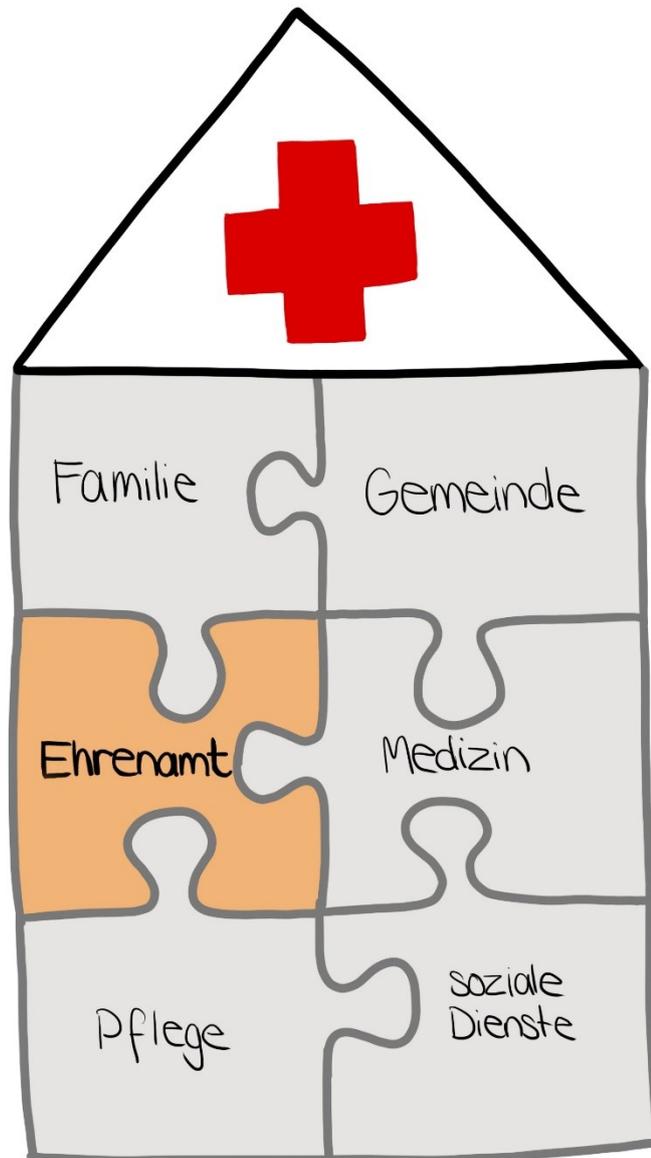


Mirjam Philippi

Ehrenamt im Krankenhaus Tradition oder Thema der Zukunft?

Die Sicht von Leitungskräften, Personal und Ehrenamtlichen
auf das Ehrenamt in der akutstationären Versorgung



Ehrenamt im Krankenhaus
Tradition oder Thema der Zukunft?

*Die Sicht von Führungskräften, Personal und Ehrenamtlichen
auf das Ehrenamt in der akutstationären Versorgung*

Dissertation zur Erlangung des Grades
Doktor Public Health (Dr. PH)

Universität Bremen
Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Mirjam Philippi, MSc Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt am 26. März 2019

Kolloquium am 26. Juni 2019

Erstgutachter: Prof. Dr. Thomas Altenhöner (Fachhochschule Bielefeld)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ansgar Gerhardus (Universität Bremen)

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt den teilnehmenden Krankenhäusern, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie allen Ehrenamtlichen.

Ihre Offenheit zur Teilnahme an diesem Promotionsprojekt und ihre Diskussionsbereitschaft hat diese Arbeit erst möglich gemacht.

Vielen Dank an

meine beiden Betreuer, die mir über die letzten Jahre mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben,

meine Kolleginnen und Kollegen, die mich insbesondere bei der Auswertung unterstützt haben

und natürlich ganz besonders an meine Familie.

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele: Das Ehrenamt gehört traditionell zum Bild von Krankenhäusern. Politik und Expert*innen sehen in ihm gerade für die Zukunft eine wichtige Versorgungskomponente. Weitestgehend unklar ist, wie die beteiligten Akteure selbst das Ehrenamt wahrnehmen. Die Studie betrachtet daher als grundlegende Aspekte der Handlungsmotivation Ziele und Erwartungen von Krankenhausleitungen, -personal und Ehrenamtlichen. Es wird der Frage nachgegangen, welche Positionen kongruieren und welche inkongruent zueinander sind.

Methodik: In vier Krankenhäusern fanden jeweils getrennt voneinander Gruppendiskussionen mit Vertreter*innen von Leitungsebene (N=22), Personal (N=24) und Ehrenamtlichen (N=20) statt. Die Datenauswertung erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ergebnisse: Alle Gruppen sehen wesentliche Ziele des Ehrenamts in Zeit und Zuwendung für Erkrankte. Ehrenamtliche sind eine wichtige Schnittstelle zwischen Patient*innen und der Institution Krankenhaus. Ehrenamtliche streben durch ihre Tätigkeit auch persönliche Vorteile an. Für die Leitungen ist Ehrenamt eine erhaltenswerte Tradition, von der man sich auch Vorteile bei Personalgewinnung und -bindung erhofft. Personal wie Leitungskräfte sehen im Ehrenamt aber einen Mehraufwand, z. B. für die Unterstützung der Ehrenamtlichen. Sie erleben deren Einbindung aufgrund ihrer Selbstbestimmung teils herausfordernd. Leitungen und Ehrenamtliche sind überzeugt, dass eine klare Abgrenzung der Aufgabenbereiche von Personal und Ehrenamtlichen unerlässlich ist. Ehrenamtliche und Personal vertreten den Standpunkt, dass die Bekanntheit, Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts dessen Machbarkeit erhöhen, hierbei sehen sie die Klinikleitung als wichtigen Förderer. Alle Gruppen sind sich einig, dass der Bedarf an Ehrenamt im Krankenhaus aufgrund veränderter Familienstrukturen und Versorgungsbedingungen steigt. Gleichzeitig sinke in der Bevölkerung die Attraktivität ehrenamtlicher Tätigkeit im Krankenhaus. Aus Sicht von Personal und Leitungen beeinflusst die Nutzenbewertung, z. B. seitens Politik und Krankenkassen, maßgeblich den Erfolg.

Fazit: Ehrenamt wird als wertvolle Ergänzung der medizinisch-pflegerischen Versorgung wahrgenommen, insbesondere mit Blick auf Patientenorientierung. Es wurden Faktoren identifiziert, die die Motivation bzw. Nutzung hemmen. Da die Relevanz des Ehrenamts perspektivisch steigt, sollte die Integration in die Versorgung optimiert werden, z. B. über koordinierende Personen. Zudem bedarf es attraktivitäts- und bekanntheitssteigernder Maßnahmen, wie Aufwandsentschädigungen und Informationskampagnen. Ehrenamt im Krankenhaus sollte politisch stärker gefördert werden. Um die erforderliche Argumentationsgrundlage zu verbessern, ist tiefergehende Forschung zur Evidenz erforderlich.

Summary

Background and objectives: Volunteer services are a traditional part of hospitals. To cope with future tasks, politicians and experts value volunteer services as an integral component of the health care mix. Therefore this study focuses the goals and expectancies of hospital leaders, hospital staff and volunteers. Goals and expectancies are fundamental for action motivation and resource investment. Furthermore it addresses the question, which opinions are congruent and which are incongruent.

Methods: Representatives of leading staff, staff and volunteers from four German hospitals participated in group discussions. The discussions took place separately. The data evaluation was carried out according to the qualitative content analysis (Mayring, 2015).

Results: For all groups, essential goals of volunteer services are time and attention for hospital patients. Volunteers are an important interface between patients and the hospital as an institution. Volunteers also strive for personal advantages through their work. For the leading staff, volunteer services are a tradition worth preserving. Leaders hope for benefits in staff recruitment and staff retention. But management as well as staff assume that volunteer services cause extra costs, e. g. for the volunteers' support. Due to the volunteers' autonomy, leaders and staff sometimes perceive volunteers integration in health care as challenging. Leaders and volunteers are aligned that there is a need for a clear demarcation of professional staff responsibilities and volunteers' activities. Volunteers and staff take the view that familiarity, acceptance and esteem of volunteers' services increase its feasibility and perceive leading management as an important promoter of this. All groups have a congruence in the opinion that the need of hospital volunteer services has increased due to changes in family structures and health care conditions. At the same time attractiveness of volunteer work in hospitals is declining. According to staff and leadership the evaluation of benefits, e.g. by politicians and health insurance companies, crucially influences success.

Conclusions: Volunteer services are perceived as a valuable complement to medical care and nursing care, especially with regard to patient orientation. Some topics inhibiting motivation or use of volunteer services were identified. As the relevance of voluntary work is increasing, integration of volunteers into the health care system should be improved, e.g. through coordinators. Moreover there is a need for initiatives to increase the appeal for volunteering and the knowledge of voluntary work in hospitals, such as compensation for expenses of volunteers and more information for volunteers and staff. Politics should give greater attention to volunteer services in hospitals and better support. To enhance the requirements, there is a need for more in-depth research on the effects of volunteer services in health care.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. EHRENAMT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	3
2.1 EHRENAMT – EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG	3
2.2 EHRENAMT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG – FRÜHER	5
2.3 EHRENAMT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG - HEUTE	8
2.3.1 <i>Beispiele für Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung</i>	8
2.3.2 <i>Politische und gesellschaftliche Bedeutung</i>	10
2.3.3 <i>Allgemeine und spezifische Daten zum Ehrenamt</i>	12
2.4 KOEXISTENZ VON EHRENAMT UND HAUPTBERUFLICHEN	14
2.5 EHRENAMT IM KRANKENHAUS – STATUS QUO	19
2.5.1 <i>Herausforderungen der Krankenhausversorgung</i>	19
2.5.2 <i>Praxisbeispiele zum Ehrenamt im Krankenhaus</i>	23
2.5.3 <i>Motive für das Ehrenamt im Krankenhaus</i>	28
3. THEORETISCHE MODELLE DER HANDLUNGSMOTIVATION	35
3.1 ZIELE UND ERWARTUNGEN ALS BASIS VON MOTIVATION	35
3.2 MOTIVATIONSPROZESSE UND MOTIVATIONSIHALTE	37
3.3 TRANSFER AUF DIE MOTIVATION ZUM EHRENAMT IM KRANKENHAUS	43
4. ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE	45
4.1 ZIELSETZUNGEN	45
4.2 FORSCHUNGSFRAGEN	48
5. METHODISCHES VORGEHEN	50
5.1 AUSWAHL DER METHODIK	50
5.2 SAMPLING	54
5.2.1 <i>Selektionskriterien</i>	55
5.2.2 <i>Zugang zum Feld</i>	56
5.3 DATENERHEBUNG UND DATENAUSWERTUNG	57
5.3.1 <i>Ablauf der Gruppendiskussionen</i>	58
5.3.2 <i>Datenmanagement und Datenauswertung</i>	59
5.3.3 <i>Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse</i>	61
5.3.4 <i>Berücksichtigung ethischer Kriterien</i>	61
5.3.5 <i>Hintergrundwissen der Forscherin</i>	62

6. MERKMALE DER KRANKENHÄUSER UND TEILNEHMENDEN	63
6.1 STRUKTURELLE MERKMALE DER KRANKENHÄUSER	63
6.2 MERKMALE DER TEILNEHMENDEN PERSONEN	65
6.2.1 <i>Leitungsebene der Krankenhäuser</i>	65
6.2.2 <i>Krankenhauspersonal</i>	66
6.2.3 <i>Ehrenamtliche</i>	67
7. ERGEBNISSE	69
7.1 PERSPEKTIVE DER LEITUNGSEBENE.....	69
7.1.1 <i>Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus</i>	69
7.1.2 <i>Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus</i>	78
7.2 PERSPEKTIVE DES PERSONALS.....	87
7.2.1 <i>Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus</i>	87
7.2.2 <i>Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus</i>	93
7.3 PERSPEKTIVE DER EHRENAMTLICHEN	102
7.3.1 <i>Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus</i>	102
7.3.2 <i>Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus</i>	109
7.4 PERSPEKTIVEN DER GRUPPEN IM VERGLEICH	117
7.4.1 <i>Vergleich der Ziele, erwünschten Folgen und angenommenen Einflussfaktoren der Zielerreichung</i>	117
7.4.2 <i>Vergleich der Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus</i>	120
8. DISKUSSION.....	124
8.1 SYNTHESE DER ERGEBNISSE	124
8.2 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IN DEN THEORETISCHEN RAHMEN	125
8.3 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IN DEN STAND DER FORSCHUNG.....	131
8.4 STÄRKEN UND LIMITATIONEN DER STUDIE	160
9. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	165
9.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR KRANKENHÄUSER.....	166
9.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE POLITIK	173
9.3 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG	175
10. FAZIT UND AUSBLICK.....	179
LITERATURVERZEICHNIS.....	182
ANHANG.....	195

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Asymmetrien zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen.....	16
Abbildung 2: Aktuelle Herausforderungen der Krankenhausversorgung.....	19
Abbildung 3: Tätigkeitsbereiche von Ehrenamtlichen im Krankenhaus	24
Abbildung 4: Potenzielle Ziele und Interessen von Krankenhäusern im Hinblick auf das Ehrenamt.....	29
Abbildung 5: Potenzielle Ziele und Interessen von Ehrenamtlichen	32
Abbildung 6: Einflussfaktoren von Handlungsmotivation	37
Abbildung 7: Modell der Erwartungs-mal-Wert Theorien	38
Abbildung 8: Modell zur Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus	44
Abbildung 9: Intendierte Ziele dieser Studie	48
Abbildung 10: Vorgehensweise bei Datenerhebung und Datenauswertung.....	55
Abbildung 11: Schema der Datenauswertung.....	60
Abbildung 12: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht der Leitungsebene.....	70
Abbildung 13: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht der Leitungsebene	79
Abbildung 14: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht des Personals	87
Abbildung 15: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht des Personals.....	94
Abbildung 16: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht der Ehrenamtlichen.....	103
Abbildung 17: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht der Ehrenamtlichen	110
Abbildung 18: Annahmen zu motivationsfördernden und motivationshemmenden Faktoren im Modell zur Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus	130
Abbildung 19: Handlungsempfehlungen	178

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Altes Ehrenamt“ versus „Neues Ehrenamt"	5
Tabelle 2: Anteil an Ehrenamtlichen in ausgewählten Bereichen 1999 und 2014.....	13
Tabelle 3: Funktionen von Einstellungen, Verhaltensweisen, Handlungen im Transfer auf das Ehrenamt	41
Tabelle 4: Überblick über die in den Kurzfragebögen erhobenen Merkmale.....	57
Tabelle 5: Merkmale der teilnehmenden Krankenhäuser	64
Tabelle 6: Merkmale der Leitungsebene.....	65
Tabelle 7: Merkmale des Krankenhauspersonals.....	66
Tabelle 8: Merkmale der Ehrenamtlichen.....	67
Tabelle 9: Angaben zu den Tätigkeitsfeldern der Ehrenamtlichen	68
Tabelle 10: Ziele und erwünschte Folgen von Ehrenamt im Vergleich.....	118
Tabelle 11: Einflussfaktoren der Zielerreichung im Vergleich.....	119
Tabelle 12: Erwartungen an das Ehrenamt im Vergleich	123

1. Einleitung

In Zeiten, in der zu erwartende oder bereits bestehende Defizite in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Fokus von Politik und Öffentlichkeit stehen, hat die Diskussion um „mehr Ehrenamt“ Konjunktur (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 362): In zahlreichen wissenschaftlichen und politischen Expertisen wird empfohlen, stärker als bislang ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger in den Mix aus familiärer und professioneller Versorgung einzubinden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016a, S. 155; Görres, Seibert & Stiefler, 2016, S. 6). Hiervon verspricht man sich eine hochwertige Versorgungsqualität aufrechterhalten zu können – trotz der vielfältigen Herausforderungen durch demografische Veränderungen, steigende Versorgungsanforderungen sowie Fachkräftemangel (z. B. Görres et al., 2016, S. 6; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2013, S. 6ff.).

Doch die Forderungen nach mehr Ehrenamt im Gesundheitssystem werden kontrovers diskutiert: Auf der Makroebene wird davor gewarnt, das Ehrenamt als Instrument zur Kompensation fehlender beziehungsweise reduzierter sozialstaatlicher Fürsorge zu missbrauchen (z. B. Pinl, 2015). Innerhalb der Gesundheitseinrichtungen fürchten Hauptberufliche das Ehrenamt als Konkurrenz um Arbeitsplätze (Roß & Tries, 2010b, S. 43).

Dabei ist Ehrenamt in Gesundheit und Pflege keine neue Idee, um auf aktuelle und künftige Herausforderungen einzugehen. Insbesondere im Krankenhaus hat es eine weit zurückreichende, historisch gewachsene Tradition. Dennoch: Insbesondere dem Ehrenamt im Krankenhaus widmet man kaum Aufmerksamkeit – weder in der Versorgungspraxis noch seitens der Politik oder in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschung.

Zwar wird eine stärkere Einbindung Ehrenamtlicher in Pflege- und in klinisch-stationäre Versorgungssettings politisch empfohlen (BMFSFJ, 2016a, S. 149), jedoch ist weitestgehend unklar, wie die Akteure, die diese umsetzen sollen – hierzu gehören Krankenhausleitungen, das Personal, das im Alltag mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet sowie die Ehrenamtlichen selbst – das Ehrenamt wahrnehmen.

Hierbei sind die Ziele und Erwartungen der Akteure von besonderer Bedeutung. Denn Basis jeder Motivation – sei es zu handeln, etwas umzusetzen oder in etwas zu investieren – sind die Ziele, die man mit einer Handlung oder Ressourceninvestition verfolgt, und die Erwartung, dass diese Ziele tatsächlich realisierbar sind (vgl. Bargh, Gollwitzer & Oettingen, 2010; Oettingen & Gollwitzer, 2002).

In der vorliegenden Arbeit wird daher in einer qualitativ-explorativen Herangehensweise den Fragen nachgegangen, welche Ziele Krankenhausleitungen, Krankenhauspersonal sowie in Krankenhäusern engagierte Ehrenamtliche mit dem Ehrenamt im Krankenhaus ansteuern und welche Erwartungen sie im Hinblick auf seine Verwirklichung haben. Die Erkenntnisse bilden eine Grundlage für eine stärkere systematische Auseinandersetzung mit dem Ehrenamt im Krankenhaus. Sie zeigen auf, in welchen Bereichen Handlungsbedarfe für Krankenhäuser sowie für Politik und Forschung in dessen künftiger Ausgestaltung bestehen.

Zum Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in folgende Abschnitte: Im ersten Abschnitt wird das Verständnis von Ehrenamt beschrieben. Es erfolgt ein Rückblick auf die Geschichte des Ehrenamts in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Basierend auf Forschungsergebnissen wird näher auf aktuelle Formen ehrenamtlicher Dienste in der akutstationären Versorgung eingegangen.

Der theoretische Hintergrund befasst sich mit grundsätzlichen, universal übertragbaren Annahmen zum Einfluss von Zielen und Erwartungen auf die Motivation, zu handeln, etwas umzusetzen oder Ressourcen zu investieren.

Im Kapitel „Ziele und Fragestellungen“ werden die Forschungsfragen der Studie konkretisiert.

Es schließt sich die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise: Zur Erfassung der Ziele und Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus werden vier Kliniken als Schlüsselinformanten ausgewählt. In Diskussionsrunden mit Vertreterinnen und Vertretern der Leitungs- und Managementebene, mit Personal, das im Versorgungsalltag mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet sowie mit Ehrenamtlichen werden die Ziele und Erwartungen der jeweiligen Gruppen im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus aufgenommen und in einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) entlang der Fragestellungen ausgewertet und dargestellt.

An die Ergebnisdarstellung knüpft der letzte Teil der Arbeit an. In diesem werden zunächst die Ergebnisse diskutiert und mit theoretischen Annahmen und dem aktuellen empirischen Forschungsstand verglichen. Die methodische Herangehensweise der Studie und hieraus hervorgegangene Stärken und Schwächen werden beleuchtet. Die Arbeit schließt mit Empfehlungen für Praxis, Politik sowie Forschung und einem Gesamtfazit.

2. Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung

2.1 Ehrenamt – eine Begriffsbestimmung

Das Ehrenamt in Pflege und Gesundheitsversorgung ist aus der öffentlichen Debatte kaum noch wegzudenken. In vielen Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Hospizen ergänzen Ehrenamtliche die professionelle Versorgung durch hauptberufliches Personal.

Während man Ehrenamtliche heute allgemein hin als freiwillig engagierte, unbezahlt tätige Personen im sozialen Sektor, im kulturellen Bereich oder im Sport versteht, verbergen sich hinter dem historischen Verständnis von Ehrenamt andere, stark politisch geprägte Aufgaben: etwa die unbezahlte Übernahme von Ämtern in der kommunalpolitischen Selbstverwaltung, welche dem Amtsinhaber Anerkennung und Ehre innerhalb seiner Gemeinde einbrachte (Sachße, 2002, S. 3f.). Erst Mitte des 19. Jahrhunderts fand das Ehrenamt Einzug in den sozialen Bereich, als im Rahmen des „Eberfelder Systems“ die kommunale öffentliche Armenfürsorge, zu der unter anderem die Krankenpflege von Bedürftigen gehörte, in preußischen Städten zur ehrenamtlichen Aufgabe erklärt wurde (Sachße, 2002, S. 4; Schweikardt, 2008, S. 39).

Für Personen, die sich heute „ehrenamtlich“ engagieren, sei es bei der Freiwilligen Feuerwehr, im Sport oder in einem Krankenhaus, trifft dahingegen eher die Definition von „Bürgerschaftlichem Engagement“ zu: Sie sind freiwillig für die Gesellschaft tätig und streben mit ihrer Tätigkeit keinerlei materiellen oder finanziellen Zugewinn an. Sie engagieren sich außerhalb von Familie oder dem Freundeskreis in einem öffentlichen Raum, zumeist in Gemeinschaft mit anderen (Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“, 2002, S. 24). Synonym zum Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ wird der Begriff „Freiwilligenengagement“ verwendet.

Doch trotz dieser, von der Historie ausgehenden, differenzierten Definitionen von „Ehrenamt“ und „bürgerschaftlichem Engagement“ bezeichnet man in den vergangenen Jahren in der Öffentlichkeit, der politischen Diskussion und gesetzlichen Regelungen ebenso wie unter den Engagierten selbst auch das freiwillige, bürgerschaftliche Engagement immer häufiger als „Ehrenamt“ und die engagierten Personen als „Ehrenamtliche“ (Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“, 2002, S. 335; Gensicke & Geiss, 2010, S. 15).

Um das momentane Verständnis ehrenamtlicher Tätigkeit dennoch von der tradierten Form abzugrenzen, wird es als „neues Ehrenamt“ bezeichnet, das traditionelle Verständnis von Ehrenamt als „altes Ehrenamt“ (Kolland, 2004, S. 80).

Unter dem „alten Ehrenamt“ versteht man dabei die formelle Übernahme eines Amtes in Organisationen wie Kirche, Gewerkschaften, Politik oder Vereinen. Der Zeitraum dieser Amtsübernahme ist vorab festgelegt. Das Engagement erfolgt ausgehend von einem Gefühl der gesellschaftlichen Verpflichtung (Backes & Höltge, 2008, S. 281).

Dahingegen setzen sich Personen im „neuen Ehrenamt“ in nicht professioneller Weise, das heißt ohne, dass es einer formalen Qualifikation bedarf, in der Gesellschaft und für die Gesellschaft ein (Backes & Höltge, 2008, S. 280). Für ihr Engagement erhalten sie weder eine finanzielle Entschädigung noch eine soziale Absicherung. Das „neue Ehrenamt“ findet auf Grundlage lockerer Absprachen ohne feste Verträge statt. Somit ist es jederzeit möglich, das Ehrenamt zu beenden. Diese Form von Ehrenamt ist unabhängig von staatlichen Institutionen (Stricker, 2011, S. 169f.)¹.

Aufgrund dieser staatlichen Unabhängigkeit ist das „neue Ehrenamt“ somit von regulierten Freiwilligendiensten abzugrenzen. Denn diese, beispielsweise das „Freiwillige Soziale Jahr“ (FSJ) oder die „Freiwilligendienste aller Generationen“ (FDaG), unterliegen konkreten gesetzlichen Vorgaben und Verträgen. Personen, die im Rahmen von Freiwilligendiensten tätig werden, unterliegen dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG). Sie verpflichten sich vertraglich über einen Zeitraum von mindestens sechs und maximal 24 Monaten zur Ausübung der jeweiligen Tätigkeit. Ihre wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 20 Wochenstunden. Für ihr Engagement erhalten Personen im Freiwilligendienst Entschädigungen in Form von Unterkunft, Verpflegungsleistungen sowie Arbeitskleidung oder sie erhalten eine geringe Vergütung, die diesen Leistungen entspricht.

Unterschiede zwischen „altem Ehrenamt“ und „neuem Ehrenamt“ finden sich außerdem in den angenommenen Motiven der Engagierten. Man geht davon aus, dass im „alten Ehrenamt“ die altruistisch-selbstlose Übernahme eines Amtes in einer größeren Organisation oder einer Kommune die Entscheidung zur Ausübung eines Ehrenamts beeinflusst. Ehrenamtliche im „neuen Ehrenamt“ äußern hingegen ganz offen eine Reziprozität von „Geben und Nehmen“. Ihr Engagement orientiert sich nicht nur an den Interessen der Gemeinschaft, sondern mit der Übernahme des Ehrenamts möchten sie zugleich persönlich profitieren und eigene Bedürfnisse befriedigen (Behr, Liebig & Rauschenbach, 2000, S. 13).

¹ Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff Ehrenamt gemäß den Definitionen des „neuen Ehrenamts“ verwendet. Ehrenamt meint demnach die freiwillige, unentgeltliche Tätigkeit im Gesundheitswesen und der Pflege. Personen, die im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit und gegen Bezahlung im Bereich von Gesundheit und Pflege aktiv sind, werden im Folgenden als Hauptberufliche bezeichnet.

Tabelle 1 zeigt die wesentlichen Unterschiede zwischen „altem Ehrenamt“ und „neuem Ehrenamt“.

Tabelle 1: „Altes Ehrenamt“ versus „Neues Ehrenamt“

Kriterium	„Altes Ehrenamt“	„Neues Ehrenamt“
Formale Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • innerhalb größerer Organisationen (Kirche, Wohlfahrtsverbände) oder staatlicher Strukturen • vertragliche Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen überschaubarer Projekte (privat organisiert oder als Teilprojekte größerer Organisationen)
(vermutete) Motivation für das Ehrenamt	<ul style="list-style-type: none"> • altruistisch-selbstlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reziprozität von „Geben und Nehmen“ • altruistisch und hedonistisch, an eigenen Interessen ausgerichtet
Zeitliche Bindung	<ul style="list-style-type: none"> • Amtsübernahme für einen vorab festgelegten Zeitraum 	<ul style="list-style-type: none"> • keine verpflichtende zeitliche Bindung → eine Beendigung ist jederzeit möglich
Finanzielle Entschädigung	<ul style="list-style-type: none"> • Aufwandsentschädigung • evtl. soziale Absicherung 	<ul style="list-style-type: none"> • keine finanzielle Entschädigung • keine soziale Absicherung

(eigene Darstellung nach Backes und Höltge (2008), Beher et al. (2000), Kolland (2004), Stricker (2011))

Die Popularität dieses „neuen Ehrenamts“ nimmt seit einigen Jahren zu. Immer mehr Menschen engagieren sich in dieser Form (vgl. Vogel, Hagen, Simonson & Tesch-Römer, 2016) – auch im Bereich von Gesundheit und Pflege (Vogel et al., 2016, S. 144) (vgl. Kapitel 2.3.3). Parallel erfährt das Ehrenamt in diesem Bereich neuerdings in Politik und Öffentlichkeit eine zunehmende Aufmerksamkeit.

Fast könnte man vermuten, dass sich das Ehrenamt in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erst neu entwickelt. Doch die freiwillige, unentgeltliche Pflege und Fürsorge für ältere und kranke Menschen sind keine Phänomene, die erst kürzlich aufgekommen sind.

2.2 Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung – früher

Tatsächlich kann eher die berufsmäßig ausgeübte Pflege als eine Neuerung bezeichnet werden. Denn bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert gab es dort noch keine gefestigten beruflichen Strukturen. Die Sicherstellung der außerfamiliären Pflege war weitestgehend abhängig von Frauen, die sich ausgehend vom Gedanken der Nächstenliebe ohne finanzielle Entlohnung für Hilfebedürftige einsetzten.

Exemplarisch zeigt dies eine statistische Erhebung der Krankenpflegerinnen im deutschen Kaiserreich, die aus dem Jahr 1876 stammt: Von den knapp 9.000 dort erfassten Frauen (pflegende Männer entsprachen zur damaligen Zeit nicht dem Ideal der Krankenpflege, daher wurden sie nicht berücksichtigt) übten weniger als zehn von hundert Befragten die Pflege gegen Bezahlung und somit als Beruf aus. Der überwiegende Teil pflegte in kirchlichen Pflegevereinigungen (z. B. in Caritas- und Diakonieverbänden) oder in Frauenvereinen, etwa in Vereinen des Deutschen Roten Kreuzes (Schweikardt, 2008, S. 104; Seidler & Leven, 2003, S. 223). Die Fürsorge für andere sah man zur damaligen Zeit als „Liebesdienst“ an, den man aus religiöser Motivation oder aus Mildtätigkeit ausübte.

Der medizinische Fortschritt im 18. und 19. Jahrhundert ermöglichte die Behandlung vieler Erkrankungen, die vorher zwangsläufig zum Tode führten. Zusätzlich machte die Einführung der Krankenversicherung diese Errungenschaften für breite Bevölkerungsschichten zugänglich (Seidler & Leven, 2003, S. 226). Hierdurch stieg die Zahl der Menschen, die in Krankenhäusern versorgt wurden und in gleichem Maße der Bedarf an Pflegenden. Das Tätigkeitsspektrum veränderte sich von der reinen Krankenfürsorge hin zur kurativen Krankenpflege. Insbesondere in den neu entstandenen kommunalen Krankenhäusern mussten zur Sicherstellung der Versorgung bezahlte „Krankenwärterinnen und Krankenwärter“ angestellt werden, denn in diesen Häusern konnte nicht auf unbezahlte, zumeist konfessionelle Ordensschwwestern zurückgegriffen werden (Seidler & Leven, 2003, S. 167). Doch selbst im Jahr 1909 gehörte noch über die Hälfte der Pflegenden konfessionellen Verbänden an und pflegte unentgeltlich (Schweikardt, 2008, S. 127), also nach heutigem Verständnis ehrenamtlich. Diese religiöse Prägung der Krankenpflege blieb bis in die Nachkriegszeit bestehen. Politisch und gesellschaftlich sah man Pflege weiter als eine „Berufung“, nicht aber als einen Beruf an, der dem Lohnerwerb diene. Die Motivation von Pflegenden sollte die Nächstenliebe sein, der hierfür angemessene Lohn war die „Liebe Gottes“ (Kreutzer, 2005, S. 206).

Dabei ging die Priorisierung der religiösen und aus Nächstenliebe motivierten Pflege mancherorts so weit, dass ein regelrechter Konkurrenzkampf darüber geführt wurde, wer die „bessere“ Pflege leistete. Walter (2004) zitiert in diesem Zusammenhang exemplarisch einen Abgeordneten aus dem Jahr 1887. Dieser sieht die „*wahre Krankenpflege*“ nur dort, wo sie nicht aus dem Interesse „*des täglichen Erwerbs, sondern lediglich aus dem Grundsatz der christlichen Caritas geübt wird*“ (Interpellation des Abgeordneten Doblhammer, zitiert nach Walter, 2004, S. 118). Pflegende, die gegen Lohn arbeiteten, wurde im Grunde die Fähigkeit zur guten Pflege abgesprochen (Walter, 2004, S. 120f.).

Erst gegen Ende der 50er Jahre ermöglichten neue gesetzliche Regelungen, wie feste Ausbildungs- und Arbeitszeitregelungen, die Ausübung der Pflege als regulär anerkannten Beruf (Kreutzer, 2005, S. 245). Der Mangel an Pflegepersonal spielte auch hier eine wichtige Rolle, denn die Änderungen sollten den Beruf attraktiver machen (Kreutzer, 2005, S. 245; Seidler & Leven, 2003, S. 246).

Dass trotz der zunehmenden Säkularisierung von Gesellschaft und Gesundheitsversorgung sowohl Krankenhausverwaltungen (Schweikardt, 2008, S. 123) als auch Politiker die Pflege gegen „Gotteslohn“ idealisierten und sich lange gegen eine flächendeckende Verberuflichung und die damit verbundene finanzielle Entlohnung von Pflegenden stellten, hatte ganz pragmatische Gründe. Erstens galt das christlich-motivierte ehrenamtliche Personal als besonders kostengünstig (Schweikardt, 2008, S. 100). Zweitens konnte man aufgrund des kontinuierlichen Mangels an Pflegenden nicht auf die ehrenamtliche Krankenpflege der Kirchen und Frauenvereinigungen verzichten. Schweikardt (2008, S. 67) konstatiert dementsprechend: *„In gewisser Weise kompensierte die Fürsorge der christlichen Gemeinschaften die Untätigkeit des Staates auf sozialem Gebiet“*.

Mit der Errichtung der Weimarer Republik entwickelte sich Deutschland mehr und mehr zum heutigen Sozialstaat (Sachße, 2011, S. 21f.). Im sozialen Bereich und der Gesundheitsversorgung bildete sich das Prinzip der Subsidiarität heraus, in dem der Staat die Verantwortung für Finanzierung und Sicherstellung der Versorgung übernimmt. Die Wohlfahrtsverbände vertreten ihre Interessen und stellen (ehrenamtliches) Personal für soziale Dienstleistungen bereit (Zimmer & Rauschenbach, 2011, S. 18). Mit dem sukzessiven Ausbau von Sozialstaat und Sozialsystem stieg der Einfluss staatlicher Regulierung auf das Sozial- und Gesundheitssystem. Es setzte ein Prozess der Verberuflichung und Professionalisierung ein, der noch immer anhält. Im Zuge dessen geriet das soziale Ehrenamt in seiner klassischen Form zunehmend in den Hintergrund (Sachße, 2002, S. 5; Zimmer & Rauschenbach, 2011, S. 20).

2.3 Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung - heute

Die unbezahlte Tätigkeit aus Nächstenliebe, religiöser Motivation oder Gemeinwohlorientierung ist im Bereich von Pflege, gesundheitlicher und sozialer Versorgung durch diesen Verberuflichungsprozess in den Hintergrund getreten, aber nie vollständig verschwunden. Seit etwa 20 Jahren erfährt sie wieder zunehmende Beachtung. So definiert der 2016 veröffentlichte „Siebte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik“ das Engagement Freiwilliger in der Pflege und Sorge für ältere Menschen ebenso wie in Bereichen der Gesundheitsversorgung als zentrales sozialpolitisches Thema: Sowohl in kommunale Versorgungsstrukturen (BMFSFJ, 2016a, S. 203f.) als auch im klinisch-stationären Kontext (BMFSFJ, 2016a, S. 149) sollen künftig (wieder) stärker Ehrenamtliche eingebunden werden.

2.3.1 Beispiele für Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung

Exemplarisch für bereits lange existierende Formen ehrenamtlicher Tätigkeiten in der Pflege und Gesundheitsversorgung werden nachfolgend das Engagement der „Grünen Damen und Herren“ in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie das Ehrenamt in der Hospizhilfe vorgestellt. Weitergehende, detailliertere Beschreibungen zur aktuellen Einbindung Ehrenamtlicher in die Krankenhausversorgung in Deutschland und anderen Industrienationen finden sich in Kapitel 2.5.2.

„Grüne Damen und Herren“

Bereits 1969, also relativ kurz, nachdem sich in der Krankenpflege feste berufliche Strukturen herausbildeten, gründete sich die „Evangelische Kranken- und Altenhilfe e.V. (eKH)“ (Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V., 2018). In diesem Verein sind Ehrenamtliche aktiv, die aufgrund ihrer einheitlichen grünen Dienstkleidung „Grüne Damen und Herren“ genannt werden. Sie bieten in bundesweit etwa 500 Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen Besuchs- und Begleitdienste sowie kleinere Unterstützungsleistungen für ältere und erkrankte Menschen an (Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V., 2018). Ihre Aufgaben sehen die „Grünen Damen und Herren“ in der individuellen personenbezogenen Betreuung und dem Aufbau von sozialen Beziehungen zu Patientinnen und Patienten. Mit ihrem Engagement möchten sie eine Ergänzung und einen Ausgleich zur eher aufgabenorientierten, medizinisch-pflegerischen Versorgung durch Fachkräfte schaffen (Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V., 2018).

Auf seiner Internetseite wirbt der Verein damit, dass die „Grünen Damen und Herren“ *„Dinge [tun], zu denen die hauptamtlichen Mitarbeiter der Häuser nicht die nötige Zeit und Ruhe haben“*. Als Beispiele nennen sie *„Dasein und Zuhören“*, *„Hilfe bei der Aufnahme und Lotsendienste“*, *„Begleitung von Patienten zu z. B. Untersuchungen, Therapien“* bis hin zur *„Betreuung von Angehörigen“* sowie *„Sitzwachen bei unruhigen und sterbenden Patient(inn)en“* und *„vieles mehr“* (Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V., 2018).

Die Initiierung der „Grünen Damen und Herren“ kann als „Gegenbewegung“ zu den damaligen Veränderungen in der Pflege gewertet werden: Die Krankenpflege entfernte sich zunehmend von dem Gedanken, dass außerfamiliäre Pflege aus Nächstenliebe und Berufung, nicht aber zum Lohnerwerb ausgeübt wird. Heute sind es aus Sicht der „Evangelischen Kranken- und Altenhilfe e.V. (eKH)“ finanzielle und personelle Veränderungen im Gesundheitssystem, die „Grüne Damen und Herren“ erforderlich machen. Der Kostendruck von Einrichtungen erschwere es dem Fachpersonal, sich neben Therapie und Pflege ausreichend um persönliche Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu kümmern (Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V., 2018).

