

ARBEITEN IM KRANKENHAUS
PSYCHO-SOZIALE BELASTUNGEN UND ANSÄTZE
MITARBEITERORIENTIERTEN HANDELS IN DER
SEELSORGE

MEINERZHAGEN – 12. MAI 2015

Dr. Bernd Tenbenschel

Warum sollte man sich mit der Situation der Beschäftigten, insbesondere der Pflege, in Krankenhäusern beschäftigen?

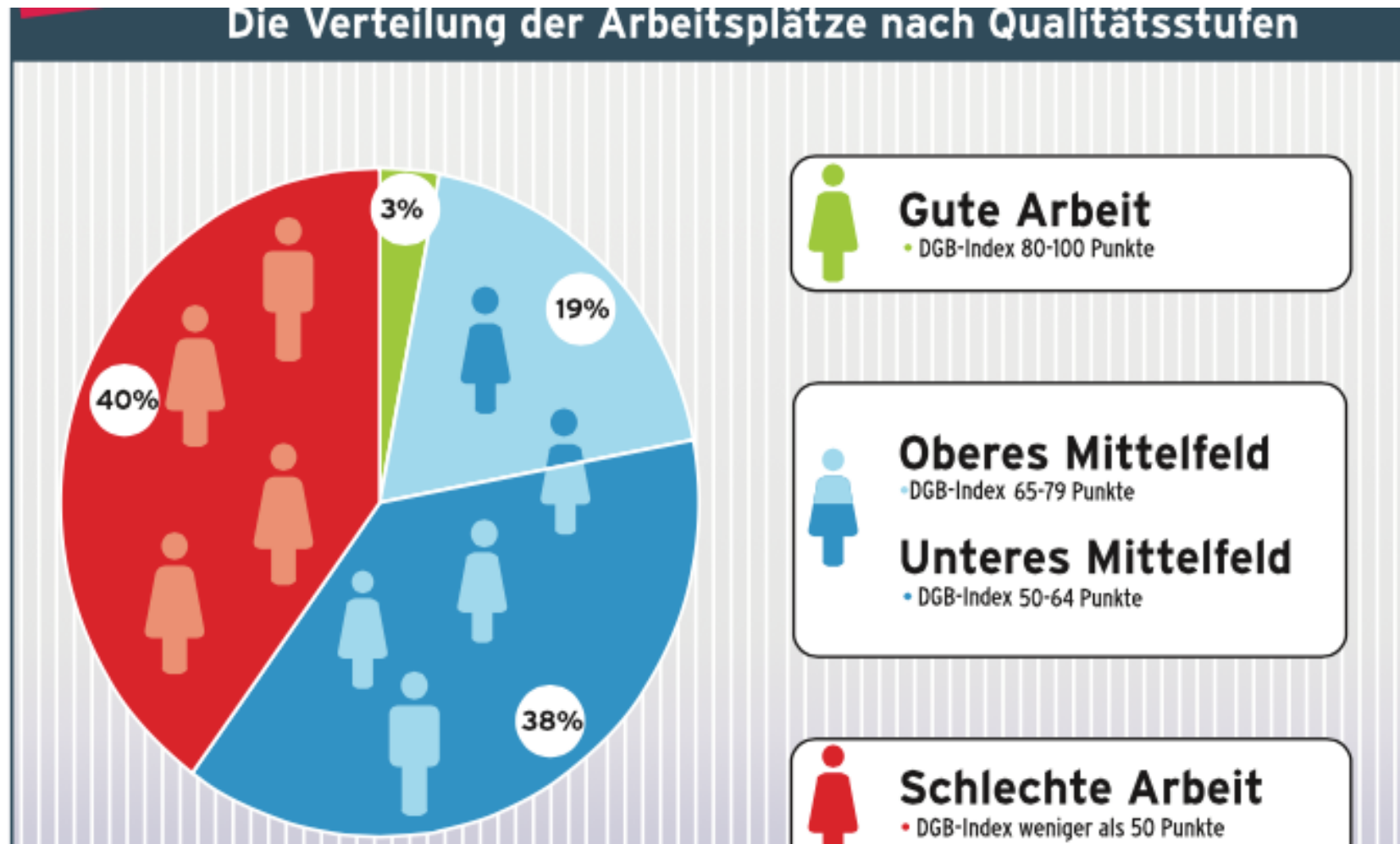
2



Dr. Bernd Tenbenschel

Größte Berufsgruppe, größte Probleme: Die Pflege (DGB-Index Gute Arbeit – Sonderauswertung Pflege)

3



Dr. Bernd Tenbenschel

Woran liegt's?

4

Was nicht gut ist:

1. Einkommen => 7% gut
2. Arbeitsintensität => 13% gut
3. Körperliche Anforderungen => 13% gut
4. Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten => 14% gut
5. Aufstiegsmöglichkeiten => 17% gut

Was gut ist:

- Sinngehalt der Arbeit -> 97% gut
- Kollegialität -> 82 gut

Wer arbeitet im Krankenhaus?

5

Entwicklung im Personalbereich seit 1995

	1995	2005	2013	1995 / 2013	2005 / 2013
Beschäftigte insgesamt*	256.044	231.689	253.028	-3.016	21.339
davon:					
Ärztl. Dienst	28.008	31.377	38.819	10.811	7.442
Pflegedienst	109.120	95.050	100.269	-8.851	5.219
Med-tech. Dienst	35.392	35.408	40.996	5.604	5.588
Funktionsdienst	21.417	22.650	27.912	6.495	5.262
Wirtschaftsdienst**	37.126	23.600	19.712	-17.414	-3.888
Verwaltungsdienst	16.787	16.711	18.287	1.500	1.576

* 2013: 253.028 Beschäftigte im Personalbereich (davon 253.028 im Krankenhaus, 253.028 im Krankenhaus, 253.028 im Krankenhaus)

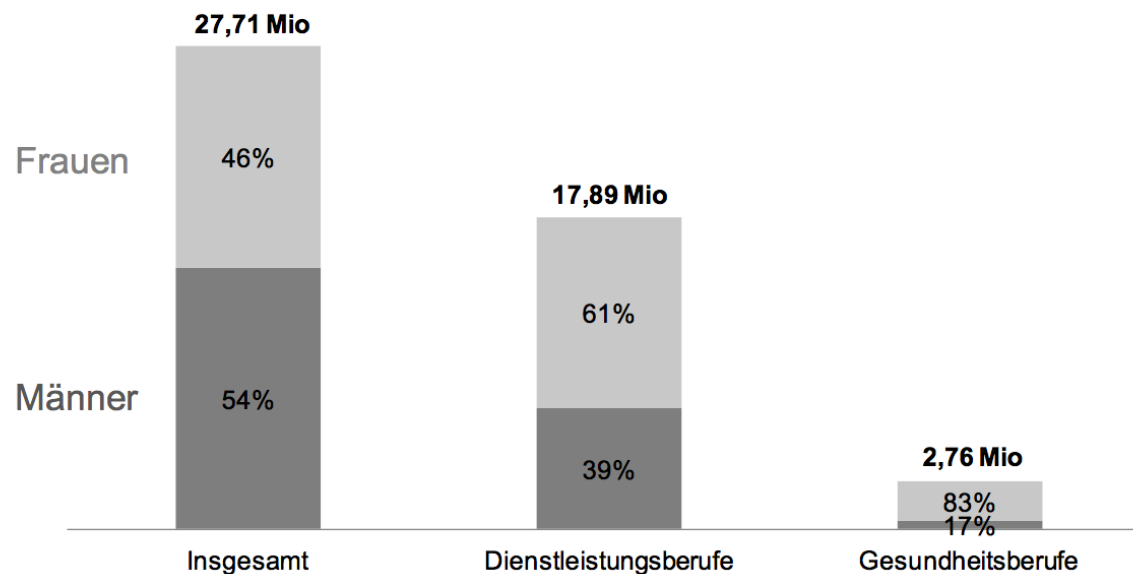
Frauenanteil in Gesundheitsberufen

6

Über 80 Prozent der Beschäftigten in Gesundheitsberufen sind Frauen

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Gesamtzahl nach Sektor und Anteile nach Geschlecht in %
Deutschland
2010



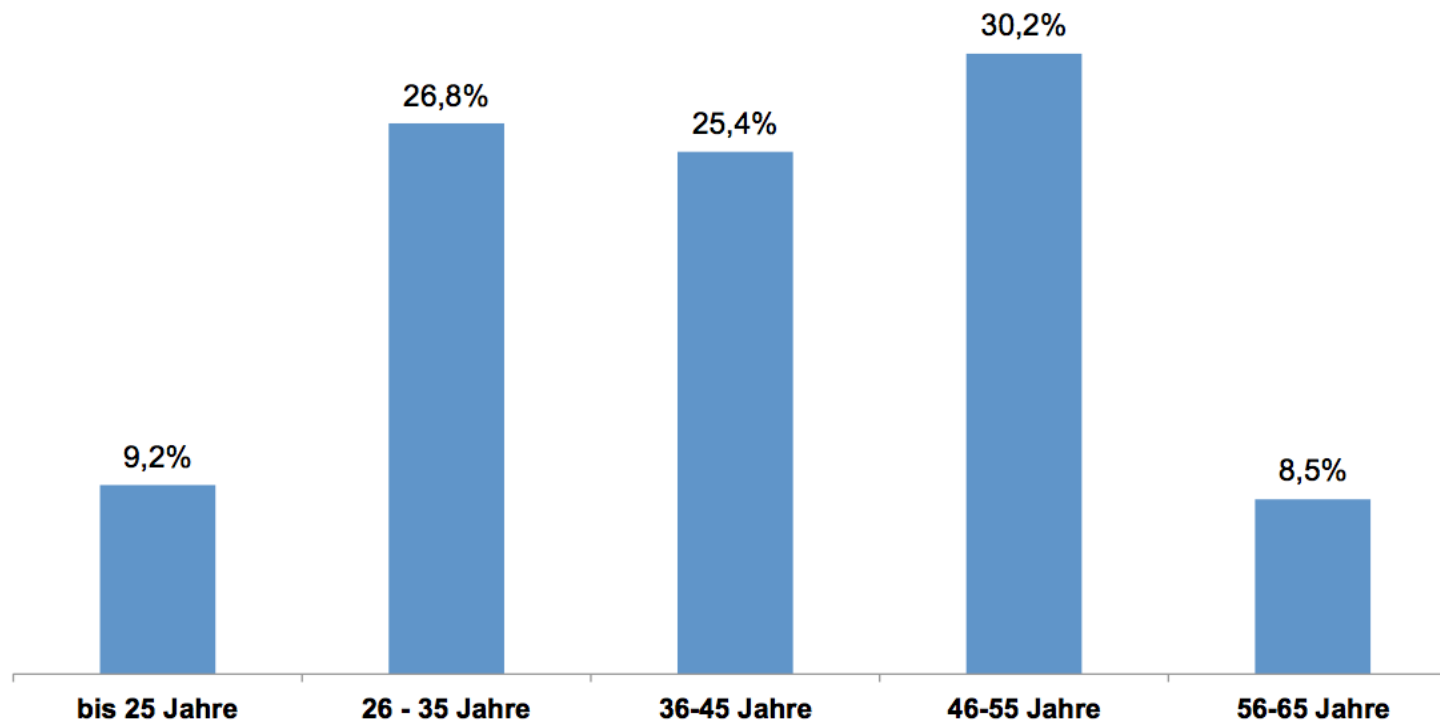
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Abbildung 2

Dr. Bernd Tenbenschel

Altersstruktur der Beschäftigten (IAT 2014)

7



Ökonomisierung und Kostensenkung

8

- Seit seit 2004 werden Krankenhäuser über DRG (Diagnosebezogene Fallpauschalen) finanziert, seitdem sind alle Kliniken, bis auf psychiatrische, in Konkurrenz zueinander gestellt.
- „Kellertreppeneffekt“: Kosten und Erlöse werden sukzessive gesenkt
- Kompensation: mehr Fälle und Case Mix-Index steigern
- „Hamsterrad“: Der Kampf um größere Stücke lässt aber den Kuchen nicht wachsen

Was meint Ökonomisierung?

