,5	38,0

Anhang 12: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich bin...	220	99,1%	2	0,9%	222	100,0%

Tabelle: Altersverteilung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich bin...			Ich bin...					Gesamt
			20-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	über 60 Jahre	
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	ja	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	6 10,2%	9 15,3%	19 32,2%	24 40,7%	1 1,7%	59 100,0%
	nein	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	29 18,0%	22 13,7%	54 33,5%	48 29,8%	8 5,0%	161 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	35 15,9%	31 14,1%	73 33,2%	72 32,7%	9 4,1%	220 100,0%

Anhang 13: Verteilung nach Geschlecht

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich bin...	220	99,1%	2	0,9%	222	100,0%

Tabelle: Geschlechtsverteilung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich bin...

			Ich bin...		Gesamt
			männlich	weiblich	
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	ja	Anzahl	14	46	60
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	23,3%	76,7%	100,0%
	nein	Anzahl	20	140	160
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	12,5%	87,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	34	186	220
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	15,5%	84,5%	100,0%

Anhang 14: Verteilung nach Berufsgruppen

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...	215	96,8%	7	3,2%	222	100,0%

Tabelle: Berufsgruppen unter Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...			Ich gehöre folgender Berufsgruppe an...							Gesamt
			Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Medizinisch-Technischer Dienst	Funktionsdienst	Technischer Dienst	Verwaltung	sonstige	
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	ja	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	6 10,7%	25 44,6%	6 10,7%	2 3,6%	0 0,0%	10 17,9%	7 12,5%	56 100,0%
	nein	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	5 3,1%	57 35,8%	17 10,7%	16 10,1%	2 1,3%	48 30,2%	14 8,8%	159 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	11 5,1%	82 38,1%	23 10,7%	18 8,4%	2 0,9%	58 27,0%	21 9,8%	215 100,0%

Anhang 15: Erwerbssituation der Stichprobe

Nach Vertragsart

Tabelle: Verarbeitete Fälle

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Mein Arbeitsvertrag ist...	219	98,6%	3	1,4%	222	100,0%

Tabelle: Vertragsart bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Mein Arbeitsvertrag ist...

			Mein Arbeitsvertrag ist...				Gesamt
			befristet	unbefristet	Ausbildungsvertrag	4	
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	ja	Anzahl	2	58	0	0	60
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	3,3%	96,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	nein	Anzahl	8	148	2	1	159
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	5,0%	93,1%	1,3%	0,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	206	2	1	219
		% innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	4,6%	94,1%	0,9%	0,5%	100,0%

Nach wöchentlicher Arbeitszeit

Tabelle: Verarbeitete Fälle

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Meine vertragliche Arbeitszeit pro Woche beträgt... * Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	216	97,3%	6	2,7%	222	100,0%

Tabelle: Wöchentliche Arbeitszeit unter Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Bericht

Meine vertragliche Arbeitszeit pro Woche beträgt...

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
ja	35,1675	60	5,65329	38,5000	19,25	40,00
nein	30,5612	156	9,26675	34,0000	2,00	40,00
Insgesamt	31,8407	216	8,65765	38,5000	2,00	40,00

Anhang 16: Verteilung nach Berufserfahrung

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld * Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	216	97,3%	6	2,7%	222	100,0%

Tabelle: Berufserfahrung bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Bericht						
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Tätigkeitsfeld						
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	Mittelwert	N	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
ja	11,147	58	8,7700	9,000	2,0	35,0
nein	11,562	158	9,6591	9,000	,5	38,0
Insgesamt	11,450	216	9,4103	9,000	,5	38,0

Anhang 17: Verteilung nach Schulabschluss

Tabelle: Verarbeitete Fälle

	Verarbeitete Fälle					
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	219	98,6%	3	1,4%	222	100,0%

Tabelle: Schulabschluss bei Personen mit und ohne Führungsverantwortung

Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet? * Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

			Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?				Gesamt
			Hochschulabschluss, Fachhochschulabschluss	Hochschulreife (Abitur), Fachhochschulreife	Realschulabschluss, Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	
Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	ja	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	22 37,3%	14 23,7%	22 37,3%	1 1,7%	59 100,0%
	nein	Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	23 14,4%	46 28,7%	84 52,5%	7 4,4%	160 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Sind Sie anderen bei der Arbeit leitend vorgesetzt, d.h. dass Personal nach Ihren Anweisungen arbeitet?	45 20,5%	60 27,4%	106 48,4%	8 3,7%	219 100,0%

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 26.02.2020

Anna Pogorelets