Hospizhilfe

Ähnlich wie in den 60er Jahren in der allgemeinen Kranken- und Altenhilfe wurde einige Jahre später eine Lücke in der Versorgung Sterbender wahrgenommen (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018). Angetrieben durch ehrenamtliches Engagement, bildete sich daher seit den 1980er Jahren ein neuer Sektor der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung heraus: die Hospiz- und Palliativversorgung. Ehrenamtliche begleiten und unterstützen hier Sterbende und deren Angehörige und gehen auf ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse ein (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018).

Zur festen Verankerung der Palliativ- und Hospizversorgung in die Gesundheitsversorgung kam es erst in den darauffolgenden Jahrzehnten (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018; Fleckinger, 2013, S. 47ff.). Doch bis heute wird die Hospizarbeit insbesondere im ambulanten Bereich überwiegend durch Ehrenamtliche getragen (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018; Fleckinger, 2013, S. 52ff.). Ein wesentlicher Grund für diese weiterhin starke Präsenz nicht-professioneller Kräfte ist, dass die palliative Versorgung bis in die 1990er Jahre hinein nicht gesetzlich im Krankenversicherungssystem verankert war. Dementsprechend fehlten Grundlagen zur Finanzierung von hauptberuflichem Personal (Fleckinger, 2013, S. 52ff.).

2.3.2 Politische und gesellschaftliche Bedeutung

Die oben genannten Beispiele waren Initiativen der Kirche sowie engagierter Bürgerinnen und Bürger.

Zur Jahrtausendwende, mit dem Einsatz der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ (Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“, 2002, S. 2) und dem Aufruf des damaligen Bundeskanzlers Gerhard Schröder zur „zivilen Bürgergesellschaft“ (Schröder, 2000, S. 205), erfuhr das Ehrenamt im Gesundheitswesen nun auch in der politischen Diskussion eine Art „Wiedergeburt“. Schröder (2000, S. 206) stellt in einem Grundsatzartikel klar, dass die Sozialkassen nicht unerschöpflich sind. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels müsse sich die Gesellschaft die Frage stellen, welchen Beitrag die Bürgerinnen und Bürger zum Erhalt ihrer eigenen Gesundheit leisten können. Und auch im Hinblick auf die Pflege Erkrankter und Bedürftiger nimmt Schröder die Bevölkerung in die Pflicht: Gerade im Bereich von Pflege und Gesundheitsversorgung könne sich die „Zivilgesellschaft“ beweisen.

Dass diese Appelle nicht nur eine kurzfristige politische Episode waren, sondern eine dauerhafte Verankerung des Ehrenamts in die pflegerische Versorgung angestrebt wurde, zeigte sich mit der Pflegereform 2008 (Pinl, 2015, S. 53). Für die ambulante und stationäre Langzeitpflege regeln seitdem die Paragraphen 45 c SGB XI, Abs. 3-4 für die ambulante Pflege und 82 b SGB XI für die stationäre Pflege die finanzielle Förderung von Aufbau, Schulung und Organisation ehrenamtlicher Gruppen. Ehrenamtliche sollen Pflegebedürftige, demenziell Erkrankte sowie deren Angehörige unterstützen, betreuen und entlasten.

Inzwischen wird sowohl aus der Fachexpertise als auch aus gesundheitspolitischer Sicht der Einbezug Ehrenamtlicher in den Versorgungsmix² als unverzichtbares Element und als unerlässlich für die künftige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedürfnisorientierten Pflege gewertet (BMFSFJ, 2016a, S. 203ff.; Bundesministerium des Inneren, 2012, S. 23f.; Görres et al., 2016, S. 14; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 362).

Diese Notwendigkeit ergibt sich in erster Linie durch den demografischen Wandel mit einem steigenden Anteil älterer Menschen mit potenziellem Pflege- und Unterstützungsbedarf.

² Unter Versorgungsmix versteht man die Kombination von Versorgungseinrichtungen und verschiedenen Personen beziehungsweise Berufsgruppen, die an der Versorgung und Pflege von Erkrankten und Pflegebedürftigen beteiligt sind (Görres et al, 2016, S. 8ff.)

Für deren umfassende gesundheitliche und pflegerische Versorgung ausschließlich durch hauptberufliche, bezahlte Fachkräfte werden weder die finanziellen noch die personellen Ressourcen der Gesellschaft ausreichen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 362).

Das Gesundheitssystem ist von der demografischen Entwicklung gleich mehrfach betroffen: Erstens verändern und verkleinern sich die familiären Netzwerke. Immer mehr ältere Menschen sind alleinstehend und/oder kinderlos (Nowossadeck & Engstler, 2013, S. 16). Zudem leben erwachsene Kinder häufiger als in früheren Jahren weiter von ihren Eltern entfernt. Folglich sinkt das familiäre Unterstützungspotenzial (Nowossadeck & Engstler, 2013, S. 22ff.). Zum Zweiten können innerhalb einer alternden Bevölkerung nicht genügend junge Fachkräfte gewonnen werden, die zusätzlich zur professionellen pflegerischen Versorgung die schwächer werdenden familiären Unterstützungssysteme kompensieren können. Als dritter Aspekt kommt hinzu, dass die Sozialkassen in ihrer jetzigen Form des Generationenausgleichs den Belastungen, die eine ausschließlich durch beruflich Pflegenden erbrachte Versorgung des steigenden Anteils älterer Menschen mit sich bringen würde, nicht standhalten könnten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 362).

Die Frage, wie es gelingen kann, trotz der Verschiebung der Alterspyramide hin zu einer älteren, unterstützungs- und pflegebedürftigeren Bevölkerung, eine gute Versorgung gewährleisten zu können, beschäftigt nicht nur das deutsche Gesundheitssystem. Auch in anderen Ländern, beispielsweise in Großbritannien, wird die Einbindung Ehrenamtlicher als ein Ansatz zur Problembewältigung gesehen (vgl. Naylor, Mundle, Weeks & Buck, 2013). Gemäß Naylor und Kollegen (2013, S. 10) verbessert das Ehrenamt im Gesundheitswesen zudem die sektorenübergreifende Versorgung: Denn indem Ehrenamtliche als Laien und somit „neutral Vermittelnde“ zwischen Gesellschaft, Kommunen und Anbietern im Versorgungssystem auftreten – anders als vertraglich beschäftigte und bezahlte Hauptberufliche sind sie nicht unmittelbar an die Versorgungseinrichtungen gebunden und somit nicht von diesen abhängig – verbessert sich die Zusammenarbeit zwischen Versorgern und der Gesellschaft. Zusätzlich werden ehrenamtliche Laien als Vertreterinnen und Vertreter der Bevölkerung wahrgenommen. Sie bilden einen Kontrast zu den Fachkräften mit ihrem „professionellen Blick“ und können in dieser Rolle insbesondere für sozial und gesundheitlich Benachteiligte ein „Türöffner“ zur Gesundheitsversorgung darstellen. Dies wiederum trägt zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten bei (Naylor et al., 2013, S. 10).

Eine zentrale Hürde besteht jedoch darin, ausreichend Ehrenamtliche zu gewinnen und diese längerfristig und nachhaltig zu binden (z. B. Galea, Naylor, Buck & Weaks, 2013, S. 10; Rogers, Rogers & Boyd, 2013, S. 46).

Im folgenden Abschnitt wird näher auf allgemeine Daten zur Bereitschaft für ehrenamtliches Engagement in Deutschland sowie auf spezifische Daten zum Ehrenamt in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung eingegangen.

2.3.3 Allgemeine und spezifische Daten zum Ehrenamt

Einen umfassenden Überblick zu freiwillig und ehrenamtlich Engagierten in der deutschen Bevölkerung bietet der regelmäßig durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführte „Deutsche Freiwilligensurvey“. In dieser Umfrage zeigt sich, dass die Zahl ehrenamtlich engagierter Personen im Pflege- und Gesundheitsbereich im vergangenen Jahrzehnt gestiegen ist. Diese Entwicklung verläuft zeitgleich mit der höheren Bedeutung, die dem Ehrenamt von politischer Seite beigemessen wird.

Waren gemäß Freiwilligensurvey im Jahr 1999 lediglich 1,2 % der deutschen Bürgerinnen und Bürger ehrenamtlich im Gesundheitswesen engagiert, erhöhte sich der Anteil bis 2014 um mehr als das Doppelte auf 2,5 % (Vogel et al., 2016, S. 144). Selbst wenn im gleichen Zeitraum auch der Gesamtanteil der ehrenamtlich engagierten Bevölkerung um knapp 10 % zunahm (Vogel et al., 2016, S. 92), fiel die Steigerung im Gesundheitsbereich besonders deutlich aus (Vogel et al. 2016, S. 145).

Verlässt man die Gesamtbevölkerungsebene und betrachtet ausschließlich die Gruppe derer, die sich bereits ehrenamtlich engagieren, ist festzustellen, dass sich der relative Anteil der Personen, die im Bereich „Gesundheit“ tätig sind, zwischen 1999 und 2014 von 3,5 % auf 5,7 % erhöhte. Dies entspricht einer Steigerung um 63 %. Eine deutlichere Erhöhung weist lediglich der Bereich „Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene“ auf. Hier wuchs die Zahl der Ehrenamtlichen um etwa 86 % (Statistisches Informationssystem Gerostat, 2018) (vgl. Tabelle 2, S. 13).

Tabelle 2: Anteil an Ehrenamtlichen in ausgewählten Bereichen 1999 und 2014

Anteil Ehrenamtlicher nach Bereich¹	1999	2014	Veränderung
Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene	4,9 %	9,1 %	+ 86 %
Gesundheit	3,5 %	5,7 %	+ 63 %
Soziales	12,1 %	19,1 %	+ 58 %
Kirchliches oder Religiöses	15,5 %	17,5 %	+ 13 %
Freizeit und Geselligkeit	16,4 %	13,2 %	- 20 %

¹Mehrfachangaben waren möglich

(eigene Berechnungen auf Basis von: Statistisches Informationssystem Gerostat, 2018)

Bei der Betrachtung soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale der Ehrenamtlichen im Gesundheitsbereich zeigt sich, dass hier im Vergleich zu anderen Bereichen mehr Frauen (3,0 %) als Männer (1,9 %) engagiert sind. Das Durchschnittsalter der Ehrenamtlichen im Gesundheitswesen insgesamt liegt bei etwa 53 Jahren und damit rund 5 Jahre über dem Gesamtdurchschnittsalter aller Engagierten, die im Freiwilligensurvey befragt wurden. Diejenigen, die sich in der Pflege engagieren, sind mit durchschnittlich 57,8 Jahren sogar noch älter (Simonson 2013, S. 25ff.).

In Studien, die sich gezielt mit dem Ehrenamt im Krankenhaus beschäftigen, wird analog beschrieben, dass sich mehr Frauen als Männer engagieren. Von diesen sind viele bereits im Ruhestand (Handy & Srinivasan, 2004, S. 34; Steunenberg, Mast, Strijbos, Inouye & Schuurmans, 2016, S. 460f.).

Weiterhin zeigt sich, dass sich im Pflege- und Gesundheitsbereich besonders häufig Personen mit höherer Schulbildung und besserer beruflicher Qualifikation engagieren. Es fällt auf, dass mehr als die Hälfte der dort Tätigen sich parallel in anderen Bereichen engagiert, zumeist im Sozialwesen (Simonson, 2013, S. 29ff.).

Die Daten des Freiwilligensurveys legen somit nahe, dass der Gesundheitsbereich als Tätigkeitsfeld für Ehrenamtliche im Vergleich zu anderen Bereichen, etwa Kirche oder Soziales, derzeit zwar noch eine nachrangige Bedeutung hat, jedoch zunehmend an Relevanz gewinnt.

Und es ist anzunehmen, dass im Gesundheits- und Pflegebereich weiteres Steigerungspotenzial liegt: denn hier sind besonders häufig ältere Personen engagiert und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung wird sich in den kommenden Jahrzehnten deutlich erhöhen. Gleichzeitig werden immer mehr Personen aufgrund ihres höheren Lebensalters auf Unterstützung angewiesen sein.

2.4 Koexistenz von Ehrenamt und Hauptberuflichen

Das Ehrenamt ruft innerhalb der Gesundheitseinrichtungen, aber auch in Politik und Gesellschaft kontroverse Diskussionen hervor (BMFSFJ, 2016a, S. 204).

Eine Ursache hierfür ist die historisch bedingte Nähe zwischen der ehrenamtlichen Unterstützung erkrankter respektive pflegebedürftiger Menschen und der Versorgung durch Fachkräfte (vgl. Kapitel 2.2). Wie in kaum einem anderen Bereich arbeiten in der Pflege und Gesundheitsversorgung hauptberuflich Tätige und Ehrenamtliche neben- und miteinander. Teilweise überschneiden sich ihre Arbeitsbereiche. So kommt es vor, dass Ehrenamtliche bestimmte Tätigkeiten übernehmen, beispielsweise Botengänge für Patientinnen und Patienten. An den Tagen, an denen keine Ehrenamtlichen vor Ort sind, erledigen Hauptberufliche diese Tätigkeiten.

Aus der inhaltlichen Nähe resultieren zwei zentrale Herausforderungen im Neben- und Miteinander von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen: Eine betrifft die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen – einem „*Schlüsselaspekt*“ von Freiwilligenkonzepten, wie Roß und Tries (2010b, S. 34f.) verdeutlichen. Eine andere Herausforderung ist die Abgrenzung der Tätigkeitsfelder von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen. Mit dieser Abgrenzung lässt sich unter anderem Befürchtungen entgegenzutreten, dass Ehrenamtliche als kostengünstiger Ersatz für bezahlte Hauptberufliche (aus)genutzt werden.

Eine gute Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist im Sinne eines gelungenen Versorgungsmix unerlässlich. Doch gerade im Bereich Gesundheit und Pflege sind die wahrgenommenen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit offenbar ausgeprägter als in anderen Branchen, in denen Hauptberufliche und Ehrenamtliche gleichzeitig tätig sind. Dies ergab eine repräsentative Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2015b, S. 175). In einer Untersuchung von Roß und Tries (2012, S. 231) fällt auf, dass hauptberufliche Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen offenbar kritischer bewerten als die Ehrenamtlichen.

Eine Ursache von Spannungen zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen sind laut Helmig und Boenigk (2012, S. 122ff.) Asymmetrien in den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Informationen sowie in der Machtposition, denn diese Faktoren sind unter Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen ungleich verteilt (vgl. Abbildung 1, S. 16).

Asymmetrien in den zur Verfügung stehenden Ressourcen

Gerade im Pflegebereich ist der Faktor „Zeit“ in vielerlei Hinsicht eine zentrale Ressource. Während sich Fachkräfte in immer stärkerer Zeitnot sehen, verfügen Ehrenamtliche zu meist über ausreichend zeitliche Kapazitäten. Ehrenamtliche übernehmen somit häufig Tätigkeiten abseits der eigentlichen Gesundheitsversorgung, für die professionell Versorgende keine ausreichenden Freiräume haben (BMFSFJ, 2015b, S. 187).

Doch bei Fachkräften kann diese Aufgabenverteilung ein Gefühl von Neid und Eifersucht hervorrufen. Denn während sie selbst in immer engerer Zeittaktung arbeiten müssen, werden ihnen zusätzlich noch als angenehm empfundene Seiten ihres Berufes durch Ehrenamtliche „weggenommen“, beispielsweise persönliche Gespräche und eine enge Beziehung zu Patientinnen und Patienten (z. B. BMFSFJ, 2015b, S. 46; Meier-Gräwe & Sennlaub, 2011; Naylor et al., 2013, S. 19). Als Argument gegen mehr Ehrenamt in der Gesundheitsversorgung wird dementsprechend häufig aufgeführt, dass eine Teilung der Versorgung in einerseits z. B. Alltagsgespräche, die Ehrenamtliche übernehmen, und andererseits medizinisch-pflegerische Tätigkeiten, welche in der Verantwortung der Hauptberuflichen liegen, einem ganzheitlichen Pflegeverständnis widerspricht (Klie, 2013, S. 99).

Ergänzt wird diese Kritik an Ehrenamt dadurch, dass die Anleitung und Unterstützung der Ehrenamtlichen eine weitere zeitliche Belastung für Hauptberufliche darstellt (BMFSFJ, 2015b, S. 201; Roß & Tries, 2010b, S. 41).

Asymmetrien in den zur Verfügung stehenden Informationen

Betrachtet man Asymmetrien im Faktor „Information“, ergibt sich eine ungleiche Verteilung bereits daraus, dass hauptberuflich Pflegende über eine formale Ausbildung verfügen. Ihnen werden somit legislativ (z. B. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)³) höhere Fachkompetenzen zugeschrieben als den Ehrenamtlichen. Erkennen Ehrenamtliche diese Professionalität aber nicht an und/oder schätzen ihre eigenen Fähigkeiten höher ein als die Kompetenzen der Fachkräfte, beeinträchtigt dies die Zusammenarbeit. Erschwerend kann sich auswirken, wenn Ehrenamtliche sich in Bereichen engagieren, die inhaltlich ihrem (früheren) Beruf ähneln (Meier-Gräwe & Sennlaub, 2011, S. 15).

³ Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) besagt, dass „berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung, Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ – hierunter fallen u. a. medizinische und fachpflegerische Tätigkeiten – einer entsprechenden Erlaubnis, z. B. einer dreijährigen Krankenpflegeausbildung, bedürfen.

Darüber hinaus können Hauptberufliche allein durch ihre in der Regel längere zeitliche Anwesenheit in der Einrichtung sowie ihre berufliche Position mehr Informationen aufnehmen als Ehrenamtliche. Sie verfügen somit über ein höheres Wissen im Hinblick auf innerbetriebliche Abläufe (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2015a, S. 21).

Ehrenamtliche können hingegen durch längere Gespräche, die sie mit Patientinnen und Patienten führen, an zusätzliche, tiefere patientenbezogene Informationen gelangen. Sie können durch diese Unterhaltungen eine intensivere, persönlichere Beziehung zu den Erkrankten aufbauen. Hierdurch entsteht jedoch die Gefahr, dass sie in eine „Fürsprecherrolle“ für Erkrankte geraten, was wiederum auf Hauptberufliche wie eine Kontrolle ihrer Arbeit wirken und folglich Unmut hervorrufen kann (BMFSFJ, 2015b, S. 41, S. 52).

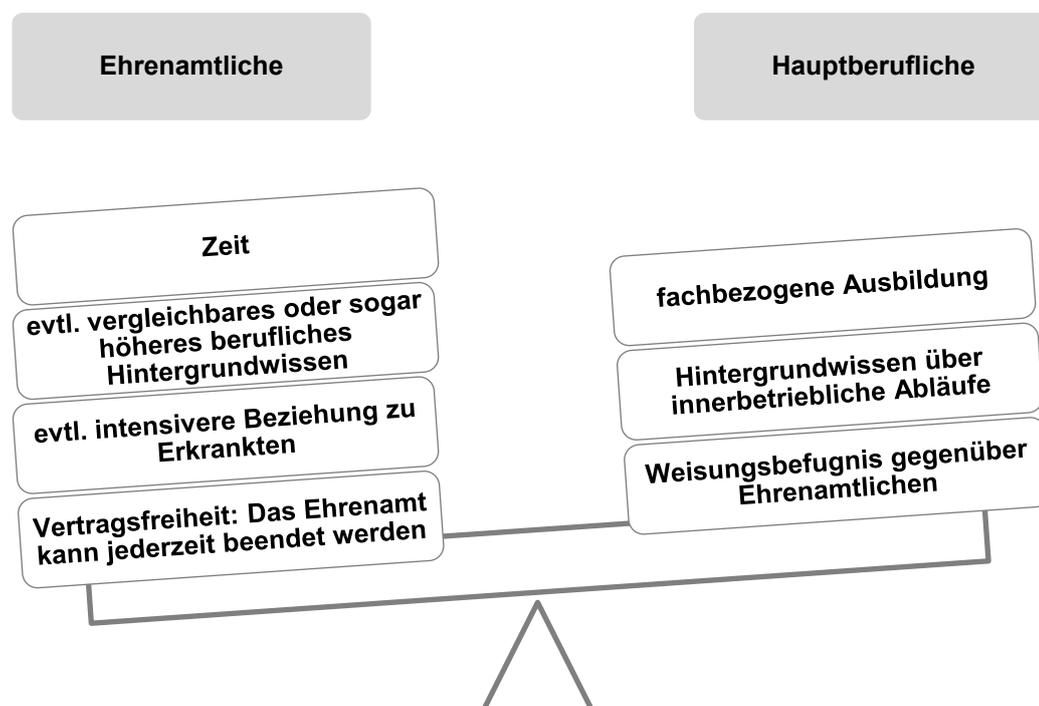


Abbildung 1: Mögliche Asymmetrien zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen
(eigene Darstellung)

Asymmetrien im Bereich „Macht“

Im Hinblick auf Ungleichgewichte in der Macht existiert formal betrachtet ein Gefälle zugunsten der Hauptberuflichen: Aus versicherungsrechtlichen Gründen ebenso wie vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung sollte Fachpersonal den Ehrenamtlichen gegenüber weisungsbefugt sein (BMFSFJ, 2015b, S. 61).

Gleichzeitig schränken rechtliche Aspekte die in Frage kommenden Tätigkeiten von Ehrenamtlichen in der pflegerischen und medizinischen Betreuung stark ein. Sind den Ehrenamtlichen oder den Hauptberuflichen ihre jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten allerdings unklar, können Unstimmigkeiten in der Zusammenarbeit auftreten (Meier-Gräwe & Sennlaub, 2011, S. 14).

Aus Sicht der Hauptberuflichen kann das wahrgenommene Machtgefüge auch aufgrund dessen, dass Ehrenamtliche im Gegensatz zu Hauptberuflichen nicht vertraglich an die Einrichtungen gebunden sind, ins Wanken geraten. Denn Ehrenamtliche können ihr Engagement jederzeit folgenlos und ohne zeitliche Fristen beenden. Die regulär von ihnen übernommenen Tätigkeiten müssen dann kurzfristig durch Hauptberufliche kompensiert werden. Für das Personal stellt dies dann eine erneute, ungeplante Arbeitsbelastung dar. Für Hauptberufliche kann hieraus ein Gefühl der Abhängigkeit von der Arbeitskraft der Ehrenamtlichen und somit ein Machtgefälle zugunsten der Ehrenamtlichen entstehen. Die fehlende Vertragsgebundenheit beeinträchtigt aus Sicht von Einrichtungen zugleich die Verlässlichkeit auf ehrenamtliche Dienste und somit die Zusammenarbeit (BMFSFJ, 2015b, S. 42).

Neben einer eventuell erschwerten Zusammenarbeit aufgrund von Asymmetrien scheint ein altbekannter Konflikt weiterhin aktuell: Die Frage und die sich daraus ergebende Diskussion, ob Hauptberufliche in erster Linie des Geldes wegen tätig werden und daher den Patientinnen und Patienten mit weniger authentischer Empathie entgegentreten als Ehrenamtliche (BMFSFJ, 2015b, S. 49ff.).

Weitere Einflussfaktoren der Zusammenarbeit

Wie an jedem Arbeitsplatz können auch allgemeine zwischenmenschliche Konflikte die Zusammenarbeit belasten. Häufige Konfliktauslöser sind Helmig und Boenigk (2012, S. 122) zufolge individuelle persönliche Differenzen oder Merkmale der Team- oder Organisationsstruktur.

In der Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen spielt eine wesentliche Rolle, dass sich beide Gruppen in mehreren Merkmalen deutlicher voneinander unterscheiden als hauptberufliche Kolleginnen und Kollegen (BMFSFJ, 2015b, S. 53). Einerseits kann diese Heterogenität einen beidseitigen Erfahrungsgewinn mit sich bringen, andererseits kann sie die Teams vor Herausforderungen stellen.

Mögliche Störfaktoren in der Zusammenarbeit sind Konflikte zwischen den Generationen: Die Ergebnisse des Freiwilligensurvey zeigen, dass viele Ehrenamtliche in der Pflege und der Gesundheitsversorgung in einem höheren Lebensalter sind (Simonson, 2013, S. 25ff.).

Sie sind somit teils deutlich älter als das hauptberufliche Personal. Eine hohe Altersdiversität in Teams birgt jedoch Konfliktpotenzial (Bruch, Kunze & Böhm, 2010, S. 150f.): Denn die allgemeinen biografischen Hintergründe der Ehrenamtlichen – begonnen mit der (beruflichen) Sozialisation und generationsbedingten Wertvorstellungen bis hin zur privaten Lebenssituation – unterscheiden sich mitunter deutlich von der Lebenswelt der Hauptberuflichen (BMFSFJ, 2015b, S. 53). Dies erschwert die Bildung einer gemeinsamen Identität und begünstigt Missverständnisse und Spannungen. Eine Strategie zur Vermeidung von Konflikten in altersgemischten Teams bietet eine dieser Situation angepasste Personalführung (vgl. Bruch et al., 2010).

Weiter bestehen unter Hauptberuflichen teilweise Ängste, dass unbezahlte Ehrenamtliche künftig die eigenen Arbeitsplätze ersetzen sollen (Roß & Tries, 2010b, S. 42). Gerade kleinere Einrichtungen oder finanziell schwach ausgestattete Arbeitsbereiche könnten ehrenamtlich erbrachte Arbeitsleistungen tatsächlich als eine Möglichkeit nutzen, Personalkosten zu reduzieren oder zusätzliche Leistungen ohne Mehrkosten anzubieten (Behr et al., 2000, S. 65; Meier-Gräwe & Sennlaub, 2011, S. 14). Insbesondere Angestellte in prekären Beschäftigungsverhältnissen, wie etwa Honorarkräfte oder geringer qualifizierte Personen, sehen deshalb durch Ehrenamtliche mitunter ihren Arbeitsplatz bedroht (Behr et al., 2000, S. 64; BMFSFJ, 2015b, S. 33f.).

Akteure in Politik und Gesellschaft teilen derartige Befürchtungen. Auch hier wird häufiger die Meinung geäußert, dass das Ehrenamt dazu (aus)genutzt wird, den Wohlfahrtsstaat nach und nach zurückzubilden. Teils besteht die Sorge, die politische Förderung des Ehrenamts in Pflege und Gesundheitsversorgung diene primär dazu, fehlende Finanzmittel in den entsprechenden Ressorts zu kompensieren (Hämel, 2012, S. 169; Pinl, 2015, S. 54). Tatsächlich könnten mit zusätzlichen Geldern aus staatlichen Kassen zahlreiche Tätigkeiten, die heute ehrenamtlich verrichtet werden, in bezahlte Arbeitsplätze umgewandelt werden (BMFSFJ, 2015b, S. 36). Bei knappen Kassen ist aber auch der umgekehrte Weg denkbar, was heißt, dass momentan vergütete Tätigkeiten gestrichen und somit nicht mehr oder ausschließlich ehrenamtlich erbracht würden. Diese Sorge teilt die ehemalige Familienministerin Schwesig. Auf einer Sitzung zum bürgerschaftlichen Engagement konstatiert sie, dass eine wesentliche Gefahr bürgerschaftlichen Engagements darin bestehe, *„dass dort, wo sich viele Ehrenamtliche engagieren, hauptamtliche Kräfte eingespart würden und sich der Staat zumindest teilweise aus der Verantwortung zurückziehe“* (Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, 2014, S. 8).

Eine hierzu konträre Meinung vertreten Naylor et al. (2013, S. 16). Sie gehen davon aus, dass Ehrenamtliche sich selbst vor einer derartigen Fehlentwicklung schützen: Stünde bei Ehrenamt die Kostenreduktion im Vordergrund, führte dies zwangsläufig zum Scheitern, denn dann würden sich – wohlwissend, dass ihre unentgeltliche Tätigkeit aus wirtschaftlichen Gründen ausgenutzt wird – nicht genügend Ehrenamtliche finden.

2.5 Ehrenamt im Krankenhaus – Status quo

2.5.1 Herausforderungen der Krankenhausversorgung

Das gesamte Gesundheitssystem und auch der Krankenhaussektor stehen vor enormen Herausforderungen. Eine zentrale Ursache ist der demografische Wandel, durch den sich Konsequenzen auf mehreren Ebenen ergeben, wie Abbildung 2 veranschaulicht und im Anschluss näher beschrieben wird.

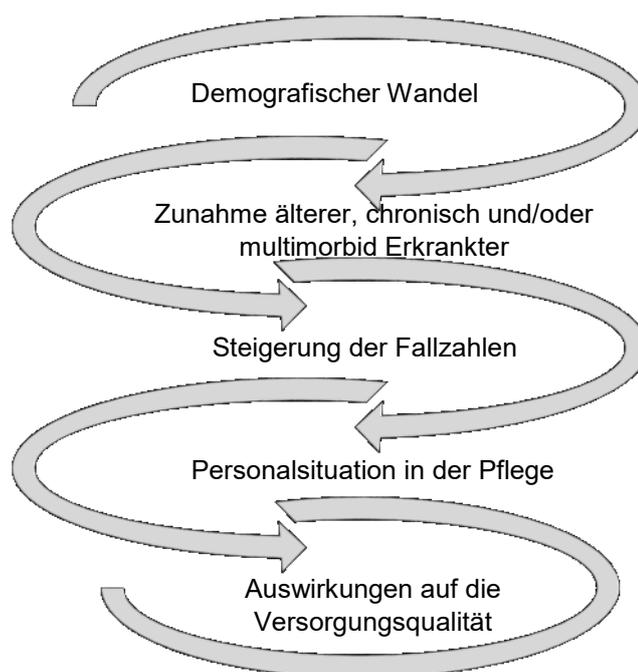


Abbildung 2: Aktuelle Herausforderungen der Krankenhausversorgung
(eigene Darstellung)

Demografischer Wandel

Der demografische Wandel führt zu einem steigenden Anteil älterer und hochalter Menschen. Für Krankenhäuser bedeuten diese Veränderungen, dass auch das Alter der Patientenklientel sukzessive zunimmt. Denn mit steigendem Lebensalter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Erkrankungen zu leiden, die eine stationäre Behandlung notwendig machen (Robert Koch-Institut, 2015, S. 411ff.). Zahlen aus dem Jahr 2016 belegen, dass etwa die Hälfte aller Krankenhauspatientinnen und -patienten älter als 65 Jahre ist (Statistisches Bundesamt, 2018a).

Zunahme älterer, chronisch und/oder multimorbid Erkrankter

Mit dem höheren Lebensalter der Erkrankten geht ein verändertes Krankheitsspektrum und ein anderer Unterstützungsbedarf einher: Viele Erkrankungen Älterer verlaufen chronisch: Häufig treten sie zeitgleich mit mindestens einer weiteren Krankheit auf (RKI, 2015, S. 415f.). Hinzu kommen physiologische Altersprozesse, die unter anderem die Hör- und Sehfähigkeit einschränken, eine Inkontinenz hervorrufen können beziehungsweise zur allgemeinen Gebrechlichkeit und einem höheren Sturzrisiko beitragen (RKI, 2015, S. 418ff.). Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an einer allgemeinen, über die reine Krankheitsbehandlung hinausgehenden Unterstützung nimmt somit zu.

Erschwerend wirkt sich in der Pflege älterer Menschen aus, dass körperliche und kognitive Gebrechlichkeit in Kombination mit der ungewohnten Umgebung eines Krankenhauses, der Einnahme von Medikamenten und weiteren Faktoren, etwa unzureichenden sozialen Kontakten, bei etwa 20 % der älteren Krankenhauspatientinnen und -patienten zu einem umfassenden Verwirrtheitszustand (Delir) führen (Lorenzl, Füsgen & Noachtar, 2012, S. 393).

Ein besonderes Risiko zur Entwicklung eines Delirs tragen dabei Menschen mit Demenz (Lorenzl et al., 2012, S. 394). Einer Studie der Robert Bosch Stiftung zufolge leiden etwa 40 von 100 akutstationär aufgenommenen Personen über 65 Jahren an kognitiven Beeinträchtigungen. Jede fünfte Person diesen Alters weist Symptome einer Demenz auf (Robert Bosch Stiftung GmbH, 2016, S. 5).

Motzek, Werblow, Schmitt und Marquardt (2018) kommen auf Grundlage einer Auswertung von Routinedaten zu dem Ergebnis, dass bei 16,7 % dieser Personengruppe eine diagnostizierte und aktenkundige Demenz vorliegt. Der Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten stellt Allgemeinkrankenhäuser zunehmend vor Herausforderungen (Isfort, Klostermann, Gehlen & Siegling, 2014, S. 5ff.). Denn bei Menschen mit Demenz tritt die therapeutisch-diagnostische Behandlung in den Hintergrund.

Im Gegenzug steigen die Anforderungen an die pflegerische Versorgung und psychosoziale Betreuung (Motzek et al., 2018). Dies fordert das Personal heraus und beansprucht mehr Zeit (Robert Bosch Stiftung GmbH, 2016, S. 5).

Steigerung der Fallzahlen

Zu den qualitativen Anforderungen, die in der akutstationären Versorgung durch eine veränderte Patientenklientel und deren komplexere Krankheitsbilder entstehen, kommen quantitative Anforderungen. So stieg zwischen 2010 und 2016 die Gesamtzahl der zu behandelnden Fälle um 13 % an (Destatis, 2018a). Im gleichen Zeitraum verkürzte sich die durchschnittliche Verweildauer um mehr als zwei Tage von 9,7 Tagen auf 7,3 Tage (Destatis, 2018a). Krankenhauspersonal muss somit in immer kürzerer Zeit immer mehr Patientinnen und Patienten begleiten, die zudem immer häufiger multimorbid und/oder kognitiv beeinträchtigt sind.

Personalsituation in der Pflege

Jedoch steht immer weniger Personal zur Verfügung: Denn zwischen 1997 und 2006 wurden in Akutkrankenhäusern über 28.000 Pflegepersonalstellen abgebaut. Seit 2007 ist dieser Stellenrückgang zwar gestoppt, allerdings gehen heute mehr Pflegekräfte nur einer Teilzeitbeschäftigung oder einer geringfügigen Beschäftigung nach. Traf dies im Jahr 1997 auf etwas mehr als ein Drittel der Pflegekräfte zu, waren im Jahr 2015 etwa die Hälfte nur in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt, 2016). Der beobachtbare Aufwärtstrend bezogen auf die absolute Zahl der Beschäftigten in der akutstationären Krankenpflege relativiert sich somit durch einen höheren Anteil an Teilzeitkräften. De facto stehen auf den Stationen bei gestiegenen Anforderungen weniger Pflegekräfte zur Verfügung als noch vor 20 Jahren.

Als ein Grund für diesen Stellenabbau wird das DRG-Vergütungssystem der Krankenhäuser gesehen (vgl. Zander, Dobler & Busse, 2013). Dieses System orientiert sich in erster Linie an medizinischer Diagnostik, Krankheitsbildern und Behandlungsprozeduren. Bis auf wenige Ausnahmen, etwa die 2010 hinzugekommenen Zuschläge für hochaufwändige Pflege (Pflegekomplexmaßnahmen-Score - PKMS), sieht das DRG-System keine direkte, dem tatsächlichen Aufwand entsprechende Vergütung pflegerischer Versorgung vor (Thomas, Reifferscheid, Pomorin & Wasem, 2014, S. 11ff.). Somit wirken sich Tätigkeiten, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankheitsbehandlung stehen, so die individuelle Kommunikation oder emotionale Zuwendung, nicht oder nur unzureichend auf die Vergütung von Krankenhausleistungen aus.

Mehr und mehr macht sich in der aktuellen Personalsituation auch ein Fachkräftemangel bemerkbar. Hier spielt der demografische Wandel ebenfalls eine Rolle. Denn während in der alternden Bevölkerung der Bedarf an Pflege und Unterstützung ansteigt, schrumpft der Anteil an jüngeren Menschen, die in der Pflege tätig werden können oder möchten (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Bereits im Jahr 2013 konnten daher mehr als ein Drittel der deutschen Krankenhäuser offene Stellen in der Pflege nicht besetzen, da es ihnen an Bewerbungen mangelte, so das Deutsche Krankenhausinstitut (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2013, S. 18ff.). Prognosen zufolge wird sich dieses Problem weiter verschärfen und bis zum Jahr 2035 könnten 270.000 Fachkräfte in der Pflege fehlen (Neuber-Pohl, 2017, S. 4). Die Zahl der Erkrankten, die eine Pflegefachkraft zu versorgen hat, steigt somit kontinuierlich an (Destatis, 2016). Im Umkehrschluss steht für die individuelle Versorgung der Erkrankten immer weniger Zeit zur Verfügung.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Die Veränderungen in den quantitativen sowie qualitativen Anforderungen der Krankenhausversorgung und der Personalausstattung wirken sich einer Reihe von Untersuchungen zufolge negativ auf Aspekte der Qualität und der Patientensicherheit aus (vgl. Aiken et al., 2012, S. 4; Isfort et al., 2010, S. 8; Isfort, 2013, S. 74f.; Isfort et al., 2014, S. 10ff.; Zander et al., 2013, S. 224).

Die RN4Cast-Studie (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) – eine international angelegte Untersuchung zur Personalsituation in der Pflege – zeigt beispielsweise, dass es in deutschen Krankenhäusern zu einer impliziten Rationierung von Pflegeleistungen kommt (vgl. Zander, Dobler, Bäumler & Busse, 2014). Dies bedeutet, dass eigentlich erforderliche pflegerische Maßnahmen aufgrund von Zeitmangel nicht ausgeführt oder vernachlässigt werden. Besonders häufig werden Tätigkeiten ausgelassen, bei denen der zeitliche Aufwand im Vorfeld schlecht abschätzbar ist. Hierzu zählt unter anderem die psychosoziale Unterstützung von Erkrankten: So gaben in der Studie 82 % der über 1.500 in Deutschland befragten Pflegekräfte an, dass sie in ihrem vorangegangenen Dienst Patientinnen und Patienten aus Zeitgründen nicht die eigentlich erforderliche, den Bedürfnissen entsprechende, Zeit und Zuwendung entgegenbringen konnten. Bezogen auf alle in der Befragung vorgegebenen pflegerischen Tätigkeiten war dies der höchste Wert. Am seltensten rationierten die Pflegekräfte Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit Therapien und Prozeduren stehen: Auf diese verzichteten nur 15 von 100 Befragten (Ausserhofer et al., 2014, S. 130; Zander et al., 2014, S. 731). Ein Follow-Up dieser Studie bekräftigt die Ergebnisse zu diesen implizit rationierten Pflegeleistungen (Zander, Köppen & Busse, 2017, S. 73).