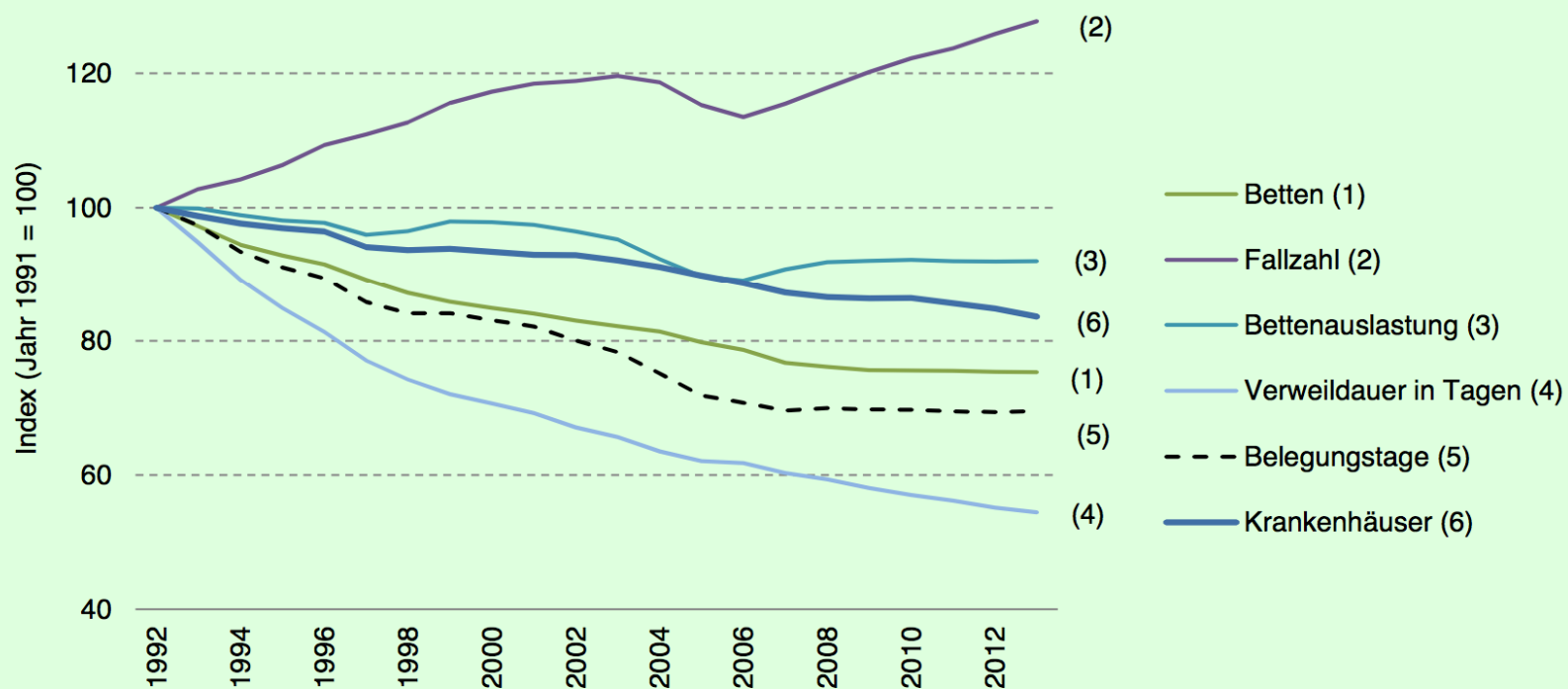
9

- Vordringen ökonomischer Rationalität in Bereiche, die vorher nicht von ökonomischen Prinzipien, Denk- und Handlungsmustern beherrscht wurden.
- Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation.
- In der Hierarchie der Entscheidungsgründe rückt der wirtschaftliche Nutzen für die Organisation und den Einzelnen in die erste Position.

Mehr Fälle weniger Personal

10

Zusammenfassung: Entwicklungsverlauf Eckdaten dt. Krankenhäuser

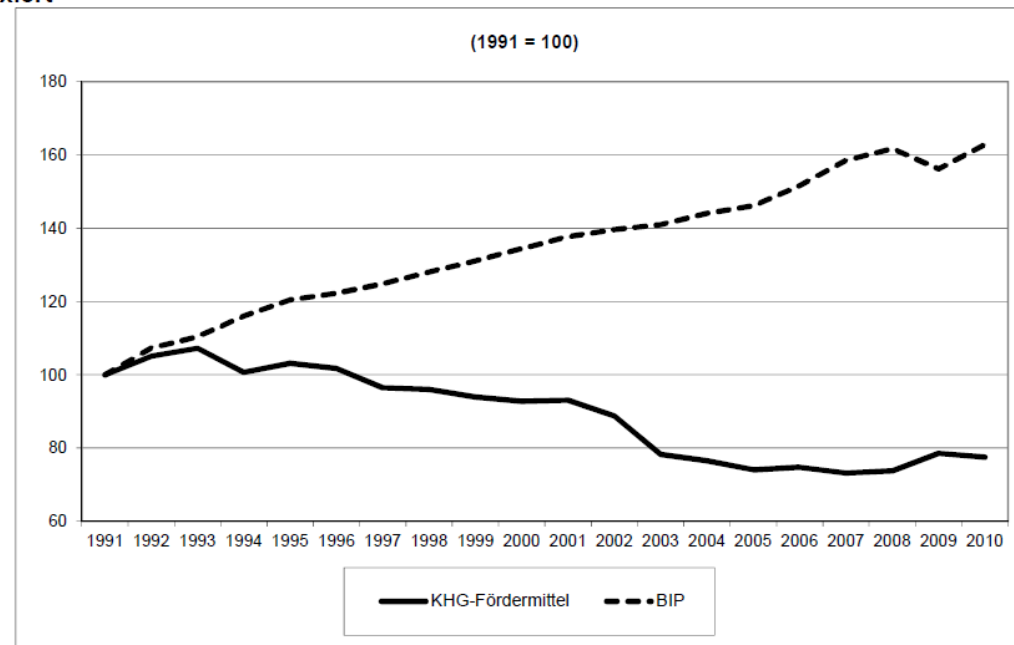


Fördermittelentwicklung

11

Der Anteil am BIP
sinkt seit 1991 stetig.
Während das BIP seit
1991 um rund 63 %
steigt, sinkt der
Investitionsanteil um
23 %.

Abbildung 2: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP, indexiert



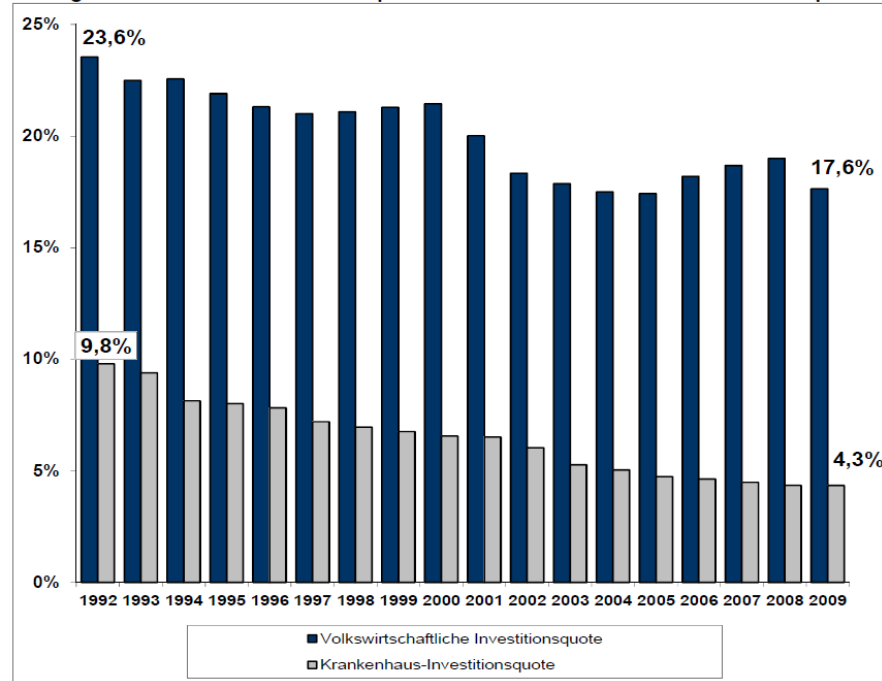
Quelle: AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Strukturelle Unterfinanzierung

12

Die Krankenhaus-investitionsquote sinkt seit 1991 von 9,8% auf 4,3% in 2009. Die volkswirtschaftliche Investitionsquote übertrifft Die für KH um das Vierfache.

Abbildung 3: Krankenhaus-Investitionsquote* und volkswirtschaftliche Investitionsquote**



* Krankenhausinvestitionsquote: KHG-Fördermittel / Krankenhausausgaben GKV und PKV

** Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt

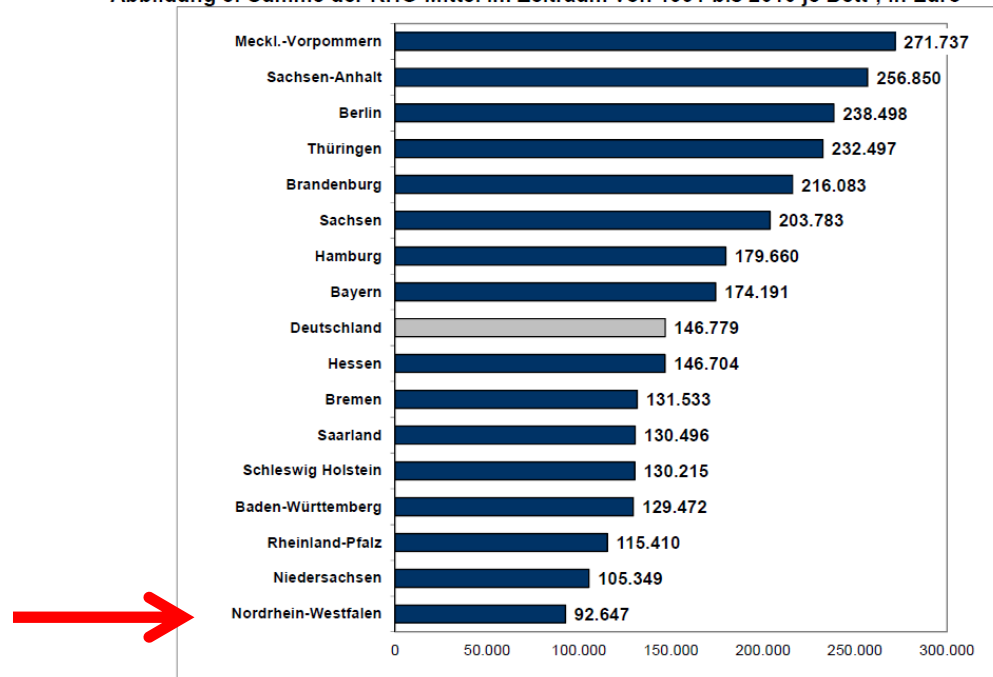
Quelle: AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Fördermittelentwicklung in NRW

13

Die Aufteilung der Fördermittel je Bett in Deutschland zeigt, das NRW insgesamt das Schlusslicht bildet.

Abbildung 5: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2010 je Bett¹, in Euro



¹Betten im Jahr 2009, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG zugrunde gelegt werden, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

Quelle: AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

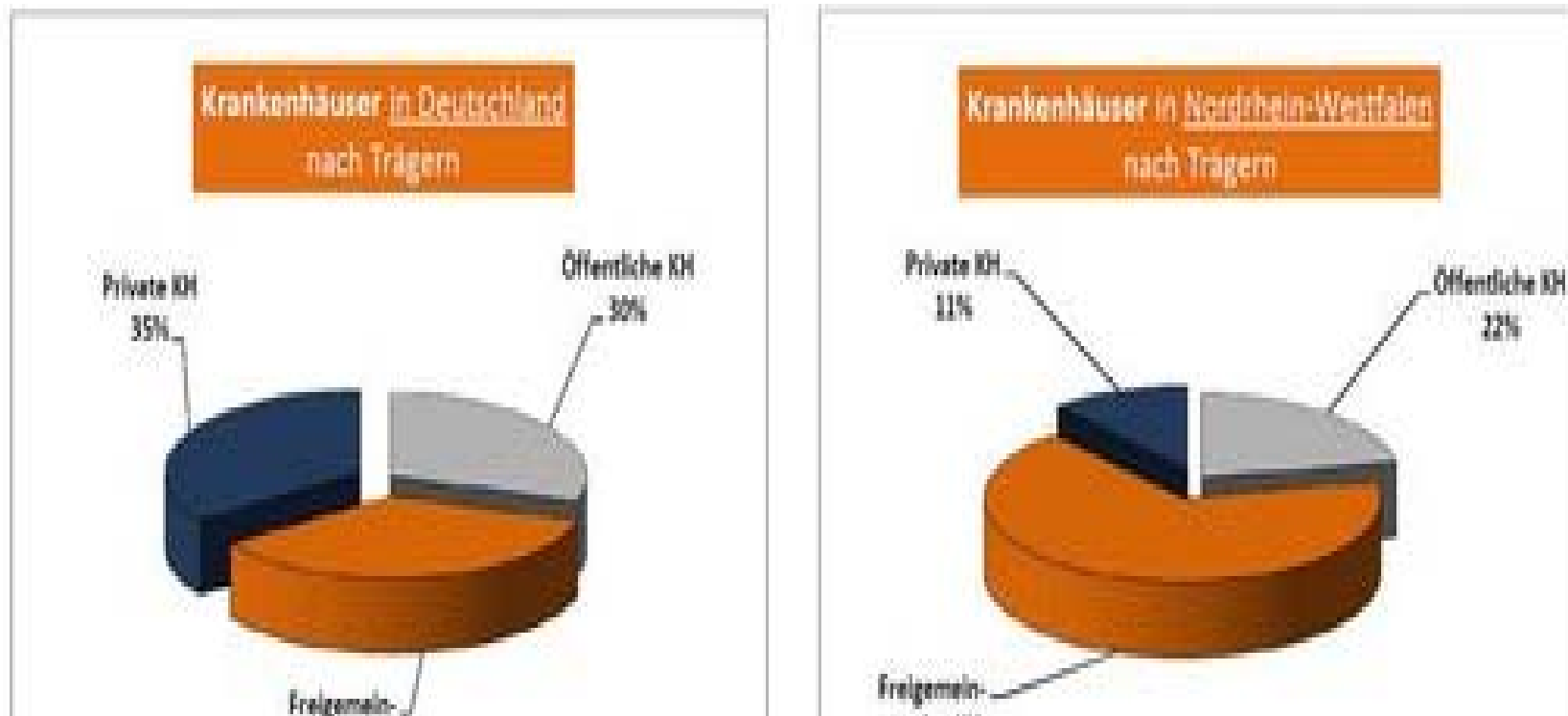
Strukturelle Merkmale der Kliniklandschaft NRW

14

- NRW hat bundesweit die meisten Krankenhäuser
- NRW hat bundesweit den höchsten Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser
- Die Finanzierungsquote der Investitionskosten gehört bundesweit mit zu den niedrigsten
- NRW ist das bislang einzige Bundesland mit kompletter Pauschalförderung aller Investitionskosten
- Das Krankenhausplanungsverfahren ist regionalisiert und wird getragen v.a. von den Trägern und Krankenkassen