Gleichzeitig kommen Zander et al. (2014, S. 730) zu dem Schluss, dass angemessene Hilfsdienste es wahrscheinlicher machen, dass sich das Fachpersonal in angemessener Weise auf die Pflege der Patientinnen und Patienten konzentrieren kann. Es ist anzunehmen, dass Ehrenamtliche zu diesen Hilfsdiensten zählen könnten.

Einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Versorgungsqualität schildert Isfort (2013, S. 74) für Intensivstationen: Je mehr Personen eine Pflegekraft zu betreuen hat, desto häufiger kann diese den Patientinnen und Patienten nicht die eigentlich notwendige emotionale und psychosoziale Unterstützung entgegenbringen. Außerdem kommt es bei einem ungünstigen Betreuungsschlüssel häufiger zu vermeidbaren Zwischenfällen, beispielsweise zu Sturzereignissen.

In einer Befragung von Reifferscheid, Pomorin und Wasem (2016, e100) sehen Personen aus der Geschäftsführung sowie der pflegerischen und ärztlichen Leitungsebene von Kliniken angesichts der aktuellen Situation in der akutstationären Versorgung ähnliche Defizite in der Zuwendung und Kommunikation mit Erkrankten. Die Befragten bemängeln unter anderem die fehlende Zeit des Personals für persönliche Gespräche mit Erkrankten.

Isfort et al. (2014, S. 43) zufolge zeigen sich auch viele leitende Pflegekräfte in Krankenhäusern unzufrieden mit der Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz. Auch aufgrund personeller Engpässen wird befürchtet, dass diese Erkrankten unbemerkt die Station verlassen und sich verlaufen oder alleine aufstehen und stürzen könnten. Belastend empfindet das Personal außerdem, dass aufgrund der hohen zeitlichen Beanspruchung durch Menschen mit Demenz andere Arbeiten nicht erledigt werden könnten.

2.5.2 Praxisbeispiele zum Ehrenamt im Krankenhaus

Die oben dargestellten Erkenntnisse verweisen darauf, dass es für Krankenhäuser und Personal derzeit herausfordernd ist, eine angemessene Zuwendung und Kommunikation sicherzustellen und eine adäquate persönliche Betreuung und Unterstützung zu gewährleisten. Insbesondere in der patientennahen Zuwendung und einer der Alltagswelt der Erkrankten angepassten Kommunikation könnten Ehrenamtliche die Fachkräfte ergänzen und unterstützen, wie im Folgenden anhand von Projekten und Studien, die im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche identifiziert wurden, dargestellt.

Abbildung 3 (vgl. S. 24) zeigt übergeordnete Bereiche des Ehrenamts im Krankenhaus sowie spezifische Zielgruppen ehrenamtlicher Unterstützung.

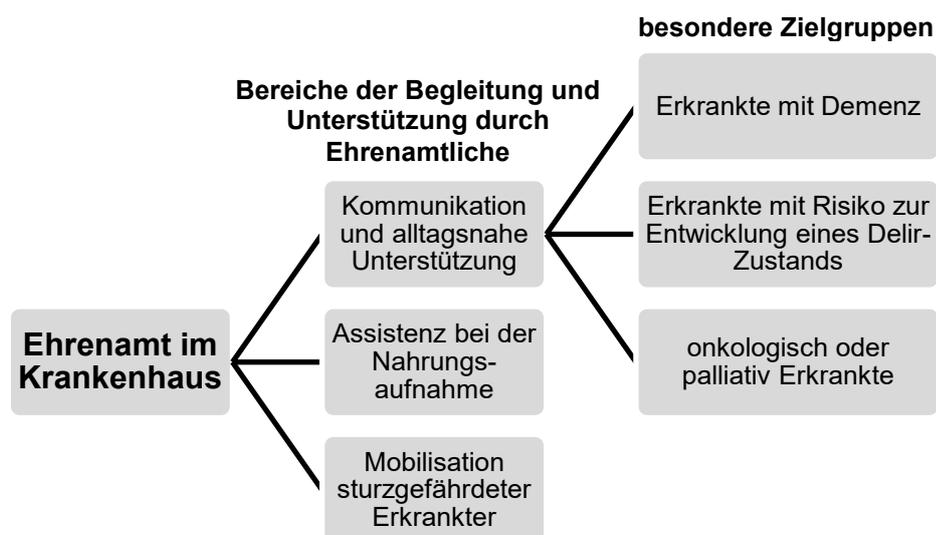


Abbildung 3: Tätigkeitsbereiche von Ehrenamtlichen im Krankenhaus
(eigene Darstellung)

Unterstützungsbereich: Kommunikation und alltagsnahe Unterstützung

Krankenhausbesuchsdienste, wie die in Kapitel 2.3.1 vorgestellten „Grünen Damen und Herren“, sind dabei sicherlich eine in Deutschland nahezu flächendeckend vorhandene Variante des Ehrenamts im Krankenhaus. Derartige Besuchsdienste richten sich zumeist nicht an eine spezifische Patientengruppe. Die Besuche der Ehrenamtlichen zielen darauf ab, Gespräche mit Erkrankten zu führen und diese bei kleineren alltagspraktischen Tätigkeiten zu unterstützen.

Projekte, die mit diesen Krankenhausbesuchsdiensten vergleichbar sind, existieren auch in anderen Ländern. Mramor, Hagman, Ford, Oman und Cumbler (2015) berichten von einem Projekt aus den USA, in dem Ehrenamtliche ältere Menschen im Krankenhaus besuchen. In einem anderen Projekt wurden Ehrenamtliche geschult, die Entspannungsmaßnahme „Reiki“ für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie das Personal anzubieten (vgl. Hahn, Reilly & Buchanan, 2014).

Handy und Srinivasan (2004, S. 36) beschreiben auf Grundlage einer Befragung an kanadischen Krankenhäusern sieben wesentliche Tätigkeitsbereiche ehrenamtlicher Besuchsdienste: (1) Begleitung der Erkrankten zu Spaziergängen, (2) Psychosoziale Unterstützung durch Besuche, (3) Unterstützung bei Untersuchungen und Selbsthilfegruppen sowie Anwesenheit und Unterstützung für Erkrankte und deren Angehörige in Wartezimmern, (4) Beschäftigung von Erkrankten und Unterstützung bei sozialen Aktivitäten, (5) Hilfe bei Einkäufen und Besorgungen, (6) Begleitung innerhalb des Krankenhauses sowie (7) Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten.

Zielgruppe: Erkrankte mit Demenz

Andere Interventionen mit einer Beteiligung von Ehrenamtlichen beziehen sich auf spezifische Patientengruppen.

So zum Beispiel ein Projekt am Klinikum Nürnberg, in dem Ehrenamtliche in der Akutgeriatrie Menschen mit Demenz begleiten. Sie führen Gespräche mit den Erkrankten, beschäftigen diese und unterstützen sie bei Alltagsaufgaben, beispielsweise beim Kofferpacken vor der Entlassung. Diese ehrenamtliche Unterstützung zielt darauf ab, das Wohlbefinden und die Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten zu steigern (Eggenberger et al., 2013, S. 226f.).

Eine Einbindung Ehrenamtlicher in die akutstationäre Pflege und Unterstützung von Menschen mit Demenz kann einer Literaturanalyse von Hall, Brooke, Pendlebury und Jackson (2017, S. 9) zufolge Vorteile für Betroffene, Angehörige und Personal bringen. Allerdings liegen bislang nur wenige, eher kleinere Studien zur Wirksamkeit vor. Diese kann daher nur eingeschränkt beurteilt werden (Hall et al., 2017, S. 13).

Zielgruppe: Erkrankte mit Risiko zur Entwicklung eines Delir-Zustands

Im Fokus des „Hospital Elder Life Program (HELP)“, das in Deutschland am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (Stand 2017) (vgl. Bringemeier, Thomas, Guhra & Kreisel, 2015) sowie in weiteren 200 Kliniken in elf Ländern umgesetzt wird (The Hospital Elder Life Program, 2018), stehen Patientinnen und Patienten, die im besonderen Maße gefährdet sind, ein Delir mit ausgeprägtem Verwirrheitszustand zu entwickeln.

Geschulte Ehrenamtliche helfen im Rahmen eines professionell erstellten patientenindividuellen Interventionsplans, Delirien vorzubeugen. Sie besuchen die gefährdeten Patientinnen und Patienten, beschäftigen sie und unterhalten sich mit ihnen. Beispielsweise spielen sie Gesellschaftsspiele mit den Erkrankten, lösen mit ihnen Rätsel oder lesen ihnen vor. Des Weiteren sind die Ehrenamtlichen darin geschult, Entspannungsmaßnahmen zur Förderung des Schlafes durchzuführen, bei der Nahrungsaufnahme zu helfen oder durch einfache Bewegungsübungen die Mobilität der Erkrankten zu unterstützen (Bringemeier et al., 2015, S. 144; Steunenberg et al., 2016, S. 458).

Das britische NICE -Institut (National Institute for Health and Clinical Excellence) bewertet HELP als eine wirksame und kosteneffiziente Maßnahme zur Prävention von Delirien (vgl. Yue et al., 2014). Erkrankte, Angehörige, Hauptberufliche sowie die Ehrenamtlichen selbst betrachten diese ehrenamtliche Unterstützung als „*zusätzliche Hand*“ (Steunenberg et al., 2016, S. 461) für das Personal.

Die Anwesenheit der Ehrenamtlichen reduziert die Einsamkeit der älteren Patientinnen und Patienten und unterstützt ihre Genesung. Die Ehrenamtlichen sehen sich darüber hinaus als unabhängige Vertrauenspersonen, die eine objektivere Sicht auf die Situation älterer Menschen haben als professionelle Kräfte oder Angehörige (Steunenberg et al., 2016, S. 461).

Zielgruppe: Onkologisch oder palliativ Erkrankte

Eine weitere Zielgruppe ehrenamtlicher Unterstützung sind onkologisch und/oder palliativ Erkrankte. Eine kanadische Studie, die begleitend zum Projekt „Hospital-based volunteer support service (HBB program)“ durchgeführt wurde, untersuchte die Auswirkungen einer psychosozialen Unterstützung durch Ehrenamtliche auf Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung (vgl. Nissim, Regehr, Rozmovits & Rodin, 2009). Die Erkrankten empfanden die Anwesenheit der Ehrenamtlichen als „ein Stück Menschlichkeit“. Die Ehrenamtlichen vermittelten ihnen Normalität und Sicherheit, sie erfüllten ihnen nicht-medizinische Bedürfnisse und reduzierten ihre Einsamkeit. Jedoch kritisierten die Erkrankten, dass ihnen unklar war, welche konkreten Aufgaben die Ehrenamtlichen übernehmen können. Zudem wurden Wünsche geäußert, dass Ehrenamtliche künftig auch neu aufgenommene Patientinnen und Patienten bei der räumlichen Orientierung und im Hinblick auf die Abläufe im Krankenhaus unterstützen (Nissim et al., 2009, S. 807).

Marcus (2013, S. 2) beschreibt in seiner Literaturübersicht weitere Bereiche, in denen Ehrenamtliche die Versorgung onkologisch erkrankter Patientinnen und Patienten unterstützen können: Als Beispiele nennt er die Weitergabe von Informationen, Maßnahmen zur emotionalen Unterstützung, soziale Interaktion sowie komplementärmedizinische Angebote, z. B. Reiki oder tiergestützte Therapie. Er kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Ehrenamtliche über die Versorgung durch Fachkräfte hinaus einen wirkungsvollen Beitrag zur bedürfnisorientierten Betreuung an Krebs erkrankter Menschen leisten (Marcus, 2013, S. 5).

Unterstützungsbereich: Assistenz bei der Nahrungsaufnahme

Ehrenamtliche können dazu beitragen, Mangelernährung während einer akutstationären Versorgung zu verringern. Dieses Problem tritt im besonderen Maße bei älteren Menschen in Gesundheitsversorgungs- und Pflegeeinrichtungen auf (Green, Martin, Roberts & Sayer, 2011, S. 1810f.).

In der in Großbritannien durchgeführten „Southampton Mealtime Assistance Study“ (vgl. Roberts et al., 2014) und der in den USA umgesetzten Studie „Support for and Promotion of Optimal Nutritional Status (SPOONS)-Program“ (vgl. Buys, Flood, Real, Chang & Locher, 2013) unterstützten daher vorab geschulte Ehrenamtliche ältere Patientinnen und Patienten bei der Nahrungsaufnahme. Sie bereiteten die Nahrungsaufnahme vor, richteten das Tablett an und halfen den Erkrankten dabei, eine angenehme Essensposition zu schaffen (Roberts et al., 2014, S. 3245). Diese Interventionen werden als wirkungsvolle Ansätze zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme älterer Personen in Gesundheitsversorgungseinrichtungen bewertet. Jedoch können keine endgültigen Aussagen zur Evidenz getroffen werden, da es – ähnlich wie bei anderen Maßnahmen, in die Ehrenamtliche eingebunden werden – an Studien mit höherwertigen Studiendesigns mangelt (Green et al., 2011, S. 1821).

Unterstützungsbereich: Mobilisation sturzgefährdeter Erkrankter

Ehrenamtliche können außerdem zur Vermeidung von Stürzen zum Einsatz kommen. Giles et al. (2006) beschreiben ein in Australien durchgeführtes Projekt, in dem Ehrenamtliche in den Zimmern sturzgefährdeter Patientinnen und Patienten anwesend waren. Sie beobachteten die Erkrankten, führten Gespräche, beschäftigten diese und halfen bei der Nahrungsaufnahme. Auffälliges Verhalten, das zu einem Sturz führen könnte, gaben die Ehrenamtlichen an das Fachpersonal weiter. In der Evaluation der Intervention zeigte sich, dass in der Zeit, in der Ehrenamtliche anwesend waren, kein Sturzereignis auftrat. Allerdings konnten die geplanten Fallzahlen der Studie nicht erreicht werden. Somit konnte auch diese Studie keine zuverlässigen Aussagen zur Evidenz treffen (Giles et al., 2006).

Ein systematisches Review von Baczynska, Lim, Sayer und Roberts (2016) betrachtet die Wirksamkeit von Unterstützungsmaßnahmen von Ehrenamtlichen in der Mobilisation älterer Krankenhauspatientinnen und -patienten auf einer übergeordneten Ebene. Die Ergebnisse verweisen auf förderliche Effekte für Betroffene sowie auf eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit. Doch auch in diesem Review macht die Autorengruppe darauf aufmerksam, dass aufgrund der schwachen Studienlage und einer zumeist nur unzureichenden Qualität der Studiendesigns keine eindeutigen Aussagen zu den Effekten des Ehrenamts in der Mobilisation Sturzgefährdeter möglich sind (Baczynska et al., 2016, S. 3110).

2.5.3 Motive für das Ehrenamt im Krankenhaus

Die vorgestellten Projekte und Studien zeigen, dass eine Integration Ehrenamtlicher in die Krankenhausversorgung gewinnbringend für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie für das Personal sein kann.

Die Entscheidung, ob und in welcher Form Ehrenamtliche eingebunden werden, liegt vorrangig bei den Krankenhausleitungen. Diese treffen ihre Entscheidung auf organisatorischer Ebene auf der Grundlage von Zielen und Interessen, die sie mit diesem Schritt verfolgen. Zum Beschluss der Kliniken, Ehrenamtliche in die Versorgung einzubinden, bedarf es, damit diese Integration überhaupt umgesetzt werden kann, gleichzeitig Menschen, die motiviert sind, ein solches Ehrenamt auszuüben. Auch diese verfolgen mit ihrem Engagement bestimmte Ziele.

Im Folgenden wird näher beleuchtet, worin die Motive von Krankenhäusern und Ehrenamtlichen im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus liegen könnten.

2.5.3.1 Potenzielle Ziele und Interessen der Krankenhäuser

In der Praxis kristallisieren sich zwei Grundsatzpositionen heraus, die Krankenhäuser und Sozialunternehmen dazu veranlassen, Ehrenamtliche einzubinden (BMFSFJ, 2016a, S. 204): Ein Teil der Einrichtungen vertritt die Position, dass Ehrenamtliche die Arbeit von Hauptberuflichen ergänzen und das Personal entlasten. Die Zuständigkeiten der Ehrenamtlichen werden fest in die Ablaufprozesse der Organisation eingebunden und durch Hauptberufliche gesteuert.

Andere Einrichtungen sehen ehrenamtliche Dienste hingegen als eigenständige Bereiche, die sich autonom, ohne den Einfluss von Hauptberuflichen, steuern sollten. Sozialunternehmen, die diese Meinung vertreten, nutzen das Ehrenamt zwar ebenso wie Einrichtungen, die die erste Position vertreten. Im Gegensatz dazu wird dort das Ehrenamt jedoch nicht als eine „betriebliche Dienstleistung“ angesehen oder sogar im Unternehmensinteresse „vereinnahmt“. Vielmehr sehen sich diese Einrichtungen in einer sozialen Verantwortung und Verpflichtung, Ehrenamt zu ermöglichen. Sie möchten nach außen kundtun, dass sie dementsprechenden gesellschaftlichen Erwartungen gerecht werden (BMFSFJ, 2016a, S. 204).

Doch unabhängig davon, welcher Auffassung Krankenhäuser sind: die Einbindung Ehrenamtlicher kann Vorteile für das Unternehmen und Arbeitsabläufe mit sich bringen, wie die Ergebnisse empirischer Studien zeigen. Abbildung 4 (vgl. S. 29) gibt einen Überblick über konkretere potenzielle Ziele und Interessen, die Krankenhäuser mit dem Ehrenamt verfolgen können. Es schließt sich eine nähere Erläuterung der einzelnen Aspekte an.

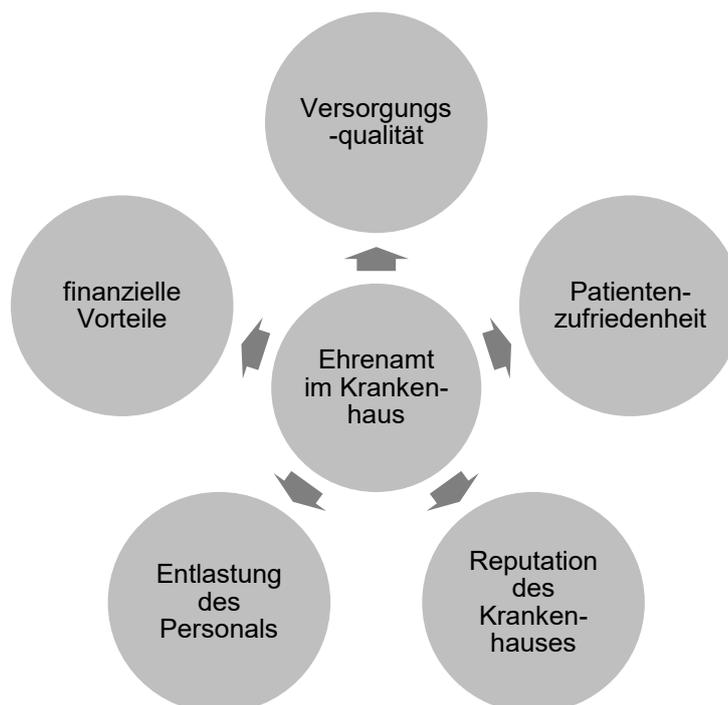


Abbildung 4: Potenzielle Ziele und Interessen von Krankenhäusern im Hinblick auf das Ehrenamt
(eigene Darstellung)

Versorgungsqualität

Im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten verbessern Ehrenamtliche die Qualität der Versorgung in mehreren Punkten: Sie reduzieren durch ihre emotionale Unterstützung die Ängste von Erkrankten und Angehörigen und bieten eine lebensweltnahe Zuwendung, die nicht durch medizinische oder pflegerische Verrichtungen gestört wird (Handy & Srinivasan, 2004, S. 50). Weiterhin bringen die Ehrenamtlichen ihre Meinungen, Möglichkeiten und individuellen Fähigkeiten in das Krankenhaus ein. Informationen, die sie im Kontakt mit Erkrankten gewonnen haben, können sie an das Personal weitergeben. Ehrenamtliche sind für Patientinnen und Patienten verfügbar und erledigen Besorgungen. Ihre Anwesenheit verbessert außerdem die Patientensicherheit in der Versorgung (Hotchkiss, Unruh & Fottler, 2014, S. 1121f.).

Patientenzufriedenheit

Die zusätzliche Zeit für Patientinnen und Patienten sowie eine über die Gesundheitsversorgung hinausgehende soziale und emotionale Unterstützung durch Ehrenamtliche fördern das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten (Faulkner & Davies, 2005, S. 43).

Das wiederum wirkt sich positiv auf die allgemeine Patientenzufriedenheit aus (Hotchkiss et al., 2014, S. 1122; Hotchkiss, Fottler & Unruh, 2009, S. 126; Rogers, Jiang, Rogers & Intindola, 2016, S. 419) – ein wichtiges Qualitätskriterium von Krankenhäusern (Voit, 2016, S. 853f.).

Reputation des Krankenhauses

Eine hohe Patientenzufriedenheit fördert die Reputation der Klinik in der Öffentlichkeit. Dementsprechend sehen Verantwortliche deutscher Krankenhäuser einen wesentlichen Nutzen der Integration Ehrenamtlicher in der Steigerung ihres Klinik-Images (Fritz & Pietrzyk, 2011, S. 24). In Verbindung mit Reputationsaspekten steht auch, wenn Krankenhäuser durch die Einbindung Ehrenamtlicher demonstrieren möchten, dass ihre sozialen, eventuell christlich geprägten Leitbilder tatsächlich umgesetzt werden. Denn offenbar investieren Krankenhäuser insbesondere dann in das Ehrenamt, wenn in ihrem Werte- und Leitbild eine ganzheitliche, über die medizinischen Bedürfnisse hinausgehende Versorgung verankert ist (Handy & Srinivasan, 2005, S. 498).

Entlastung des Personals

Bringen Ehrenamtliche den Erkrankten Zeit und Zuwendung entgegen und erledigen Besorgungen für diese, entlastet dies gleichzeitig das Fachpersonal (Hall et al., 2017, S. 10; Handy & Srinivasan, 2004, S. 47), denn dieses kann sich so der Versorgung schwerer erkrankten Patientinnen und Patienten zuwenden. Neben der Verringerung der quantitativen Belastung bringen ehrenamtliche Dienste eine psychische Entlastung für das Personal mit sich. Ehrenamtliche fördern somit neben der Patientenzufriedenheit auch die Zufriedenheit der Hauptberuflichen (Baczynska et al., 2016, S. 3110).

Finanzielle Vorteile

Die Einbindung Ehrenamtlicher kann finanzielle Vorteile für die Kliniken bringen. Denn erwünschte Versorgungsmerkmale, wie eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte Pflege, können hierdurch ohne zusätzliche Kosten oder mit nur geringen Zusatzkosten aufrechterhalten werden (Hotchkiss et al., 2014, S. 1116). Dieser ökonomische Nutzen könnte auch für deutsche Krankenhäuser ein wichtiges Motiv zur Einbindung Ehrenamtlicher darstellen, denn viele Krankenhäuser stehen unter einem hohen finanziellen Druck (Roland Berger, 2016; Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., 2013, S. 3).

Wie Ehrenamt und wirtschaftliche Kennziffern zusammenhängen, untersuchten Handy und Srinivasan (2005) an 28 kanadischen Kliniken. In ihren Studienergebnissen zeigt sich, dass die Höhe der für Ehrenamt einzusetzenden Finanzmittel die Anzahl der Ehrenamtlichen beeinflusst: Je höher die Kosten, die für Ehrenamtliche aufgewendet werden müssen, z. B. für ihre Anwerbung, Auswahl, Schulung und Koordination, desto weniger Ehrenamtliche werden eingesetzt. Im Umkehrschluss sind mehr Ehrenamtliche im Einsatz, wenn weniger Finanzmittel aufwendet werden müssen (Handy & Srinivasan, 2005, S. 506). Die Kosten zur Umsetzung von Ehrenamt wirken sich somit direkt auf die Motivation der Kliniken aus, Ehrenamtliche einzusetzen. Hotchkiss et al. (2009, S. 125ff.) bestätigen diese Annahmen. In einer anderen Studie – einer ökonomischen Evaluation, an der 31 kanadische Krankenhäuser teilnahmen – gehen Handy und Srinivasan (2004) genauer auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Ehrenamts in Krankenhäusern ein. Sie verglichen jede ehrenamtlich erbrachte Stunde mit dem Gegenwert einer bezahlten Arbeitsstunde. Zur Kalkulation zogen sie verschiedene Berechnungsgrundlagen heran, unter anderem die Kosten einer Arbeitsstunde, die entstehen würden, wenn den Ehrenamtlichen ein in Industriebetrieben üblicher Stundenlohn gezahlt werden würde, sowie die fiktiven Kosten für das Krankenhaus, würden die Ehrenamtlichen durch regulär vergütetes Klinikpersonal ersetzt werden. Auf Basis ihrer Berechnungen konstatiert die Autorengruppe, dass pro Dollar, der in Ehrenamtliche investiert wird, etwa 6,84 Dollar erwirtschaftet werden. Betriebswirtschaftlich bedeutet dies eine attraktive Kapitalrendite von 684% (Handy & Srinivasan, 2004, S. 51). Jedoch ist die monetäre Nutzenbewertung ehrenamtlicher Arbeit schwierig, denn Ehrenamtliche übernehmen überwiegend Tätigkeiten, für die kein bezahlter Ersatz geschaffen werden würde. Ohne das Ehrenamt würden diese Leistungen vermutlich ersatzlos wegfallen (Handy & Srinivasan, 2004, S. 39).

Auch für den britischen Krankenhausfonds ergibt sich durch Ehrenamtliche ein finanzieller Nutzen von jährlich 700.000 Britischen Pfund, umgerechnet etwa 820.000 Euro (Stand 03/2019), so Naylor et al. (2013, S. 11). Der Gegenwert, der durch Ehrenamt generiert wird, ist schätzungsweise 11-Mal höher als die erforderlichen Investitionen (Galea et al., 2013, S. 9). Trotz dieses beträchtlichen Werts warnt die Autorengruppe davor, ehrenamtliches Engagement erstrangig unter einem Kosten-Nutzen-Aspekt zu sehen. Denn diese Betrachtungsweise könnte die Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement senken (Naylor et al., 2013, S. 13).

Inwieweit diese Kosten-Nutzen-Berechnungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind, bleibt bislang offen.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Ziele und Interessen, die Krankenhäuser mit der Einbindung Ehrenamtlicher verfolgen, zum einen im ökonomischen Bereich zu finden sind, zum anderen im Bereich der Optimierung „weicher Kriterien“, wie Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit, Personalszufriedenheit und Reputation.

2.5.3.2 Potenzielle Ziele und Interessen von Ehrenamtlichen

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, vollzog sich in den vergangenen Jahren ein Wandel in den vermuteten Zielen und Interessen von Ehrenamtlichen. Die heute aktiven Ehrenamtlichen versprechen sich von ihrem Engagement nicht nur einen Nutzen für ihre Mitmenschen und die Gesellschaft. Ganz offen streben sie auch persönliche Vorteile an (vgl. z. B. Backes & Hölte, 2008). Diese liegen nicht im materiellen oder finanziellen Zugewinn, sondern im ideellen Bereich.

Für Krankenhäuser, die Ehrenamtliche einbinden möchten, sollte es daher von Interesse sein, deren Ziele und Interessen zu kennen. Denn nur dann können erfolgreich Ehrenamtliche gewonnen und nachhaltig motiviert werden. Gerade dies stellt Kliniken vor große Herausforderung (Rogers et al., 2013, S. 46).

Abbildung 5 zeigt die möglichen Motive für das Ehrenamt in Pflege und Gesundheitsversorgung. Diese werden im Anschluss näher beschrieben.



Abbildung 5: Potenzielle Ziele und Interessen von Ehrenamtlichen
(eigene Darstellung)

Spaß an der Tätigkeit / soziale Kontakte / Gesellschaft gestalten

Die Ziele der „neuen“ Ehrenamtlichen anderen Menschen zu helfen und gleichzeitig persönliche Bedürfnisse zu befriedigen, spiegelt auch der Freiwilligensurvey 2014 wider (Müller, Hameister & Lux, 2016, S. 419). Die wichtigsten Motive zur Aufnahme eines Ehrenamts lauteten dort: „*Spaß haben*“ (94 %), „*mit anderen Menschen zusammenkommen*“ (82 %) sowie das Interesse, die „*Gesellschaft zumindest im Kleinen*“ mitzugestalten (81 %). Wie relevant es ist, dass Ehrenamtliche „*Spaß haben*“ zeigte bereits 2008 die „Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)“. Auch hier gaben etwa 70 % der Teilnehmenden an, dass sie ihr Ehrenamt aus diesem Grund aufgenommen haben (Kruse & Schmitt, 2008, S. 92).

Sinnvolle Nutzung von Ressourcen

Ein weiteres wichtiges Motiv für die Aufnahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit scheint der Wunsch, vorhandene zeitliche Ressourcen sinnstiftend einzusetzen (Fringer, Mayer & Schnepf, 2010, S. 176; Kruse & Schmitt, 2008, S. 92; Philippi, 2014, S. 39f.; Steunenberg et al., 2016, S. 461). Außerdem möchten Personen in ihrem Ehrenamt Fähigkeiten und Erfahrungen, die sie in ihrer Biographie erworben haben, einsetzen (Kruse & Schmitt, 2008, S. 92; Philippi, 2014, S. 40f.). Bei Ehrenamtlichen im Bereich von Gesundheit und Pflege sind dies beispielsweise vorangegangene berufliche Erfahrungen im Gesundheitswesen sowie Erfahrungen mit eigenen Erkrankungen oder mit Krankheiten nahestehender Menschen (Leiter & Thöni, 2011, S. 176; Philippi, 2014, S. 40f.). Exemplarisch offenbart sich dieses Motiv auch in einer Befragung von Ehrenamtlichen, die sich im HELP-Programm zur Delir-Prävention (vgl. S. 25) engagieren. Dort gaben 40 % der Teilnehmenden an, bereits persönliche Erfahrungen mit Delir-Zuständen gemacht zu haben. Bei etwa 10 % war dieses Erlebnis sogar der entscheidende Grund zur Aufnahme des Ehrenamts (Steunenberg et al., 2016, S. 461).

Bewältigung eigener Lebenskrisen und Reziprozität

Ehrenamtliches Engagement kann dabei unterstützen, einschneidende Lebensabschnitte, wie eine Krankheit oder den Verlust von nahen Angehörigen, zu bewältigen (Philippi, 2014, S. 46ff.). Einige Ehrenamtliche verstehen ihre Tätigkeit als eine Gegenleistung für in diesen Lebenskrisen selbst erhaltene Unterstützungsleistungen oder als „Anzahlung“ für in Zukunft möglicherweise selbst benötigte Hilfen (Philippi, 2014, S. 41ff.). Hier kommt das menschliche Bedürfnis zum Vorschein, auch für immaterielle Hilfen im Sinne einer „*generalisierten Reziprozität*“ (vgl. Stegbauer, 2011, S. 67ff.) etwas zurückzugeben.

Neues (kennen)lernen

Weiterhin kann ein Ehrenamt aufgenommen werden, um Qualifikationen zu erwerben oder etwas Neues (kennen) zu lernen. Viele Ehrenamtliche nutzen ihr Engagement, um persönliche Kompetenzen erweitern. Sie möchten beispielsweise mehr über das Gesundheitssystem, die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen beziehungsweise über die Krankenhausversorgung erfahren (Fringer et al., 2010, S. 176; Philippi, 2014, S. 45f.; Steunenberg et al., 2016, S. 461). Hingegen wird ein Ehrenamt eher selten aufgenommen, um die berufliche Karriere voranzutreiben (Müller et al., 2016, S. 419). Insbesondere im Bereich Gesundheit und Pflege erscheint dies insofern plausibel, da viele der dort engagierten Ehrenamtlichen bereits im Rentenalter sind und ihre berufliche Karriere abgeschlossen haben.

Dank und Anerkennung

Im Gegenzug steigt gerade bei älteren Personen der Stellenwert, den sie der ideellen Anerkennung ihres Engagements durch die Gesellschaft, die Unterstützten sowie die Organisation, in der sie tätig sind, beimessen (Philippi, 2014, S. 49). Deren Dankbarkeit und angemessene Wertschätzung, ermuntern sie, ihr Ehrenamt längerfristig beizubehalten und schenken ihnen ein Gefühl der persönlichen Befriedigung (Steunenberg et al., 2016, S. 461).

Weitere Ziele von Ehrenamtlichen

Bezogen auf den spezifischen Kontext „Ehrenamt im Krankenhaus“ stellen Steunenberg et al. (2016, S. 461) fest, dass weitere Ziele Ehrenamtlicher darin liegen, das hauptberufliche Personal zu unterstützen und zu entlasten.

Ehrenamtliche möchten darüber hinaus Vertrauenspersonen für Patientinnen und Patienten sein, die weder aus der Familie noch aus dem professionellen Versorgungskontext stammen und somit neutrale, verantwortungsvolle Zuhörende und Gesprächspartnerinnen und -partner sind (Steunenberg et al., 2016, S. 461).

Auf Grundlage der dargestellten Erkenntnisse kann somit konstatiert werden, dass die Ziele und Interessen, die Ehrenamtliche mit ihrer Tätigkeit verfolgen, vielschichtig sind. Die Motive unterscheiden sich zudem nach Alter und persönlicher Lebenssituation (vgl. Müller et al., 2016). Allerdings zeigen die Studien, dass nur wenig über die spezifischen Ziele und Interessen von Ehrenamtlichen im Krankenhaus bekannt ist.

3. Theoretische Modelle der Handlungsmotivation

3.1 Ziele und Erwartungen als Basis von Motivation

Ziele und Interessen, wie im vorangegangenen Abschnitt für das Ehrenamt im Krankenhaus dargestellt, sind wesentliche Grundlagen von Motivation. Personen – unabhängig ob privat oder im Arbeitskontext – handeln nur dann, wenn sie mit ihren Handlungen bestimmte Ziele verfolgen oder sich von deren Ergebnissen erwünschten Folgen versprechen. Ziele können entweder ganz bewusst angesteuert werden oder im Unterbewusstsein vorliegen und von dort aus das Handeln beeinflussen.

Zahlreiche theoretische Ansätze zur Erklärung von Motivation stellen die Bedeutung von Zielen heraus: Rheinberg und Vollmeyer (2012, S. 16) definieren Motivation als „*aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzuges auf einen positiv bewerteten Zielzustand*“. Die Zielsetzungstheorie von Locke und Latham (2002) sieht Ziele als Ausgangspunkt bei der Entstehung von Motivation. Diese Theorie, die sich laut Autoren erstrangig, aber nicht limitierend, mit Motivationsprozessen im Arbeitskontext befasst, geht davon aus, dass Ziele, die es zu erreichen gilt, bei Mitarbeitenden eine Handlung hervorrufen und daraus resultierend über folgende Mechanismen deren Leistung (Performance) beeinflussen: Die Ziele lenken die Aufmerksamkeit hin zu Handlungen, die für die Leistungserfüllung dienlich sind – sie geben die Richtung der Handlungen vor und treiben zu besseren Leistungen an. Die Art des Ziels (z. B. der Schwierigkeitsgrad der Aufgabe, zeitliche Restriktionen) beeinflusst den Grad der Beharrlichkeit, mit der versucht wird, das Ziel zu erreichen. Zudem regen Ziele dazu an, sich aufgabenbezogenes Wissen und Bearbeitungsstrategien anzueignen (Locke & Latham, 2002, S. 708ff.).

Für die Ausprägung der Beziehung zwischen Zielsetzung und Zielerreichung ist zusätzlich bedeutsam, wie stark sich die Personen zu den gesetzten Zielen bekennen. Führungskräfte wirken hier unterstützend, indem sie die Wichtigkeit der Ziele hervorheben und Vorbild sind (Locke & Latham, 2002, S. 707).

Arbeiten mehrere Personen oder Arbeitsteams an der Bewältigung einer Aufgabe ist außerdem relevant, dass sie das gleiche Ziel verfolgen beziehungsweise ein Konsens über das zu erreichende Ziel besteht (Wirtz & Strohmer, 2017).

Ein attraktives Ziel allein ist jedoch nicht ausreichend, um eine Handlung hervorzurufen. Zudem ist wichtig, dass die Personen davon ausgehen, über ausreichend Kompetenzen und Ressourcen zu verfügen, um dieses Ziel mit hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich erreichen zu können (*Erwartungen an Machbarkeit*) (Oettingen & Gollwitzer, 2002, S. 53).

Vor der konsequenten Ausrichtung der Handlungen auf ein Ziel erfolgt außerdem eine Abwägung, inwieweit die vorhandenen situativen Gegebenheiten die Erfolgsaussichten einer Zielerreichung fördern oder hemmen (*Erwartungen an Erfolg*) (Bargh et al., 2010, S. 273). Bargh et al. (2010, S. 273) ziehen zur Erklärung der Erwartungen an den Erfolg das Beispiel einer Person heran, deren erwünschtes Ziel darin liegt, eine gute Präsentation auf einer Konferenz zu halten. Jedoch steht der Zielerreichung die Prüfungsangst im Weg. Dementsprechend sind die Erfolgsaussichten gering, was letzten Endes dazu führt, dass das Ziel aufgegeben und stattdessen ein anderes Ziel mit höheren subjektiven Erfolgsaussichten gewählt wird.