Private Klinikketten auf dem Vormarsch

15



Entwicklung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser seit 1995

	1995	2005	2013	1995 / 2013	2005 / 2013
Krankenhäuser	483	444	370	-113	-74
Betten	150.431	127.405	120.247	-30.184	-7.158
Fälle in Mio.	3,53	3,89	4,42	0,89	0,53
Durchschn. Verweildauer in Tagen	12,6	8,9	7,6	-5,0	-1,3
Pflegetage in Mio.	44,41	34,67	33,48	-10,93	-1,19
Budget Mrd. € **	11,34	12,94	18,00	6,66	5,06

Private Klinikketten auf dem Vormarsch

17



en 2013 nach Trägern

nach Trägerschaft	nach Trägerschaft		nach Trägerschaft	
	freigemeinnützig	privat	freigemeinnützig	privat
Betten	KH	Betten	KH	Betten
240.632	706	170.086	694	89.953
37.707	247	74.445	42	8.095

Dr. Bernd Tenbenschel

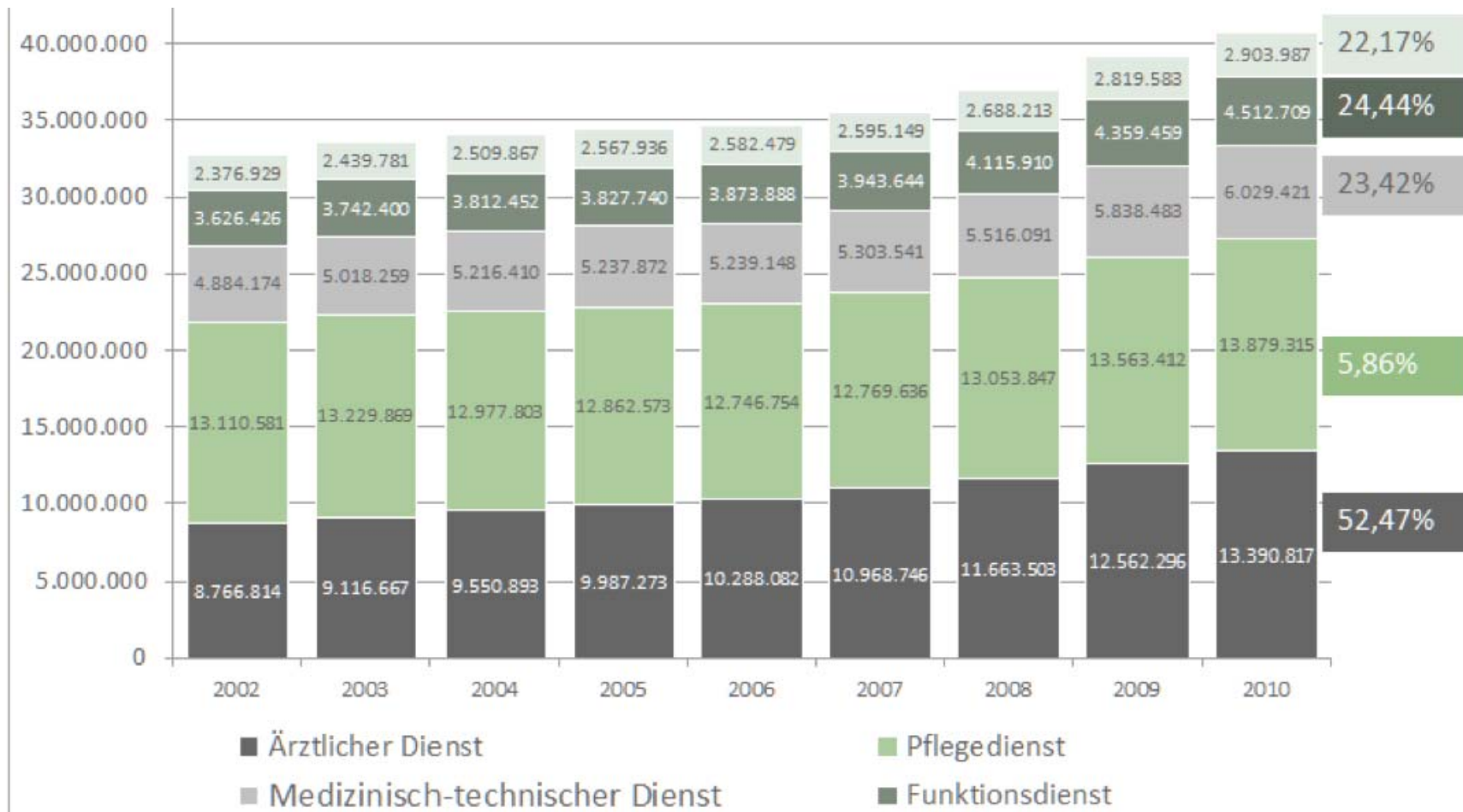


ten 2013 nach Trägern

nach Trägerschaft				
<u>öffentlich</u>	<u>freigemeinnützig</u>		<u>privat</u>	
Betten	KH	Betten	KH	Betten

Entwicklung der Personalkosten

19



Dr. Bernd Tenbenschel

Planungs- und Fördergrundlage - NRW

20

- Das Krankenhaus~~gestaltungs~~gesetz – KHGG NRW - wurde am 11.12.07 im Landesparlament von schwarz-gelb unter Gesundheitsminister Laumann (CDU) verabschiedet
- Es ist seit dem 1. Januar 2008 Kraft
- Kernpunkt des neuen Gesetzes ist die Umstellung der Finanzierung der Investitionskosten
- NRW hat den Weg zur „Monistischen Krankenhausfinanzierung“ beschritten

Strukturelle Unterfinanzierung - NRW

21

- Der von der rot-grünen Landesregierung vorgesehene Haushaltsansatz lag bis 2014 relativ konstant bei rund 490 Mio. Euro.
- Eine Anpassung an die Kostenentwicklung hat erst im Haushalt 2015 stattgefunden.
- Eingestellt wurden für die Anschaffung kurzfristiger Anlagegüter zusätzlich 24 Mio. €.
- Die jährliche Gesamtsumme für dringend notwendige Investitionen würde nach einem Gutachten von Professor Rürup bezogen auf NRW bei rund 1,2 Mrd. Euro liegen. (Gutachten aus 2008; Zahlen aus 2007)
- Die strukturelle Unterfinanzierung beträgt rund 700 Mio. Euro pro Jahr.

Auswirkungen auf das Personal

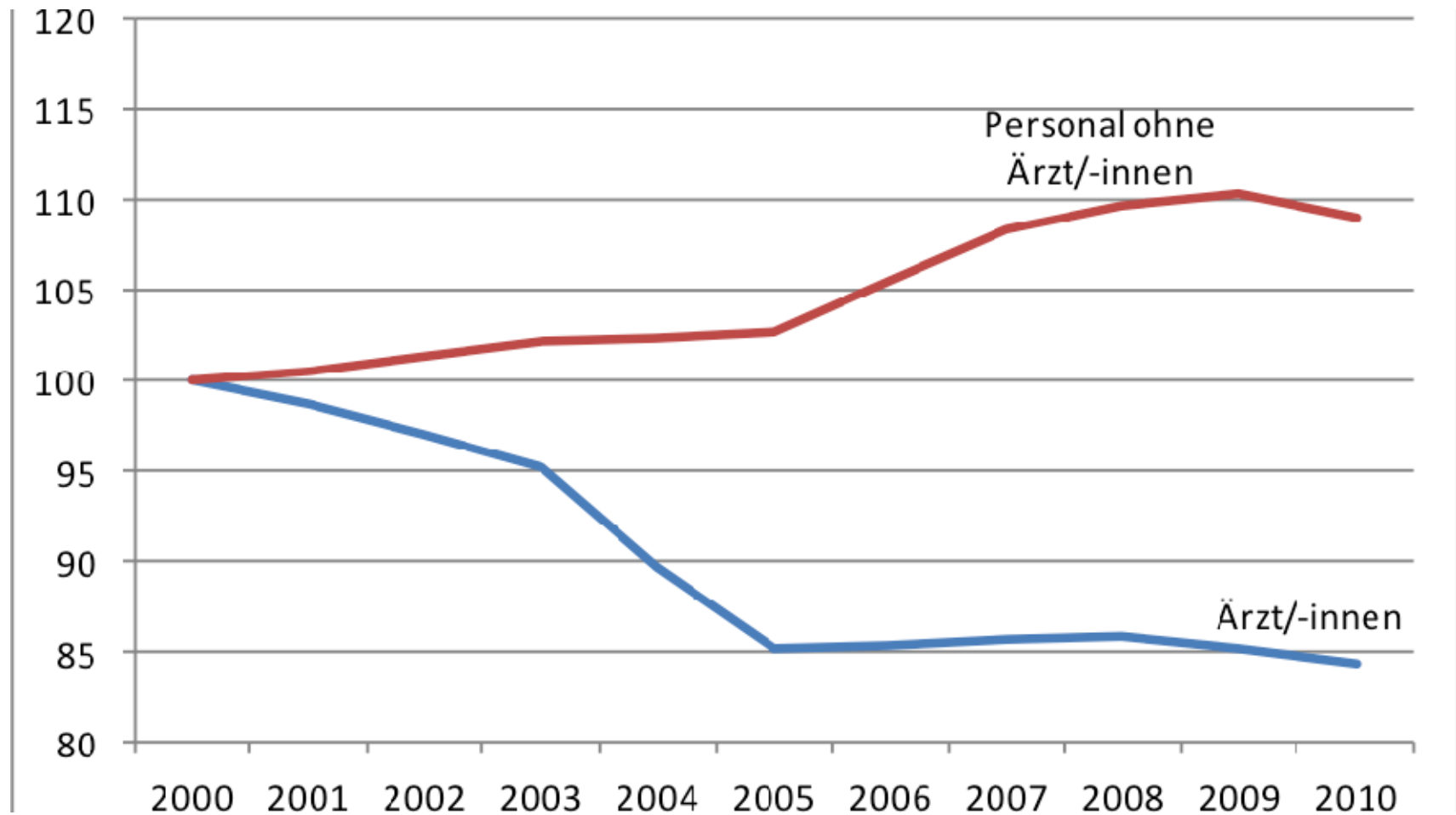
22



Dr. Bernd Tenbenschel

Belastungskennziffern Fälle je Beschäftigte 2000 – 2010

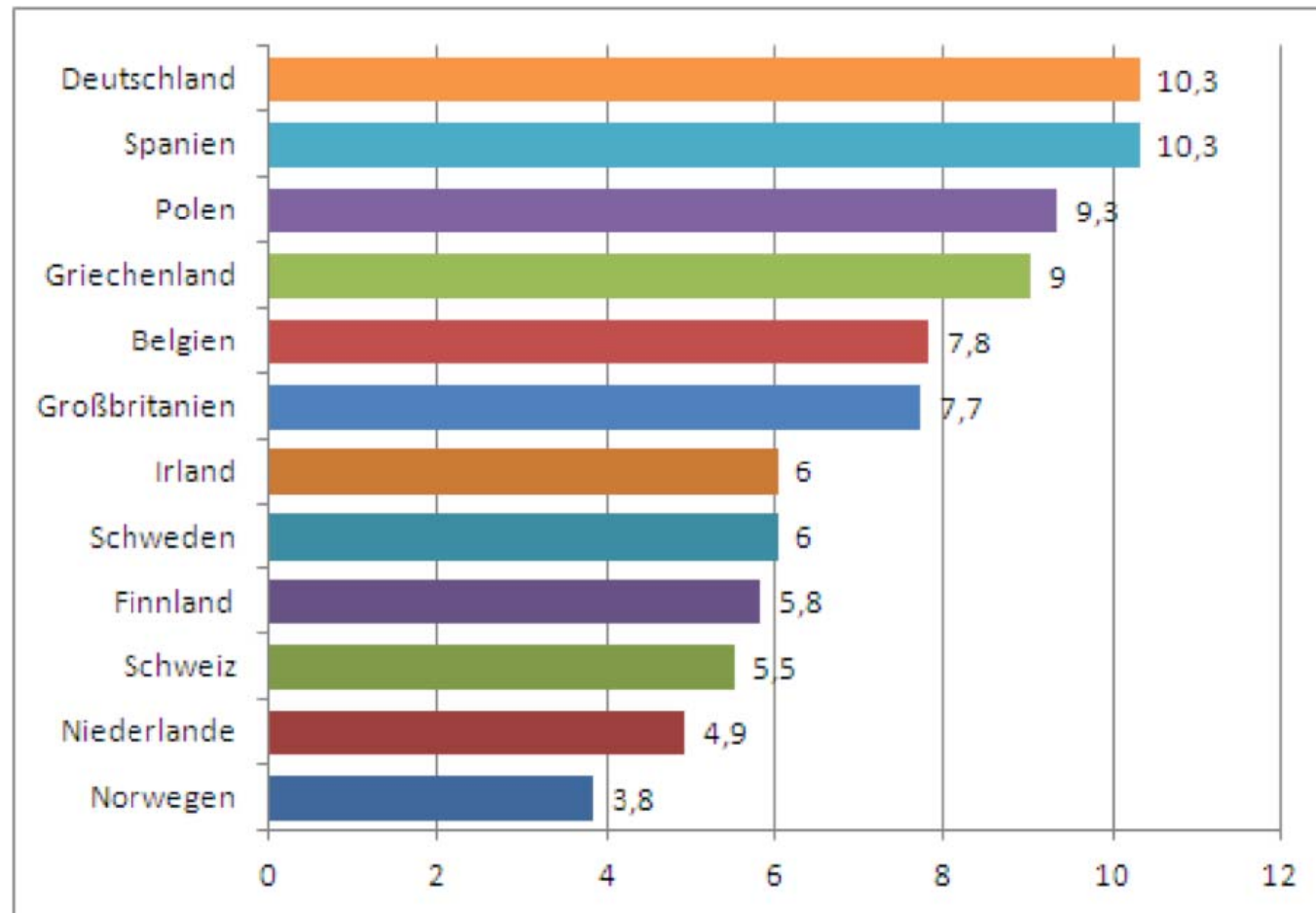
23



Dr. Bernd Tenbenschel

So viele Fälle versorgt eine Pflegekraft im Krankenhaus im internationalen Vergleich

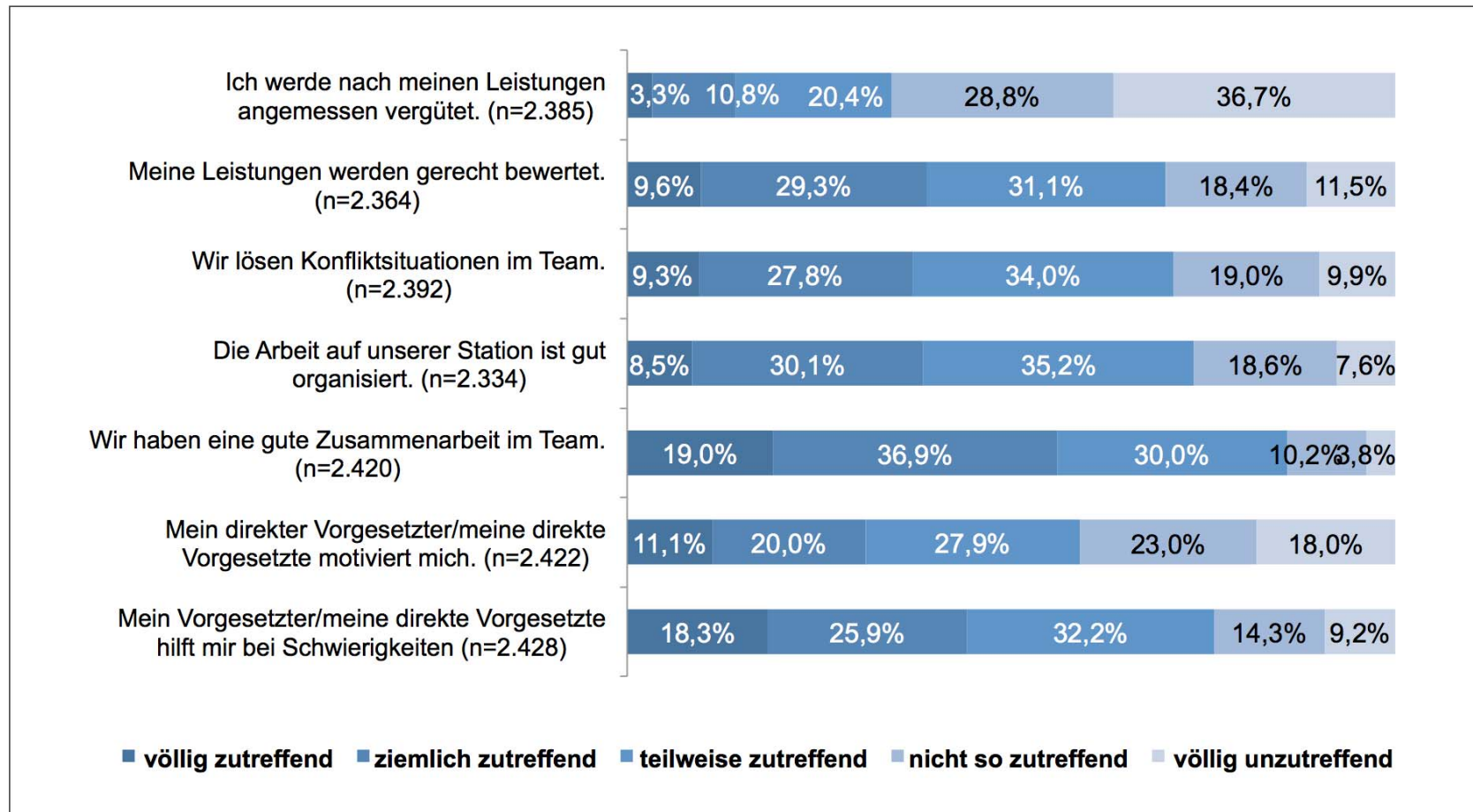
24



Dr. Bernd Tenbenschel

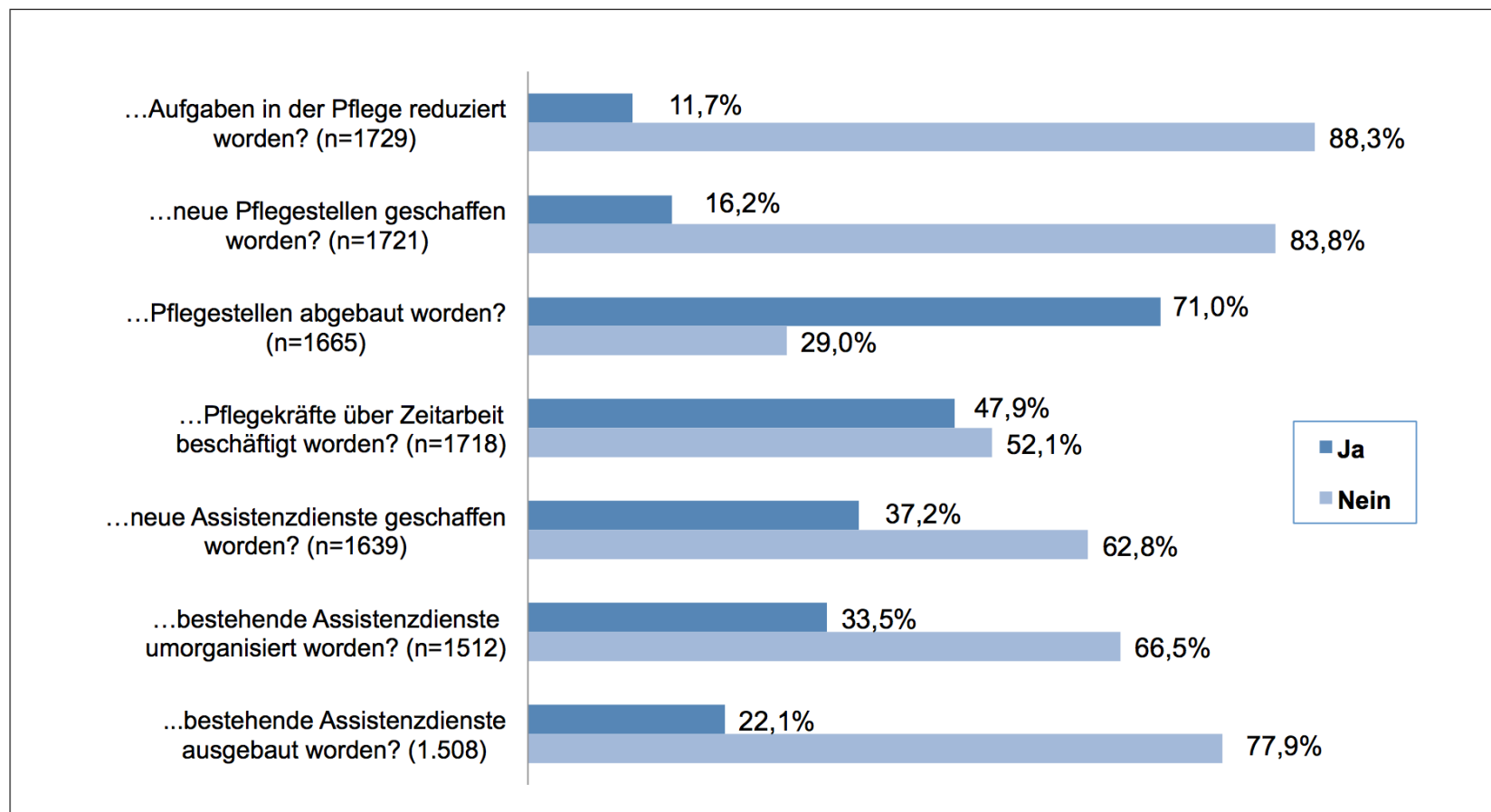
Bewertung der Arbeitssituation insgesamt (IAT 2014)

25



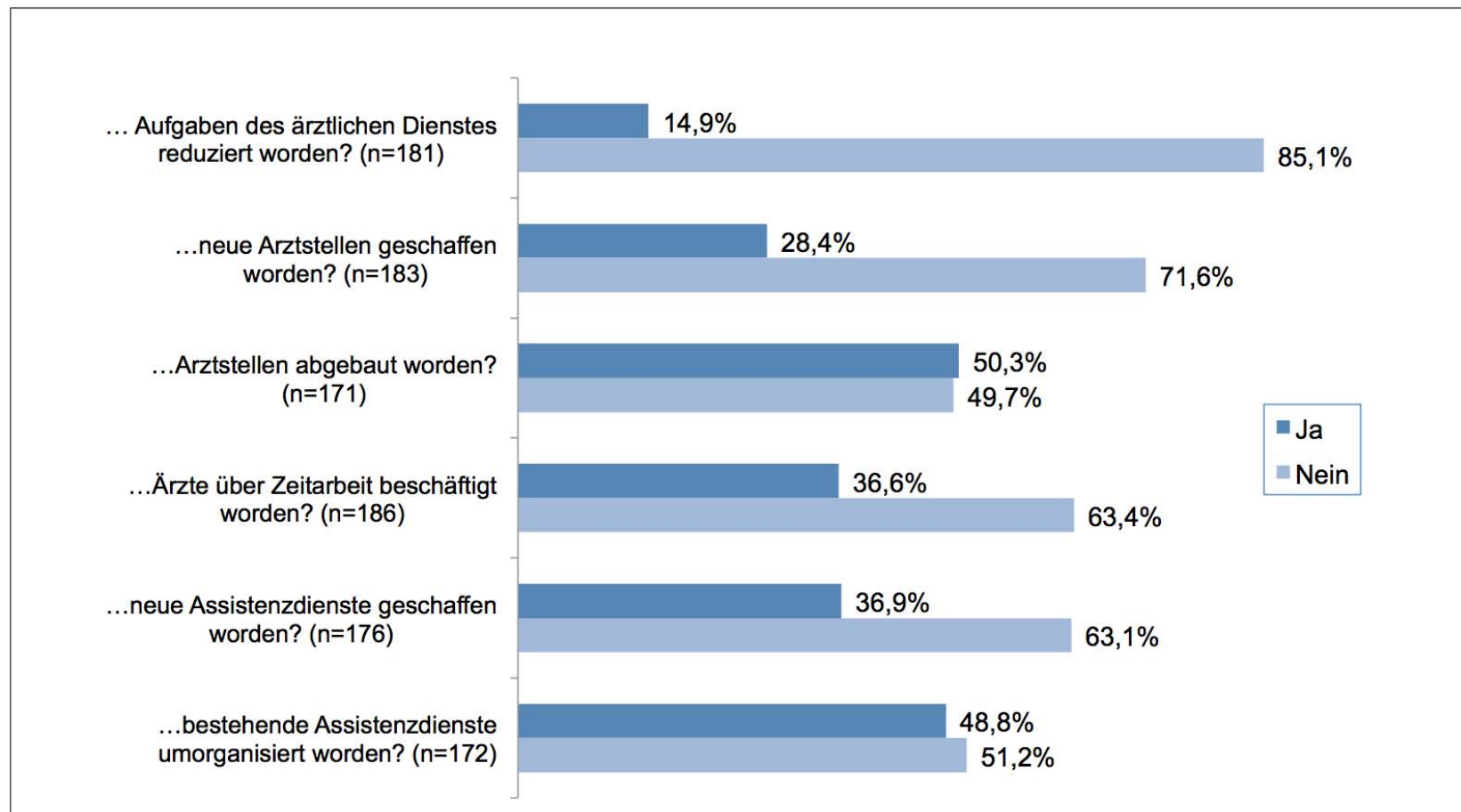
Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten in der Pflege (IAT 2014)

26



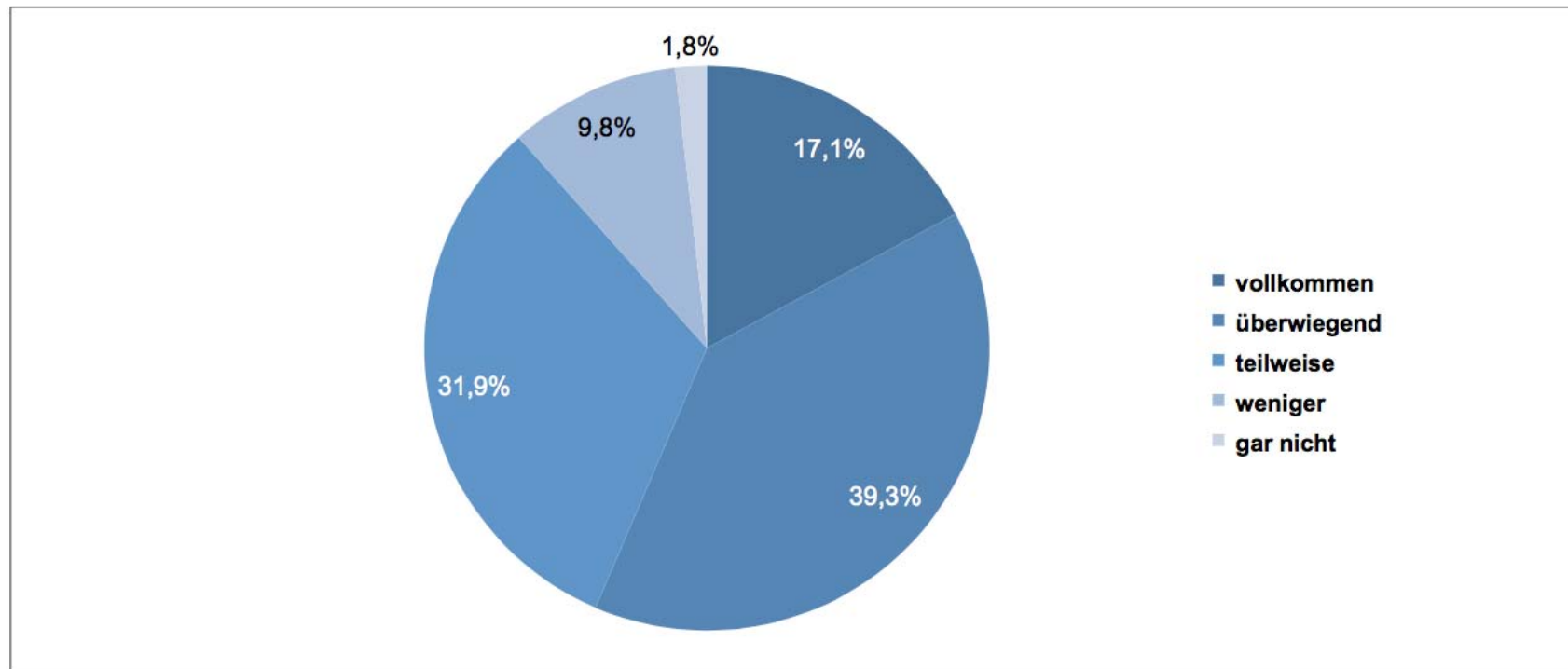
Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten im ärztlichen Dienst (IAT 2014)