Dieses Beispiel zeigt gleichzeitig, dass Ziele, selbst wenn sie erwünscht sind, niemals isoliert betrachtet werden, sondern immer in Beziehung zu anderen potenziellen Zielen (Oettingen & Gollwitzer, 2002, S. 53). Verschiedene Ziele treten gewissermaßen in Konkurrenz zueinander. So kann ein Ziel zunächst zwar attraktiv sein. Sind aber die Erwartungen an seine Machbarkeit und seinen Erfolg eher gering, kann dies dazu führen, dass ein anderes Ziel gewählt wird, welches zunächst weniger attraktiv erschien, bei dem aber eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, dass es erreicht werden kann (Gollwitzer, 1990).

Es gilt daher die Annahme: Je höher die Erwartungen an Machbarkeit und die Aussichten auf Erfolg sind, desto mehr Ressourcen werden in das Erreichen der jeweiligen Ziele investiert (Bargh et al., 2010, S. 273).

Die Motivation zum Handeln wird somit durch drei Komponenten positiv beeinflusst (vgl. Abbildung 6):

- 1 Das Ziel erscheint attraktiv, die aus einer Zielerreichung hervorgehenden Resultate sind erwünscht.
- 2 Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen lassen erwarten, dass das potenzielle Ziel machbar ist und erreicht werden kann (Erwartungen an Machbarkeit).
- 3 Die weiteren situativen Gegebenheiten in der Umwelt lassen einen Erfolg erwarten (Erwartungen an Erfolg).

Es ist anzunehmen, dass dieses Zusammenspiel von Attraktivität der Ziele, Erwartungen an die Machbarkeit und Erwartungen an den Erfolg auch die Motivation zur Umsetzung von Ehrenamt im Krankenhaus beeinflusst – sowohl die Motivation der Kliniken, Ehrenamtliche in die Versorgung einzubinden als auch die Motivation von Bürgerinnen und Bürgern, sich ehrenamtlich im Krankenhaus zu engagieren.

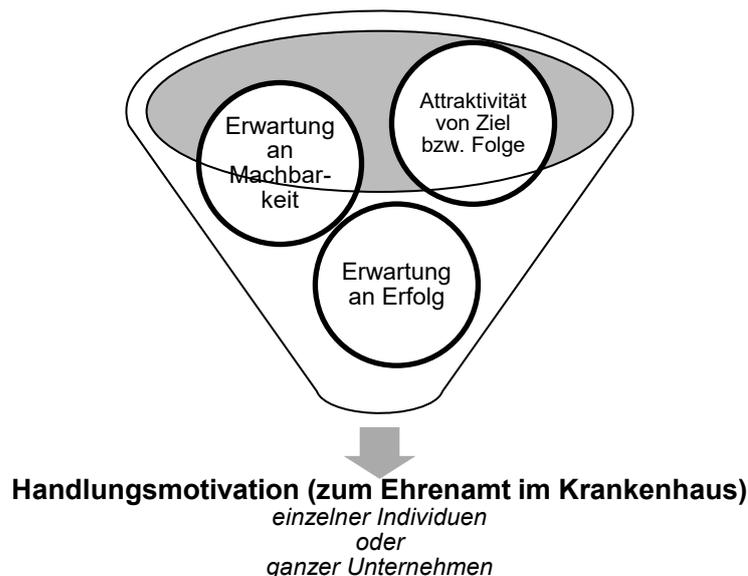


Abbildung 6: Einflussfaktoren von Handlungsmotivation
(eigene Darstellung)

3.2 Motivationsprozesse und Motivationsinhalte

Auf welche Art und Weise die Faktoren „Ziele“, „Machbarkeitserwartungen“ und „Erfolgserwartungen“ miteinander verbunden sind und im Resultat eine Handlungsmotivation hervorrufen, ist eine zentrale Frage der Motivationspsychologie. Diese übergeordnete Frage teilt sich in zwei untergeordnete Aspekte: Erstens „*Was motiviert inhaltlich?*“ und zweitens „*Wie entsteht Motivation im Zusammenspiel von Zielen und Erwartungen?*“.

Nachfolgend werden ausgewählte Erklärungsansätze zu beiden Teilfragen vorgestellt: Zunächst wird auf verschiedene Erwartungs-mal-Wert-Modelle eingegangen. Diese beschäftigen sich mit der prozessbezogenen Beziehung zwischen dem Ziel, seinem angenommenen Nutzen und den Erwartungen. Hieran schließt ein Blick auf die inhaltlichen Aspekte von Motivation an, wie sie Clary et al. (1998) basierend auf dem funktionalen Ansatz von Katz (1960) spezifisch für die Motivation zum Ehrenamt formulieren.

Wie entsteht Motivation?

Erwartungs-mal-Wert Theorien haben in der Erklärung von Motivationsprozessen einen hohen Stellenwert, ihre Grundidee findet sich in nahezu allen neueren motivationspsychologischen Theorien (Beckmann & Heckhausen, 2010, S. 127). In den Erwartungs-mal-Wert Theorien wird angenommen, dass jegliche Motivation von Zielen ausgeht.

Der Nutzen beziehungsweise Wert eines potenziellen Ziels wird in einer Multiplikationsrechnung mit der subjektiven Wahrscheinlichkeit respektive Erwartung verknüpft, inwieweit dieses Ziel und somit der angenommene Wert erreicht werden kann (vgl. Abbildung 7). Für die motivierte Ausrichtung von Handlungen, Verhaltensweisen und Einstellungen werden in einer rational geleiteten Entscheidung bewusst jene Ziele ausgewählt, bei denen sich das größte (mathematisch gedachte) Produkt aus den Faktoren „Erwartung“ und „Wert“ ergibt (Beckmann & Heckhausen, 2010, S. 106).

Beispielhaft sei angenommen, ein Ziel einer Klinik ist es, Ehrenamtliche erfolgreich einzubinden und gleichzeitig besteht eine hohe Erwartung, dass dieses Ziel aufgrund der im Krankenhaus vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen sowie allen weiteren (externen) Gegebenheiten erreicht werden kann. Diese Situation führt in den Annahmen der Erwartungs-mal-Wert Theorien dazu, dass Verantwortliche entsprechend handeln und daran arbeiten, Ehrenamtliche zu gewinnen und einzubinden.



Abbildung 7: Modell der Erwartungs-mal-Wert Theorien
(eigene Darstellung)

Insbesondere im Arbeitskontext können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als diejenigen, die schlussendlich handeln sollen, ihre Ziele aber meist nicht selbst festlegen, sondern sie erhalten Vorgaben von ihrer Unternehmensleitung. Der Wert, den diese vorgegebenen Ziele für das Unternehmen haben, entspricht nicht zwangsläufig der Bewertung durch die Mitarbeitenden.

Solche Konstellationen nimmt die **Instrumentalitätstheorie** von Vroom (1967) in den Blick (Beckmann & Heckhausen, 2010, S. 138f.; Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 129ff.). Wie die allgemeinen Erwartungs-mal-Wert Modelle wird ebenso in der Instrumentalitätstheorie die Höhe der Motivation durch das Produkt von subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeit und dem zugeschriebenen Wert eines Ziels bestimmt. Aufgrund dessen, dass Unternehmen und Mitarbeitende die Attraktivität eines vorgegebenen Ziels unterschiedlich bewerten können, unterteilt Vroom (1967) die jeweiligen Ziele von Unternehmen und Mitarbeitenden: Einerseits in das vorgegebene (Unternehmens-)Ziel, welches er als Ergebnis einer Handlung bezeichnet. Andererseits in das persönliche Ziel der Mitarbeitenden als Folge

von Handlung und Ergebnis. Der eigentliche Wert des Ziels – Vroom (1967, S. 278) wählt hierfür den Begriff „Valenz“ – bemisst sich an den Handlungsfolgen für die Mitarbeitenden. Diese Handlungsfolgen können, im positiven Sinne, entweder das Erlangen erwünschter Resultate oder die Vermeidung negativer Konsequenzen sein. Eine positive Valenz wirkt sich motivationsfördernd aus. Umgekehrt können aus dem Ergebnis aber auch unerwünschte Konsequenzen hervorgehen, was die Mitarbeitermotivation hemmt.

Zusätzlich sieht Vroom (1967) eine Verbindung zwischen Handlungsergebnis (für das Unternehmen) und Handlungsfolge (für Mitarbeitende). In dieser, als Instrumentalität bezeichneten Verbindung wird davon ausgegangen, dass das Erreichen eines Ergebnisses eine persönliche Belohnung zur Folge hat.

Je höher das Gesamtprodukt aus subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeit (Erwartung), Instrumentalität und Valenz, desto stärker die Handlungsmotivation (Vroom, 1967, S. 278ff.).

Ein Beispiel soll die Annahmen der Instrumentalitätstheorie im Kontext von Ehrenamt im Krankenhaus verdeutlichen: Angenommen sei, ein Ziel der Krankenhausleitung besteht in der Einbindung Ehrenamtlicher in die Versorgung. Dieses Ziel soll mit Hilfe des Personals erreicht werden (Handlungsergebnis). Das Personal erwartet gleichzeitig, dieses vorgegebene Ziel tatsächlich erreichen zu können (Erwartung/subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit). Zudem geht es davon aus, dass durch eine Zielerreichung parallel persönliche Ziele befriedigt werden können – beispielhaft könnte die Integration von Ehrenamtlichen eine Senkung der eigenen Arbeitsbelastung bedeuten. Diese Konstellation führt in der Konsequenz dazu, dass das Personal motiviert ist, das Ehrenamt mittels konkreter Handlungen zu fördern, z. B. indem es Ehrenamtliche entsprechend anleitet und unterstützt. Andererseits hemmt es dessen Handlungsmotivation, wenn beispielsweise die Angst besteht, dass aus dem Handlungsergebnis – also der gelungenen Einbindung von Ehrenamtlichen – eine negative Handlungsfolge hervorgeht, etwa ein Verlust bezahlter Arbeitsplätze und somit auch des eigenen. Wie attraktiv oder wie unattraktiv ein Ziel ist, ergibt sich somit aus den Folgen, die aus dessen Erreichen hervorgehen (Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 132).

Eine vergleichbare Erklärung wählt Heckhausen (1977, S. 285) in seinem **kognitiven Motivationsmodell**: Auch er geht davon aus, dass ein antizipiertes Handlungsergebnis isoliert betrachtet keinen Anreiz bietet, sondern erst die Folgen, die das Ergebnis mit sich bringt, Motivation auslösen (Heckhausen, 1977). Somit lässt sich festhalten: Je höher die Erwartung, dass ein erreichtes Ergebnis zu den erwünschten Konsequenzen führt, desto höher ist die Motivation, tatsächlich zu handeln (Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 133).

Auch im kognitiven Motivationsmodell sind zusätzlich die situativen Gegebenheiten relevant (Heckhausen & Rheinberg, 1980, S. 19), z. B. bezogen auf das persönliche Umfeld oder die Unternehmensumwelt. Denn nimmt man an, dass die dort herrschenden Bedingungen das Ergebnis einer Handlung bereits in eine (negative) Richtung determinieren, wird die Motivation schwächer ausfallen, als wenn angenommen wird, dass sich die Situation unterstützend auswirkt und das somit Ergebnis in hohem Maße durch das eigene Handeln bestimmt werden kann (Heckhausen & Rheinberg, 1980, S. 19).

Was motiviert?

Während die Erwartungs-mal-Wert Theorien den Prozess der Motivationsbildung erklären möchten, stehen bei Clary, Snyder und Kollegen (1998) sowie bei Jiranek, Kals, Humm und Strubel (2013), die auf den Arbeiten von Clary und Kollegen aufbauen, die inhaltlichen Motive des Ehrenamts im Fokus.

Grundlage dieses Ansatzes sind die Arbeiten von Katz (1960). Dieser vertritt die Annahme, dass Ziele dann erstrebenswert sind und zum Handeln motivieren, wenn sie für die jeweilige Person eine psychologische Funktion erfüllen. Die kleinste Einheit, und somit Ausgangspunkt von Handlungsmotivation, sind dabei die Einstellungen und Überzeugungen von Individuen – sowohl bei Einzelpersonen direkt als auch innerhalb von gemeinsam agierenden Gruppen, z. B. Arbeitsteams (Katz, 1960, S. 163). Mit Hilfe dieser Einstellungen und Verhaltensweisen können Bedürfnisse erfüllt, Pläne ausgeführt und Ziele erreicht werden (Snyder, 1993, S. 254).

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Einstellungen, Verhaltensweisen und darauf basierende Handlungen verschiedener Individuen für Außenstehende gleich wirken, für die jeweiligen Personen jedoch ganz unterschiedliche Funktionen erfüllen können (Katz, 1960, S. 170; Oostlander, Güntert & Wehner, 2015, S. 61; Snyder, 1993, S. 254).

Gemäß diesem Erklärungsansatz erfüllt Ehrenamt sieben Funktionen, aus denen die Motivation zur Aufnahme und zum Verbleib in einem Ehrenamt abgeleitet werden kann (vgl. Tabelle 3, S. 41).

Tabelle 3: Funktionen von Einstellungen, Verhaltensweisen und Handlungen im Transfer auf das Ehrenamt

Funktionen ehrenamtlichen Engagements	
Karriere¹	Erfahrungen aus der ehrenamtlichen Tätigkeit bringen Vorteile für die berufliche Karriere.
Schutz¹	Durch das Ehrenamt wird ein „Schutzwall“ vor persönlichen Problemen und Schuldgefühlen aufgebaut.
Werteausdruck¹	Durch das Ehrenamt tragen Personen ihre altruistischen oder humanistischen Wertvorstellungen nach außen.
Verständnis¹	Im Ehrenamt können Fähigkeiten und Wissen eingesetzt und angeeignet werden.
Soziale Eingliederung und Kontakte¹	Ehrenamt ermöglicht die Integration in eine soziale Gruppe und schafft zwischenmenschliche Kontakte.
Verbesserung¹	Ehrenamt steigert das Selbstwertgefühl.
Soziale Gerechtigkeit²	Die ehrenamtliche Tätigkeit schafft Gerechtigkeit gegenüber anderen.

¹(Clary et al., 1998, S. 1517ff.; Snyder, Clary & Stukas, 2001, S. 17ff.)

²(Jiranek et al., 2013, S. 538)

Funktionen von Ehrenamt

Eine mögliche Funktion ehrenamtlicher Tätigkeit besteht darin, die berufliche Karriere zu verbessern („*Karrierefunktion*“) (Clary et al., 1998, S. 1518). Beispielsweise versprechen sich Personen von einem Ehrenamt im Krankenhaus eine spätere Weiterbeschäftigung als bezahlte Angestellte oder erhoffen sich durch Ausübung eines Ehrenamts bessere Chancen auf einen Ausbildungsplatz.

Mit Hilfe des altruistischen Engagements kann ein Schutzwall vor eigenen negativen Gefühlen aufgebaut werden, z. B. vor Schuldgefühlen gegenüber anderen oder vor persönlichen Problemen wie z. B. Einsamkeit oder gesundheitlichen Einschränkungen („*Schutzfunktion*“) (Clary et al., 1998, S. 1518). Ein Ehrenamt mit Kontakt zu hilfsbedürftigen Menschen kann z. B. dazu befähigen, mit eigenen problembelasteten Lebenssituationen besser umzugehen (Philippi, 2014, S. 46ff.).

Durch Ehrenamt lassen sich zudem altruistische oder humanistische Werte ausdrücken („*Wertefunktion*“) (Clary et al., 1998, S. 1517). Sichtbar wird diese Funktion, wenn die christliche Nächstenliebe oder der Gemeinwohlgedanke im Mittelpunkt der Motivation einer ehrenamtlichen Tätigkeit stehen.

In einem Ehrenamt können Personen das eigene Wissen erweitern und neue Erfahrungen machen. Dieses, von Clary et al. (1998) als „*Verständnisfunktion*“ bezeichnete Ziel umfasst auch den psychologischen Nutzen, der entsteht, wenn Personen wahrnehmen, dass sie persönliches Wissen sowie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten im Ehrenamt einsetzen können. Hierdurch wird gleichzeitig das Selbstwertgefühl gestärkt (Clary et al., 1998, S. 1518). Diese „*Verständnisfunktion*“ könnte insbesondere für Personen, die sich nach ihrem Eintritt in den Ruhestand in einem Bereich ehrenamtlich engagieren, der mit ihrem früheren Arbeitsumfeld vergleichbar ist, ein wichtiges Motiv darstellen: Denn dadurch ist es ihnen möglich, ihre langjährigen Berufserfahrungen weiterzugeben.

Eine fünfte Funktion ist die „*soziale Funktion*“. Das Engagement für andere dient in diesem Fall dazu, sich einer sozialen Gruppe, in der Ehrenamt als wertvoll angesehen wird, anzupassen und sich in diese einzugliedern und soll das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Kontakten befriedigen (Clary et al., 1998, S. 1518). Wie bedeutsam diese Funktion in der Empirie ist, zeigt sich in zahlreichen Studien: Der Wunsch nach sozialen Kontakten wird vielfach als Motiv für die Aufnahme eines Ehrenamts genannt (z. B. Müller et al., 2016, S. 419).

Sechstens kann hinter einem Ehrenamt der Wunsch nach Verbesserung des persönlichen Selbstwertgefühls stehen („*Verbesserungsfunktion*“) (Clary et al., 1998, S. 1518): Ein Ehrenamt bringt Anerkennung und Wertschätzung in der Gesellschaft. Hierdurch steigt das Selbstwertgefühl.

Aufbauend und ergänzend zu diesen sechs Funktionen, wie sie Clary et al. (1998) beschreiben, formulieren Jiranek et al. (2013) eine weitere Funktion als mögliches Motiv für ein Ehrenamt im sozialen Bereich: Die psychologische Funktion der „*sozialen Gerechtigkeit*“ (Jiranek et al., 2013, S. 535). Demnach streben Menschen an, durch ihr Engagement wahrgenommene soziale Ungerechtigkeiten auszugleichen. Denn selbst unter der Prämisse, dass Personen aus eventuell vorhandenen (gesellschaftlichen) Ungerechtigkeiten Vorteile ziehen, belastet dies dennoch ihre Psyche. Bewusst oder unbewusst könnte diese Funktion eine Rolle spielen, wenn sich soziökonomisch Bessergestellte für sozial Benachteiligte einsetzen.

3.3 Transfer auf die Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus

Aus den vorgestellten Theorien und Modellen zur Erklärung von Motivation geht hervor, dass Ziele, die in ihrem Ergebnis attraktive, erwünschte Folgen mit sich bringen, ein Fundament von Handlungen und für Ressourceninvestitionen sind.

Krankenhausleitungen werden also nur dann anstreben, Ehrenamtliche einzubeziehen, wenn sie davon ausgehen, dass diese Investition für ihre Klinik erwünschte Folgen mit sich bringt.

Insbesondere bei Zielen, die von anderen vorgegeben werden, wie beispielsweise im Arbeitskontext regelmäßig der Fall, spielt es darüber hinaus eine Rolle, dass eine enge Verknüpfung zwischen dem Ergebnis für das Unternehmen und den individuellen Folgen für die handelnde Person besteht (Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 133; vgl. Vroom, 1967). Auf Basis der Annahmen zur Instrumentalität (vgl. Vroom, 1967) werden Hauptberufliche also umso motivierter sein, die von der Leitung vorgegebene Einbindung Ehrenamtlicher erfolgreich umzusetzen, wenn hieraus auch für sie persönlich erstrebenswerte Resultate hervorgehen.

Ehrenamtliches Engagement erfüllt ebenfalls bestimmte Funktionen beziehungsweise psychologische Bedürfnisse. Die Aussicht auf Befriedigung dieser Bedürfnisse motiviert Personen, ein Ehrenamt aufzunehmen und langfristig auszuüben.

Doch attraktive Ziele und erwünschte Folgen reichen isoliert nicht aus, um zu handeln respektive Energie in eine Sache zu investieren. Zusätzlich muss die Erwartung bestehen, dass das Ziel aufgrund der vorhandenen eigenen Kompetenzen und Ressourcen realisierbar ist (z. B. Bargh et al, 2010, S. 273).

Krankenhausleitungen, Personal und Ehrenamtliche müssen also annehmen, dass ihre individuellen und organisatorischen Fähigkeiten dazu beitragen, dass Ziel „Ehrenamt im Krankenhaus“ erreichen zu können (Erwartungen an Machbarkeit).

Weiterhin ziehen sie die situativen Gegebenheiten in die Überlegungen ein (z. B. Heckhausen & Rheinberg, 1980, S. 19). Erwarten die Beteiligten, dass die externen Bedingungen eine erfolgreiche Zielerreichung und die hieraus hervorgehenden positiven Resultate wahrscheinlich macht, steigert dies ihre Motivation (Erwartungen an Erfolg).

Abbildung 8 (vgl. S. 44) stellt diese übergeordneten Einflussfaktoren der Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus in einem Modell dar.

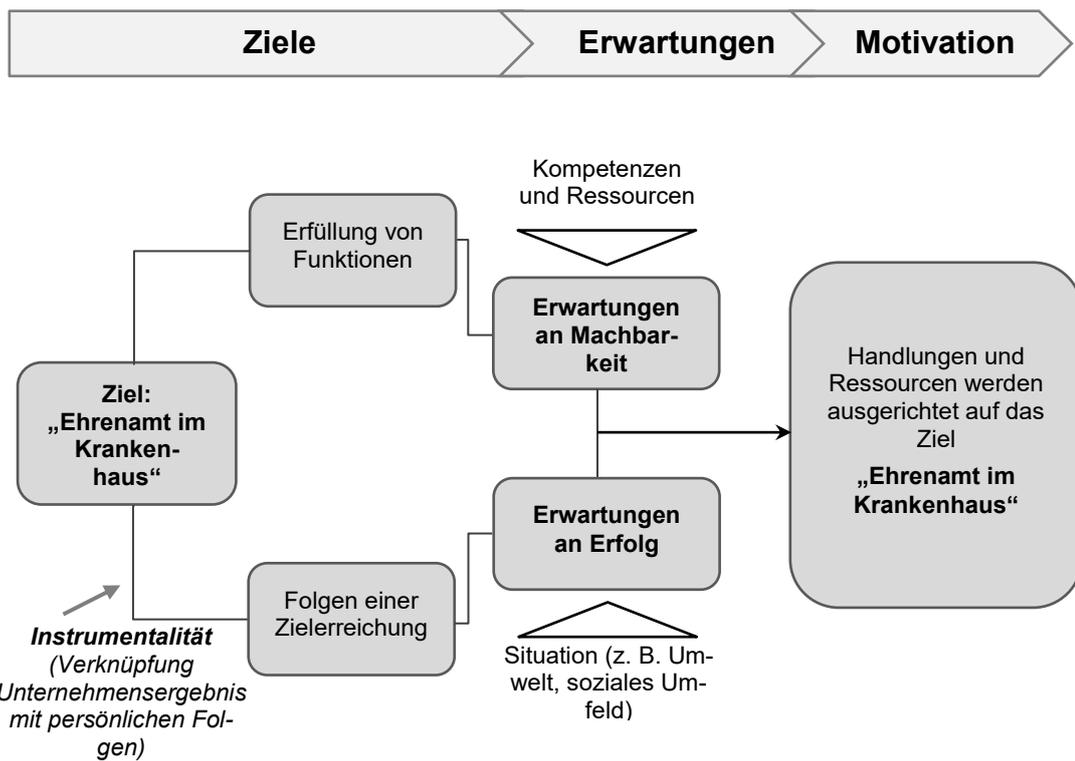


Abbildung 8: Modell zur Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus
 (eigene Abbildung)

4. Ziele und Fragestellungen der Studie

4.1 Zielsetzungen

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, hat das Ehrenamt in Krankenhäusern und der Gesundheitsversorgung eine lange Tradition. In seiner früheren Form trat es erst im Zuge der Entwicklung der Krankenpflege zum anerkannten Beruf zunehmend in den Hintergrund.

Im Zeitverlauf veränderte sich nicht nur im Krankenhaus die Rolle des Ehrenamts. Auch das ehrenamtliche Engagement als solches bewegte sich weg von seiner „alten“ Form, in der es aus einer ethischen Verpflichtung heraus ausgeübt wurde, hin zu einem „neuen“, freieren Engagement, durch das nicht nur anderen geholfen, sondern auch persönliche Bedürfnisse befriedigt werden sollen (vgl. Kapitel 2.1.).

Diese moderne Form des Ehrenamts rückt angesichts der aktuellen Herausforderungen der Krankenhausversorgung (vgl. Kapitel 2.5.1) in den Blickpunkt sozial-, gesundheits- und gesellschaftspolitischer Diskussionen. Nach Auffassung von Politik und Sachverständigen soll Ehrenamt zukünftig fester Bestandteil im Versorgungsmix sein (BMFSFJ, 2016a, S. 148f.; BMI, 2012, S. 28; Görres et al., 2016, S. 6; Klie, 2011, S. 403f.), denn es wird erwartet, dass ein ausschließlich auf professionell Versorgende ausgerichtetes System den demografischen Veränderungen nicht gerecht werden kann (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016b, S. 41).

Jedoch deutet sich eine Kluft an zwischen diesen Interessen von Politik, Expertinnen und Experten einerseits, und der Wirklichkeit in der Versorgungspraxis andererseits – insbesondere bezogen auf den Bereich der Krankenhausversorgung.

Diese Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit spiegelt sich auch in einer unzureichenden Forschung zum Ehrenamt im Krankenhaus wider: Für Deutschland existieren hierzu nur wenige systematisch erworbene Erkenntnisse. Daher bleibt weitestgehend unklar, wie es von den Gruppen wahrgenommen wird, die für die Umsetzung verantwortlich sind. Konkret sind dies die Krankenhausleitungen, die eine Einbindung Ehrenamtlicher entweder befürworten oder ablehnen, das Personal, das im täglichen Arbeitskontext mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet, sowie die Bürgerinnen und Bürger, die sich ehrenamtlich im Krankenhaus engagieren.

Dementsprechend ist nicht klar, welche Ziele diese Gruppen mit dem Ehrenamt im Krankenhaus verbinden und welche Erwartungen dahingehend bestehen, dass diese Ziele erreicht werden können. Attraktive Ziele und die Erwartung, dass diese erreicht werden können, sind jedoch, wie bereits dargestellt, die Grundlage dafür, dass Handlungsmotivation entsteht und Ressourcen in eine Sache investiert werden (vgl. Kapitel 3.1).

Die Ziele und Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus geben somit Aufschluss darüber, was zum Ehrenamt im Krankenhaus motiviert und was die Motivation hemmt. Profundere Erkenntnisse hierüber tragen dazu bei, besser auf die Ziele und Erwartungen der Akteure einzugehen und somit ein angemessenes und gelingendes Ehrenamt – wie es im Sinne politischer und gesellschaftlicher Interessen ist – voranzutreiben.

Die Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus muss dabei von folgenden drei Gruppen ausgehen:

1. Krankenhausleitungen:

Als „Entscheiderinnen und Entscheider“ geben Personen aus Krankenhausmanagement und Leitung die Unternehmensziele vor. Bewerten sie das Ehrenamt als attraktives Ziel, das mit erwünschten Folgen für das Krankenhaus verbunden ist und erwarten sie gleichzeitig, dass ausreichend personelle, finanzielle oder organisatorische Ressourcen und Fähigkeiten für eine Umsetzung Ehrenamtlicher vorhanden sind, sowie, dass die Situation außerhalb des Krankenhauses einen Erfolg wahrscheinlich macht, sind sie motiviert, Ressourcen hierfür einzusetzen.

2. Krankenhauspersonal:

Das Personal, das im Versorgungsalltag mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet, spielt eine zentrale Rolle für den Erfolg des Ehrenamts im Krankenhaus. Gehen die Hauptberuflichen davon aus, dass eine Verwirklichung der Integration Ehrenamtlicher auch für sie persönlich erwünschte Folgen mit sich bringt (Heckhausen, 1977, S. 285; Vroom, 1967), ist dies ein entscheidender Anreiz, gut mit den Ehrenamtlichen zusammenzuarbeiten.

Diese Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Integration von Ehrenamtlichen in Sozial- und Gesundheitsunternehmen (Roß & Tries, 2010b, S. 34). Sie kann jedoch durch verschiedene Faktoren belastet werden. Beispielsweise, wenn Konkurrenzgefühle herrschen (z. B. BMFSFJ, 2015b, S. 46; Meier-Gräwe & Sennlaub, 2011; Naylor et al., 2013, S. 19) oder wenn das Personal von einer Einbindung Ehrenamtlicher negative Konsequenzen befürchtet, etwa einen zusätzlichen Arbeitsaufwand (BMFSFJ, 2015b, S. 201; Roß & Tries, 2010b, S. 41) (vgl. Kapitel 2.4).

3. Ehrenamtliche im Krankenhaus:

Die dritte wichtige Gruppe, die Motivation für Ehrenamt im akutstationären Bereich aufweisen muss, sind die Ehrenamtlichen selbst. Nur wenn ausreichend Menschen motiviert sind, ein Ehrenamt im Krankenhaus auszuüben, können Konzepte, wie sie in Kapitel 2.5.2 umgesetzt werden. Hier ist ebenfalls relevant, welche Ziele und erwünschten Folgen Ehrenamtliche mit ihrer Tätigkeit erreichen möchten oder welche spezifischen Funktionen das Ehrenamt erfüllen soll (vgl. Clary et al., 1998; Jiranek et al., 2013). Auch die Handlungsmotivation von Ehrenamtlichen hängt zusätzlich von deren Erwartungen an Machbarkeit und Erfolg ab, also von den vorhandenen Ressourcen, Fähigkeiten und situativen Bedingungen.

Es genügt allerdings nicht, wenn nur in einer dieser drei Gruppen eine entsprechende Motivation vorhanden ist, Ressourcen in das Ehrenamt zu investieren, sondern es bedarf der parallelen Motivation von Leitungsebene, Personal und Ehrenamtlichen sowie eines gruppenübergreifenden Konsenses zur Ausrichtung ihrer jeweiligen Ziele (Wirtz & Strohmeyer, 2017).

Kernziele der Studie

Das Kernziel dieser Studie besteht deshalb darin, vertiefte Erkenntnisse über Wahrnehmungen der Akteure im Hinblick auf Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus sowie über die Erwartungen an Machbarkeit und Erfolg als einflussnehmende Aspekte der Handlungsmotivation zu erlangen. Die Ergebnisse sollen dazu beizutragen, das vorhandene Potenzial an Ehrenamtlichen im Krankenhaus strategisch sinnvoll zu nutzen und deren Einbindung orientiert an den Bedarfen und Bedürfnissen für alle Akteure auszubauen.

Krankenhäusern kann dieses Wissen bei der praktischen Umsetzung einer Integration Ehrenamtlicher in ihre Einrichtungen helfen. Kennen Verantwortliche die Ziele und Erwartungen der Ehrenamtlichen, erleichtert dies z. B. deren Anwerbung und langfristige Bindung an die Einrichtung. Ist bekannt, welche Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen Krankenhausleitungen, hauptberuflichem Krankenhauspersonal und Ehrenamtlichen in Bezug auf ihre jeweiligen Ziele und Erwartungen bestehen, können Maßnahmen entwickelt werden, die das gegenseitige Verständnis fördern und somit die Zusammenarbeit im Versorgungsprozess verbessern. Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich praxisnahe Handlungsempfehlungen ableiten, von denen Krankenhäuser sowie andere Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung profitieren können.

Eine bessere Kenntnis über die Aspekte, die die Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus beeinflussen, ist nicht nur für die Praxis innerhalb der Kliniken von Interesse. Sie schafft zugleich eine Diskussionsgrundlage für die zukünftige gesundheitspolitische Ausrichtung des Ehrenamts in der Krankenhausversorgung.

Aus Sicht der Forschung kann diese Arbeit die Datenlage zum Ehrenamt im Krankenhaus verbessern und Grundlagen für vertiefende Forschungsarbeiten zum Ehrenamt im Kontext gesundheitlicher Versorgung bieten.

Abbildung 9 zeigt die Ziele dieser Studie im Überblick.

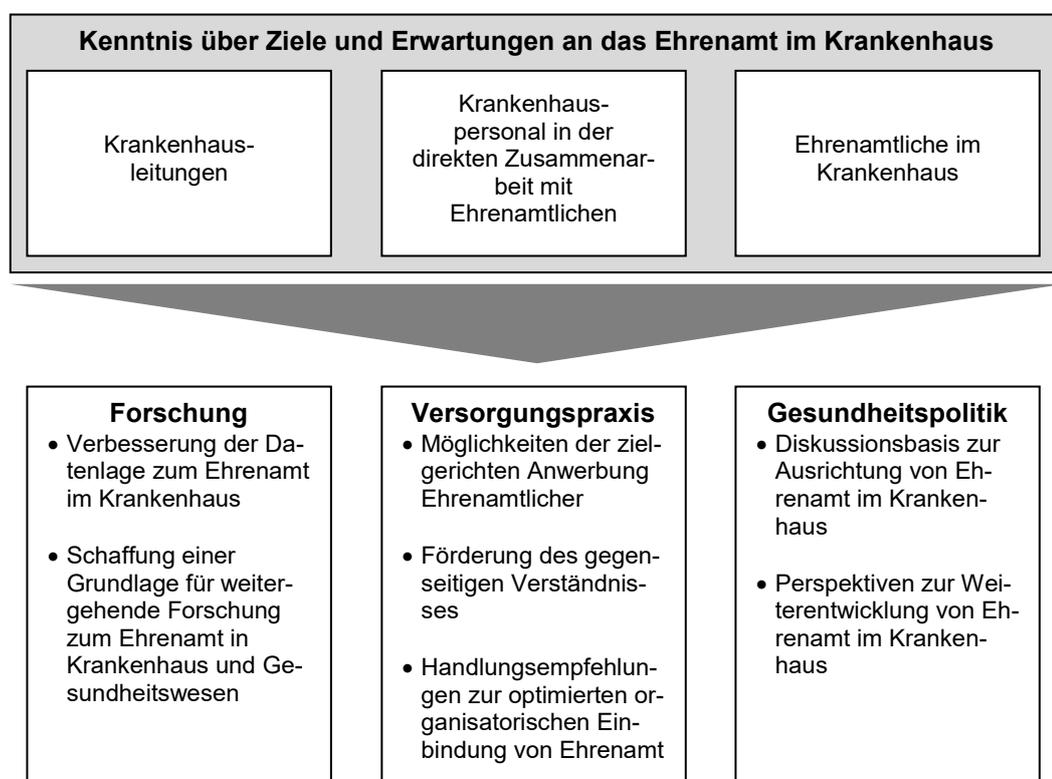


Abbildung 9: Intendierte Ziele dieser Studie
(eigene Darstellung)

4.2 Forschungsfragen

Ausgehend von den dargestellten Zielen dieser Studie und der in Kapitel 3 dargestellten theoretischen Basis ergeben sich drei übergeordnete Fragestellungen. Diese beschäftigen sich mit den Zielen und den erwünschten Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus, den Erwartungen an die Machbarkeit sowie den Erwartungen an einen Erfolg, das heißt inwieweit die situativen Gegebenheiten einen Erfolg wahrscheinlich machen.

Darüber hinaus ist von Interesse, welche Übereinstimmungen zwischen den jeweiligen Gruppen bestehen und in welchen Aspekten ihre Ziele und Erwartungen auseinanderdriften. Denn ein Konsens hierüber ist mitentscheidend dafür, dass Ziele motiviert und erfolgreich verfolgt werden können (vgl. Wirtz & Strohmer, 2017).

Relevant für die Beantwortung der Forschungsfragen sind jeweils die Perspektiven von Krankenhausleitungen und Krankenhauspersonal sowie die Sicht von Ehrenamtlichen, die sich im Krankenhaus engagieren.

Forschungsfrage 1:

Welche Ziele und erwünschten Folgen verbinden die einzelnen Gruppen mit dem Ehrenamt im Krankenhaus?

In diesem Kontext ist zu klären: Welche konkreten Faktoren tragen dazu bei, dass diese Ziele erreicht werden können?

Forschungsfrage 2:

Welche Erwartungen haben die Gruppen im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus?

Hierbei ist relevant, inwieweit die Personen erwarten, dass die Ziele und Folgen, die sie mit dem Ehrenamt im Krankenhaus verbinden, erreicht werden können. Entscheidend ist zum einen, in welchem Ausmaß sie ihre persönlichen Ressourcen sowie die organisatorischen Ressourcen, die das Krankenhaus für das Ehrenamt aufwendet, als ausreichend ansehen (Erwartungen an Machbarkeit). Zum anderen ist bedeutsam, inwieweit die situativen Gegebenheiten eine Zielerreichung unterstützen (Erwartungen an Erfolg).

Forschungsfrage 3:

Welche Übereinstimmungen und welche Differenzen bestehen seitens der drei Gruppen im Hinblick auf ihre Ziele und Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus?

In dieser dritten Forschungsfrage wird näher beleuchtet, welche Kongruenzen in den Zielen und Erwartungen der Gruppen im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus sichtbar werden, respektive welche Positionen inkongruent zueinander sind.

5. Methodisches Vorgehen

5.1 Auswahl der Methodik

Zur Untersuchung von wenig erforschten Themengebieten, wie es auf die Fragestellungen dieser Studie zutrifft, eignen sich im besonderen Maße qualitative Forschungsverfahren (Flick, Kardorff & Steinke, 2009b, S. 25). Diese dienen dazu, neue, bislang unbekannte Fakten zu entdecken und vielschichtige Zusammenhänge tiefergehend zu verstehen. Die Datenerhebung orientiert sich am Prinzip der Offenheit (Flick et al., 2009b, S. 22ff.; Lamnek & Krell, 2016, S. 186ff.).

Gruppendiskussion als Erhebungsform

Eine besonders geeignete Erhebungsform zur Erkundung von Elementen der Motivation – hier die Ziele und Erwartungen der drei Gruppen „Leitungsebene“, „Personal“ und „Ehrenamtliche“ im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus – ist die Gruppendiskussion (Lamnek & Krell, 2016, S. 389).