27



Dr. Bernd Tenbenschel

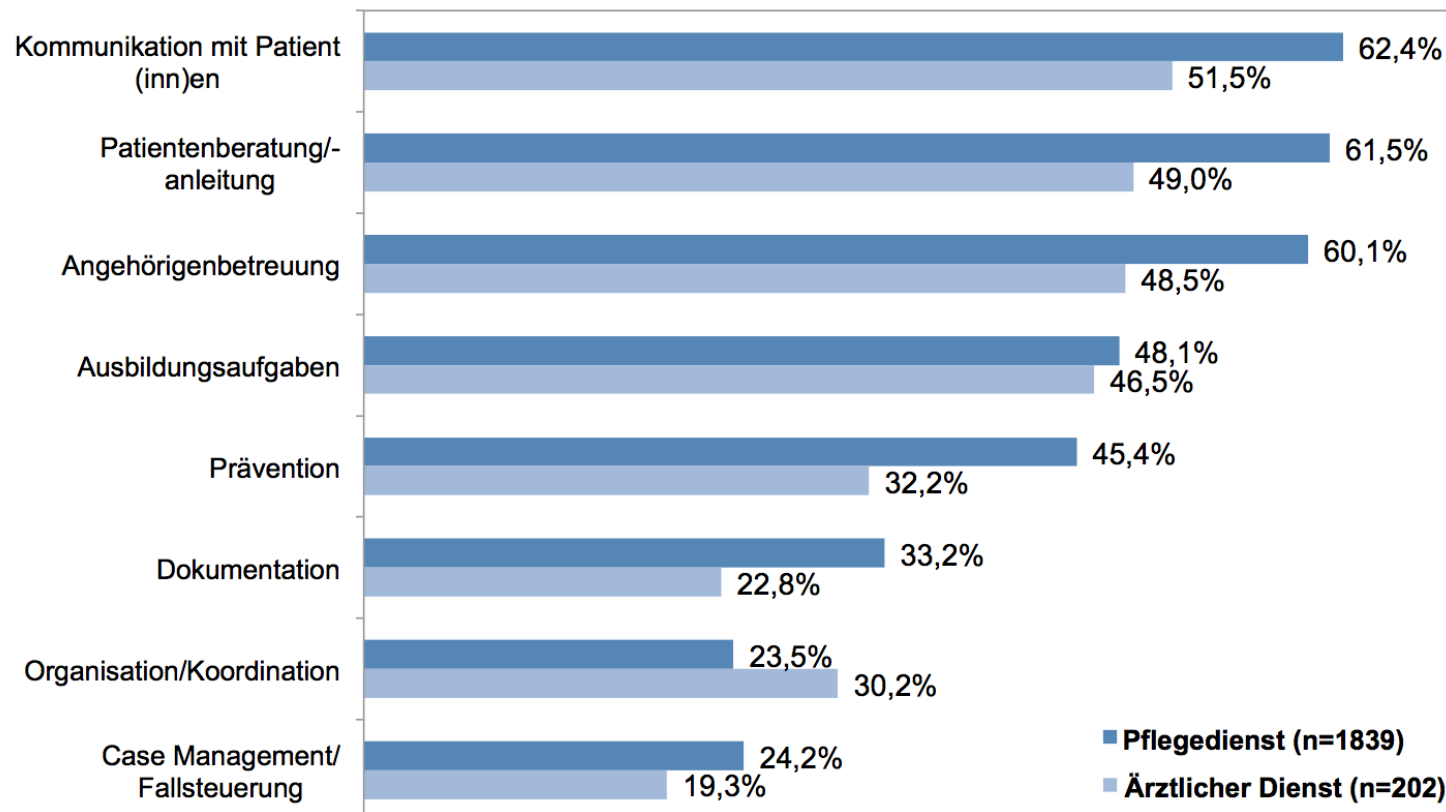
Abbildung 4: Können Sie Ihre beruflichen Qualifikationen umsetzen (alle Berufe, n=2332)?



Quelle: IAT

Vernachlässigte Aufgaben im eigenen Arbeitsbereich (IAT 2014)

29



Wie sieht's aus bei der Pflege?

30



Dr. Bernd Tenbenschel

Arbeitsqualität Belastungen/Ressourcen: Entwicklung der klassischen Belastungen in der Pflegearbeit (Braun et al. 2010)

31

- (weitere) **Verkürzung der Liegezeiten:**
1995-2008: - 24,6%
- Gleichzeitig **Zunahme der Anzahl und Schwere von Fällen:**
 - ▣ 1997 waren rund 32% aller Krankenhaus-PatientInnen 65 Jahre und älter, 2007 bereits 43%
 - ▣ 2008 = zwei Drittel der 20 häufigsten Einzeldiagnosen=22,9% aller Krankenhaus-Fälle waren chronisch-degenerative Erkrankungen
 - ▣ Krankenhaus-Fälle: 1991=14,6 Mio; 2003=17,3 Mio; 2006=16,8 Mio; 2008=17,6 Mio (Zunahme 1991-2008: um 20,5%)
- **Trotz Bedarfswandel von kurativ nach edukativ/rehabilitativ:**
 - ▣ Zunahme der Vollkraftstellen für Ärzte und Abnahme der Vollzeitstellen für Pflege (mit leichtem Wiederanstieg in den letzten anderthalb Jahren)

Arbeitsqualität Belastungen/Ressourcen: Entwicklung der klassischen Belastungen in der Pflegearbeit (Braun et al. 2010)

32

- ▣ **Zunahme klassischer Belastungsfaktoren überwiegt Abnahme oder Konstanz:**
 - **Zunahme** der Belastungen („immer“ und „überwiegend“) durch andauernd **hohen Zeitdruck** (2003: 67%; 2008: 75%), **Organisationsmängel** im Krankenhaus (2003: 12%; 2008: 22%), störende **Unterbrechungen**, **unregelmäßige Arbeitszeiten** (2003: 27%; 2008: 39%), **zu viele administrative Tätigkeiten** und **mangelhaften Arbeitsschutz** (2003: 7%; 2008: 12%) auf jeweils unterschiedlich hohem Ausgangsniveau

Arbeitsqualität Belastungen/Ressourcen: Entwicklung der klassischen Belastungen in der Pflegearbeit (Braun et al. 2010)

33

- o **Zunahme** des Anteils der Pflegekräfte, die sich „immer“ durch zu viele administrative Tätigkeiten belastet fühlen, von 2003: 15% auf 2008: 19% - **aber:** quantitative Angaben zeigen keine nennenswerte Zunahme!!
- o **Abnahme oder Konstanz** der Belastung durch anstrengende Patienten und Angehörige, durch Einzelschicksale bzw. durch Sterben und Tod sowie durch die Angst um den Arbeitsplatz

Arbeitsqualität Belastungen/Ressourcen: Entwicklung der klassischen Belastungen in der Pflegearbeit (Braun et al. 2010)

34

- ▣ **Deutliche Verluste an professionellen Ressourcen der Pflegekräfte mit dem Risiko, Belastungen nicht mehr bewältigen/kompensieren zu können:**
 - **Abnahme** des Anteils der Pflegekräfte, die ihre **Arbeit als interessant** wahrnahmen, ihren Beruf anerkannt sahen oder über einen **ausreichenden Handlungsspielraum** verfügten, von 2003 bis 2008 mit zunehmender Tendenz um 9 Prozentpunkte.
 - **Abnahme** eines **hohen beruflichen Selbstverständnisses** und **Selbstwertgefühls**: 2003 waren noch 79 % der Pflegekräfte der Meinung, sie seien gut ausgebildet, 2008 nur noch gut 58 %.

Typische Belastungskonstellationen in der Pflege

35



Dr. Bernd Tenbenschel

Zeitdruck

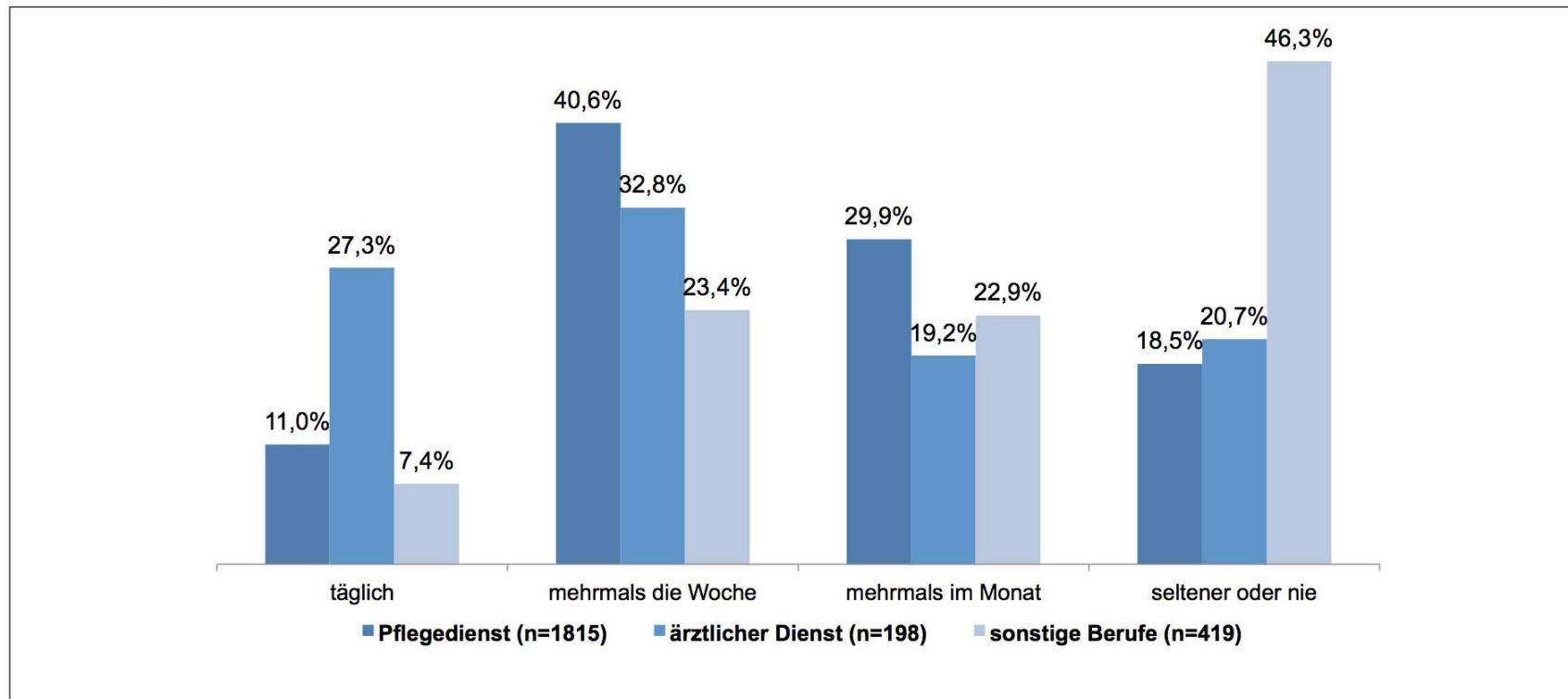
36

- Um den hohen Arbeitsanfall zu bewältigen wird das Arbeitstempo gesteigert.
- Das führt dazu, dass Standards nicht eingehalten,
- Hygienevorschriften missachtet,
- Sicherheitsmaßnahmen außer Acht gelassen,
- Arbeiten unterbrochen und dann nicht zu Ende geführt werden,
- Gespräche nur zwischen Tür und Angel stattfinden, Missverständnisse entstehen, Fehler gemacht werden.

Pause

37

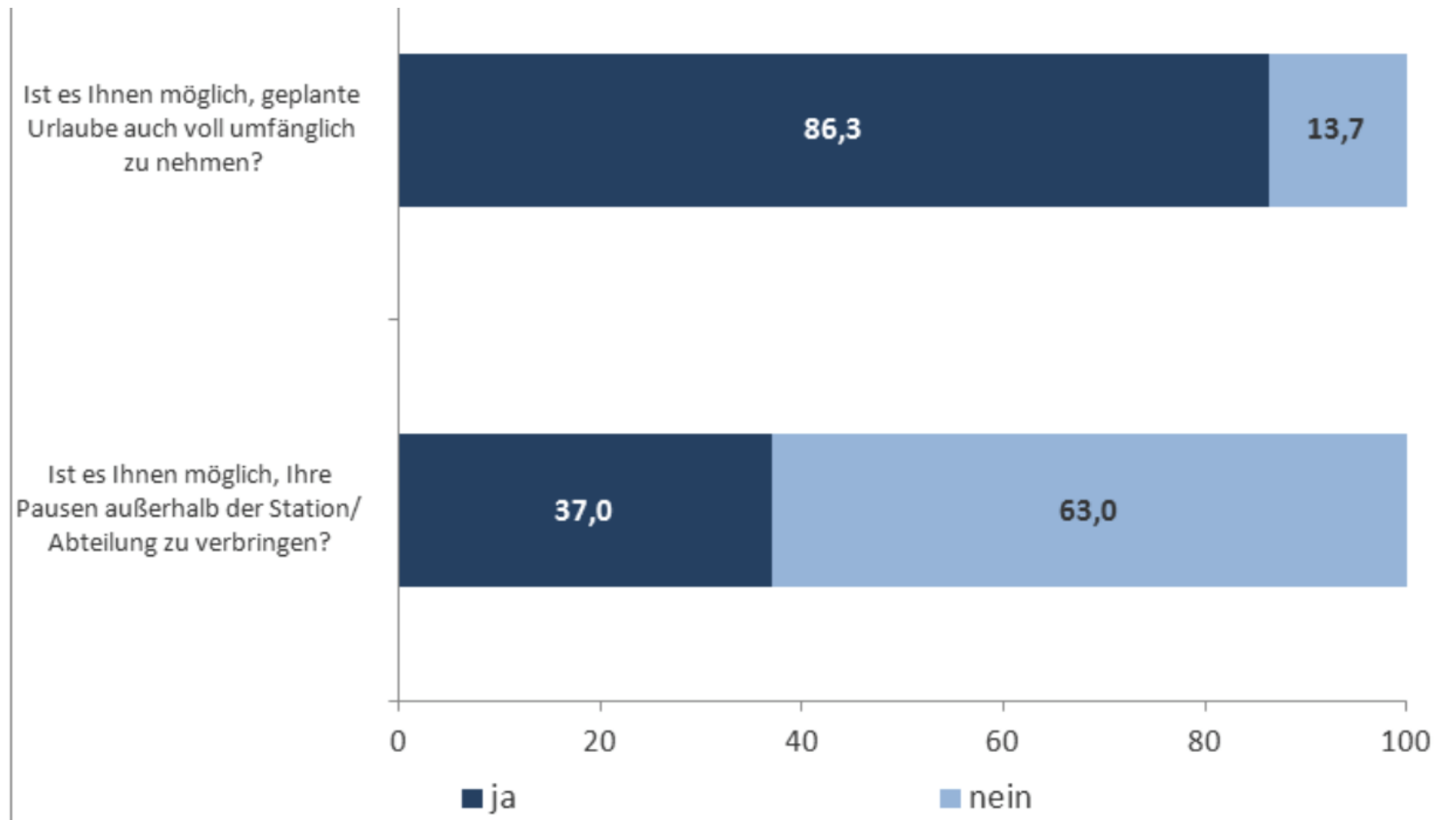
Abbildung 16: „Kommt es vor, dass Sie Ihre Pause nicht nehmen können?“



Quelle: IAT

Pflege-Thermometer 2009

38



Fehlende Pausen

39

- Pausen werden genommen, wenn Zeit dafür ist. Das bedeutet: Pausen werden unterbrochen
- – durch Patienten, die klingeln,
- – durch Telefonanrufe,
- – durch Besucher,
- – durch Anforderungen der Funktionsbereiche,
- – durch die Ärzte (Anordnungen, Nachfragen).

Fehlende Pausen

40

- Pausen werden häufig nicht genommen
 - ▣ – weil man gemeinsam Pause machen will, um die Gemeinsamkeit zu pflegen (weil sonst keine Zeit für Gespräche bleibt),
 - ▣ – weil dann Arbeit anfällt, die sofort erledigt werden muss.
 - ▣ Im Ergebnis führt das dazu, dass kaum eine wirkliche Pause genommen wird.

Mehrarbeit und Überstunden

41

- Mehrarbeit und Überstunden fallen beinahe täglich an, weil das Arbeitsaufkommen so hoch ist.
- Schicht- und Pausenzeiten werden nicht eingehalten, weil man die Aufgaben zu Ende ausführen will/muss, weil man nichts liegen lassen, die kommende Schicht entlasten will, durch das Einspringen für erkrankte KollegInnen.
- Häufiges Einspringen für Kollegen an planmäßig freien Wochenend- oder Feiertagen ist an der Tagesordnung.

- *Hochgerechnet auf alle Gesundheits- und Krankenpflegenden in Krankenhäusern in Deutschland wurden damit in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Überstunden für rund 15.000 zusätzliche Vollzeitkräfte in Deutschland geleistet.*
- (Pflegethermometer 2009, Kurzfassung S. 7)

Pflege-Thermometer 2009

43

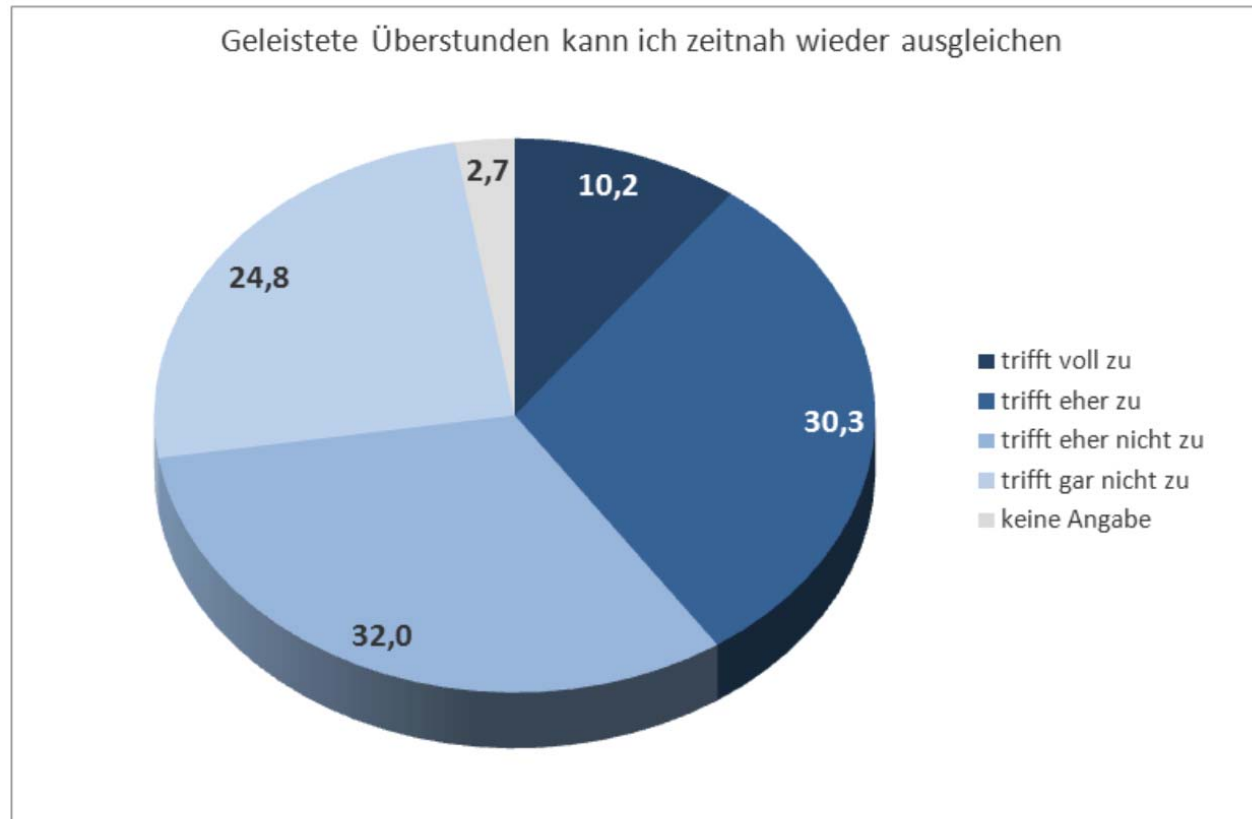


Abbildung 31: Belastungsindikator Überstunden © dip 2010

Körperliche Belastung

44

- Körperliche Belastungen entstehen beispielsweise durch häufiges Heben und Tragen,
- patienten– bzw. situationsbedingte Zwangshaltungen bei der Durchführung von pflegerischen Arbeiten,
- unzureichende Hilfsmittelausstattung,
- unzureichende Einweisung im Umgang mit Hilfsmitteln,
- zu langes Stehen.

Psychische Belastung

45

- Probleme, die persönlichen Belange mit dem Arbeitsleben in Einklang zu bringen,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie gelingt immer weniger,
- unzureichende Kommunikationsmöglichkeiten,
- mangelhafte Fehlerkultur,
- mangelnde Wertschätzung durch die Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte, aber vor allem durch andere Berufsgruppen,
- Fremdbestimmtheit in den Arbeitsabläufen durch vorgegebene Strukturen,

Psychische Belastungen

46

- unkalkulierbares Arbeitsaufkommen (häufig nur Mindestbesetzung trotz hohem Arbeitsaufkommen,
- keine Kapazitäten um Belastungsspitzen abzufangen), häufige Arbeitsunterbrechungen durch immer neue Anforderungen, Arbeit unter ständigem Zeitdruck,
- die ständige Konfrontation mit dem Leid Anderer, hoher Erwartungsdruck durch Patienten und Angehörige, Teamkonflikte unterschiedlicher Ursache.
- Auf ökonomischen Nutzen hin orientierte Einschätzung des Patientenzustandes

Gestörtes Gleichgewicht im System

47



Wie gehen Beschäftigte mit der
Arbeitssituation um?
Was wünschen sich die Pflegenden?

Zunahme von Teilzeitbeschäftigung

49

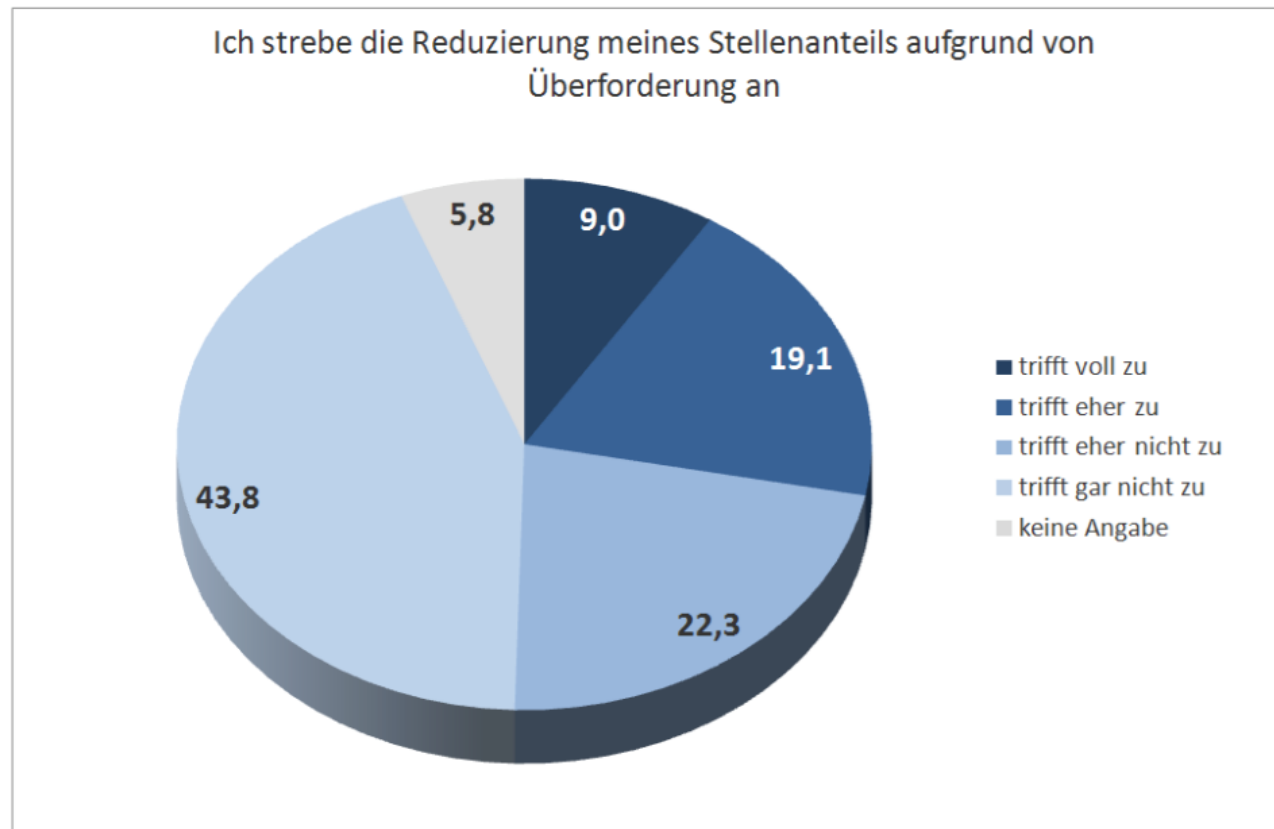
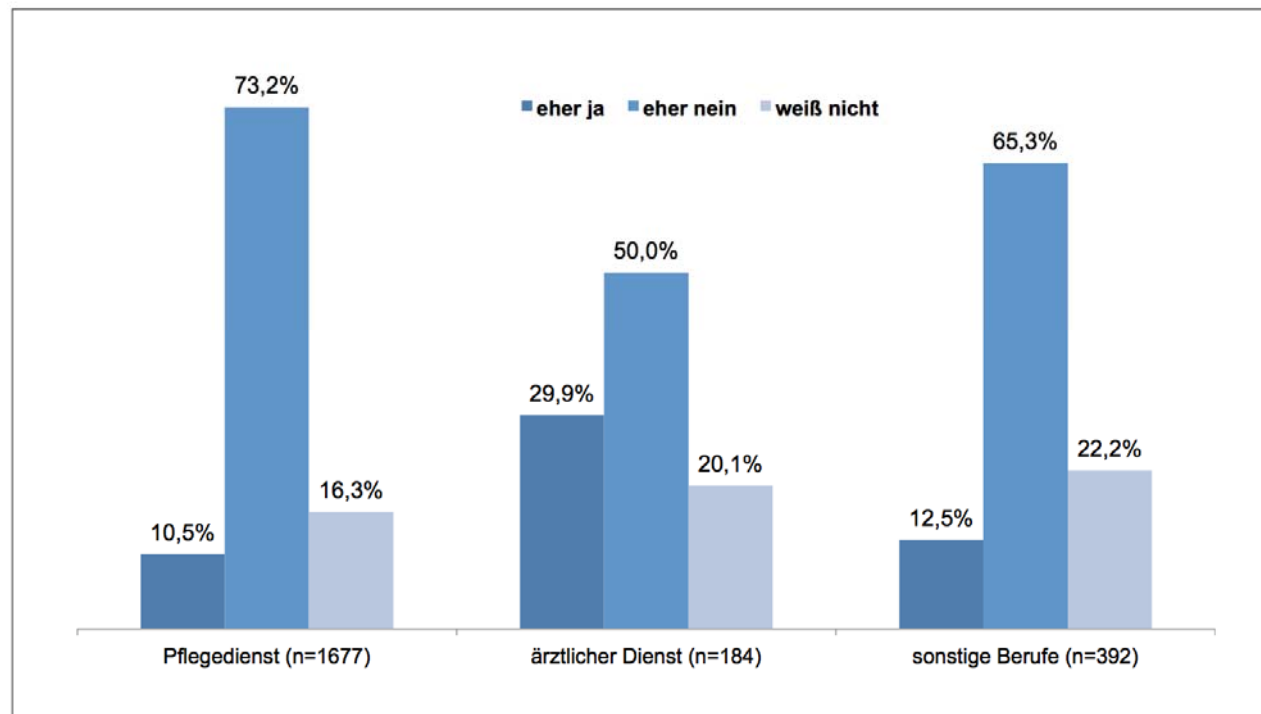