Gruppendiskussionsverfahren im Forschungskontext können unterschiedliche Interessenschwerpunkte aufweisen: Der Fokus kann auf der Erforschung von Interaktionsprozessen und der Vermittlung zwischen Gruppenmitgliedern liegen. Oder das Forschungsinteresse der Diskussion gilt den inhaltlichen Äußerungen der Teilnehmenden einer Diskussionsrunde. Diese zweite Variante, die ermittelnde Gruppendiskussion (Lamnek & Krell, 2016, S. 388), kommt in dieser Studie zum Einsatz.

Lamnek und Krell (2016, S. 388) beschreiben die Gruppendiskussion „*als Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen unter Laborbedingungen*“. In Gruppendiskussionen sollen die gemeinsamen Erfahrungen, das kollektive Wissen sowie die kollektive Meinung einer ganzen Gruppe in einer möglichst alltagsnahen Kommunikation und Diskussion zwischen den Teilnehmenden zu Tage kommen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 107). Meinungsäußerungen einzelner Gruppenmitglieder werden im Diskurs mit anderen reflektiert und kommentiert. Schlussendlich repräsentiert sich in der gruppendynamischen Auseinandersetzung die informelle Gruppenmeinung zum untersuchten Gegenstand (Hesse-Biber & Leavy, 2007, S. 204; Lamnek & Krell, 2016, S. 388ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 204).

Damit die Diskussion, wie es erwünscht ist, „selbstläufige“ Phasen enthält, in der sich die Teilnehmenden über längere Zeit ohne äußere Beeinflussung unterhalten, sollte die forschende Person möglichst selten steuernd in das Gespräch eingreifen (Lamnek & Krell, 2016, S. 405; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 106).

Weitere Voraussetzung einer gelingenden Diskussion ist ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund der Gruppenmitglieder, beispielsweise ähnliche Biografien oder vergleichbare berufliche Positionen (Lamnek & Krell, 2016, S. 404f.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 109).

Die Gruppenmeinungen, die in den Diskussionsrunden sichtbar werden sollen, sind in Bezug auf das Ehrenamt im Krankenhaus von besonderer Relevanz: Denn die Entscheidung und Motivation für oder gegen Ehrenamt im Krankenhaus hängt nur in geringem Maße von den Meinungen einzelner Individuen ab. Vielmehr sind sie das Resultat von Verhandlungen innerhalb und zwischen Krankenhausleitungen, Krankenhauspersonal und Ehrenamtlichen. Denn nur, wenn die Ziele und Erwartungen der Gesamtgruppen kongruieren, wird eine wirksame Motivation zum Handeln erzeugt und Pläne werden in die Tat umgesetzt (Wirtz & Strohmer, 2017).

Gruppendiskussionen haben im Vergleich zu Einzelinterviews einen weiteren Vorteil: Viele Meinungen offenbaren sich erst durch die Konfrontation mit anderen, eventuell entgegengesetzten Positionen. Ein Nachdenken über die Meinung anderer Personen kann zur Bildung einer eigenen Meinung beitragen oder diese verändern (Lamnek & Krell, 2016, S. 394ff.). Da das Ehrenamt im Krankenhaus ein Thema zu sein scheint, mit dem man sich in der Praxis bislang eher wenig auseinandersetzt, kann in den Gruppendiskussionen somit womöglich erstmals eine vertiefte Reflexion über das Thema angestoßen werden.

Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren

In den Diskussionen ist von Interesse, wie sich die Teilnehmenden inhaltlich zu den Zielen und Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus äußern. Eine geeignete Methode zur Auswertung derartiger Studien, in denen – ausgerichtet an der jeweiligen Fragestellung – Inhalte und Textbedeutungen beschrieben und zusammengefasst werden, ist die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Schreier, 2014).

Diese ist ein interpretatives, auf das Textverstehen ausgelegtes Auswertungsverfahren (Kuckartz, 2016, S. 26; Schreier, 2014). Ähnlich wie quantitative Verfahren hat die qualitative Inhaltsanalyse den Anspruch, systematisch und durch Regeln geleitet vorzugehen (Mayring, 2015, S. 51).

Im Mittelpunkt einer qualitativen Inhaltsanalyse steht das Kategoriensystem, das die Analyse für andere nachvollziehbar macht und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erleichtert (Mayring, 2015, S. 51f.).

Die einzelnen Kategorien dieses Systems sind als Variablen zu verstehen, „*deren Ausprägung für jede relevante Textstelle erfasst wird*“ (Schreier, 2014). Sie können deduktiv auf der Basis theoretischen Wissens gebildet werden, bevor das Text- beziehungsweise Datenmaterial erstmals näher betrachtet wird. Alternativ entwickelt man die Kategorien induktiv aus dem Datenmaterial heraus (Kuckartz, 2016, S. 64f.; Schreier, 2014). Damit wesentliche Bedeutungen des jeweiligen Materials angemessen erfasst werden können, empfiehlt Schreier (2014), wenigstens einen Teil der Kategorien induktiv zu bilden. Beispielsweise werden Oberkategorien theoriegeleitet, untergeordnete Kategorien aus dem Textmaterial entwickelt (Schreier, 2014). Kuckartz (2016, S. 95) sieht in dieser Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung ebenfalls das Optimum. Meist startet man mit einer deduktiven Kategorienbildung.

Man unterscheidet drei Varianten der qualitativen Inhaltsanalyse:

- Die evaluativ-skalierende Form: In dieser werden die Kategorien als Skalen dargestellt – zumeist als Ordinalskalen. In der Auswertung werden die Textstellen den jeweils passenden Kategorien beziehungsweise Ausprägungsstärken zugeordnet – beispielsweise danach, ob ein Kriterium „stark“ oder „gering“ ausgeprägt ist (Kuckartz, 2016, S. 123f.).
- Eine zweite Variante ist die Inhaltsanalyse mit dem Ziel der Bildung von Typologien (Kuckartz, 2016, S. 143; Mayring, 2015, S. 103). Hier werden besonderes extreme Ausprägungen, sehr häufige Ausprägungen und/oder Ausprägungen, die von einem besonderen theoretischen Interesse sind, beschrieben (Mayring, 2015, S. 103).
- Die dritte Form ist die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse. Schreier (2014) beschreibt diese Variante als „*Kern einer qualitativen Inhaltsanalyse*“. Ihr Fokus liegt auf den Inhalten und Themen, die im Rahmen der Datenerhebung angesprochen werden. Diese werden aus dem Material heraus identifiziert, auf einem Kategoriensystem basierend systematisch extrahiert, zusammengefasst und hinsichtlich ihrer Querverbindungen untersucht (Kuckartz 2016, S. 123; Mayring 2015, S. 103; Schreier 2014). Die inhaltlich-strukturierende Analyseform lässt sich auf verschiedene, in unterschiedlichen Interviewarten erhobene Daten anwenden, insbesondere für Gruppendiskussionen (Kuckartz, 2016, S. 98).

Dem inhaltlichen Forschungsinteresse entsprechend erscheint die inhaltlich-strukturierende Form der qualitativen Inhaltsanalyse zur Bearbeitung der Forschungsfragen dieser Studie als eine geeignete Auswertungsmethode.

Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalysen

Die Qualität qualitativer Inhaltsanalysen bemisst sich an der Einhaltung der Gütekriterien Reliabilität und Validität (Mayring, 2015, S. 123ff.). Die Reliabilität macht Aussagen über die Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Die interne Validität bemisst deren Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit. Die externe Validität bemisst die Übertragbarkeit der Ergebnisse und inwieweit die im Forschungsprozess gewonnenen Ergebnisse tatsächlich mit den Meinungen der Beforschten übereinstimmen und verallgemeinerbar sind (Kuckartz, 2016, S. 202).

Indikator einer hohen **Reliabilität** ist eine hohe Intercoderübereinstimmung. Hierzu ordnen mehrere Forschende das Datenmaterial im Gesamten oder in Ausschnitten den zuvor gebildeten Kategorien zu – sie kodieren das Material zunächst unabhängig voneinander. Übereinstimmungen oder Abweichungen der einzelnen Personen in der Zuordnung der Textstellen werden miteinander verglichen (Mayring, 2015, S. 124ff.). Je geringer diese Abweichungen, desto höher die Intercoderreliabilität. Zum Vergleich können prozentuale Übereinstimmungswerte herangezogen werden oder die Übereinkunft erfolgt in einem Diskussionsprozess und somit in einem konsensuellen Kodieren (Kuckartz, 2016, S. 211).

Weitere Reliabilitätskriterien sind die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse sowie die Exaktheit der Analyse. Reproduzierbarkeit meint, inwieweit andere Forschende im weiteren Verlauf der Analyse zu gleichen Ergebnissen gelangen. Exaktheit ist gegeben, wenn während des Analyseprozesses funktionelle Standards eingehalten werden (Mayring, 2015, S. 127f.). Dieses Kriterium ist Mayring (2015, S. 128) zufolge nur schwer überprüfbar.

Ein Maß für die **interne Validität** inhaltsanalytischer Auswertungen ist die semantische Gültigkeit. Dieses Kriterium fokussiert die Korrektheit der Kategorien. Mehrere Personen prüfen hierzu die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln der einzelnen Kategorien auf ihre Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit (Mayring, 2015, S. 126).

Stehen bereits Ergebnisse aus thematisch verwandten Studien zur Verfügung, kann zusätzlich die **korrelative Gültigkeit** überprüft werden. Die Ergebnisse der aktuell durchgeführten Studie werden dabei mit Ergebnissen bereits vorhandener Studien verglichen und somit anhand eines „Außenkriteriums“ auf ihre Validität hin geprüft (Mayring, 2015, S. 126).

Konstruktvalidität wird in der qualitativen Inhaltsanalyse dadurch geprüft, dass beispielsweise gängige Theorien und Modelle mit den Ergebnissen der jeweils aktuellen Studie verglichen werden oder, indem Erfahrungen über die Hintergründe des untersuchten Datenmaterials herangezogen werden (Mayring, 2015, S. 127).

Eine Möglichkeit zur Prüfung der **externen Validität** ist die kommunikative Validierung. Hierzu erfolgt im Verlauf des Auswertungsprozesses oder im Anschluss an diesen ein Diskurs der Ergebnisse mit den Beforschten. Kuckartz (2016, S. 218) bezeichnet eine solche Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als „member checking“. Mit Hilfe kommunikativer Validierung soll eine größtmögliche Übereinstimmung der tatsächlichen Meinung der Beforschten mit der Interpretation der Forschenden sichergestellt werden. Die kommunikative Validierung steigert die Verallgemeinerbarkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse (Kuckartz, 2016, S. 218; Mayring, 2015, S. 127; Schiff, Mohr & Claßen, 2016, S. 21).

5.2 Sampling

Krankenhäuser, die in die vorliegende Studie einbezogen werden, werden mit Hilfe eines zielgerichteten, „purposive samplings“ ausgewählt (Creswell & Plano Clark, 2011, S. 173f.; Hesse-Biber & Leavy, 2007, S. 78). In diesem bewussten Auswahlprozess sollen Personen und Gruppen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie detaillierte und tiefgründige Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen bereitstellen können, als Schlüsselinformanten („key informants“) gewonnen werden (Payne & Payne, 2004, S. 134ff.). In dieser Studie sind es Kliniken, die Erfahrungen mit der Einbindung Ehrenamtlicher in Versorgungsprozesse aufweisen.

Hierbei wird angestrebt, eine möglichst heterogene Auswahl an Krankenhäusern im Hinblick auf Größe, Trägerschaft, geografische Lage sowie der Anzahl der jeweils aktiven Ehrenamtlichen zu gewinnen.

Dahingegen sollen die Eigenschaften der Personen, die an den einzelnen Diskussionsrunden teilnehmen, möglichst homogen sein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen in vergleichbarer Konstellation auch im Alltag zusammenarbeiten. Somit können sie auf einen gemeinsamen Erfahrungsspeicher zurückgreifen, was den Diskussionsverlauf unterstützt (Lamnek & Krell, 2016, S. 407f.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 108f.). Lamnek und Krell (2016, S. 408) betonen, dass nur in weitestgehend homogenen, natürlichen Gruppen echte Gruppenmeinungen zum Ausdruck kommen.

Eine heterogene Zusammensetzung, beispielsweise eine Gruppe, die aus Führungskräften und hierarchisch unterstellten Mitarbeitenden besteht, birgt die Gefahr, dass sich Mitarbeitende, die eine gegensätzliche Position zu ihren Vorgesetzten vertreten, aus Furcht vor Konsequenzen nicht offen äußern.

Abbildung 10 zeigt die methodische Vorgehensweise dieser Studie im Überblick.

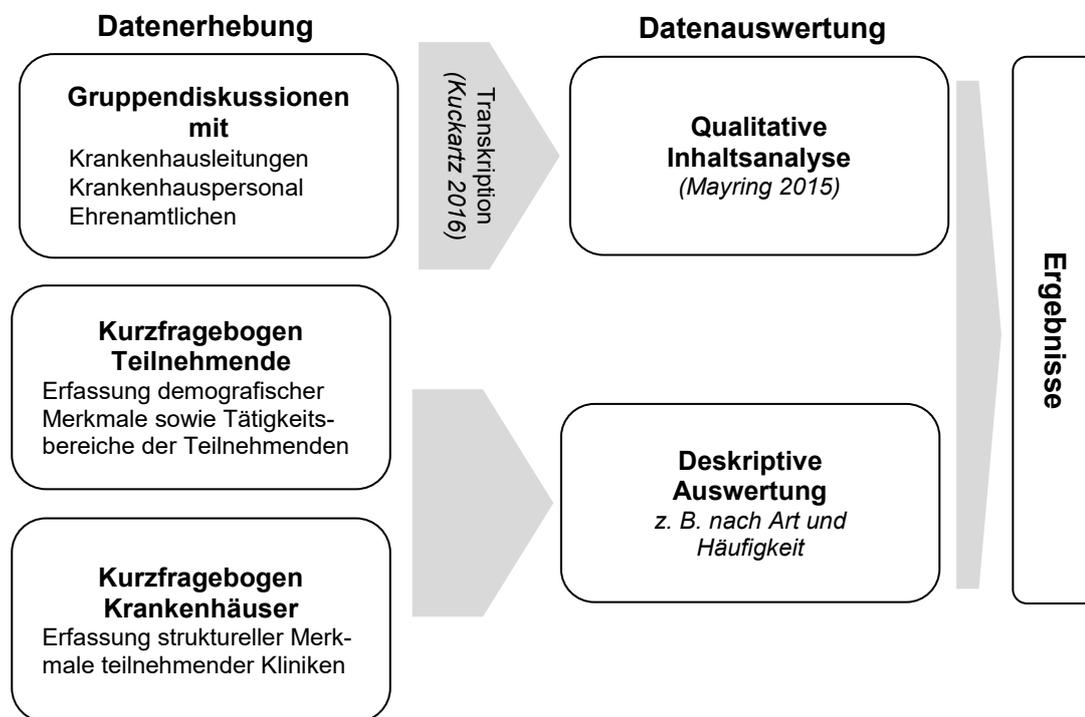


Abbildung 10: Vorgehensweise bei Datenerhebung und Datenauswertung
(eigene Darstellung)

5.2.1 Selektionskriterien

Für die Krankenhäuser und die Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen, die an den jeweiligen Diskussionsrunden dieser Studie teilnehmen, gelten folgende Auswahlkriterien:

Teilnehmende Krankenhäuser

- Allgemeinkrankenhäuser der Akutversorgung
- Heterogenität der einzelnen Häuser im Hinblick auf:
 - Trägerschaft
 - Kapazitäten (Bettzahl)
 - Anzahl hauptberuflicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Anzahl der Ehrenamtlichen
 - geografische Lage
- Erfahrungen im Umgang mit dem Ehrenamt in der direkten Patientenversorgung

Gruppendiskussionen mit Krankenhausleitungen (Leitungsebene)

- Personen aus der mittleren und oberen Management- und Leitungsebene (z. B. Direktorinnen und Direktoren, Pflegedienstleitungen)
- Beteiligung an grundsätzlichen „Pro-“ oder „Contra-“ Entscheidungen der Klinik im Hinblick auf das Ehrenamt
- Mitwirkung an der Umsetzung und Gestaltung des Ehrenamts in ihrem Krankenhaus

Gruppendiskussionen mit Krankenhauspersonal in der direkten Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen (Krankenhauspersonal)

- Hauptberufliches Krankenhauspersonal von Fachabteilungen, das im unmittelbaren Arbeitskontext regelmäßig direkten Kontakt zu Ehrenamtlichen hat, z. B. Pflegekräfte, Personen aus dem Krankenhaussozialdienst oder dem seelsorgerischen Bereich

Gruppendiskussionen mit Ehrenamtlichen

- Personen, die freiwillig und unentgeltlich in den teilnehmenden Krankenhäusern tätig sind (eventuell gezahlte Aufwandsentschädigungen, Fahrtkostenerstattungen oder geldwerte Leistungen, wie z. B. Mittagessen, führen nicht zum Ausschluss)
- Ihre Tätigkeit unterliegt nicht dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG) (vgl. S. 4)

5.2.2 Zugang zum Feld

Über eine Recherche in Fachartikeln und auf Internetseiten von Kliniken werden diejenigen Häuser identifiziert, die als „key informants“ dienen können. Potenziell geeignete Krankenhäuser werden per E-Mail und zeitgleich telefonisch kontaktiert, um ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu erfragen. Die Kliniken erhalten Informationsmaterialien über das Untersuchungsinteresse und die methodische Vorgehensweise.

Krankenhäuser, die sich bereit erklären, an der Untersuchung teilzunehmen, benennen Verantwortliche, die im nächsten Schritt auf Grundlage der Selektionskriterien mögliche Teilnehmerinnen und -teilnehmer auswählen und zu Diskussionsgruppen zusammenstellen. Im Anschluss daran werden in den jeweiligen Häusern Termine zur Durchführung der Gruppendiskussionen vereinbart.

5.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Zur Erhebung der qualitativen Daten werden ermittelnde Gruppendiskussionen mit Fokus auf die inhaltlichen Äußerungen der Gruppenmitglieder durchgeführt. Wie von Lamnek und Krell (2016, S. 411) als Optimum empfohlen, sollen die Gruppen aus fünf bis zwölf Personen bestehen.

Zusätzlich werden von allen Teilnehmenden in einem kurzen Fragebogen Alter und Geschlecht erhoben. Krankenhauspersonal und Leitungsebene werden zu ihrer jeweiligen Funktion im Krankenhaus und zur Häufigkeit sowie Form des Kontakts zu Ehrenamtlichen im Arbeitsalltag befragt.

Die Ehrenamtlichen geben an, seit wie vielen Jahren sie bereits ehrenamtlich im Krankenhaus tätig sind und welchen zeitlichen Umfang sie pro Woche für dieses Ehrenamt aufbringen. Sie skizzieren außerdem, welche konkreten Tätigkeiten sie im Krankenhaus übernehmen.

Zur Erhebung der strukturellen Merkmale der Krankenhäuser machen die für diese Studie seitens der Kliniken benannten Ansprechpersonen unter anderem Angaben zur Bettenzahl ihrer Klinik, zur Anzahl der hauptberuflich Beschäftigten, zur Anzahl der Ehrenamtlichen sowie zur innerbetrieblichen Organisation des Ehrenamts.

Tabelle 4 zeigt die in den Kurzfragebögen erhobenen Merkmale im Überblick. Im Anhang dieser Arbeit sind die jeweiligen Fragebögen als Muster beigefügt.

Tabelle 4: Überblick über die in den Kurzfragebögen erhobenen Merkmale

Leitungsebene / Personal	Ehrenamtliche	Struktur der Krankenhäuser
<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Person <ul style="list-style-type: none"> - Alter und Geschlecht • Tätigkeit und Funktion der Teilnehmenden • Angaben zum Kontakt mit Ehrenamtlichen im Arbeitsumfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Person <ul style="list-style-type: none"> - Alter und Geschlecht • Angaben zu zeitlichen Aspekten ihres Ehrenamts im Krankenhaus • Konkrete Tätigkeiten, die im Ehrenamt durchgeführt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zu Größe und Trägerschaft der Kliniken • Angaben zur Integration der Ehrenamtlichen <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl an Ehrenamtlichen - Koordination und Steuerung des Ehrenamts - Bereiche, in denen Ehrenamtliche eingesetzt werden

(eigene Darstellung)

5.3.1 Ablauf der Gruppendiskussionen

Die zeitliche Gestaltung verläuft in allen Gruppendiskussionen identisch: Zunächst füllen die Gruppenmitglieder in einer „Warm-up“-Phase die Kurzfragebögen aus. Sie erhalten Hinweise zu den Zielen der Studie, zur Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, zum Datenschutz sowie zum Ablauf der Diskussionsrunde. In einer kurzen Vorstellungsrunde stellen sich Gruppenmitglieder und Diskussionsmoderatorin einander vor. Dann wird das Aufnahmegerät eingeschaltet und die Gruppendiskussion durch bewusst vage gehaltene Fragen eröffnet.

Die Fragen zum Einstieg in die Diskussion lauten für die Leitungsebene und das Personal:

„Warum setzen Sie in Ihrer Klinik Ehrenamtliche ein?“

„Was erwarten Sie sich von der Einbindung Ehrenamtlicher?“

Die entsprechend angepassten Fragen an die Ehrenamtlichen lauten:

„Warum sind Sie ehrenamtlich im Krankenhaus tätig?“

„Was erwarten Sie sich von Ihrem Engagement im Krankenhaus?“

Ziel dieser Eröffnungsfragen ist es, einen Diskurs anzuregen, in dem sich die Teilnehmenden in vertrauensvoller Atmosphäre möglichst offen über das Ehrenamt im Krankenhaus austauschen und sich gedanklich mit dem Thema auseinandersetzen. Die Moderatorin greift nur dann ein, wenn die Diskussion ins Stocken gerät, das Gespräch vom Forschungsthema abgeleitet oder, sofern zum Verständnis oder im Rückgriff auf Gesagtes ergänzende Informationen nötig sind. Für diese Situationen sind weitere Leitfragen vorformuliert, die bedarfsweise angepasst und eingesetzt werden können.

Neue, bislang nicht in Erwägung gezogene Aspekte, die sich im Laufe des Datenerhebungsprozesses ergeben, stellt die Moderatorin in einer zirkulären Strategie (Lamnek & Krell, 2016, S. 187) in den darauffolgenden Gruppendiskussionen zur Debatte.

Kommen die Gesprächsbeiträge der Gruppenmitglieder zum Erliegen, werden die inhalts-tragenden Aussagen durch die Moderatorin in einer Zusammenfassung paraphrasiert und rekapituliert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben dann die Gelegenheit, der Interpretation der Forscherin zuzustimmen oder diese richtig zu stellen beziehungsweise abweichende Meinungen einzubringen. Durch dieses Vorgehen wird gleichzeitig die Gültigkeit der Interpretation der Gruppenmeinung durch die Moderatorin überprüft (Lamnek & Krell, 2016, S. 418) und somit eine erste kommunikative Validierung durchgeführt.

Alle Diskussionsrunden finden in den Räumlichkeiten der teilnehmenden Krankenhäuser statt. Die Moderation erfolgt gleichbleibend durch die Verfasserin dieser Arbeit.

5.3.2 Datenmanagement und Datenauswertung

Die Diskussionen werden elektronisch aufgezeichnet und mit dem Softwareprogramm f4 (Anbieter: Dr. Dresing & Pehl GmbH) transkribiert. Während und nach den Diskussionsrunden werden Notizen zum Kontext angefertigt. Äußerungen, die nach Abschalten des Aufnahmegeräts fallen, werden ebenfalls notiert.

Die Transkription erfolgt nach einfachen, auf das inhaltliche Verständnis ausgerichtete Regeln, wie sie Kuckartz (2016, S. 166) vorschlägt. Zur Kontrolle der Korrektheit werden die fertigen Transkripte ein zweites Mal mit dem Original-Tonmaterial abgeglichen.

Die Angaben aus den Kurzfragebögen werden je nach Thema einfachen Häufigkeits- oder Mittelwertanalysen unterzogen.

Zur Auswertung gemäß der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 103) kommt die Software MAXQDA Version 11 (Anbieter: Verbi GmbH, Berlin) zum Einsatz.

In der qualitativen Datenauswertung werden die zentralen Oberkategorien deduktiv auf Basis theoretischer Annahmen zur Motivation (Ziele und Erwartungen) vorgegeben, die untergeordneten Kategorien induktiv aus dem Textmaterial heraus gebildet.

Die Richtung der Analyse gilt im ersten Schritt der Entwicklung von Annahmen über die Ziele und erwünschten Folgen sowie die Erwartungen im Hinblick auf das Ehrenamt im Krankenhaus. Es werden Faktoren identifiziert, die zu einer erfolgreichen Zielerreichung beitragen. Im nächsten Schritt werden Kongruenzen und Inkongruenzen zwischen den einzelnen Gruppenperspektiven herausgearbeitet.

Im Sinne der schrittweisen, regelgeleiteten Vorgehensweise wird vorab festgelegt, in welchen Einheiten die Analyse erfolgt (Mayring, 1994, S. 162): In dieser Studie sind die kleinsten Kodiereinheiten die Aussagen einzelner Gruppenmitglieder. Die größte Analyseeinheit (Kontexteinheit) bilden – übergreifend über die jeweiligen Krankenhäuser – die Meinungen der jeweiligen Gesamtgruppen von Leitungsebene, Krankenhauspersonal und Ehrenamtlichen. Aus jeder Gruppe wird zunächst eine Diskussionsrunde ausgewertet. Dann folgt sukzessive die Analyse aller weiteren Gruppendiskussionen – stets beginnend mit der Leitungsebene.

Die Anordnung und Sortierung der induktiv entwickelten Kategorien erfolgt im Kategoriensystem nach der Anzahl der jeweils kodierten Äußerungen und Meinungen. Aspekte, die häufiger zur Sprache kommen, werden im Kategoriensystem weiter oben angeordnet als Aspekte, die nur selten angesprochen werden.

Abbildung 11 zeigt den Ablauf der Datenauswertung.



Abbildung 11: Schema der Datenauswertung

(eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz, 2016, S. 100ff.; Mayring, 2015, S. 98)

5.3.3 Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse

Die Intercoderübereinstimmung als wichtiges Gütekriterium qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. S. 53) wird in dieser Studie überprüft, indem mehrere Personen unabhängig voneinander an ausgewählten Diskussionsrunden jeder Gruppe das gesamte Kategoriensystem und die einzelnen Kodierungen analysieren.

Neben der Studienleiterin, die die gesamte Datenauswertung steuert, sind hierbei fünf weitere Forschende beteiligt. Diese weisen Kompetenzen im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften auf. Alle bringen Erfahrungen in der qualitativen und quantitativen Sozialforschung einschließlich Datenauswertung sowie in der Durchführung von Evaluationsstudien mit.

Zur Prüfung der semantischen Gültigkeit erfolgt jeweils im Anschluss an die konsensuelle Kodierung ein Austausch mit diesen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern über die Definitionen der einzelnen Kategorien, über die Kodierregeln sowie über Ankerbeispiele und inhaltlich bedeutungsvolle Textstellen.

Die externe Validität wird durch eine zweifache kommunikative Validierung überprüft (vgl. S. 54): Die erste findet immer am Ende jeder Gruppendiskussion statt. Zu diesem Zeitpunkt fasst die Moderatorin die Äußerungen der Teilnehmenden zusammen und die Teilnehmenden werden aufgefordert, kundzutun, wenn diese Interpretation nicht ihrer Meinung entspricht. Bei Bedarf können sie ihre Position richtig stellen. Eine zweite kommunikative Validierung erfolgt nach Abschluss der Auswertungen. Hierzu werden die zentralen Ergebnisse der einzelnen Gruppen den Teilnehmenden per E-Mail zugesendet. Die Personen werden um eine Rückmeldung zu einem eventuellen Modifizierungsbedarf der Ergebnisinterpretation gebeten.

Der E-Mail Versand der Ergebnisse und des Kategoriensystems erfolgte im Februar 2018. Bis Ende April 2018 gingen Rückmeldungen von allen drei teilnehmenden Gruppen der jeweiligen Kliniken ein.

5.3.4 Berücksichtigung ethischer Kriterien

Die für diese Studie benannten Ansprechpersonen der Krankenhäuser sowie die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen werden mündlich und schriftlich über das Interesse der Studie, die Vorgehensweise der Untersuchung und die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme aufgeklärt.

Die Interessen der Krankenhäuser und der teilnehmenden Einzelpersonen im Hinblick auf Datenschutz und Anonymität werden in allen Phasen der Studie zugesichert und eingehalten. Durch die Anonymisierung der Daten kann von den Aussagen nicht auf einzelne Personen geschlossen werden. Alle involvierten Personen erklären sich schriftlich mit ihrer Teilnahme einverstanden. Einverständniserklärungen und Daten werden getrennt voneinander aufbewahrt.

Ein Muster der Einverständniserklärung ist im Anhang einsehbar.

5.3.5 Hintergrundwissen der Forscherin

In der qualitativen Forschung gelten die Forschenden mit ihren subjektiven Wahrnehmungen als wichtige Einflussfaktoren im Forschungs- und Reflexionsprozess (Flick, Kardorff & Steinke, 2009a, S. 23). Wenngleich qualitative Forschung darauf abzielt, neue Erkenntnisse über ein bis dato wenig beforschtes Feld zu erlangen, können Forschende ihre Vorerfahrungen nicht aufgeben, sondern ihr Vorwissen lediglich in den Hintergrund stellen beziehungsweise „einklammern“ (Brüsemeister, 2008, S. 24). Das bereits vorhandene Wissen kann jedoch die Studienergebnisse beeinflussen und sollte daher transparent dargelegt werden, wie es nun für diese Studie erfolgt:

Die Leiterin dieser Studie beschäftigt sich seit 2010 intensiv mit dem Ehrenamt in Pflege- und Versorgungskontexten. Von 2010 bis 2015 wirkte sie im Projekt „Poststationäre Laienunterstützung für Patienten (+P)“ mit. Dort wurde ein Konzept zur sozialen Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt durch Ehrenamtliche entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Als Teil dieses Projekts identifizierte sie im Rahmen ihrer Masterthesis Motivationsfaktoren für ehrenamtliches Engagement in der sozialen Unterstützung älterer Menschen.

Seit 2016 übernimmt sie die wissenschaftliche Begleitung eines Krankenhauses, das ein Konzept umsetzt, in dem Ehrenamtliche einsame Seniorinnen und Senioren in ihrer Häuslichkeit besuchen und sozial unterstützen.

Darüber hinaus erwarb sie in einer mehrjährigen Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege Wissen über die Arbeitsprozesse in Krankenhäusern.

6. Merkmale der Krankenhäuser und Teilnehmenden

Für diese Studie wurden Ende 2016 fünf Akutkrankenhäuser in drei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland) als „key informants“ ausgewählt und deren Bereitschaft zur Studienteilnahme angefragt. Vier Krankenhäuser stimmten dieser zu, eine Klinik lehnte aus Zeitmangel ab.

In jedem der vier teilnehmenden Krankenhäuser fanden zwischen Januar und April 2017 jeweils drei Diskussionsrunden statt: Eine Gruppendiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern der Leitungsebene, eine Diskussionsrunde mit Personal, das im täglichen Versorgungsalltag Kontakt zum Ehrenamt im Krankenhaus hat, sowie pro Krankenhaus eine Diskussion mit Ehrenamtlichen. Die einzelnen Gruppendiskussionen erfolgten zeitlich und räumlich getrennt.

Die jeweilige Dauer betrug im Durchschnitt 47 Minuten. Die kürzeste Gruppendiskussion war nach 31 Minuten beendet, die längste dauerte eine Stunde. Zur reinen Diskussionsdauer hinzu kam die Zeit für das „Warm-Up“ und das Ausfüllen der Kurzfragebögen.

6.1 Strukturelle Merkmale der Krankenhäuser

Trägerschaft, Größe und geografische Lage

Drei der teilnehmenden Kliniken sind in konfessioneller Trägerschaft, ein Krankenhaus hat einen öffentlichen Träger.

Die Bettenzahl und die Anzahl der Fachabteilungen dieser Krankenhäuser unterscheiden sich deutlich, ebenso die Anzahl der hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Die kleinste teilnehmende Klinik verfügt über sechs Fachabteilungen mit etwa 250 Betten, die größte hat 26 Fachabteilungen mit rund 1.500 Betten. Die Anzahl an hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern lag zum Erhebungszeitpunkt in den einzelnen Kliniken zwischen 700 bis 4.200 Personen, die Zahl der Ehrenamtlichen betrug zwischen 10 und 135 Personen (vgl. Tabelle 5, S. 64).

Die beiden größten Krankenhäuser liegen in Großstädten. Eines dieser Häuser verfügt neben dem städtisch gelegenen Hauptstandort über zusätzliche Dependancen im ländlichen Gebiet. Eine weitere Klinik liegt in einer mittelgroßen Stadt, die kleinste ist in einer Kreisstadt im ländlich geprägten Raum situiert.

Koordination und Steuerung der Ehrenamtlichen

In den Krankenhäusern 1 und 2 übernimmt das hauptberufliche Personal die Steuerung und Koordination der Ehrenamtlichen als Zusatz zu seinen eigentlichen Aufgaben. In Krankenhaus 3 und 4 erfolgt die Koordination und Steuerung der Ehrenamtlichen über hauptberufliche Mitarbeiterinnen, die gezielt für diese Aufgabe eingestellt wurden (vgl. Tabelle 5).

Unabhängig davon, ob eine solche spezifische Koordinatorenstelle vorhanden ist, gibt es in allen Krankenhäusern je eine Person aus der Gruppe der Ehrenamtlichen, die als Ansprechperson, Sprecherin/Sprecher und als informelle Teamleitung der Ehrenamtlichen fungiert. Bei Fragen, Schwierigkeiten oder anderen Anliegen der Ehrenamtlichen stellt diese Person den Kontakt zu den für das Ehrenamt verantwortlichen Hauptberuflichen her.

Tabelle 5: Merkmale der teilnehmenden Krankenhäuser

Krankenhaus	1	2	3	4
Krankenhaussträger	öffentlich	konfessionell	konfessionell	konfessionell
Bettenzahl	ca. 1.400	ca. 250	ca. 1.500	ca. 650
Fachabteilungen	31	6	26	15
hauptberufliches Personal	ca. 2.900	ca. 700	ca. 4.200	ca. 2.500
Ehrenamtliche	40-50	10-15	130-140	10-15
Koordination und Steuerung der Ehrenamtlichen durch eine eigens hierfür vorgesehene Stelle	nein	nein	ja	ja

Einsatzgebiete der Ehrenamtlichen

Die für diese Studie benannten Ansprechpersonen der Krankenhäuser gaben in Kurzfragebögen an, welche Tätigkeiten die Ehrenamtlichen in ihrer Klinik übernehmen. Dabei waren die Antworten der Krankenhäuser weitestgehend gleich: Die Ehrenamtlichen führen Gespräche mit Patientinnen und Patienten, erledigen kleinere Besorgungen oder sie begleiten Erkrankte innerhalb der Klinik oder bei kleinen Spaziergängen. Des Weiteren unterstützen sie bei der Nahrungsaufnahme, wenn Erkrankte in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. In einem Krankenhaus ermöglichen Ehrenamtliche das Angebot einer mobilen Patientenbücherei, in der sich Patientinnen und Patienten Bücher für die Zeit ihres Krankenhausaufenthalts ausleihen können. Außerdem begleiten Ehrenamtliche Sterbende oder mobilisieren, angeleitet durch Hauptberufliche, ältere und/oder psychogeriatrisch Erkrankte.

6.2 Merkmale der teilnehmenden Personen

6.2.1 Leitungsebene der Krankenhäuser

Demografische Merkmale

An den vier Diskussionsrunden mit der Leitungsebene nahmen insgesamt 22 Personen aus den Krankenhausdirektorien (Pflegedirektion, ärztliche Direktion, kaufmännische Direktion, in den kirchlich-konfessionellen Häusern zusätzlich theologische Direktion) und aus den Pflegedienstleitungen teil. Hierunter waren neun Frauen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug zum Erhebungszeitpunkt 52 Jahre (SD = 6,9 Jahre). Die jüngste Person war 38 Jahre, der älteste Teilnehmer 65 Jahre alt (vgl. Tabelle 6).

Kontakthäufigkeit zu Ehrenamtlichen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitungsebene gaben an, im Mittel etwa einmal im Monat Kontakt zu den Ehrenamtlichen ihres Krankenhauses zu haben. Die Kontakthäufigkeit im Einzelnen variiert: Während niemand täglich Kontakt zu Ehrenamtlichen hat, haben fünf Leitungspersonen diesen mindestens einmal pro Woche. Weitere fünf haben mindestens einmal pro Monat Kontakt zu den Ehrenamtlichen ihrer Klinik. Neun Teilnehmende begegnen diesen seltener als monatlich, drei Leitungspersonen treffen nie auf die Ehrenamtlichen ihres Hauses (vgl. Tabelle 6).

Form des Kontakts zu Ehrenamtlichen

Einige der Leitungskräfte fungieren für die Ehrenamtlichen als übergeordnete Ansprechpersonen bei Fragen und Problemen. Andere sind für den strukturellen Ausbau des Ehrenamts im Krankenhaus zuständig oder sie organisieren Fortbildungen für Ehrenamtliche. Vier Leitungskräfte begegnen den Ehrenamtlichen ihres Hauses nur per Zufall, z. B. bei offiziellen Veranstaltungen, zu denen auch Ehrenamtliche geladen sind.