Abbildung 35: Stellenreduzierung © dip 2010

Glauben Sie, durch einen Wechsel des Krankenhauses ihre Arbeitsbedingungen verbessern zu können? (IAT 2014)

50

Abbildung 40: „Glauben Sie, durch einen Wechsel des Krankenhauses Ihre Arbeitsbedingungen verbessern zu können?“



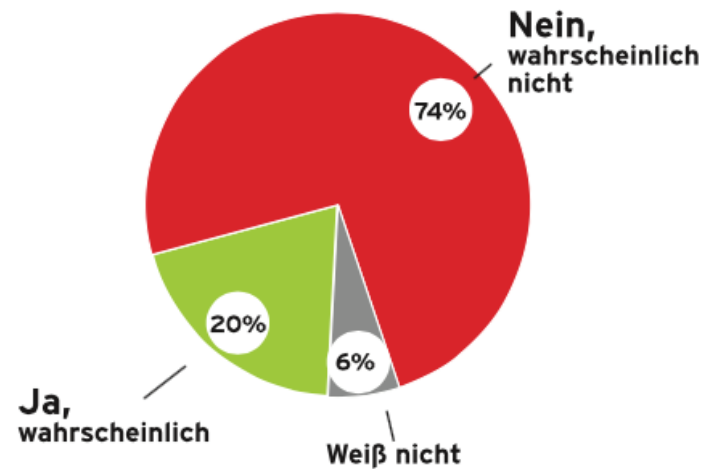
Quelle: IAT

Das schaffe ich nicht bis zu Rente!

51

Abb. 10 Arbeitsfähig bis zur Rente? -
So antworten die Beschäftigten in Pflegeberufen

»Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben könnten?«



Dr. Bernd Tenbenschel

Unzureichender Arbeitsschutz

52

Abb. 8

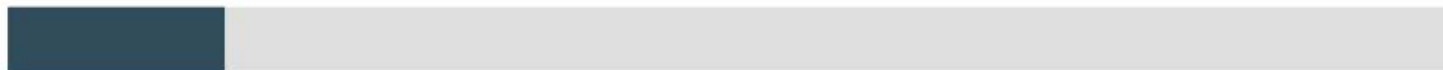
Gesundheitsschutz in der Pflege - Wie die Unternehmen es mit der Gefährdungsbeurteilung halten

»Wurde an Ihrem Arbeitsplatz in den letzten zwei Jahren eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?«



Nur **28 Prozent** aller Beschäftigten in Pflegeberufen antworten darauf mit »Ja, einmal oder mehrmals«.

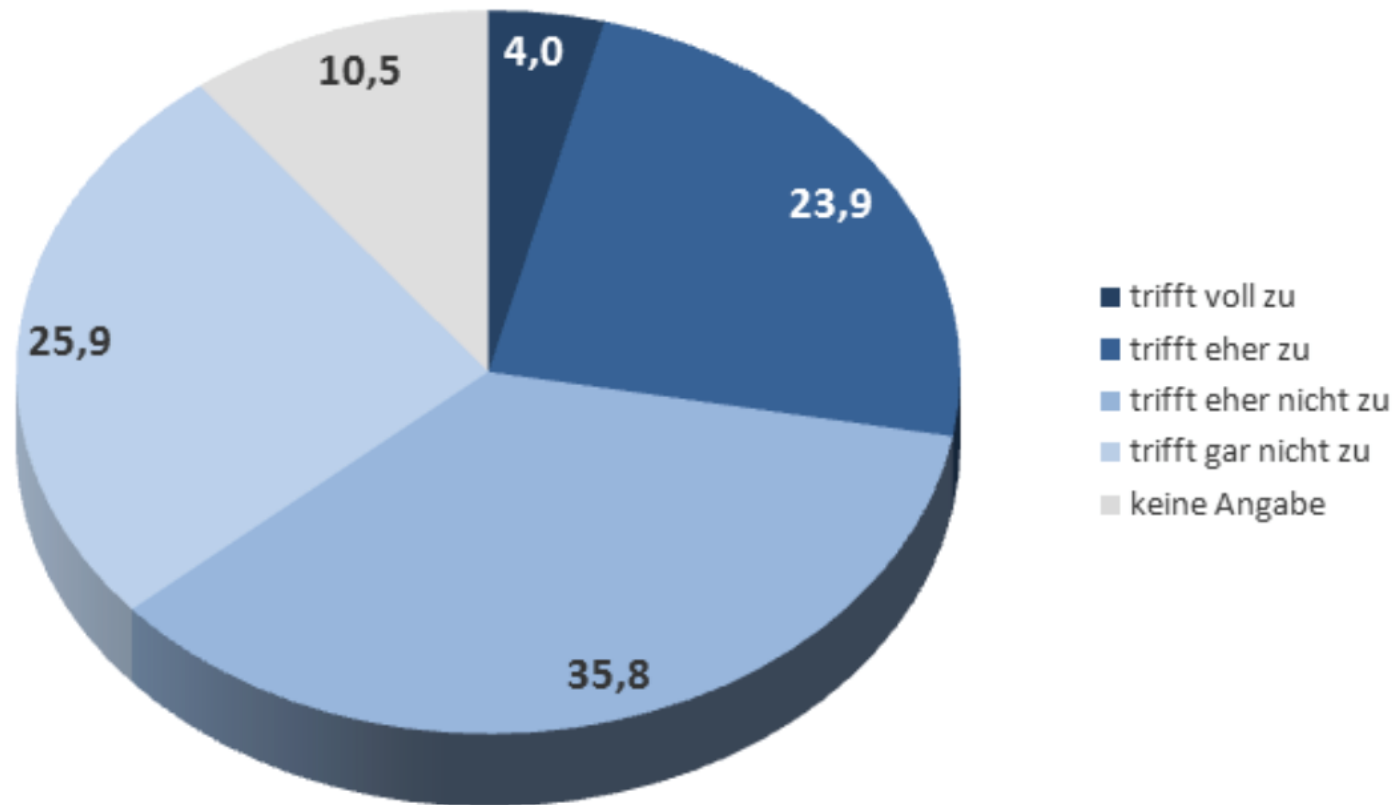
»Wurden Sie im Rahmen dieser Gefährdungsbeurteilung nach Stressfaktoren befragt, die Sie psychisch belasten, wie z.B. Zeitdruck, einem Übermaß an Arbeitsmenge, Arbeitsintensität oder problematischem Führungsverhalten?«



Nur **15 Prozent** aller Pflegekräfte (54 Prozent derjenigen, deren Arbeit einer Gefährdungsbeurteilung unterzogen wurde) antworten darauf mit »Ja«.

Keine altersgerecht Arbeitsorganisation

53



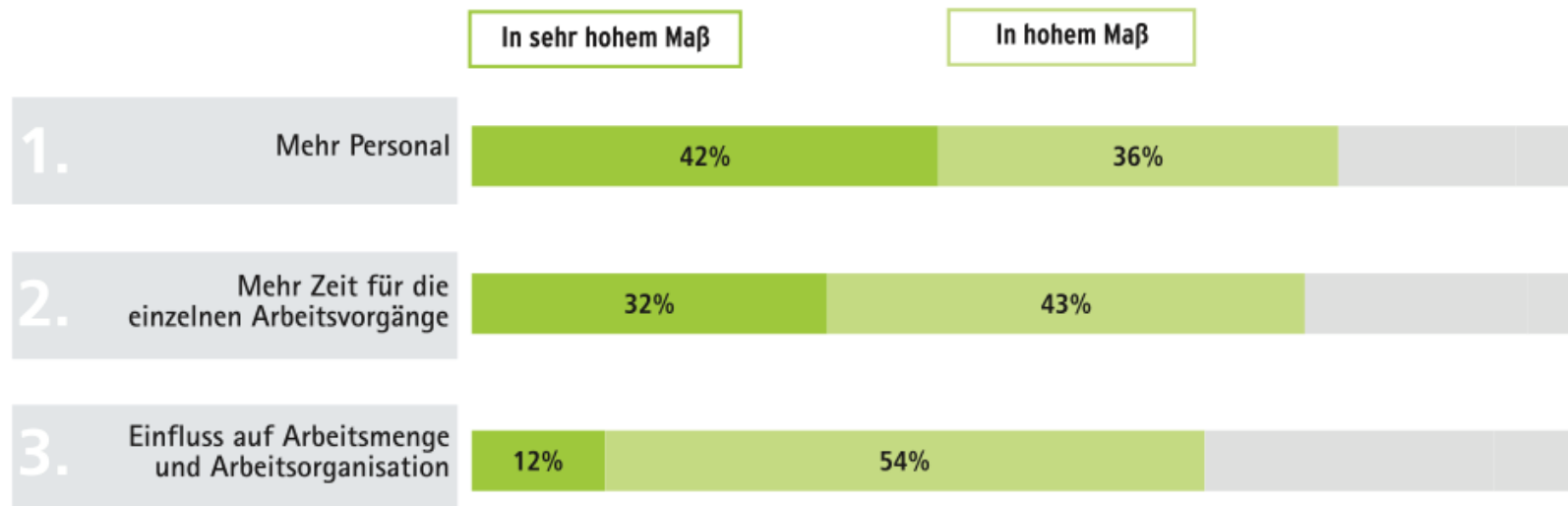
Das wünscht sich die Pflege!

54

Abb. 11

Was hilft gegen den Arbeitsstress in der Pflege? - Die drei wichtigsten Gegenmittel nach Ansicht der Beschäftigten

»Was würde Ihnen helfen, den Arbeitsstress zu reduzieren?«



Was tun Gewerkschaften?

55



Dr. Bernd Tenbenschel

Der Druck muss raus!