Tabelle 6: Merkmale der Leitungsebene

Merkmal	Leitungsebene/ Management
Anzahl N (%)	22 (100)
Geschlecht weiblich N (%)	9 (40,9)
Alter in Jahren M (SD) (Minimum: 38 Jahre, Maximum: 65 Jahre)	52,1 (6,9)
Häufigkeit des Kontakts zu Ehrenamtlichen N (%)	
<i>täglich</i>	0 (0)
<i>mindestens 1x pro Woche</i>	5 (22,7)
<i>mindestens 1x pro Monat</i>	5 (22,7)
<i>seltener als 1x pro Monat</i>	9 (40,9)
<i>nie</i>	3 (13,7)

6.2.2 Krankenhauspersonal

Demografische Merkmale

An den vier Gruppendiskussionen mit hauptberuflichem Personal, das im Versorgungsalltag mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet, nahmen 19 Frauen und fünf Männer teil. Zwei Drittel der Personen (N =16) sind in der Pflege tätig, die übrigen in der Seelsorge und dem Sozialdienst beschäftigt oder sie koordinieren Projekte, in denen Ehrenamtliche beteiligt sind. Die jüngste Teilnehmerin war zum Erhebungszeitpunkt 22 Jahre alt, die älteste 62 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Hauptberuflichen betrug etwa 44 Jahre (vgl. Tabelle 7).

Kontakthäufigkeit zu Ehrenamtlichen

Insgesamt 21 Hauptberufliche haben mindestens einmal pro Woche oder zumindest einmal pro Monat Kontakt zu Ehrenamtlichen (vgl. Tabelle 7). Eine Person steht im täglichen Austausch mit Ehrenamtlichen, eine weitere trifft seltener als einmal im Monat auf Ehrenamtliche. Eine Teilnehmerin gibt an, aufgrund der kurzen Dauer ihrer Beschäftigung bis zum Tag der Gruppendiskussion noch nie Kontakt zu den Ehrenamtlichen gehabt zu haben.

Form des Kontakts zu Ehrenamtlichen

Der Kontakt zwischen Personal und Ehrenamtlichen erfolgt primär bei der Begleitung der Ehrenamtlichen in ihrer Patientenunterstützung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen Gespräche mit den Ehrenamtlichen und beantworten deren Fragen. Einige sind zusätzlich für die Anleitung zuständig oder sie planen und koordinieren deren Einsätze.

Tabelle 7: Merkmale des Krankenhauspersonals

Merkmal	Krankenhauspersonal
Anzahl N (%)	24 (100)
Geschlecht weiblich N (%)	19 (79,2)
Alter in Jahren M (SD) <i>(Minimum: 22 Jahre, Maximum: 62 Jahre)</i>	43,9 (13,1)
Häufigkeit des Kontakts zu Ehrenamtlichen N (%)	
<i>täglich</i>	1 (4,2)
<i>mindestens 1x pro Woche</i>	14 (58,2)
<i>mindestens 1x pro Monat</i>	7 (29,2)
<i>seltener als 1x pro Monat</i>	1 (4,2)
<i>nie</i>	1 (4,2)

6.2.3 Ehrenamtliche

Demografische Merkmale

An den vier Diskussionsrunden mit Ehrenamtlichen nahmen 17 Frauen und drei Männer teil. Die jüngste Ehrenamtliche war 22 Jahre, die älteste 76 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug etwa 62 Jahre. Lediglich zwei Personen waren zum Erhebungszeitpunkt jünger als 40 Jahre. Etwa die Hälfte der Ehrenamtlichen (11 von 20 Personen) hatte bereits das Rentenalter von aktuell 65 Jahren erreicht (vgl. Tabelle 8).

Vergleicht man das Alter der Ehrenamtlichen dieser Studie mit dem durchschnittlichen Alter der Ehrenamtlichen im Freiwilligensurvey 2014, so zeigt sich, dass die dort Befragten, die sich im Bereich Pflege engagieren, mit etwa 58 Jahren (Simonson, 2013, S. 25) circa vier Jahre jünger waren als die Ehrenamtlichen dieser Studie. Das Alter der Ehrenamtlichen, die Steunenberg et al. (2016, S. 461) in eine Evaluation des HELP-Programms einbezog, lag mit durchschnittlich 54 Jahren ebenfalls darunter.

Tabelle 8: Merkmale der Ehrenamtlichen

Merkmal	Ehrenamtliche
Anzahl N (%)	20 (100)
Geschlecht weiblich N (%)	17 (85,0)
Alter in Jahren M (SD) <i>(Minimum: 22 Jahre, Maximum: 76 Jahre)</i>	61,6 (13,8)
ehrenamtlich im jeweiligen Krankenhaus aktiv (in Jahren) M (SD) <i>(Minimum: 7 Monate, Maximum: 25 Jahre)</i>	8,2 (6,6)
Häufigkeit des Ehrenamts N (%)	
<i>täglich</i>	0 (0)
<i>2-3x pro Woche</i>	2 (10,0)
<i>1x pro Woche</i>	17 (85,0)
<i>2x pro Monat</i>	1 (5,0)
<i>1x pro Monat</i>	0 (0)
<i>Seltener als 1x pro Monat</i>	0 (0)
Tätigkeitsdauer an einzelnen Tagen in Stunden M (SD)	3,9 (1,2)

Dauer und zeitlicher Aufwand für das Ehrenamt

Die Ehrenamtlichen engagierten sich zum Zeitpunkt der Gruppendiskussionen im Mittel bereits mehr als acht Jahre in den jeweiligen Krankenhäusern. Eine Person war erst seit sieben Monaten ehrenamtlich tätig, die am längsten engagierte Ehrenamtliche bereits über 25 Jahre im gleichen Krankenhaus.

Die Mehrheit der Ehrenamtlichen (17 der 20 Teilnehmenden) besucht die Krankenhauspatientinnen und -patienten einmal pro Woche. Zwei Personen engagieren sich an zwei bis drei Tagen wöchentlich. Eine andere Person übt ihr Ehrenamt im Krankenhaus nur an zwei Tagen im Monat aus (vgl. Tabelle 8).

An den Tagen, an denen sich die Ehrenamtlichen im Krankenhaus engagieren, sind sie im Durchschnitt vier Stunden tätig. Der geringste zeitliche Aufwand pro Einsatz liegt bei zwei, der höchste bei sieben Stunden (vgl. Tabelle 8, S. 67). Somit entspricht der zeitliche Einsatz, den die Ehrenamtlichen dieser Studie einbringen, nahezu exakt dem Wert, den Galea et al. (2013, S. 4) für den britischen Krankenhausesektor angeben: Die dort aktiven Ehrenamtlichen engagieren sich ebenfalls durchschnittlich viermal monatlich für 3,5 Stunden.

Konkrete Tätigkeitsfelder der Ehrenamtlichen

Die Ehrenamtlichen gaben außerdem an, welche Tätigkeiten sie ganz konkret übernehmen. Es zeigt sich ein sehr heterogenes Tätigkeitsspektrum. Am häufigsten genannt werden Gespräche mit Erkrankten. Darüber hinaus erledigen viele Ehrenamtliche Botengänge oder machen kleinere Besorgungen für die Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle 9). Die Angaben der Ehrenamtlichen dieser Studie entsprechen somit den Tätigkeitsprofilen, wie sie in anderen Untersuchungen dargestellt werden (z. B. Handy & Srinivasan, 2004, S. 36).

Tabelle 9: Angaben zu den Tätigkeitsfeldern der Ehrenamtlichen

Tätigkeit	Nennungen
Gespräche mit Patientinnen und Patienten	17
Botengänge, kleinere Besorgungen für Patientinnen und Patienten (z. B. kleinere Einkäufe, Briefe zur Post bringen)	11
Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei Mahlzeiten	4
Begleitung von Patientinnen und Patienten (z. B. Begleitung am Tag der Aufnahme zur zugewiesenen Fachabteilung, Begleitung bei Spaziergängen)	4
Organisation von Treffen der Ehrenamtlichen, Organisation von Schulungen, Vermittlung zwischen Krankenhausleitung und Engagierten, Vertretung der Ehrenamtlichen in der Öffentlichkeit	4
Mobile Bücherei/Bücherwagen für Erkrankte	2
Kontakte für Patientinnen und Patienten nach außen herstellen (z. B. zu Pflegediensten, Selbsthilfegruppen)	2
Übernahme von Sitzwachen bei unruhigen/sterbenden Patientinnen und Patienten	2
Praktische Hilfstätigkeiten auf der Station (Getränke austeilen, Regale auffüllen)	1
Sonstige kleinere praktische Unterstützungsleistungen für Patientinnen und Patienten (z. B. Koffer packen)	1
Freizeitgestaltung von Patientinnen und Patienten	1
Hilfe bei der Verständigung mit ausländischen Patientinnen und Patienten (Übersetzungen durch gleichsprachliche Ehrenamtliche)	1
Besuche von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung	1

7. Ergebnisse

7.1 Perspektive der Leitungsebene

7.1.1 Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus

Die Personen der Leitungsebene sehen das übergeordnete Ziel des Ehrenamts im Krankenhaus in zusätzlicher Zeit und Zuwendung für Erkrankte. Sie werten Ehrenamt im Krankenhaus als eine Tradition, die es zu erhalten gilt. Ehrenamtliche sind aus ihrer Sicht wichtige Bindeglieder – sowohl zwischen dem hauptamtlichen Krankenhauspersonal und den Patientinnen und Patienten als auch zwischen der Institution Krankenhaus und der Öffentlichkeit. Über ein Angebot ehrenamtlichen Engagements kann die Klinik neues Personal gewinnen und Mitarbeitende über ihren Eintritt in den Ruhestand hinaus binden.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die erwünschten Folgen erreicht werden, ist nach Meinung der Leitungspersonen eine gute Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen. Weiteres Erfolgskriterium ist die Persönlichkeit der Ehrenamtlichen.

Im Folgenden werden zunächst allgemeine Anmerkungen der Leitungspersonen zum Ehrenamt im Krankenhaus erläutert, dann werden die Kategorien näher beschrieben und mit Zitaten aus den Gruppendiskussionen hinterlegt. Abbildung 12 (vgl. S. 70) zeigt die kategoriale Gliederung der Ziele und erwünschten Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus.

Anmerkungen der Leitungsebene zum Ehrenamt im Krankenhaus

Allgemein betrachtet sind die Leitungspersonen der Meinung, dass in ihren Häusern keine zielgerichtete beziehungsweise bewusste strategische Ausrichtung bezogen auf das Ehrenamt existiert – anders als z. B. im Hinblick auf ökonomische Ziele oder Qualitätsziele. Ehrenamtliche sind aus ihrer Sicht lediglich ein „Mehrwert“, von dem primär Erkrankte profitieren. Sie sind aber kein notwendiger Bestandteil im Versorgungsauftrag der Kliniken. Daher finde keine, von Strategien gelenkte Planung zur Ausgestaltung des Ehrenamts statt. In den Gruppendiskussionen thematisieren die Leitungspersonen somit weniger ihre konkreten Ziele, die sie mit der Integration Ehrenamtlicher verfolgen, sondern eher die aus ihrer Sicht erhofften beziehungsweise erwünschten Folgen.

„Das Klinikum [hat] andere Aufgaben als das Ehrenamt, von daher ist es ein begleitendes, schönes Element, aber es ist nicht im Bereich strategischer Ausrichtung“ (KH⁴ 3; L⁵)

„Sie [Ehrenamtliche] können es nur ergänzen oder bereichern [...] könnten einen Teil der KÜR darstellen“ (KH 3, L)

⁴ KH = Krankenhaus 1 bis 4

⁵ L = Leitungsebene, P = Personal = hauptberufliches Krankenhauspersonal in der direkten Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, E = Ehrenamtliche)

Jedoch merkt eine Teilnehmerin nach Abschluss der ersten Auswertung in der kommunikativen Validierung der Ergebnisse an, dass sich ihre Meinung seit der Teilnahme an der Gruppendiskussion verändert habe. Inzwischen würde sie das Ehrenamt nicht mehr nur als „Kür“ bezeichnen, sondern ausdrücken,

„dass das Ehrenamt auch in der strategischen Ausrichtung eines konfessionellen Hauses Berücksichtigung finden soll“ (KH 3, L)

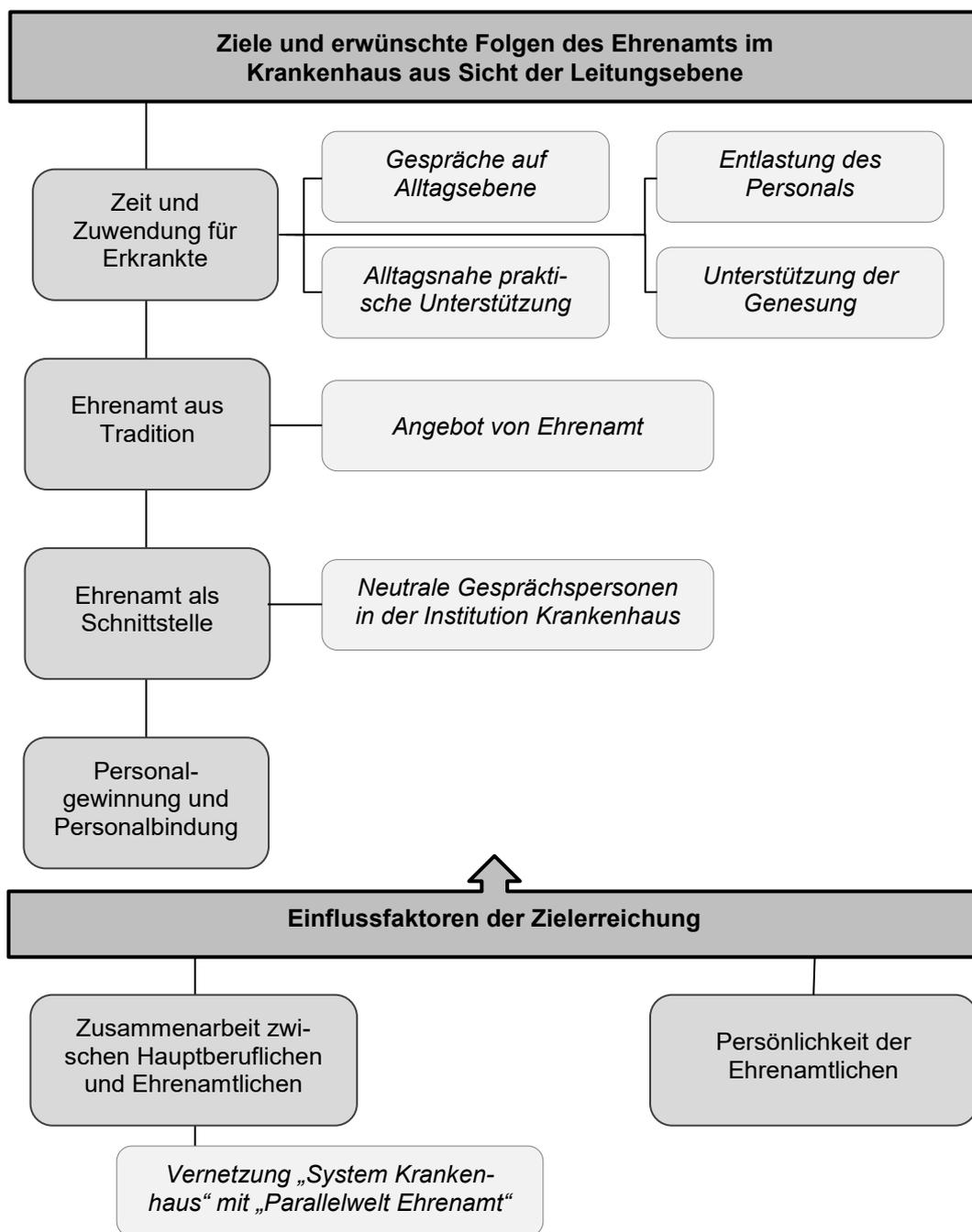


Abbildung 12: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht der Leitungsebene
(eigene Darstellung)

„Zeit und Zuwendung für Erkrankte“

Ehrenamtliche schenken den Patientinnen und Patienten ihren Bedürfnissen entsprechend Zeit und Zuwendung, die über das hinausgehen, was Hauptberufliche im Versorgungsalltag leisten können.

„Ehrenamtliche [können] den Patienten Zeit schenken, für ein Gespräch da sein, wofür das Personal heute in der Regel nicht mehr die entsprechenden Valenzen hat (...) und dann den Patienten das Gefühl geben, hier ist noch jemand da, der kann zuhören, was er sonst im Täglichen nicht mehr so stark erlebt“ (KH 2, L)

Die soziale Unterstützung durch Ehrenamtliche erfolgt angepasst an die alltägliche Lebenswelt der Patientinnen und Patienten und ihre Alltagsaktivitäten. Die ehrenamtliche Unterstützung ist kein Ersatz für medizinische, therapeutische oder pflegerische Tätigkeiten, sondern ist lediglich eine Ergänzung. Ehrenamtliche werden eher in einer Funktion gesehen, die mit der Rolle engagierter Angehöriger vergleichbar ist. Die Leitungsebene legt in allen Diskussionen großen Wert darauf, dass Ehrenamtliche keinesfalls professionelles Fachpersonal ersetzen können.

„Das [Ehrenamt hat einen] andere[n] Fokus (...). Bei der Mahlzeitenbegleitung, ist es so, dass sie [die Ehrenamtlichen] keine pflegerischen Tätigkeiten übernehmen, sondern den Patienten animieren oder die Kiwi aufschneiden, die [durch den Patienten] nicht aufgeschnitten werden kann. Dann mutet das erstmal von außen so an, als ob das genau das gleiche ist, was eine Pflegekraft machen könnte, dafür vielleicht aber gar keine Zeit hat und das ist ganz schlimm und so. So darf man es aber nicht sehen, sondern das ist tatsächlich eine Add-on-Funktion. Das ist keine, die einfach so im Alltag [des Personals] untergebracht werden kann und sollte“ (KH 3, L)

„Wenn Angehörige [da sind], übernehmen Angehörige viel: Formalitäten, Fragen beantworten. (...) Wir haben Patienten, die kriegen de facto gar keinen Besuch, weil keine Angehörigen in unmittelbarer Nähe sind oder es gibt gar keine mehr. Und je älter, das Patienten Klientel wird (...), desto kleiner wird ja auch oft das soziale Umfeld. Also auch da kann Ehrenamt gut einen Beitrag leisten, den wir über die professionell Tätigen nicht auffangen können“ (KH 3, L)

„Gespräche auf Alltagsebene“

Ehrenamtliche führen mit den Erkrankten Gespräche auf Alltagsebene. Eine besondere Zielgruppe ihrer Unterstützung sind einsame Personen oder Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung in einer Lebenskrise befinden. Durch die Ehrenamtlichen besteht für sie die Möglichkeit, längere Unterhaltungen zu führen, in denen – anders als in den Gesprächen mit dem Fachpersonal – nicht die Erkrankung, sondern andere, allgemeinere und alltagsnahe Themen im Mittelpunkt stehen.

„Weil gerade auch die Gespräche, wenn jemand durch eine Erkrankung eine Lebenskrise erfährt, dann sind die Gespräche [wichtig] (...). Es geht wirklich um Alltagsgespräche. Dass man mal sagen kann: `Wie ist denn das Wetter draußen?` oder: `Ich habe zuhause einen Vogel, ich hoffe die Nachbarin kümmert sich um den`“ (KH 1, L)

Durch diese alltagsnahen Gespräche haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, zumindest gedanklich am sozialen Leben außerhalb des Krankenhauses teilzunehmen. Die Kontaktaufnahme und Kommunikation zwischen Erkrankten und Ehrenamtlichen wird dadurch erleichtert, dass Ehrenamtliche und Erkrankte häufig aus der gleichen Region stammen.

„Indem so Gespräche geführt werden [kann] einfach der Patient noch mal so in der Heimat ein bisschen unterwegs sein. Er nimmt dadurch vielleicht am sozialen Leben auch ein bisschen mehr teil“ (KH 1, L)

„Alltagsnahe praktische Unterstützung“

Ehrenamtliche unterstützen die Patientinnen und Patienten in alltäglichen Dingen. Sie erledigen beispielsweise kleinere Besorgungen und Botengänge für die Erkrankten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Zum Beispiel kaufen sie in dem Krankenhauskiosk für Gehunfähige ein oder besorgen Telefonkarten an der Krankenhausrezeption.

„Kleine Einkaufstätigkeiten bei uns in der hauseigenen Cafeteria, ob's eine Zeitung ist ob's irgendwas Anderes ist auch“ (KH 1, L)

„Das sind Dinge, die man von keiner professionell Pflegenden oder anderen Kraft erwarten darf, im Krankenhaus kleinere Besorgungen zu machen oder im Kaufhof etwas zu kaufen“ (KH 4, L)

Einen weiteren positiven Beitrag leisten Ehrenamtliche, wenn sie Patientinnen und Patienten innerhalb des Krankenhauses begleiten, beispielsweise am Tag der Aufnahme von der Rezeption in die zuständige Fachabteilung oder zu diagnostischen Untersuchungen.

„Ich erlebe die [Ehrenamtlichen] als Lotsen, die Patienten begleiten, die Wege erläutern (...). Wir erleben ja auch, dass immer mehr demenziell veränderte Patienten ins Haus kommen, bei denen es schwierig ist, die durch einen Diagnostikprozess zu steuern. Und auch hier haben wir schon Ehrenamtler als Begleiter eingesetzt, die Wartezeiten mit dem Patienten verbringen, vor der Radiologie und vor dem Ultraschall und vor der nächsten Untersuchung, damit einfach so auch eine Kontinuität in der Begleitung da ist“ (KH 4, L)

Die Leitungspersonen betonen, dass die von Ehrenamtlichen angebotenen Serviceleistungen sich auf Tätigkeiten beschränken, die im Normalfall Angehörige übernehmen, sofern diese vor Ort sind. Es sind Leistungen, die nicht zum eigentlichen Aufgabengebiet professioneller Kräfte gehören.

„Die Ehrenamtlichen (...) [können] Dinge oder Wege oder Aufgaben übernehmen, die für uns nicht möglich sind, die auch zum Teil außerhalb der Klinik liegen (...). Weil die Mitarbeiter hier in der Klinik bleiben müssen und [durch die Ehrenamtlichen] gegebenenfalls auch eine Möglichkeit ist, nach draußen zu gehen (...). Insofern es dann auch keine Angehörigen gibt, die das auch mit unterstützen können. Davon gibt es sehr viele, das nimmt eher zu, dass Patienten auf solche Hilfen auch angewiesen sind, weil Angehörige entweder nicht da sind, weit weg sind, oder aber auch weniger da sind und die Unterstützung nicht bieten können“ (KH 2, L)

„Entlastung des Personals“

Die Zeit und die Zuwendung, die Ehrenamtliche den Patientinnen und Patienten in Form von Gesprächen oder Serviceleistungen entgegenbringen, entlasten und unterstützen das hauptberufliche Personal.

„Natürlich ist es auch eine Entlastung. Weil wir könnten den Patienten auch nicht ganz alleine auf den Weg schicken, dann müssten wir auch Angehörige mit einbinden (...) oder es eben kompensieren mit Ehrenamtlern“ (KH 4, L)

„Ihre ausübende Funktion ist ja (...), im Alltag eine Funktion, die zu der Entlastung der Struktur führt“ (KH 3, L)

„Unterstützung der Genesung“

Aus Sicht der Leitungspersonen fördern die Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche den Genesungsprozess und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten.

„Der [Ehrenamtliche kann] aber auch eine therapeutische Wirkung haben. Also nicht nur die Begleitung, Entlastung, sondern eben Beruhigung eines im Endstadium sich befindenden Menschen. Das ist ja auch therapeutisch wirksam“ (KH 3, L)

„Sich das Problem mal von der Seele zu reden, mit einem ins Gespräch zu kommen, das hilft schon viel beim Gesundheitsprozess, bin ich 100% davon überzeugt“ (KH 2, L)

„Ehrenamt aus Tradition“

Mit ihrer Entscheidung für das Ehrenamt in ihren Kliniken geht es für die Vertreterinnen und Vertreter der Leitungsebene auch darum, einen traditionellen Bestandteil der Krankenhausversorgung zu erhalten. Ehrenamtliche – in vielen Häusern als „Grüne Damen und Herren“ bekannt – gehören seit jeher zum Bild der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit.

„Das [Ehrenamt ist] sicher wesentlicher Bestandteil des Krankenhauses. Wenn sie nicht da wären, würde auch was fehlen“ (KH 4, L)

In den konfessionellen Häusern kompensieren Ehrenamtliche teilweise auch die Ordensschwwestern, die früher in diesen Häusern als Gesprächspersonen zur Verfügung standen.

„Den Weggang der [Ordens]Schwestern durch Ehrenamtliche zu ersetzen. Im Prinzip also das, was die Schwestern von ihrer Grundprofession gemacht haben, für die Leute da zu sein (...) durch einfache Anwesenheit und die Möglichkeit, mal sich eine Stunde auch Zeit zu nehmen“ (KH 2, L)

Das Ehrenamt im Krankenhaus wird als „ein Stück Kultur“ (KH 4, L) erlebt. Die Bevölkerung erwarte, dass dort Ehrenamtliche tätig sind und tätig werden können. Krankenhausleitungen, die in ihren Häusern keine Ehrenamtlichen zulassen, würden in der Öffentlichkeit auf Unverständnis stoßen, dies schade womöglich der Krankenhausreputation.

„Wenn wir die Grünen Damen und Herren nicht bei uns hätten, müssten wir erklären, warum die nicht bei uns sind. Das ist ja heute ein gesellschaftlicher Anspruch (...). [Wir] würden da auch auf relativ viel Unverständnis stoßen“ (KH 1, L)

Die konfessionellen Häuser gehen davon aus, dass sie durch ehrenamtliche Dienste in ihrer Außenwirkung profitieren.

„Gerade (...) ein christliches Krankenhaus, dort kann man das Ehrenamt leben (...). Wir stehen ja in einer Mission, die die Nächstenliebe in den Vordergrund rückt. Der Dienst an Menschen, das ist ja unsere Mission, die hier auch gelebt werden kann (...) und ja, dadurch auch den Benefit natürlich mitzunehmen, steht einem christlichen Krankenhaus gut zu Gesicht“ (KH 4, L)

„Angebot von Ehrenamt“

Mit ihrer Entscheidung für die Einbindung Ehrenamtlicher schaffen die Krankenhäuser eine Möglichkeit und ein Angebot für Bürgerinnen und Bürger, sich im Gesundheitswesen zu engagieren. Ein Interesse der Krankenhausleitungen besteht somit darin, den historisch gewachsenen gesellschaftlichen Ansprüchen nachzukommen, wonach Krankenhäuser sich als soziale, dem Gemeinwohl verpflichtete Unternehmen präsentieren sollten.

„Ehrenamtliche miteinzubinden, das ist der eine Aspekt. Der andere Aspekt ist, Menschen die sich ehrenamtlich betätigen möchten, auch die Möglichkeit zu geben, das zu tun (...). Ein Krankenhaus ist ein guter Ort, um solche Möglichkeiten zu bieten“ (KH 2, L)

„Es ist ja gut, dass es Möglichkeiten gibt, wo sich Menschen engagieren können“ (KH 4, L)

„Ehrenamt als Schnittstelle“

Ehrenamtliche sind nach Auffassung der Leitungspersonen auf mehreren Ebenen eine wichtige Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten, Personal und Öffentlichkeit. Dadurch, dass die Ehrenamtlichen den Erkrankten in längeren Gesprächen ihre Zeit widmen können, nehmen sie viele Informationen und Fragen der Erkrankten auf, die sie bei Bedarf an das Personal weitergeben können.

„Aufgabengebiet [der Ehrenamtlichen] ist bei uns (...) Fragen weiterzugeben ans Pflegepersonal, weil die einfach auch mehr Zeit investieren können beim Patienten“ (KH 1, L)

Ehrenamtliche vermitteln darüber hinaus zwischen Krankenhaus und Öffentlichkeit. Sie erwerben im Zuge ihres Engagements Wissen und Informationen über den Versorgungsalltag im Krankenhaus, welche für die allgemeine Öffentlichkeit in der Regel nicht offen zugänglich sind. Dieses „Insider-Wissen“ tragen sie nach außen und beeinflussen auf diese Weise die Meinung über das Krankenhaus in der Öffentlichkeit.

In der Folge können diese in die Bevölkerung getragenen Erfahrungen der Ehrenamtlichen den Ruf und das Image der Klinik steigern. Umgekehrt können sich unzufriedene Ehrenamtliche in ihrem Umfeld negativ über das jeweilige Krankenhaus äußern und so das Bild der Klinik in der Bevölkerung schaden.

„Die [Ehrenamtlichen] haben eine Möglichkeit, in die andere Richtung zu denken. Das ist ja so, wie diese berühmte Notaufnahmetür, die im Milchglas gehalten ist: Für einen Laien ist es `ja was passiert dahinter, das ist ja unglaublich`. Der Freiwillige, der war schon mal dahinter und sieht, es geht da auch normal zu. Das kann der kommunizieren“ (KH 3, L)

„Die Grünen Damen und Herren (...) sind ganz wichtige Transporteure von Informationen, von Haltungen, von Meinungen (...). Die tragen natürlich ganz viel nach außen (...). Wenn sie sich intern wohl fühlen und das Gefühl haben, das läuft gut in diesem Krankenhaus, wird das so nach außen getragen. Das sind wichtige Multiplikatoren (...). Meine Hoffnung kann ja auch nach hinten losgehen, wenn die Grünen Damen und Herren irgendwie das Gefühl haben, es läuft nicht gut, dann tragen sie auch das raus (...).“ (KH 1, L)

„Neutrale Gesprächspersonen in der Institution Krankenhaus“

In Verbindung mit der Funktion der Ehrenamtlichen als eine Schnittstelle zwischen Krankenhaus und „Außenwelt“ kommt eine weitere erwünschte Folge zum Tragen: Die Tatsache, dass die Ehrenamtlichen medizinische und pflegerische Laien sind, die zudem nicht vertraglich mit der Institution Krankenhaus verbunden sind, führt dazu, dass sie von Erkrankten als unabhängige, neutrale Gesprächspartnerinnen und -partner erlebt werden.

Ehrenamtliche sind aus Sicht der Leitungspersonen frei von beruflichen oder institutionellen Zwängen. Hauptberufliche hingegen stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Institution Krankenhaus. Dieser Unterschied beeinflusst das Vertrauensverhältnis seitens der Erkrankten – sie vertrauen sich Ehrenamtlichen in einer anderen Weise an als dem Fachpersonal.

Nach Meinung der Leitungsebene kann diese besondere Rolle der Ehrenamtlichen in keiner Situation durch bezahlte, hauptberufliche Beschäftigte ersetzt werden.

„Diese Ehrenamtsperson, die sitzt zwischen den Etagen. Sie ist nicht Patient und die ist nicht Vertreter der Struktur. Das ist nicht der Chefarzt, das ist nicht die Oberschwester (...), sondern das ist jemand, der sowohl einen Fühler in die eine Welt als auch in die andere Welt hat und der vielleicht damit dann auch eher ansprechbar ist für diese Zwischenebene, für diese Ängste, die man so hat, wenn man in so einer Institution ist. Wenn jetzt irgendeiner sagt, `Ihr macht es euch billig, ihr kauft euch lauter Ehrenamtliche ein, das müsstet ihr doch eigentlich mit Personal finanzieren` muss [man] eben auch klarmachen, dass diese Zwischenebene nicht eingekauft werden kann. Wir können nicht durch Mehreinstellungen von Pflegekräften diese Kommunikationslücke, die es da nun mal gibt zwischen `Ich bin Patient` und `Ich bin Institution`, füllen“ (KH 3, L)

„Es [ist] sehr wichtig, dass das ehrenamtlich ist, dass die [Position] unabhängig ist für einen Patienten (...). Das ist sicher eine sehr wichtige Funktion, weil er einfach die Klagen, sagen wir nicht Beschwerden, aber das gewisse Wollen der Patienten ohne irgendwelche Bindungen auch vortragen kann“ (KH 4, L)

„Personalgewinnung und Personalbindung“

Die Leitungspersonen erhoffen sich, über das Ehrenamt neues Personal zu gewinnen. Bei Jüngeren kann ein (zunächst) ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus beispielsweise das Interesse an einer Ausbildung im Gesundheitssektor wecken.

„Wir erleben es sehr häufig, (...) dass viele von denen das [Ehrenamt] auch als Einstieg sehen, um dann eine Berufsausbildung oder Studium in diesem Bereich zu machen. Das ist ja auch nochmal ein Gewinn für die Institutionen, für die verschiedenen Berufe (...). Da waren viele dabei, die das vorher eigentlich überhaupt nicht für sich in Erwägung gezogen hatten.“ (KH 3, L)

Das Angebot von Ehrenamt kann gleichzeitig eine Möglichkeit für ältere Krankenhausangestellte bieten, sich über den Eintritt in den Ruhestand hinaus weiterhin für die jeweiligen Kliniken zu engagieren. Erfahrungswissen bleibt somit für die Einrichtung möglichst lange erhalten.

„Was sich sehr bewährt hat, ist, ehemalige Mitarbeiter als Ehrenamtliche einzusetzen, um einfach deren Kenntnisse, Erfahrungen über die Berentung hinaus nutzen zu können, indem sie sich zu bestimmten Themen einbringen können. Somit bleibt das Fachwissen auch über längere Zeit einfach in der Klinik und die Erfahrung, die man an keinen weitergeben kann. Fachwissen kann ich weitergeben aber keine Erfahrung und so kann man das auch mit nutzen von daher bietet es sich immer an, Ehrenamtliche miteinzubinden.“ (KH 2, L)

Einflussfaktoren der Zielerreichung

Bezogen auf die Ziele und erwünschten Folgen des Ehrenamts stellt sich die Frage, welche Faktoren deren Erreichen förderlich oder negativ beeinflussen. Als wesentlich werden zum einen die konkrete Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen sowie die übergeordnete Vernetzung zwischen Krankenhaus und Ehrenamt genannt. Zum anderen spielt aus Sicht der Leitungsebene die Persönlichkeit der Ehrenamtlichen eine Rolle, wie nun näher erläutert (vgl. Abbildung 12, S. 70).

„Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen“

Die Leitungspersonen sehen einen wichtigen Aspekt, der dazu beiträgt, dass das Ehrenamt im Krankenhaus die erwünschten Folgen mit sich bringt, in der guten Zusammenarbeit zwischen dem hauptberuflichen Personal und den Ehrenamtlichen. Ausschlaggebend sind die Kommunikation mit den Ehrenamtlichen und die gezielte Informationsweitergabe, welche Patientinnen und Patienten auf welche Art ehrenamtlich unterstützt werden sollten.

„Dass die sich also zuerst bei der Pflege noch einmal informieren: ‘Wo kann ich heute hin?’ Und die Pflege dann die Möglichkeit hat, nach ihrem Erleben zu sagen, dort wäre es ganz gut, wenn mal jemand eine viertel Stunde Zeit investiert oder die Dinge dann so abarbeitet in dem Sinn“ (KH 2, L)

„Vernetzung »System Krankenhaus« mit »Parallelwelt Ehrenamt«“

In einem der teilnehmenden Krankenhäuser wurde eine hauptberufliche Stelle für die Koordination und Integration des Ehrenamts in die Versorgung geschaffen. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen, die mit dieser Koordinierungsstelle gemacht wurden, wertet die Leitungsebene dieses Krankenhauses eine solche Person, die als Bindeglied zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamt fungiert, als wichtigen Erfolgsfaktor. Die Stelle trägt zur Vernetzung zwischen dem „System Krankenhaus“ und dem Ehrenamt bei und vermittelt zwischen den Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen. Bevor diese Koordinierungsstelle geschaffen wurde, war das Ehrenamt eine Art „Parallelwelt“ (KH 3, L), die sich einer Kontrolle und Steuerung durch das Krankenhaus weitestgehend entzog.

„Die Vernetzung zwischen Ehrenamt und Klinikum (...) es war eine Parallele dazwischen. Durch die Einrichtung der Stelle hat sich einerseits die Vernetzung stark verbessert. Die Pflege der Ehrenamtlichen hat sich stark verbessert, und wir entwickeln gerade neue Ehrenamtsbereiche. Eben auch abseits dieser klassischen und selbstorganisierten Dinge, [Ehrenamtsbereiche], die besser vernetzt sind mit der Klinik (...)“ (KH 3, L)

„Die Erwartung ist ja, dass Ehrenamtliche nicht die Pflege oder die Ärzte belasten, sondern was Gutes für die Patienten tun. Dafür braucht so eine Stelle, die einfach auch vermittelt zwischen dem System und dem Ehrenamt“ (KH 3, L)

„Persönlichkeit der Ehrenamtlichen“

Wie erfolgreich die Ziele verwirklicht werden können und ob die Einbindung von Ehrenamtlichen die erwünschten Folgen mit sich bringt, hängt gleichzeitig von der Persönlichkeit der einzelnen Ehrenamtlichen ab. Da einer ehrenamtlichen Tätigkeit keine einheitliche Ausbildung vorausgeht, ist die Art und Weise, wie Ehrenamtliche den Patientinnen und Patienten Zeit und Zuwendung schenken und wie sie ihre vermittelnde Rolle wahrnehmen, sehr unterschiedlich und individuell.

„Was letztlich als Ergebnis kommt, ist natürlich auch personenabhängig. Weil die Grünen Damen sind ja keine homogene Masse“ (KH 1, L)

Eine wichtige persönliche Stärke der Ehrenamtlichen sehen die Diskutierenden darin, dass diese mit psychischen Belastungen, z. B. schweren Erkrankungen der Patientinnen und Patienten sowie Trauer umgehen können.

„Es gibt tragische Situationen, denen man im Krankenhaus begegnet und damit muss man umgehen können. Es gibt unheilbare Erkrankungen, es gibt das Thema Sterben und Tod mit allem, was dazu gehört. Damit muss man umgehen können auch umgehen wollen. Man muss in der Lage sein, auch abzuschalten“ (KH 4, L)

7.1.2 Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus

Damit Personen – wie hier die Leitungen der Krankenhäuser – motiviert sind, Ressourcen in das Ehrenamt zu investieren, bedarf es zusätzlich zu attraktiven Zielen und der Antizipation erwünschter Folgen einer positiven Wahrscheinlichkeitserwartung, dass die zu investierenden Ressourcen auch tatsächlich zu den erhofften positiven Resultaten führen (vgl. Kapitel 3.1).