162.000 Stellen fehlen in Kliniken bundesweit

56



Dr. Bernd Tenbenschel

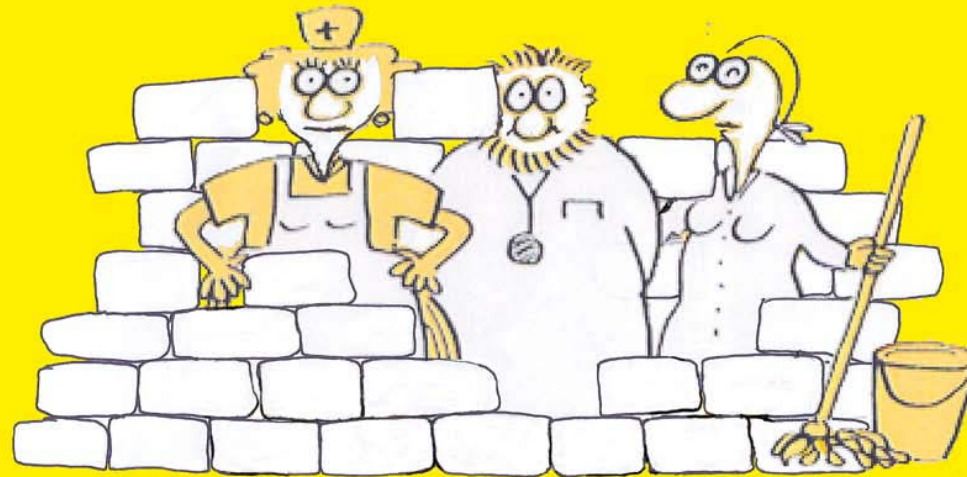
Gesundheit, Soziale Dienste
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Erhöhung der Investitionsförderung durch das Land

57

**Baustellen nicht mit
Personalstellen finanzieren**



**Krankenhäuser:
investieren statt ruinieren**



IGM – Anti-Stressverordnung einführen

58

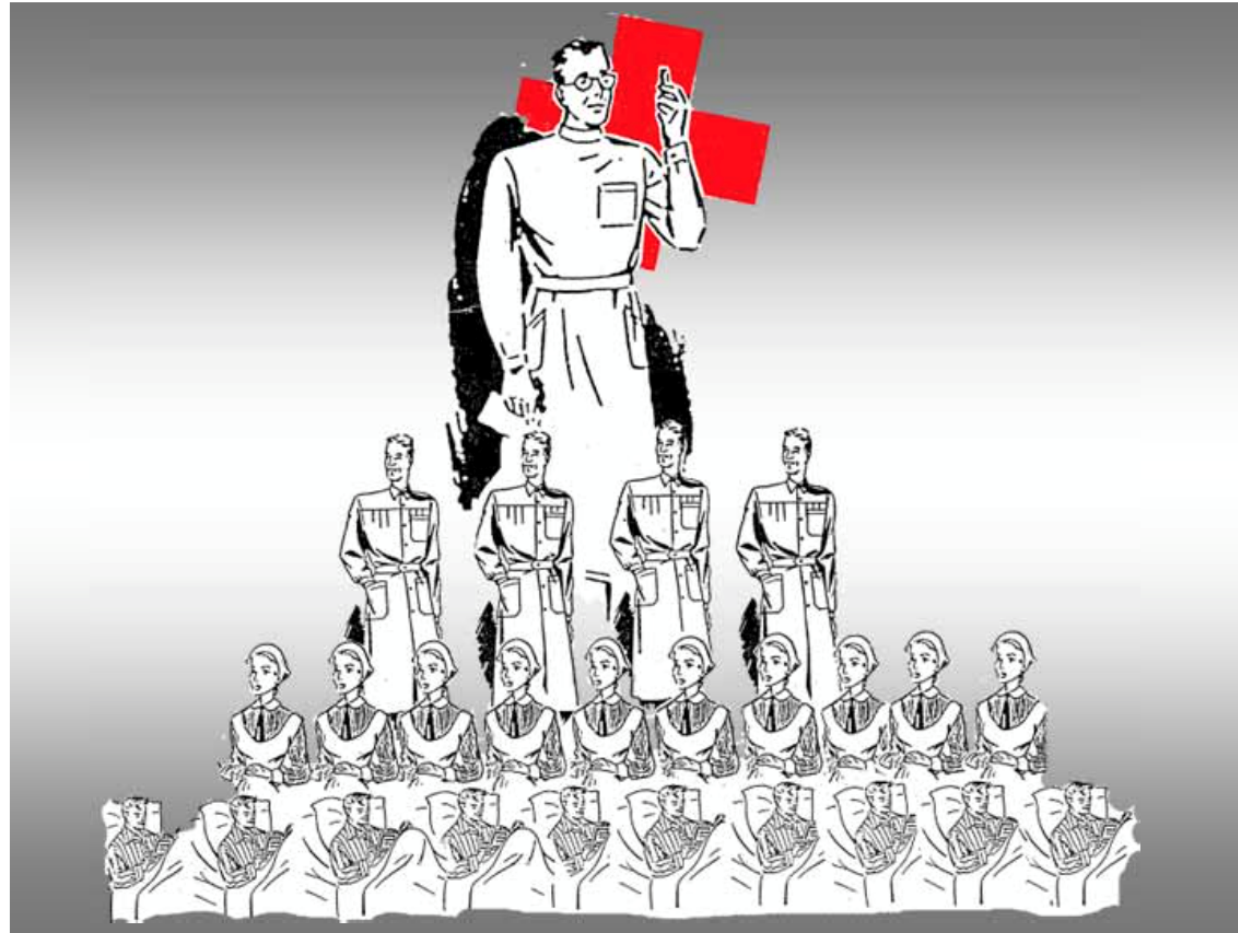


Dr. Bernd Tenbenschel

Pflege als Beziehungsarbeit und Ansätze beschäftigungsbezogenen Handelns der Krankenhausseelsorge

Wo steht die Pflege?

60



Dr. Bernd Tenbenschel

Pflege als Beziehungsarbeit?

61

„Was ist der Kern der Pflege? Beziehungsarbeit die an den Grundbedürfnissen des Menschen ansetzt. Dieser Mensch befindet sich in einer existenziellen und integritätsbedrohenden Lebenssituation.“ (vgl.: Friesacher 2008: 333)

Der Typus der motivierten Beziehungsarbeiter(s)in in der Pflege

62

- Sie/Er schuftet(n) auch, wenn sie wenig oder gar nichts verdient.
- Sie/Er hat oft nur wenige oder gar keine Freiräume.
- Sie/Er hat kaum Aufstiegsmöglichkeiten.
- Sie/Er nimmt im Zweifel keine Rücksicht auf ihre/seine Gesundheit!
- **Sie/Er arbeitet im Zweifel rund um die Uhr.**

Akzeptiert wird, was messbar ist!

63

- Der Pflegebegriff ist naturwissenschaftlich geprägt:
 - ▣ „Fiebermessen“ ist akzeptiert!
 - ▣ Gefühle oder Ahnungen diskutieren eher weniger
 - ▣ Verbinden ist gewünscht!
 - ▣ Zeitaufwändige Gespräche nicht möglich oder erwünscht!

Fallen pflegerischen Handelns

64

- Pflege befindet sich in Fallen in denen sie zwar sozial handeln aber nicht ihren Wert erkennen können
 1. Autonomiefalle: Bsp.: „Ich darf leider nicht mehr mit Ihnen über den Tod der Nachbarin reden, ich muss den Strumpf jetzt anziehen“.
 2. Resignationsfalle: Die Kollegen werden krank, „implodieren“ oder „mobben“.

Was tun?

65

- Was tun gegen Resignationsfalle?
 - In all den täglichen Fällen versuchen Pflegende dennoch ihr Handeln an den Bedürfnissen des Menschen auszurichten und ihn damit in seiner Krise aufzufangen und wertzuschätzen! FALLE: Nur wenige wertschätzen die Pflegenden!
 - Nur wenige PDL/ Stationsleitungen vermitteln die soziale Nähe, die Pflegende am Bett tagtäglich als Bestandteil ihres Berufes sehen und ausüben.

Was tun?

66

- Was tun gegen die Autonomiefalle:
 - Pflegerisches Handeln ist nicht nur „Pottecke“ schrappen, Beine verbinden....
 - Pflegerisches Handeln ist auch Sorgearbeit, das Erkennen der Subjektivität des Menschen im Bett und den daraus resultierenden Aushandlungsprozess mit der Einrichtung

Zwei paradoxe Folgen

67

- Begeisterung für die eigene Arbeit kann genauso zu überlangen Arbeitszeiten und Belastungen führen, wie Angst vor dem Versagen.
- Schlüsselerfahrung: Wissen, was für mich gut ist, aber tun, was für mich schlecht ist.

Neue psychische Belastungen

68

- Konflikt zwischen fachlichem und unternehmerischem Gewissen (Handele wirtschaftlich!)
- Innere Zerrissenheit: Konflikte, die ich früher mit jemand anders hatte, habe ich nun mit mir selbst
- Ich erlebe mich als „selber schuld“ am zunehmenden Leistungsdruck
- Gruppendruck: Gefühl von Vereinzelung und individuellem Versagen

Kernproblem

69

Es entsteht eine

- **„Interessierte Selbstgefährdung“** bei der Arbeit
(*Klaus Peters, COGITO*)
- 1. „Freiwillig“ Arbeitszeiten ausdehnen und intensiver Arbeit ohne Rücksicht auf die Gesundheit
- 2. Darunter leiden, aber ...
- 3. ... sich trotzdem nicht dabei stören lassen wollen.

Die Falle der MitarbeiterInnenvertretung

70

- Mitarbeitervertretungen laufen in eine Falle, wenn sie auf
- die aktuellen Problemlagen mit den alten Methoden reagieren.
- Größte Gefahr: Bruch zwischen Mitarbeitervertretungen und denjenigen, deren Interessen sie wahrnehmen wollen.

Fazit: Ende der Stellvertreterpolitik!

Die Formel

71

- ***Maxime 1:***
- Jeder muss selber wissen, was für ihn selber
- gut ist, aber...
- ***Maxime 2:***
- ... keiner kann es alleine herausfinden!

Was wir brauchen?

72

- ... mehr Wissen über die Auswirkungen des systemischen Drucks auf die eigene Person.
- ... *mehr Kommunikation unter den Menschen im*
- Unternehmen über die Menschen im Unternehmen.
- ... So offen wie möglich über das sprechen, was wirklich los ist.

Wer ist verantwortlich für Gesundheit im Betrieb?

73

- **Arbeitgeber:** Die Verantwortung für den Arbeitsschutz liegt bei der Dienststelle und den betrieblichen Vorgesetzten. Bei Sicherheitsmängeln ist der zuständige Vorgesetzte verpflichtet sicherheitsgerechtes Verhalten durchzusetzen.

Wer ist verantwortlich für Gesundheit im Betrieb?

74

- **MitarbeiterInnen:** Alle Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu unterstützen + sind verpflichtet, gemäß ihrer Möglichkeiten für ihre Sicherheit + Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Sie sind berechtigt zu allen Fragen des Gesundheitsschutzes Vorschläge zu machen.

Wer ist verantwortlich für Gesundheit im Betrieb?

75

- **Mitarbeitervertretung:**
- **Wacht** über die Durchführung auf Basis des MVG + Gesetze,
- **Mitbestimmung** bei der Arbeit(zeit)organisation + Maßnahmen des Arbeitgebers + Gefährdungsbeurteilung,
- kann initiativ werden - **Initiativanträge**

Was heißt das für die Regulierung von Arbeitsorganisation?

76

1. Keine Form von Regulierung wird die Menschen im Unternehmen vor den negativen Folgen eigenverantwortlichen Handelns zuverlässig schützen können.
2. Unterschiedliche Regulierungsformen bieten aber unterschiedliche Voraussetzungen für die Bearbeitung der negativen Folgen und der Eindämmung von Risiken.
3. Dies hängt von unternehmens- und betriebsspezifischen Bedingungen ab.

Nicht Probleme lösen wollen, die die Menschen nur selber lösen können!

77

1. Mitarbeiter und – möglichst auch – Führungskräfte erreichen – informieren und sensibilisieren!
2. D.h. auch: Aushandlungen zwischen Mitarbeitervertretung und Geschäftsführung in ‚Hinterzimmern‘ vermeiden!
3. Erfahrung der Menschen im Unternehmen mit dem gewählten Arbeitsmodellen organisieren und kommunizieren!

Nicht Probleme lösen wollen, die der Arbeitgeber lösen muss!

78

1. Den Arbeitgeber ist nicht aus der Verantwortung für die *faktischen Folgen systemischen Drucks* entlassen!
2. Empfehlung: Arbeitsbedingungen mit Gefährdungsbeurteilung begleiten – unter besonderer Berücksichtigung psychomentaler Belastungen!

Beschäftigtenorientierung in der Krankenhausseelsorge – Was kann das heißen?

Am Beispiel der Krankenpflege

Beschäftigtenorientierung in der Krankenhausseelsorge

80

- ❖ Krankenhausseelsorge findet strukturell außerhalb der alltäglichen Versorgungsabläufe statt.
- ❖ Sie ist weder zeitlich noch räumlich daran gebunden.
- ❖ Sie ist nicht in die hierarchische Anweisungsstruktur einer Klinik eingebunden
- ❖ Sie bietet von daher die Möglichkeit, eine Vertrauensposition bei hilfesuchenden Beschäftigten einzunehmen, insbesondere bei denjenigen, die Vorbehalte und/oder Ängste haben, sich anderen Menschen in der Organisation, einschließlich der Mitarbeitervertretung, anzuvertrauen.

Beschäftigtenorientierung in der Krankenhausseelsorge

81

- Sie bietet im vertraulichen Gespräch unter vier Augen die Chance, ambivalente Gefühle und Unsicherheiten,
 - ▣ die sich aus dem systemisch bedingten Anforderungen und Handlungskonstellationen sowie
 - ▣ Konflikten die sich aus der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ergebenernst zunehmen und anzuerkennen.
- Dadurch entsteht die Möglichkeit, Hilfestellung bei Selbstzweifeln an der beruflichen Rolle zu geben sowie Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Identität anzubieten.

Beschäftigtenorientierung in der Krankenhausseelsorge

82

- Beschäftigte erhalten so die Chance, Zeiten der Kraftlosigkeit zu überbrücken und wieder neue Kraft zu schöpfen für ihre spezifischen Tätigkeiten mit Patienten, sowie
- Konflikte mit Vorgesetzten oder Konkurrenzen in ihrem Stationsteam besser zu klären und regeln.
- Möglich werden könnte eine Stärkung der Individuen in ihrer beruflichen Rolle durch emotionalen Rückhalt, durch Anerkennung und Wertschätzung
- Vermittlung von Gesprächen mit Vorgesetzten, der MAV, Beauftragten für den Arbeitsschutz, gewerkschaftliche Vertrauensleute o.a. Personen innerhalb der Organisation

Beschäftigtenorientierung in der Krankenhausseelsorge

83

- Informationen und Beratung über Möglichkeiten und Grenzen der Hilfestellung von Institutionen außerhalb, wie etwa Burn-Out-Beratungsstellen oder Gewerkschaften.

Literatur

84

- Braun, B., Klinke, S., Müller, R., Rosenbrock, R., (2010). Einfluss der DGRs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung , Bremen
- Bräutigam, Ch., Evans, M., Hilbert, J., Öz F. (2014) Arbeitsreport Krankenhaus, IAT, Hg. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Fuchs, T. (2008) DGB-Index Gute Arbeit, Arbeitsqualität aus Sicht von Krankenpfleger/innen, Ergebnisüberblick 2007/8
- DIP (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung) (2010) Pflege thermometer 2009, Köln

Fragen?

85



Dr. Bernd Tenbenschel