Die Wahrscheinlichkeitserwartungen beziehen sich einerseits darauf, inwieweit die für eine Realisierung des Ehrenamts erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen innerhalb des Krankenhauses vorhanden sind (Erwartungen an Machbarkeit). Andererseits beziehen sie sich darauf, ob die vorherrschenden situativen Gegebenheiten in der Umwelt den Erfolg der Handlungen und Investitionen fördern (Erwartungen an den Erfolg).

Abbildung 13 (vgl. S. 79) zeigt die Erwartungen der Leitungsebene an Machbarkeit und Erfolg des Ehrenamts im Kategoriensystem. Nachfolgend werden die Kategorien im Detail beschrieben und Ankerbeispiele zu deren Verdeutlichung aufgeführt.

Erwartungen an Machbarkeit

„Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität“

Die Diskutierenden der Leitungsebene sind der Meinung, dass Ehrenamt im Krankenhaus nur dann machbar ist, wenn die Aufgabengebiete der Ehrenamtlichen klar gegenüber den Aufgabengebieten und Zuständigkeitsbereichen von Hauptberuflichen abgegrenzt werden.

„Bei Ehrenamt muss es eine klare Abgrenzung zur Professionalität geben also: ‘Was darf ich?’ Es muss eine klare Beschreibung da sein: ‘Was darf ich als Ehrenamtlicher, wo ist meine Grenze und was darf ich nicht’ (...). Nur dann kann es funktionieren“ (KH 2, L)

„Die Arbeit für Ehrenamtliche im Krankenhaus [ist] auch unheimlich schwierig, weil genau diese Abgrenzung unheimlich schwierig ist: ‘Was darf ich noch, was darf ich nicht’“ (KH 2, L)

Eine exakte Trennung ist mitunter jedoch aufwändig. Denn es existieren einige inhaltliche Überschneidungen der Tätigkeitsfelder. Teilweise ist nur schwer abzuwägen, welche Art an Unterstützungsleistungen als Alltagsunterstützung einzuordnen ist, die Ehrenamtliche übernehmen könnten, und welche Unterstützung einer fachlichen Expertise bedarf. Doch nur eine strikte Abgrenzung kann verhindern, dass Ehrenamtliche zur Kompensation fehlender Fachkräfte herangezogen werden.

Ohne angemessene inhaltliche Abgrenzung besteht aus Sicht der Leitungen die Gefahr, dass geschulte Ehrenamtliche (kostenlos) Aufgaben übernehmen, für die eigentlich hauptberufliches, bezahltes Personal verantwortlich ist.

„Die Gefahr ist auch Professionalisierung des Ehrenamts auf eine Leistung die man kostenlos kriegt“ (KH 4, L)

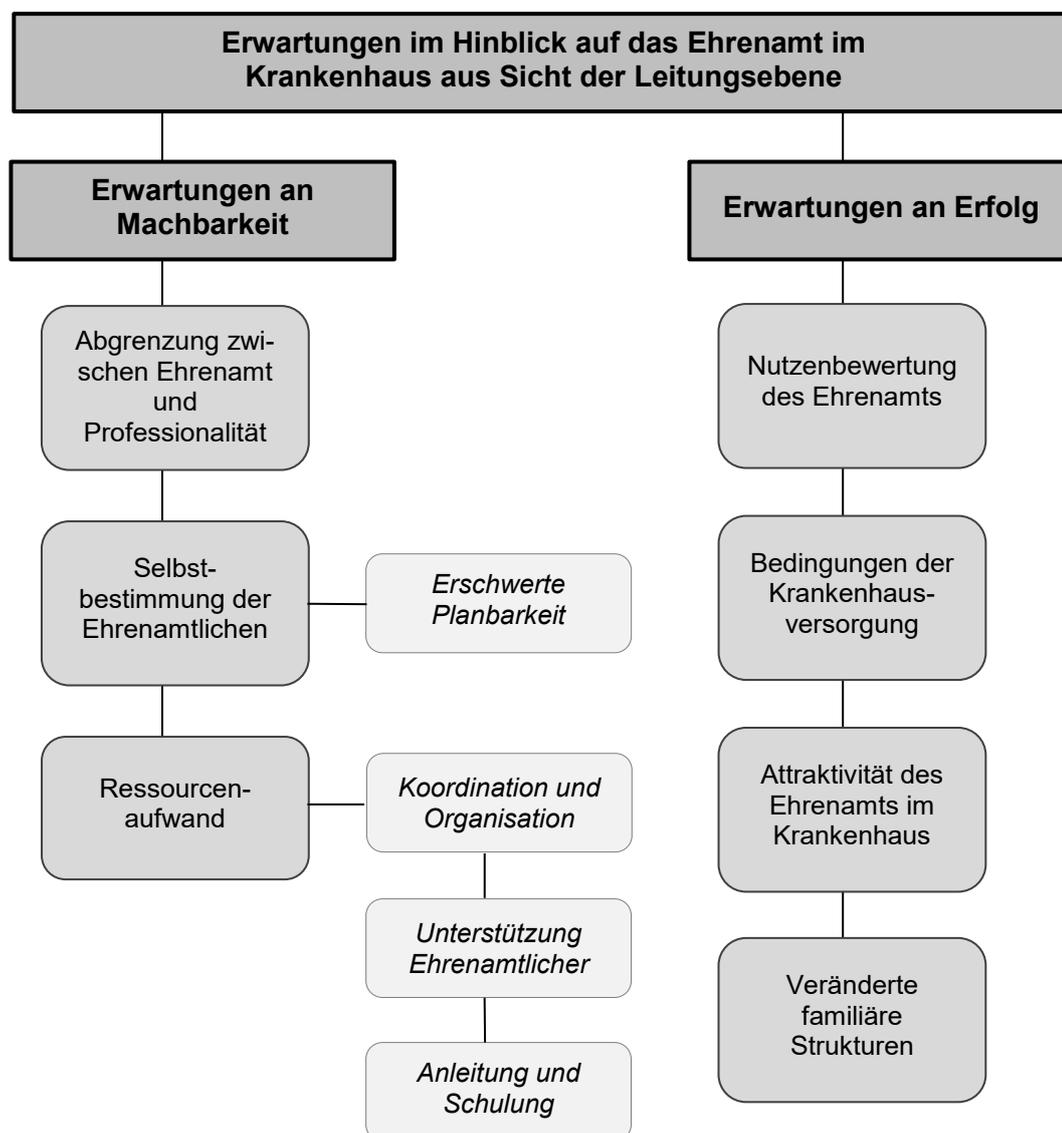


Abbildung 13: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht der Leitungsebene
(eigene Darstellung)

„Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen“

Die Leitungsebene der Krankenhäuser sieht einen weiteren, die Machbarkeit beeinflussenden Faktor in der Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen, die aus der Freiwilligkeit ihres Engagements hervorgeht.

So wurde insbesondere in den Krankenhäusern 1 und 2, in denen keine hauptberufliche Koordinationskraft speziell für die Organisation und Koordination des Ehrenamts zur Verfügung steht (vgl. S. 64), angemerkt, dass sich die Ehrenamtlichen einer Planung und Steuerung durch die Krankenhausleitung weitestgehend entziehen. Lediglich zwingend einzuhaltende Regeln, etwa die Einhaltung der Schweigepflicht und Hygieneanforderungen, können verpflichtend vorgegeben werden. In allen anderen Bereichen steuern sich die Ehrenamtlichen selbst und autonom. Sie entscheiden beispielsweise selbst, welche Tätigkeiten sie übernehmen und zu welchen Zeiten sie im Krankenhaus vor Ort sind.

„Also unsere Steuerbarkeit bezieht sich überhaupt nicht auf die Organisation [der Ehrenamtlichen]. Im Grunde haben die ein eigenes Selbstverständnis, man kann ins Gespräch gehen, aber das bleibt die Entscheidung der Organisation [der Ehrenamtlichen], ob sie das machen oder ob sie das nicht tun“ (KH 1, L)

Die Leitungspersonen beschreiben, dass einige Personen, die sich für ein Ehrenamt interessieren, ihrer Einschätzung nach Ansprüche stellen, die nicht mit den Bedarfen, die Krankenhäuser an ehrenamtliche Unterstützung haben, vereinbar sind. Inwieweit Ehrenamt im Krankenhaus machbar ist, hängt somit auch davon ab, zu welchem Grad die Interessen der Ehrenamtlichen und die Bedarfe der Krankenhäuser übereinstimmen. Dies betrifft im Besonderen die zeitliche Anwesenheit der Ehrenamtlichen und die Interessen an ihre konkreten Aufgabeninhalte. Jedoch sind Differenzen zwischen diesen Interessen und den Bedarfen der Kliniken aufgrund der Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen nur schwer überwindbar. Die Krankenhäuser haben nach Meinung der Leitungen kaum Einfluss hierauf.

„Die Anfragen sind ja manchmal nachvollziehbar, aber für die Passgenauigkeit recht abenteuerlich (...). Wir hätten einen größeren Pool an Menschen, die wir rekrutieren könnten, die können aber nur donnerstags oder sonntag-nachmittags. Das geht nicht, weil die Anleitung so groß ist, weil die Begleitung so wichtig ist, weil man die nicht nur sonntags arbeiten lassen kann, weil dann gar kein Kontakt mehr ist zum professionellen Team (...)“ (KH 3, L)

„Die kommen ja auch als Personen rein mit unterschiedlichen Erwartungshaltungen (...). Die Erwartungshaltungen der Grünen Damen und Herren im Grundsatz (...) höher an uns sind, als es umgekehrt der Fall ist“ (KH 1, L)

„Erschwerte Planbarkeit“

Einige Leitungspersonen erwarten, dass die Selbstbestimmung und der damit einhergehende geringe Einfluss der Klinik zu einer eingeschränkten Planbarkeit und einer grundsätzlichen Unverbindlichkeit der ehrenamtlichen Unterstützung führen. Ehrenamtliche könnten deshalb kein planbarer Bestandteil der Versorgung werden – weder in Bezug auf bestimmte Aufgaben noch auf feste Anwesenheitszeiten. Hierdurch sinkt der Stellenwert, den die Krankenhäuser dem Ehrenamt beimessen.

„Zu wirklich heiklen Sachen, das möchten die auch nicht (...). Das merkt man, wenn die [Ehrenamtliche] nächste Woche wiederkommt und man gibt den Namen [des Patienten] noch mal an, dann sagen die [Ehrenamtlichen], das war schon so schwierig, das möchte ich nicht noch mal oder kann ich nicht. Also das [Ehrenamt] ist schon eher etwas Unverbindliches“ (KH 1, L)

„Weil ich die Erfahrung gemacht habe, selbst, wenn die befähigt wären, bin ich so abhängig. Weil das [ist] ja eine freiwillige Leistung, ich [kann] keine Leistung planen und das geht einfach nicht“ (KH 1, L)

Gerade diese Selbstbestimmung und die hieraus hervorgehende erschwerte Planbarkeit sind aus Sicht der Diskutierenden jedoch ein charakteristisches Merkmal von Ehrenamt. Es wird daher als wichtig erachtet, diese Faktoren zu erhalten, denn nur dann bleibt Ehrenamt als „Mehrwert“ (KH 4, L) erhalten und kann nicht zur Normalität werden. Bestünde die Möglichkeit, Ehrenamtliche ausschließlich nach den Bedarfen der Krankenhäuser fest in den Versorgungsprozess einzuplanen, riskiere man, dass Ehrenamt in Zukunft (auch politisch) zur Kompensation fehlender Fachkräfte herangezogen oder sogar „missbraucht“ wird.

„Ehrenamt hat nur dann seinen Mehrwert, wenn es immer nur punktuell da ist und zwar dann, wenn DIE [Ehrenamtlichen] es wollen. (...). Es soll eben keine Verpflichtung werden, sonst ist es eine Kompensation für irgendeine defizitäre Entwicklung“ (KH 4, L)

„Ressourcenaufwand“

Die Machbarkeit von Ehrenamt im Krankenhaus hängt außerdem von finanziellen und personellen Investitionen ab. Eine Einbindung Ehrenamtlicher erfordert von den Kliniken einen spürbaren Ressourcenaufwand.

„Man muss sehen, dass wir als Krankenhaus da durchaus auch Energie reinstecken“ (KH 1, L)

„Natürlich [muss] die Institution auch investieren: Die muss Koordinatoren einstellen, die muss die Strukturen bereithalten, muss das auch leiten, insbesondere bei solchen großen Institutionen. Das kostet eben Geld“ (KH 3, L)

„Koordination und Organisation“

Zur Umsetzung des Ehrenamts wird eine gute Koordination und Organisation benötigt. Nur wenn Ehrenamt gut organisiert und koordiniert wird, bringt es für das Krankenhaus einen Nutzen und ist keine (zusätzliche) Last für das Personal.

„Wenn es eine gute ehrenamtliche Organisation gibt, es gibt jemanden, der die Ehrenamtlichen koordiniert, der sich darum kümmert, dass sie regelmäßig Fortbildungen haben und so weiter, (...) das Ganze in gute Struktur reinpackt, dann ist das eine deutliche Unterstützung fürs Krankenhaus (...). Wenn es aber schlecht organisiert ist, ist es manchmal fürs Krankenhaus eine Belastung“ (KH 2, L)

„Unterstützung der Ehrenamtlichen“

Die Ehrenamtlichen müssen in ihrem Engagement unterstützt und begleitet werden. Hierfür sind ebenfalls finanzielle und personelle Ressourcen nötig. Die gute Unterstützung und Begleitung steigern die Motivation der Ehrenamtlichen. Sie tragen dazu bei, dass Ehrenamtliche sich über einen längeren Zeitraum engagieren. Zugleich wirken sie einer möglichen Überforderung der Ehrenamtlichen entgegen oder helfen, diese frühzeitig aufzudecken.

„Wenn ein Krankenhaus [sagt], wir bieten die Möglichkeit, dann übernehme ich auch eine Verantwortung (...). Dann heißt es auch Unterstützung, Begleitung, weil auch Ehrenamtler brauchen ein Ohr für das, was sie erleben und erfahren. Das ist ein ganz wichtiger Punkt“ (KH 4, L)

„Man muss eine enge Begleitung haben (...). Das Schlechteste, was man tun kann, (...) ist, die Ehrenamtlichen einfach laufen zu lassen“ (KH 2, L)

„Anleitung und Schulung“

Ehrenamt im Krankenhaus ist nach Auffassung der Leitungsebene – auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung – nur dann machbar, wenn Ehrenamtliche adäquat angeleitet und regelmäßig geschult werden. Da die akutstationäre Versorgung zunehmend komplexer wird, steigt perspektivisch die Notwendigkeit von Schulungen, Fortbildungen und fachlicher Anleitung der Ehrenamtlichen. Hinzu kommt, dass sich das Patientenkontext verändert und dadurch auch die ehrenamtliche Unterstützung anspruchsvoller wird.

„Es geht eben nicht mehr, dass wir nur, weil jemand motiviert ist und gerne Ehrenamt machen will, ihn einfach in diese Institution reinlässt und irgendwo hinschickt. Dazu sind die Berufsfelder und Tätigkeiten alle viel zu komplex“ (KH 3, L)

„Ehrenamtliche sind ja schon fast semiprofessionell. Die brauchen eine gute Basis, brauchen eine gute Schulung, damit sie wissen: `Was darf ich, was darf ich nicht, wo muss ich vorsichtig sein`. Damit sie da (...) auf der sicheren Seite agieren können. Das ist bei manchen Ehrenamtlichen dann schon bisschen schwierig“ (KH 2, L)

„Es ist vielleicht anders, in einem Krankenhaus ehrenamtlich zu arbeiten als in einem anderen Bereich (...). Sie haben ja Patienten vor sich, kranke Menschen, Angehörige und dass sie sich an bestimmte Dinge auch zu halten haben, ein hoher Anspruch an Datenschutz, Hygiene und was alles da zusammenkommt. Insofern gibt es da eine Verantwortung seitens des Dienstgebers, entsprechend zu schulen“ (KH 4, L)

Erwartungen an den Erfolg

„Nutzenbewertung des Ehrenamts“

Das Personal der Leitungsebene erwartet, dass der Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus in enger Korrelation mit der Nutzenbewertung steht. Doch der Nutzen, den das Ehrenamt generiert, lässt sich für die Krankenhäuser sehr schwer oder überhaupt nicht quantifizieren.

„Das ist ja eine fast nicht messbare Größe (...) das ist `nice to have`, aber nicht wirklich ein messbarer Benefit“ (KH 1, L)

Beispielsweise gehen die Leitungspersonen davon aus, dass es aus Marketingaspekten nur von untergeordneter Bedeutung ist, ob in einem Krankenhaus Ehrenamtliche tätig sind: Bei der Krankenhauswahl spielen dies für Patientinnen und Patienten eher keine Rolle.

„Nur, weil wir Grüne Damen hier haben, wird sich wohl kaum ein Patient für unser Haus entscheiden. Die entscheiden sich vom medizinischen Spektrum her und von den Fähigkeiten der Ärzte und vom Personal“ (KH 2, L)

„Wenn Patienten hier sind und erfahren eine solche Begleitung, die für sie positiv ist, dann ist das o.k., aber nicht unter einer allgemeinen Wahrnehmung (...). Da denke ich, das ist begrenzt, diese positiven Aspekte nach außen“ (KH 2, L)

Und obwohl Ehrenamt Kosten verursacht, erhalten die Krankenhäuser, die in das Ehrenamt investieren, keinen finanziellen Ausgleich, beispielsweise im Rahmen der Budgets, die Krankenkassen mit ihnen aushandeln. Somit existiert keine adäquate Gegenfinanzierung der Mittel, die für das Ehrenamt eingesetzt werden.

„Und das Geld kommt erstmal von den Institutionen das wird nicht von der Krankenkasse gegenfinanziert, sondern das müssen wir aufbringen“ (KH 3, L)

Im Kontext der einzusetzenden Mittel und ihrer fehlenden Gegenfinanzierung diskutieren Leitungspersonen einer Klinik intensiver darüber, inwieweit die ehrenamtliche Unterstützung eventuell Versorgungsprozesse verbessert und dadurch Kosten senkt. Sie stellen in den Raum, dass Patientinnen und Patienten möglicherweise schneller entlassen werden können, wenn sie durch Ehrenamtliche unterstützt werden. Wäre dies zutreffend, würden die Kliniken hieraus wirtschaftliche Vorteile ziehen. Jedoch fehlen bislang empirische Nachweise.

„Ob es sich im System sozusagen gegenfinanziert, das ist eine spannende Frage. (...) Wenn man Menschen [nicht] an einem Delir erkranken lässt und die dann schneller nach Hause gehen können, das Bett wieder füllen kann (...) ob es in der Prozesshaftigkeit des Krankenhauses, also in der Ausgabenseite, (...) dass es tatsächlich dann auf null wieder kommt? Aber dazu gibt es keine Rechnung“ (KH 3, L)

„Dass die Politik eingreift und Möglichkeiten findet, gegen zu finanzieren. Es muss ja irgendwie eine Möglichkeit geben, Patienten die verhaltensauffällig sind und im Krankenhaus behandelt werden müssen, dass man die nicht nur in der Abrechnung gegenfinanziert, wenn man dann irgendwelche PKMS-Kodierungen oben drauf packt, (...), sondern dass man eine OPS-Ziffer generiert, die präventiv tätig ist“ (KH 3, L)

Auch die Teilnehmenden der anderen Diskussionsrunden merken an, dass innerhalb der Krankenhäuser nur wenig Wissen über das Ehrenamt vorhanden ist. Es wird geschildert, dass häufig unklar sei, welche Patientinnen und Patienten von den Ehrenamtlichen besucht werden und inwieweit das Unterstützungsangebot überhaupt angenommen wird.

„Wir können es eigentlich nicht bemessen, den Grad oder die Arbeit der Grünen Damen und Herren. Wir haben eigentlich auch relativ wenig [Wissen?], (...) oder es [ist] schwer ein Gefühl dafür zu kriegen: Wie oft werden Gespräche angenommen? Sind das eher ältere Patienten, sind es auch jüngere Patienten?“ (KH 1, L)

„Bedingungen der Krankenhausversorgung“

In den vergangenen Jahren haben sich die Bedingungen in der Krankenhausversorgung verändert: Die quantitative und qualitative Arbeitsbelastung steigt. Gleichzeitig mangelt es an Personal. Hinzu kommt, dass die Patientinnen und Patienten immer älter und dadurch unterstützungsbedürftiger werden. Aus diesen Veränderungen resultiert, dass das Personal immer weniger Zeit für Tätigkeiten hat, die außerhalb der unmittelbaren therapeutischen Versorgung liegen, z. B. für (längere) alltagsnahe Gespräche mit Erkrankten. Ehrenamtliche können diese, sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkenden Veränderungen aus Sicht der Leitungsebene etwas abmildern.

„Die [Ehrenamtlichen führen] Gespräche mit unseren Patienten, Kontakte einfach pflegen. Das ist so ein Punkt, der natürlich bei dem Fachkräftemangel, den wir haben, einfach vom enormen Zeitaufwand, von den Pflegenden meistens gar nicht mehr zu leisten ist. Das ist natürlich ein Umstand, der wird auch von den Pflegekräften sehr bedauert, aber das ist eine kleine Möglichkeit, das zu kompensieren“ (KH 1, L)

„Für ein Gespräch mal da sind, wofür das Personal heute in der Regel ja nicht mehr die entsprechenden Valenzen hat, weil der Arbeitsdruck, die Taktung doch sehr eng ist (KH 2, L)

In einer Klinik wurde darüber diskutiert, dass eine Kompensation dieser Entwicklungen über Ehrenamtliche auch dazu führen kann, dass Defizite im Versorgungssystem nicht ausreichend wahrgenommen werden.

Sie sehen ein Risiko darin, dass das vermeintlich „billige“ Ehrenamt politisch ausgenutzt wird, um notwendige Reformen im Gesundheitssystem und den Bedingungen der Krankenhausversorgung zu unterlassen.

„Die Entwicklung geht ja in die Richtung, dass man versucht, mit dem Ehrenamt Dinge zu kompensieren. Das sehe ich auch als DIE Gefahr (...), das ist ja auch Antrieb gesellschaftspolitisch“ (KH 4, L)

„[Über das Ehrenamt] auch ungute Systeme ungewollt sogar unterstützt oder aufrecht erhält. Weil man es kompensiert und dadurch ja auch den Druck aus dem System herausnimmt, der vielleicht notwendig ist, um das System zu ändern“ (KH 4, L)

„Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus“

Die Leitungspersonen aller beteiligten Krankenhäuser glauben, dass ein ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus in der Öffentlichkeit als unattraktiv erlebt wird. Sie beobachten, dass sich immer weniger Personen im akutstationären Bereich engagieren möchten. Ein notwendiger Generationenwechsel bleibt aus, denn viele aktive Ehrenamtlichen sind bereits älter aber nur wenige Jüngere rücken nach. Daher bestehen „Nachwuchsprobleme“, die ihre Erwartungen auf eine erfolgreiche Entwicklung von Ehrenamt im Krankenhaus dämpfen.

„Ehrenamt hat ja jetzt (...) zunehmend auch Nachwuchsprobleme (...). Das ist ein auslaufendes Modell aus meiner Vorstellung heraus. Sich ehrenamtlich zu organisieren oder sich irgendwo einzubringen das ist auf eine relativ kleine Personengruppe beschränkt. Das wird kein gesamtgesellschaftliches Phänomen sein [oder] werden“ (KH 1, L)

„Wahrscheinlich werden wir überhaupt nicht genug Ehrenamtliche finden in Zukunft“ (KH 4, L)

Um das Ehrenamt im Krankenhaus attraktiver zu machen, bedarf es aus Sicht der Leitungsebene eines Modernisierungsprozesses. Krankenhäuser sollten beispielsweise neue, attraktive Tätigkeitsfelder für Ehrenamtliche ausfindig machen und neue Zugangswege zur Gewinnung von Ehrenamtlichen erproben.

„Dass wir viel mehr ehrenamtliches Engagement oder viel mehr Suche nach Ehrenamtlichen brauchen (...). Warum nicht bei Jugendorganisationen? (...) Warum kriegen wir es nicht hin, da vielleicht auch mal Ehrenamtliche zu rekrutieren? Warum sind es immer diejenigen, die dann ins Rentenalter gehen? Da sollte auch irgendwann mal ein Umdenken stattfinden“ (KH 2, L)

„Noch mal neue Bereiche zu definieren, und zu gucken, was ist eigentlich modernes Ehrenamt. Weil wir vermuten, dass das klassische Ehrenamt nicht mehr so lange trägt“ (KH 3, L)

„Veränderte familiäre Strukturen“

Der Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus wird von familiären und gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst. Diese haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert: Immer häufiger bleiben Patientinnen und Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes allein und erhalten keinen Besuch von Angehörigen oder ihrem privaten Umfeld. Ehrenamtliche mildern die hierdurch fehlende alltagsnahe Unterstützung der Erkrankten ab.

Die Leitungspersonen vertreten daher die Meinung, dass der Bedarf an ehrenamtlicher Unterstützung im Krankenhaus perspektivisch steigen wird.

„Wir haben Patienten, die kriegen de facto gar keinen Besuch, weil keine Angehörigen in unmittelbarer Nähe [sind] oder es gibt gar keine mehr. Und je älter das Patientenklientel wird, (...) desto kleiner wird ja auch oft das soziale Umfeld. Also auch da kann Ehrenamt gut nochmal einen Beitrag leisten, den wir auch über die professionell Tätigen nicht auffangen können“ (KH 3, L)

„Der Angehörige fehlt zunehmend. Entweder, weil sie nicht vor Ort wohnen (...), entweder, weil es keine gibt. Auf jeden Fall haben wir zunehmend Menschen, die eben keinen Besuch bekommen, der mal zuhört oder der mal fragt (...). Und das sind im Grunde klassische Bereiche, die das Ehrenamt übernimmt“ (KH 4, L)

7.2 Perspektive des Personals

7.2.1 Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus

Personal, das im Arbeitsalltag mit den Ehrenamtlichen zusammenarbeitet, sieht, wie die Leitungsebene, das Kernziel des Ehrenamts im Krankenhaus in der Zeit und Zuwendung für Patientinnen und Patienten. Erwünschte Resultate einer Einbindung Ehrenamtlicher sind, dass diese als nicht angestellte Laien und somit von der Institution unabhängige neutrale Gesprächspersonen für Erkrankte und als wichtige Vermittelnde zur Verfügung stehen. Inwieweit die angestrebten Ziele und erwünschten Folgen erreicht werden, hängt nach Meinung des Personals von der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen sowie von den Kompetenzen der Ehrenamtlichen ab, wie in Abbildung 14 grafisch dargestellt und im Folgenden anhand von Beispielzitate näher erläutert wird.

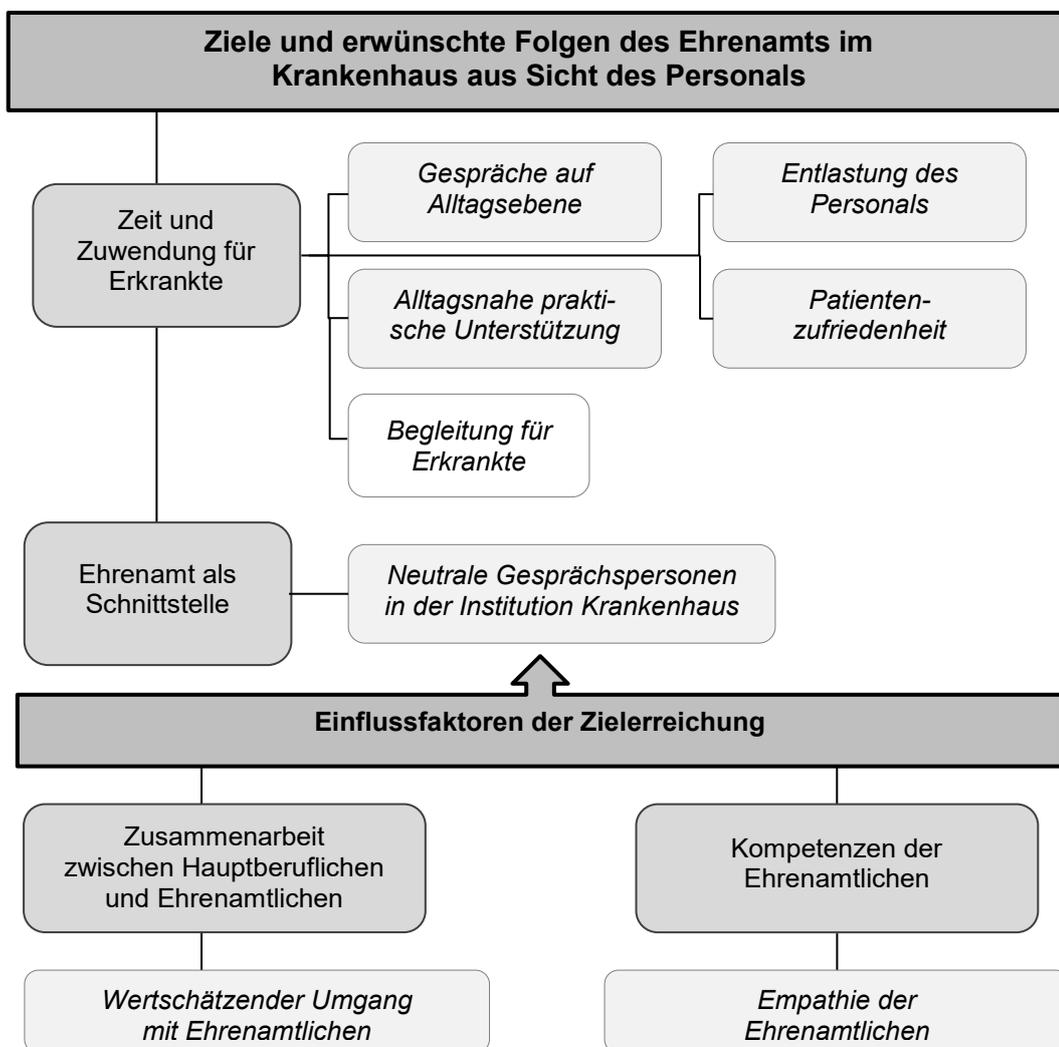


Abbildung 14: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht des Personals
(eigene Darstellung)

„Zeit und Zuwendung für Erkrankte“

Das hauptberufliche Personal, das im Arbeitsalltag in regelmäßigem Kontakt zu Ehrenamtlichen steht, sieht ein Hauptziel ehrenamtlicher Dienste im Krankenhaus in der zusätzlichen Zeit sowie der lebenswelt- und alltagsnahen Zuwendung für Patientinnen und Patienten. Ehrenamtliche beschäftigen die Erkrankten abseits der professionellen Versorgung und haben Zeit für längere Gespräche. Hierfür bleibt dem Fachpersonal im Versorgungsalltag oft nur wenig Zeit.

„Das ist ganz einfach auch unheimlich viel Beschäftigung für die Leute, (...) Alltagssachen, wo sie sich miteinander unterhalten können oder von früher reden können“ (KH 1, P)

„Einfach den Patienten auch Zeit geben, die Zeit, die wir von der Pflege oftmals nicht haben, wenn man morgens durchläuft und so in der Hetze ist. (...) Die [Ehrenamtlichen] sind nicht zeitlich begrenzt und müssen auf die Uhr gucken. Ich muss jetzt weg oder ich muss jetzt zum nächsten Patienten“ (KH 2, P)

Eine besondere Zielgruppe ehrenamtlicher Unterstützung sind Menschen mit Demenz. In einigen Gruppen wird dementsprechend der Wunsch geäußert, dass diesen stärker als bisher Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche geschenkt werden sollten.

„Man [bräuchte] auch einen Ehrenamtlichen, der setzt sich nur dazu und der unterhält sich mit dem Patienten. Der Patient ist abgelenkt und bleibt sitzen. Die Situation, die hätte man öfters, wo man die Patienten nicht mit einem Bettgitter im Bett liegen lässt, wo man sie fixieren müsste, damit sie nicht weglaufen. Die bräuchten nur jemanden, der bei ihnen sitzt und ihnen ein bisschen Gespräch hält, da wäre den Patienten mit Sicherheit geholfen und uns vor allem auch, wir haben einfach gar nicht die Zeit (...) Die [Menschen mit Demenz] schmeißen was um, die fallen mit dem Stuhl um, da passieren die tollsten Sachen und wir können uns gar nicht darum kümmern, haben die Zeit gar nicht, weil andere Prioritäten in den Krankenhäusern gesetzt sind. Diese Patienten, die fallen wirklich hinten runter im wahrsten Sinne und man kann sich um die nicht kümmern“ (KH 2, P)

„Ich find, dass die Ehrenamtler eigentlich viel mehr machen könnten, also (...) Beschäftigung von dementen Menschen (...), einfach mal Gespräche führen, zuhören, Aktivitäten machen, jetzt bei dem schönen Wetter. (...) Wir haben Leute, die liegen 24 Stunden im Bett, wir setzen die zum Essen raus, dann legen wir die noch mal ins Bett (KH 4, P)

„Gespräche auf Alltagsebene“

Besonderes Charakteristikum der ehrenamtlichen Unterstützung ist ihre Nähe zur Alltags- und Lebenswelt der Erkrankten. Während die Unterhaltungen zwischen Erkrankten und dem Fachpersonal in der Regel stark auf die Krankheit sowie die therapeutische und pflegerische Versorgung ausgerichtet sind, rücken bei den Gesprächen mit den Ehrenamtlichen alltagsnahe Aspekte in den Vordergrund. Der Kontakt zwischen Ehrenamtlichen und Erkrankten erfolgt „auf Augenhöhe“. Das Wissens- und Machtgefälle, das der Beziehung zwischen Fachpersonal und Patientinnen und Patienten inhärent ist, entfällt im Kontakt zu Ehrenamtlichen.

„Ich erlebe das Krankenhaus als einen sehr funktional ausgerichteten Ort. Eigentlich hat jeder Kontakt einen bestimmten Zweck (...). Die Ehrenamtlichen können absichtslos auf Patienten zugehen (...), dass es einen Kontakt gibt, wo man nichts soll oder wo sie nichts sollen, sondern der so frei fließen kann. Dann habe ich den Eindruck, sind das Kontakte, bei denen andere Facetten der Patienten in den Fokus geraten als ihre Krankheit (...) Dann sind plötzlich Hobbies, Beruf, Lebenserfahrungen ein Thema“ (KH 3, P)

„Alltagsnahe praktische Unterstützung“

Ehrenamtliche leisten in der Zeit, die sie für die Erkrankten aufbringen, praktische Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und erbringen kleinere Serviceleistungen. Beispielsweise besorgen sie für die Erkrankten alltägliche Dinge innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Oder sie unterstützen motorisch eingeschränkte Erkrankte bei der Nahrungsaufnahme. Diese Unterstützungsleistungen fallen nicht in das eigentliche Aufgabenspektrum des hauptberuflichen Personals, sondern sie werden entweder von Erkrankten selbstständig durchgeführt oder Angehörige übernehmen diese. Aus Zeitgründen kann das Personal diese Art der Unterstützung nur selten oder nicht übernehmen.

„Es gibt da auch so praktische Nöte. Das begegnet mir auch bei längeren Aufenthalten. Irgendwann hat man kein Bargeld mehr dabei und wenn man dann niemanden hat, der Bargeld besorgt oder (...) ist bettlägerig wegen einer Amputation, man braucht aber neue Zahnpasta, also diesen ganzen Bereich von ganz alltäglichen Handreichungen, wo eben die Pflege häufig signalisiert: `Dafür haben wir keine Zeit´“ (KH 3, P)

„Ehrenamtliche [nehmen] uns Tätigkeiten ab, die eigentlich eine examinierte Pflegekraft nicht tun muss, sprich Telefonkarte holen, sprich Zeitschrift kaufen gehen“ (KH 1, P)

„Essen anreichen machen die bei uns schon, (...) dann sagen wir, bei dem [Erkrankten], der braucht auch Hilfe, keine Schluckstörung, aber motorische Hilfe und dann setzen die sich dabei und helfen beim Essen“ (KH 4, P)

„Begleitung für Erkrankte“

Die alltagsnahe praktische Unterstützung kann darin bestehen, Patientinnen und Patienten auf ihren Wegen innerhalb der Klinik zu begleiten.

Insbesondere für den Tag der stationären Aufnahme sieht das Personal in der Begleitung der Erkrankten und ihrer Angehörigen vom Aufnahmebereich bis zur zugewiesenen Fachabteilung eine gute Unterstützung. Denn in vielen Krankenhäusern ist es für Außenstehende schwierig, den richtigen Weg zu finden. Während in zwei der teilnehmenden Krankenhäuser (Krankenhaus 3 und Krankenhaus 4) eine solche Begleitung neu aufgenommener Patientinnen und Patienten durch Ehrenamtliche stattfindet, wünscht sich das Personal der beiden anderen Krankenhäuser eine solche explizit.

„Dieser Dienst bei uns am Empfang, das ist ja diese Schwellensituation, ich komme von außen rein und komme jetzt in das fremde System (...) finde ich die Ehrenamtlichen wirklich einen Türöffner, (...) das wäre ja professionell kaum vorstellbar“ (KH 3, P)

„Was ich auch sehr gut finden würde, das ist so eine Begleitung von Anfang an (...). Jemand, der begleitet mich dann durch diese ganze Maschinerie und ich gehe auf Station und ich werde dort in Empfang genommen (...) Und der Mensch fühlt sich nicht so allein gelassen in diesem Wust von Diagnostik und Arzt, Pflege“ (KH 2, P)

„Entlastung des Personals“

In den Diskussionsrunden mit den Hauptberuflichen wird häufig angesprochen, dass die Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche ihre Berufsgruppen in zweifacher Hinsicht entlasten: Zum einen von dem Gefühl, dem Bedürfnis der Erkrankten nach sozialer Unterstützung und Gesprächen nicht entsprechend nachkommen zu können. Zum anderen bleibt ihnen durch die ehrenamtliche Unterstützung der Erkrankten mehr Zeit für jene Tätigkeiten, die ihre professionelle Expertise zwingend erfordern.

„Zuletzt hatten wir wieder so eine Dame gehabt, die war völlig alleinstehend (...). Wenn man zu ihr gekommen ist, 10 Minuten mit Abrechnen und gucken, dass man dort rauskommt (...). Da ist dieses Ehrenamt unheimlich wichtig, das dann einfach wieder Sachen aufnimmt, uns wieder Ressourcen schafft, Freiräume schafft, um die andere Arbeit zu machen“ (KH 1, P)

„Damit entlasten die uns in der Pflege. Wir können das Fachspezifische machen und die [Ehrenamtlichen] kümmern sich um das normal Menschliche“ (KH 2, P)

„Das ist noch mal eine Entlastung auch für die Pflege, wenn es kleinere Aufgaben sind, die wir aufgrund des Zeitmangels (...) nicht so erfüllen können“ (KH 4, P)

„Patientenzufriedenheit“

Die Unterstützung durch Ehrenamtliche wirkt sich nach Meinung der Hauptberuflichen positiv auf die Patientinnen und Patienten aus: Sie sind zufriedener und fühlen sich im Krankenhaus wohler. Die Zufriedenheit fördere gleichzeitig das Wohlbefinden und die Genesung.

„Die Gespräche, es ist Therapie, es dient zum Wohlbefinden der Patienten, es dient auch, um gesund werden dazu“ (KH 1, P)

„Ehrenamt als Schnittstelle“

Das Ehrenamt wird als eine wichtige Schnittstelle zwischen der Institution Krankenhaus und der „Welt“ außerhalb der Klinik beschrieben. In den Gesprächen mit Ehrenamtlichen können Erkrankte beispielsweise in ihren Gedanken an den Geschehnissen außerhalb des Krankenhauses teilhaben.

„Die [Ehrenamtliche] kommt und macht einen Gesprächskreis für die Senioren einmal wöchentlich. Das ist ganz dienlich, weil die Dame jeden und alles kennt aus der Region“ (KH 1, P)

Auch das Personal profitiert von dieser Schnittstellenfunktion. Denn die Ehrenamtlichen haben als medizinisch-pflegerische Laien nach dessen Einschätzung einen anderen Blick auf bestimmte Routinen im Versorgungsprozess. Kritische Anmerkungen und Nachfragen seitens der Ehrenamtlichen können Hauptberufliche zur Reflexion und zu eventuellen Veränderungen ihrer Arbeitsweise anregen.

„Diese Thematik, dass unsereins mit einer Million Scheuklappen herumläuft, (...) so in dieser Absurdität des Krankenhauses, (...). Es könnte anders gehen, es könnte auch in allem normaler zugehen. Da finde ich diesen Störfaktor [die Ehrenamtlichen] sogar positiv, (...) nur durch Nachfragen, dass man ins Nachdenken kommt“ (KH 3, P)

„Neutrale Gesprächspersonen in der Institution Krankenhaus“

Ehrenamtliche sind Laien, die nicht arbeitsvertraglich an die Klinik gebunden sind. Sie können den Patientinnen und Patienten daher offener entgegenreten als Hauptberufliche und stehen als Bindeglied zwischen den Erkrankten und der Institution Krankenhaus. Erkrankten erleichtert dies den Aufbau von Vertrauen. Beispielsweise berichten Patientinnen und Patienten gegenüber den Ehrenamtlichen manchmal Sachverhalte, die sie Hauptberuflichen, unter anderem aus Furcht vor Konsequenzen, nicht erzählen würden. Exemplarisch betrifft dies Beschwerden über die Krankenhausversorgung, die oftmals nicht an die Hauptberuflichen herangetragen werden, sondern an die Ehrenamtlichen. Oder es sind persönliche Bekenntnisse der Erkrankten, bei denen das Personal – würde es davon erfahren – aus einer professionellen Verantwortung heraus entsprechend reagieren müsste.

„Wem kann man erzählen, wenn man sich über eine Schwester geärgert hat, man will aber nicht sofort die Beschwerde-Hotline [anrufen]. Das hat schon auch eine Entlastungs- und Reflexionsmöglichkeit [für Erkrankte], ohne, dass man Konsequenzen fürchten muss“ (KH 3, P)

„Ganz wichtig, dass es keine Konsequenzen hat (...). Da kann man einfach frei heraus erzählen, was weiß ich: 'Ich bin unter Alkohol gefahren' (...). Für mich heißt das natürlich immer, (...) da muss man der Sache doch mal nachgehen – eben, mein beruflicher Auftrag“ (KH 3, P)

Einflussfaktoren der Zielerreichung

Wie im Kategoriensystem (vgl. Abbildung 14, S. 87) dargestellt, sieht das hauptberufliche Personal wesentliche, die Zielerreichung beeinflussende Aspekte in der Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen sowie in den Kompetenzen von Ehrenamtlichen. Die Kategorien zu dieser Fragestellung werden nun näher beleuchtet.

„Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen“

Aus Sicht des Personals führt eine gute Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen dazu, dass die oben dargestellten Ziele erreicht werden können. Ein wichtiger Faktor ist beispielsweise, dass das Personal die Ehrenamtlichen darüber informiert, welche Erkrankten einen Bedarf an Unterstützung oder an Gesprächen aufweisen. Das Personal sollte die Ehrenamtlichen auch darüber aufklären, inwieweit krankheitsbedingte Besonderheiten zu beachten sind und ihnen rückmelden, ob die ehrenamtliche Unterstützung erfolgreich war oder in welchen Punkten Veränderungsbedarfe bestehen.

„Wir haben zu denen wirklich ein sehr gutes Verhältnis und können denen auch gezielt sagen (...), der Patient, der bräuchte ganz dringend mal jemanden, der sich eine halbe Stunde neben ihn setzt und mal loslassen kann“ (KH 1, P)

„Die brauchen ein Feedback von uns, wenn sie das nicht haben, dann können sie ja gar nicht wissen, was sie richtig oder falsch machen oder ob es irgendwas zu verändern gibt“ (KH 4, P)

„Wertschätzender Umgang mit Ehrenamtlichen“

Besonders bedeutsam ist nach Auffassung der Hauptberuflichen, dass das Personal den Ehrenamtlichen eine hohe Wertschätzung entgegenbringt. Die freiwillige, unentgeltlich erbrachte Tätigkeit der Ehrenamtlichen muss eine angemessene Anerkennung finden. Ehrenamtliche sollen sich als Teil des Versorgungsteams fühlen.

„Einfach die Anerkennung, dass sie dazu gehören“ (KH 1, P)

„Dass sie auch irgendwo eine Anerkennung und eine Wertschätzung erfahren“ (KH 3, P)

„Kompetenzen der Ehrenamtlichen“

Welche konkreten Kompetenzen Ehrenamtliche aufweisen sollten, wird in den vier Krankenhäusern kontrovers diskutiert: Während das Personal einer Klinik betont, dass Ehrenamtliche außer, dass sie „Mensch sein“ (KH 1, P) und „im gewissen Maße die Strukturen“ (KH 1, P) kennen sollten, keinerlei besonderes fachliches Wissen benötigen, waren die Diskutierenden in den weiteren Krankenhäusern anderer Meinung.

Aus ihrer Sicht erfordert ein ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus zusätzliche fachbezogene Basiskenntnisse, unter anderem soziale Fähigkeiten im Umgang mit kranken Menschen. Ehrenamtliche sollten außerdem wissen, worauf bei spezifischen Krankheitsbildern zu achten ist und sie sollten die Arbeitsprozesse innerhalb der Klinik beziehungsweise den verschiedenen Fachabteilungen kennen. Hierfür werden spezielle Schulungen, Fortbildungen sowie individuelle, abteilungsbezogene Einarbeitungen und Anleitungen für Ehrenamtliche als sinnvoll erachtet.

„Die [Ehrenamtlichen] brauchen nicht direkt eine medizinische Schulung. Aber, wenn ich auf der Neurologie jetzt bin, brauche ich schon gewisse Grundkenntnisse (...). Jede Station ist ja wirklich völlig anders. Ich glaube, am besten wäre wirklich, wenn die Ehrenamtlichen zu mir kommen würden, dass ich sie einfach 2-3 Stunden selber schule als Krankenpfleger und nicht irgendeine dritte Person. Dann kann ich ihr genau sagen: `Wie funktioniert unser Laden, worauf musst du achten´“ (KH 4, P)

„Da [haben] wir einen hohen Anspruch an Schulung. Wir finden, dass die Ehrenamtlichen einfach Know-How haben müssen auch zum Krankheitsbild und zum Umgang mit älteren Leuten“ (KH 3, P)

Eine Teilnehmerin aus der Gruppe der Ehrenamtlichen merkt im Rahmen der kommunikativen Validierung an, dass die im obigen Zitat vorgeschlagene Anleitung durch Personal der entsprechenden Fachabteilungen neben einer Verbesserung der fachlichen Kenntnisse ihrer Meinung nach gleichzeitig zum stärkeren Zusammenhalt zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen beitragen könnte.

„Empathie der Ehrenamtlichen“

Einhellig ist die Meinung hingegen darüber, dass soziale Kompetenzen eine wichtige Voraussetzung für die Ausübung eines Ehrenamts im Krankenhaus sind. Ehrenamtliche benötigen Empathie, denn nur ihre Bereitschaft und Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen, führt dazu, dass sie den Erkrankten in angemessener Weise Zeit und Zuwendung entgegenbringen und ihre Funktion als Vermittelnde zwischen Patientinnen, Patienten und Personal ausfüllen können. Ohne diese Empathiefähigkeit wird die positive Wirkung des Ehrenamts beeinträchtigt oder die Besuche der Ehrenamtlichen können sich sogar nachteilig auf Erkrankte auswirken, wie im folgenden Beispiel dargelegt.

„Die [Ehrenamtlichen] haben die Patienten nach der Diagnose gefragt und haben dann irgendein Kommentar zu denen gesagt (...). Es gab sehr oft, dass die [Ehrenamtlichen] weg waren und dass Patienten geweint haben (KH 2, P)

7.2.2 Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus

Damit die Hauptberuflichen motiviert sind, mit Ehrenamtlichen zusammenzuarbeiten und diese in ihr Team zu integrieren, müssen sie erwarten, dass die damit verknüpften Ziele und positiven Resultate auch erreicht werden können. Beeinflusst wird die Wahrscheinlichkeitserwartung des Personals einerseits durch die vorhandenen eigenen Ressourcen und Fähigkeiten sowie durch die allgemein im Krankenhaus vorzufindenden Ressourcen (Erwartungen an die Machbarkeit). Andererseits spielen die externen Bedingungen eine Rolle. Diese wirken sich auf die Erwartungen aus, inwieweit dieses Ehrenamt tatsächlich erfolgreich sein wird (Erwartungen an den Erfolg).

Abbildung 15 zeigt das Kategoriensystem zu den Erwartungen des Personals. Es folgt die genauere Beschreibung der Kategorien, beginnend mit den Erwartungen an die Machbarkeit.

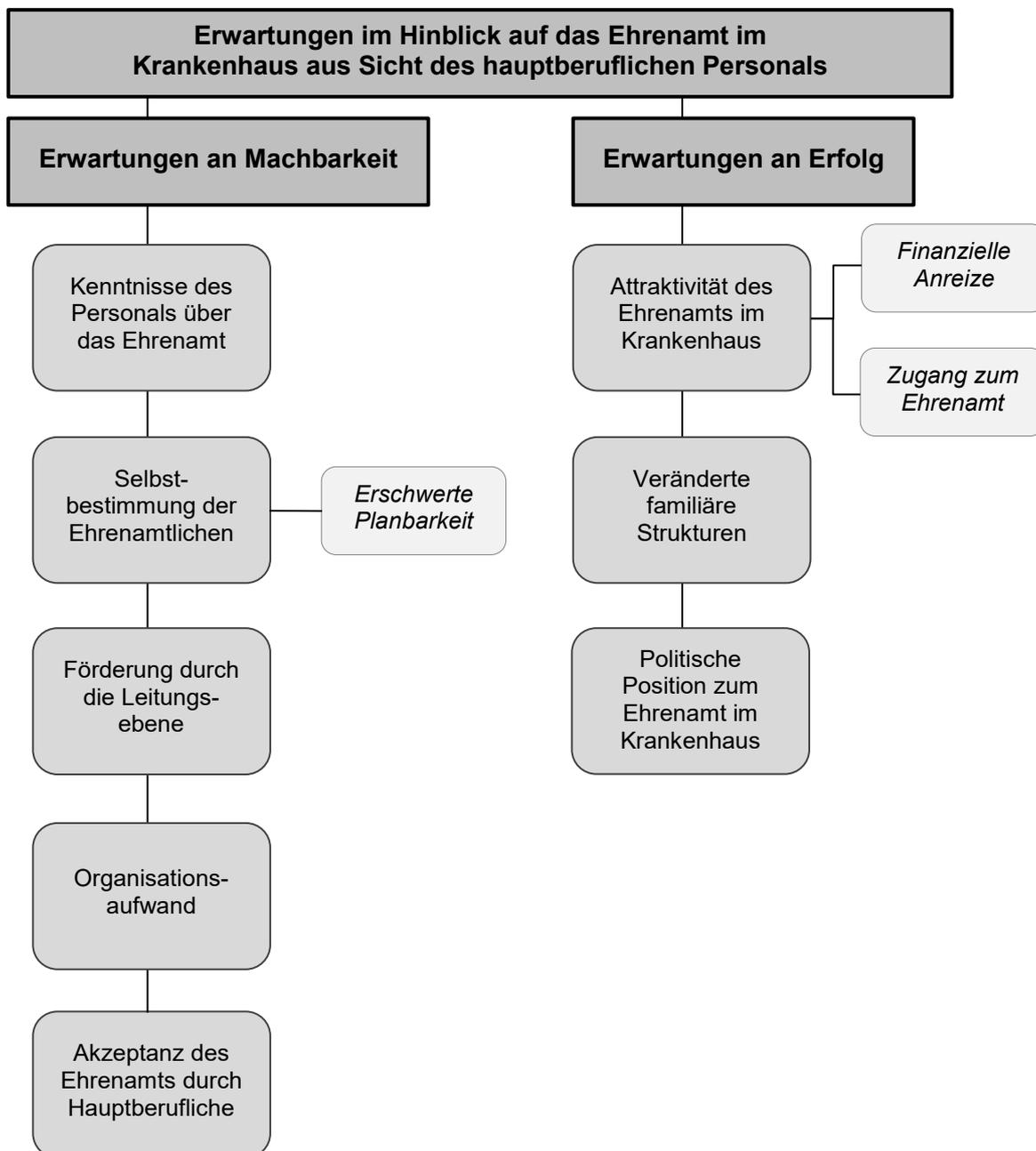


Abbildung 15: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht des Personals
(eigene Darstellung)

Erwartungen an Machbarkeit

„Kenntnisse des Personals über das Ehrenamt“

Inwieweit Ehrenamt im Krankenhaus zu verwirklichen ist, hängt nach Einschätzung des Personals von den Kenntnissen ab, die es selbst über das Ehrenamt hat. Dies betrifft insbesondere den allgemeinen Bekanntheitsgrad, die Kenntnisse der Hauptberuflichen über Anwesenheitszeiten der Ehrenamtlichen sowie ihr Wissen darüber, welche Tätigkeiten Ehrenamtliche übernehmen können respektive übernehmen dürfen. In diesem Kontext wird erstens geschildert, dass vielen hauptberuflichen Kolleginnen und Kollegen offenbar überhaupt nicht bewusst ist, dass in ihrem Krankenhaus Ehrenamtliche tätig sind.

„Man [muss] noch ganz viel Öffentlichkeitsarbeit tun und immer wieder sagen: `Ja die arbeitet unentgeltlich' (...) oder so ein Schild mit Foto und wir hängen das dann hier auf und dann schreiben wir so einen Steckbrief `Ich bin ehrenamtlich hier engagiert' (...). Dann kommen tatsächlich die Fragen (...). Dann gerät es wieder in Vergessenheit, das muss man wirklich dauernd so machen“ (KH 3, P)

Sofern bekannt ist, dass in den jeweiligen Kliniken Ehrenamtliche tätig sind, ist zweitens häufig unklar, wann und wie lange diese vor Ort sind.

„Ich weiß auch nicht, (...) ob die einen Zeitrahmen haben, ob die da eingeschränkt sind oder nicht. Das wissen wir eigentlich gar nicht“ (KH 4, P)

Drittens wissen offenbar viele Hauptberufliche nicht, welche Tätigkeiten Ehrenamtliche übernehmen können, übernehmen dürfen oder übernehmen möchten.

„Es ist halt immer diese Unwissenheit oder dass man nix an der Hand hat, wo man dann klar mal sieht, was jetzt wirklich die Aufgaben sind“ (KH 4, P)

„Wenn man genau wüsste, welche Aufgaben die Grünen Damen und Herren heute hätten, was man ihnen zutrauen könnte oder was man mit ihnen besprechen könnte, wie weit sie gehen dürften, dann wäre das auf der Station schon eine gute Unterstützung“ (KH 1, P)

„Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen“

Ehrenamtliche sind freiwillig und unentgeltlich für die Krankenhäuser tätig. Hieraus folgt, so die Meinung der Hauptberuflichen, dass sie sehr selbstbestimmt handeln: Sie entscheiden beispielsweise selbst, wann und wie lange sie vor Ort sind, welche Aufgaben sie übernehmen beziehungsweise welche Tätigkeiten sie sogar ablehnen. Die Art und Weise, wie Ehrenamtliche ihre Selbstbestimmung nutzen oder in welchem Ausmaß ihr Engagement in Absprachen mit dem Krankenhauspersonal erfolgt, entscheiden darüber mit, ob Ehrenamt im Krankenhaus realisierbar ist.

Nach Auffassung der Hauptberuflichen ist es sehr wichtig, dass diese Selbstbestimmung respektiert wird. Die Interessen der Ehrenamtlichen müssen gewahrt werden und das Personal sollte intensiv auf diese eingehen. Versäumnisse im Respekt gegenüber der Selbstbestimmung können dazu führen, dass Ehrenamtliche ihre Tätigkeit beenden oder erst gar nicht beginnen. Die Rücksichtnahme auf diese Selbstbestimmung und die Interessen der Ehrenamtlichen ist jedoch mit diversen Anstrengungen für das Personal verbunden.

„Man weiß ja oft gar nicht mit welchen Vorstellungen die ins Krankenhaus kommen, was wollen die selbst machen“ (KH 2, P)

„Das Ehrenamt hat ja auch die Freiheit. Also die sind nicht genau dann da, wenn man sie vielleicht gerade brauchen könnte, sondern die sind dann da, wenn die eben da sind“ (KH 3, P)

„Ich habe eben eine 50-jährige, eine 70-jährige und eine fast 80-jährige und jeder braucht irgendwie eine andere Unterstützung, damit die gebunden bleiben“ (KH 3, P)

„Erschwerte Planbarkeit“

Die selbstbestimmte Zeiteinteilung und inhaltliche Ausgestaltung durch die Ehrenamtlichen beeinflussen aus Sicht des Personals die zuverlässige Integration in die Versorgungsprozesse. Während einige Kliniken oder Abteilungen eine Möglichkeit gefunden haben, in Abstimmung mit den Ehrenamtlichen eine weitestgehend verlässliche Planung sicherzustellen (siehe Zitat 1), scheint dies in anderen Fällen bislang nicht gelungen, wie das zweite Zitat offenlegt.

„Wir wissen ja, [an] welche[n] Tage die kommen und dann suchen wir die Patienten aus“ (KH 4, P)

„Wenn ich genau wüsste, sie kommt immer dienstags, könnte ich natürlich auch ein bisschen gezielter gucken, wo wir einsame Patienten oder Demente [haben] und sie dort dann auch entsprechend hinschicken oder auch andere Patienten mal drauf verweisen, da kommt nachher jemand (...). Dazu bräuchte ich aber eine gewisse Zuverlässigkeit, dass die zum bestimmten Tag auch wirklich da sind“ (KH 2, P)

„Förderung durch die Leitungsebene“

Die Teilnehmenden einer Diskussionsrunde sind sich einig, dass Ehrenamt auf allen Ebenen, insbesondere aber durch die Leitungsebene, angemessen gefördert und unterstützt werden muss. Die Leitungsebene muss dafür Sorge tragen, dass die Bedingungen und Strukturen des Krankenhauses eine Einbindung Ehrenamtlicher überhaupt möglich machen.

Beispielhaft für förderliche Strukturen nennen die Hauptberuflichen eine koordinierende Person, die mit einem Anteil ihrer Stelle für die Einbindung der Ehrenamtlichen in die Versorgungsabläufe verantwortlich ist. Außerdem wird erwartet, dass die Leitungsebene den Hauptberuflichen Zeiten für die Anleitung der Ehrenamtlichen als reguläre Arbeitszeit anerkennt.

„Das Ehrenamt muss absolut gewollt sein und gewünscht sein von der Einrichtung – von oben bis unten, (...) denn sonst funktioniert es nicht lange (...). Es braucht diese Strukturen“ (KH 3, P)

„Wenn man sich so ein bisschen im Internet umguckt, dann klar, sagen die nach außen hin: ‘Ja, wir wollen Ehrenamt, Ehrenamt ist ganz toll’. Aber irgendwas zu machen, um das strukturell zu fördern? Dann kriegen das irgendwelche Leute als zusätzliche Aufgabe noch auf den Hut gesteckt. Hier sagt man ja schon, da gibt es jemanden, der soll das strukturell fördern. Also ich finde das schon besonders“ (KH 3, P)

„Organisationsaufwand“

Wie bereits in vorhergehenden Zitaten ersichtlich, ist das Personal der Meinung, dass Ehrenamt im Krankenhaus zu einem organisatorischem Mehraufwand führt. Die Hauptberuflichen schildern, dass einige ihrer Kolleginnen und Kollegen diesen Aufwand im Vergleich zum spürbaren Nutzen als zu hoch empfinden und daher einen Einsatz Ehrenamtlicher in ihren Fachabteilungen ablehnt.

„Theoretisch gefragt, würden die Berufsgruppen immer sagen: ‘Das ist eine Bereicherung’. Aber wenn es praktisch wird, ist zunächst dieser Organisationsaufwand und die Belastung spürbar“ (KH 3, P)

„Die [Ehrenamtlichen] (...), die fragen gezielt nach: ‘Darf ich den zur Toilette begleiten, darf der an der Bettkante essen, darf der das trinken?’ Das ist manchmal nervig, weil ständig jemand kommt“ (KH 4, P)

„Akzeptanz des Ehrenamts durch Hauptberufliche“

In den obigen Zitaten wird deutlich, dass offenbar nicht alle Hauptberuflichen das Ehrenamt in ihrer Klinik akzeptieren und gutheißen. Die Teilnehmenden beschreiben Situationen, in denen Hauptberufliche das Tätigkeitsfeld der Ehrenamtlichen im Vergleich zu ihren Tätigkeiten als unbedeutend und unwichtig bewerten. Eine solche Einstellung beeinträchtigt nach Meinung der Diskutierenden die Zusammenarbeit und demotiviert die Ehrenamtlichen.

„Ich habe Situationen erlebt (...), in denen die Ehrenamtlichen wirklich belächelt wurden, wo dann gesagt wurde: ‘Oh, jetzt kommt ihr schon wieder mit euren Spielen (...) hehe [stellt Lachen nach], wir machen jetzt eine ganz komplexe Herzkatheter-Untersuchung und ihr kommt hier mit einem Spiel um die Ecke’“ (KH 3, P)

In anderen Fällen hemmen Konkurrenz- und Neidgefühle die Akzeptanz des Ehrenamts: Zeit für Gespräche und Zuwendung wird von diesen Hauptberuflichen als Bestandteil der professionellen Versorgung und somit als ihr eigenes Aufgabengebiet gewertet. Aufgrund veränderter Arbeitsbedingungen bleibt ihnen aber hierfür keine Zeit mehr. Ehrenamtliche „nehmen“ ihnen nun diese, als angenehm empfundenen Tätigkeiten „weg“.

„Das ist etwas, was ich häufiger gehört habe: `Ach, jetzt machen die die schönen Sachen, dieses Dazusetzen, zu spielen, weswegen wir eigentlich Krankenpfleger geworden sind'. Das stimmt, aber das ist einfach so eine Tendenz mit der Ausdifferenzierung (KH 3, P)

Erwartungen an den Erfolg

„Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus“

In allen Kliniken vertritt das Personal die Position, dass ein Ehrenamt im Krankenhaus in der Öffentlichkeit zunehmend als unattraktiv wahrgenommen wird. Daher lassen sich immer weniger Ehrenamtliche gewinnen, was den Erfolg maßgeblich beeinträchtigt.

Die mangelnde Attraktivität führen die Hauptberuflichen einerseits auf eine allgemein veränderte Einstellung zum ehrenamtlichen Engagement zurück. Aus ihrer Wahrnehmung heraus ist die allgemeine Bereitschaft zur altruistischen, ehrenamtlichen Unterstützung anderer Menschen im Vergleich zu früher zurückgegangen.

„Das Ehrenamt an sich ist nicht mehr das, was die Leute machen wollen oder [wofür] die Zeit nicht mehr da ist“ (KH 2, P)

Stärker als früher hinterfragen die heute engagierten Ehrenamtlichen, an welchen Stellen sie auch persönlich von ihrer Tätigkeit profitieren. Außerdem wird ein Ehrenamt häufig nur noch als eine zeitlich begrenzte Betätigung und nicht mehr als eine länger fortdauernde gesellschaftliche Aufgabe angesehen. Diese veränderte Einstellung beeinflusst und beeinträchtigt die Anwerbung neuer Ehrenamtlicher.

„Ich habe vor 12 Jahren die Arbeit übernommen und da war noch so eine andere Haltung von den Ehrenamtlichen oder Grünen Damen. Da war dieses Dienende ganz wichtig (...). Heute sind es andere Aspekte. Die kommen und sagen: `Ich möchte mein Leben ergänzen mit interessanten Aufgaben und mit Erlebnissen und das heißt nicht unbedingt, dass ich 10 Jahre dableibe'“ (KH 3, P)

Alle Gruppen diskutieren darüber, dass viele Ehrenamtliche bereits älter sind aber nur wenige Jüngere nachrücken. Einige Hauptberufliche rechnen damit, dass das Ehrenamt hauptsächlich aufgrund dessen nach und nach aus den Krankenhäusern verschwinden wird.

„Bei den Grünen Damen habe ich so das Gefühl, das ist ein Auslaufmodell. Das sind nur noch ältere Leute.“ (KH 2, P)

Die Gewinnung neuer Ehrenamtlichen wird aus Sicht der Hauptberuflichen darüber hinaus durch eine wachsende Angst und Scheu vor dem Kontakt mit erkrankten, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen erschwert. Für weite Teile der Bevölkerung seien Krankenhäuser Orte, die man meiden müsse. Dementsprechend bestehen Hemmungen, dort ehrenamtlich tätig zu werden.

„Viele [haben] einfach so diese Angst vor den Krankheiten: ‘Mit was komme ich in Kontakt’“ (KH 1, P)

„Die Bevölkerung guckt natürlich so: ‘Krankenhaus? Oh Gott! Bloß wegbleiben’. Das sagen ja auch ganz viele: ‘Bloß nicht dahin müssen’“ (KH 3, P)

Eine Gruppe diskutierte darüber, dass möglicherweise auch die Komplexität des Krankenhausalldtags Menschen von einem Ehrenamt in diesem Bereich abhält.

„Es schreckt viele ab, dass das Krankenhaus einfach so eine fremde Welt mit ziemlich komplexen Abläufen ist (...). Ich erlebe das immer, wenn ich Ehrenamtliche neu in das Krankenhaus begleite, dass es einfach sehr viele Abläufe gibt, die für die Leute, die im Krankenhaus sind, total normal sind, aber die für die Ehrenamtlichen und für die Patienten natürlich auch nicht [normal sind]“ (KH 3, P)

„Finanzielle Anreize“

Die geringe Attraktivität von Ehrenamt im Krankenhaus ist aus Sicht der Diskutierenden zweier Krankenhäusern auch auf fehlende finanzielle Anreize zurückzuführen. Sie glauben, dass bereits die Anwerbung Ehrenamtlicher erfolgreicher verlaufen könnte, wenn – wie in anderen Bereichen des Gesundheitssektors oft üblich, z. B. in der Unterstützung von Menschen mit Demenz und der Hospizarbeit – angemessene Aufwandsentschädigungen gezahlt würden. Nach Einschätzung der Hauptberuflichen wirken sich unterschiedliche Praktiken von Pflege- und Gesundheitsinstitutionen im Umgang mit finanziellen Anreizen beziehungsweise Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche nachteilig für Krankenhäuser aus. Denn dort werden zumeist keine finanziellen Anreize respektive Aufwandsentschädigungen vorgehalten.

„Das Hauptproblem ist eigentlich, dass man über so ein Ehrenamt nix verdient. Wenn die Vergütung irgendwie gerecht wäre, dann hätten wir die ganzen Probleme [der mangelnden Attraktivität] nicht“ (KH 1, P)

„Wir haben ja schon die Situation, dass wir ein Zweiklassen-Ehrenamt haben. Die ganze Demenzarbeit ambulant wird ja mit einer Aufwandsentschädigung betrieben und die ist ja gar nicht so gering, (...) bei der Hospizarbeit waren es dann die Koordinatorenstellen (...). Wir sind gesellschaftlich schon in so einer Entwicklung, dass etwas, was früher ehrenamtlich war, jetzt manchmal schon vergütet wird. Das macht die ganze Sachlage auch nicht leichter bei der Entscheidung: ‘Ich will etwas tun. Aber tue ich etwas, wofür es Geld für gibt oder tue ich etwas, wo es kein Geld für gibt’“ (KH 3, P)

In diesem Kontext merkt eine Teilnehmerin ergänzend an, dass insbesondere ältere Menschen im Ruhestand als eine Zielgruppe potenzieller Ehrenamtlicher durch diese unterschiedlichen Regelungen und Bedingungen in einen Entscheidungskonflikt geraten. Denn viele Ältere seien heute auf Aufwandsentschädigungen beziehungsweise eine finanzielle Anerkennung ehrenamtlicher Tätigkeiten als Zusatz zur Rente angewiesen. Im Zweifel wählen sie dasjenige Ehrenamt, in dem diese Anreize geboten werden.

„Ich erlebe schon (...), dass es tatsächlich auch eine Menge Menschen gibt, die in ihrem Rentendasein etwas dazu verdienen müssen“ (KH 3, P)

„Zugang zum Ehrenamt“

Die Attraktivität und somit der Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus werden durch einen im Vergleich zu anderen Bereichen eher komplizierten Zugang eingeschränkt. Nach Auffassung der Hauptberuflichen ist das Ehrenamt im Krankenhaus, beispielsweise im Gegensatz zur Hospizhilfe, in der Öffentlichkeit relativ wenig bekannt. Es wird vergleichsweise wenig dafür „geworben“. Entwickeln Personen dennoch an diesem Ehrenamt Interesse, sei ihnen häufig nicht klar, an wen sie sich wenden können. Zugleich fehlen aus Sicht des Personals Informationen, welche konkreten Tätigkeiten Ehrenamtliche im Krankenhaus verrichten.

„Ich glaube, dass die Engagementbereiche im Krankenhaus nicht so bekannt sind“ (KH 3, P)

„Es gibt viele, die gar nicht wissen, wie sie an ein Ehrenamt drankommen (...), wie kann ich mich da einbringen“ (KH 1, P)

„Es wird auch wenig beworben, das muss man ganz ehrlich sagen. Also für jeden Pups gibt es irgendwo eine Radio- oder Fernsehwerbung, aber [nicht für] ehrenamtlich irgendwo einzutreten“ (KH 1, P)

„Veränderte familiäre Strukturen“

Aufgrund veränderter familiärer Strukturen in der Bevölkerung, wird es aus Sicht der Hauptberuflichen künftig immer wichtiger, Ehrenamtliche in die klinische Versorgung einzubinden. Viele Erkrankte, insbesondere ältere, erhalten nur noch selten oder nie Besuch von Familienangehörigen oder Personen aus ihrem privaten Umfeld. Daher fehlt ihnen eine emotionale und/oder praktische Unterstützung. Ehrenamtliche tragen dazu bei, diese Lücke auszugleichen.

„[Früher] bist du mittags mit einer Flasche Saft besucht worden und hast einen Apfel ins Krankenhaus gebracht bekommen. Es war immer jemand da. Und jetzt wird alles irgendwie anonym (...). Deshalb muss die Gesellschaft jetzt anfangen, familiäre Dinge zu puffern“ (KH 1, P)

„Angehörige sind deutlich weniger. Die älteren Herrschaften (...), die kommen aus dem Pflegeheim und werden wieder zurückgeschickt. Da ist niemand da, kümmert sich niemand mehr. Die Kinder, die sind oftmals weg weit weg (...). Dann kommt niemand mehr her, das hat sich total geändert. Die Leute sind alleine“ (KH 2, P)

„Politische Position zum Ehrenamt im Krankenhaus“

Inwieweit Ehrenamt im Krankenhaus perspektivisch weiter vorhanden respektive erfolgreich sein wird, hängt nach Meinung der Hauptberuflichen nicht zuletzt von der Haltung der Politik ab: Diese steuert den Versorgungsmix im Gesundheitswesen entscheidend mit. Bislang wird aber nicht klar deutlich, welche Position die Politik gegenüber dem Ehrenamt im Krankenhaus vertritt. Dies zeigt sich etwa darin, dass die Förderung des Ehrenamts im akutstationären Bereich nicht klar geregelt ist.

„In der Versorgung von hilfsbedürftigen Leuten, ist ja so ein Mix. Einen Teil übernimmt ja die Professionalität, dann vielleicht die Familie, dann Ehrenamt. Wer kann welchen Teil leisten? (...) Das ist ja auch schon fast ein bisschen etwas, [was] in die politische Ebene reingeht, (...) wenn Ehrenamt gewünscht ist, dass dann wenigstens die Rahmenbedingungen dafür, (...) irgendwie wenigstens finanziert wird (...). Das sollte politisch viel mehr gelenkt werden“ (KH 3, P)

Eine Gruppe spekuliert über einen möglichen Grund für diese fehlende klare politische Positionierung: Möglicherweise soll verhindert werden, dass eine, durch politische Reformen hervorgerufene, potenziell negative Entwicklung in der Krankenhausversorgung für die Bevölkerung offensichtlich wird. So sind die Hauptberuflichen der Ansicht, dass sich die professionelle Patientenversorgung zunehmend von einem ganzheitlichen Ansatz, bei dem der Mensch im Vordergrund steht, entfernt. Stattdessen fokussiere sie auf die punktuelle Therapie der Erkrankung. Erfolge nun parallel eine stärkere politische Förderung des Ehrenamts, in der Ehrenamtliche eine von Fachkräften nur noch unzureichend zu erbringende persönliche Betreuung der Erkrankten ersetzen, würden hierdurch die Fehlsteuerungen der Gesundheitspolitik allzu deutlich nach außen getragen.

„Das ganze System ist total funktional und an vielen Stellen auch technisch. Dann haben wir das Ehrenamt für die ganzen anderen Facetten dieses Menschen. Vielleicht ist das genau diese Ambivalenz im System, weshalb man sich nicht [in der Politik für eine Förderung des Ehrenamts im Krankenhaus] entscheiden kann. (...) Wenn man sagen würde: `Wir setzen jetzt total aufs Ehrenamt`, dann wird ja offenkundig, was gerade passiert“ (KH 3, P)

7.3 Perspektive der Ehrenamtlichen

7.3.1 Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus

Die Ehrenamtlichen sehen – ebenso wie die Leitungsebene und das Personal – das wichtigste Ziel ihres Engagements in der Zeit und Zuwendung für kranke Menschen. Durch diese steigt die Patientenzufriedenheit und die Hauptberuflichen werden entlastet.

Die teilnehmenden Ehrenamtlichen sehen sich als Bindeglieder: Sie vermitteln einerseits zwischen Krankenhauspersonal und Erkrankten, andererseits zwischen dem Krankenhaus als Institution und der Öffentlichkeit.

Gleichzeitig ziehen die Ehrenamtlichen einen persönlichen Nutzen aus ihrer Tätigkeit. Entscheidender Faktor der erfolgreichen Zielerreichung ist aus Sicht der Ehrenamtlichen die gute Zusammenarbeit mit den Hauptberuflichen.

Die Ziele und erwünschten Folgen, die Ehrenamtliche mit ihrem Ehrenamt im Krankenhaus verbinden, sowie deren beeinflussender Faktor werden nun inhaltlich konkretisiert und im Kategoriensystem dargestellt (vgl. Abbildung 16, S. 103)

„Zeit und Zuwendung für Erkrankte“

Ehrenamtliche sehen ein übergeordnetes Ziel ihres Engagements in der Zeit und Zuwendung für Patientinnen und Patienten. Im Gegensatz zu Hauptberuflichen, die zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags vielfältige fachbezogene, medizinisch-pflegerische Aufgaben erfüllen müssen und daher oftmals zeitlichen Restriktionen unterworfen sind, können die Ehrenamtlichen ihre Zeit freier einteilen. Deshalb können sie sich Erkrankten mit entsprechenden Bedürfnissen nach allgemeiner sozialer Unterstützung länger widmen und diesen Bedürfnissen eher gerecht werden als Fachpersonal.

„Ich setze mich dahin (...), ich kann sitzen bleiben, ich brauche nirgendwo anders hin zu laufen (...). Und wenn ich eine Stunde dasitze (...) ich bin nicht unter Druck, mich bezahlt keiner, ich brauche keine Rechenschaft zu geben (...). Ich bleib jetzt bei diesem einen Patienten solange ich möchte oder der sagt, es reicht“ (KH 4, E)

„Manche brauchen ja einfach nur ein bisschen Zuwendung (...), möchten einfach nur jemanden haben“ (KH 3, E)

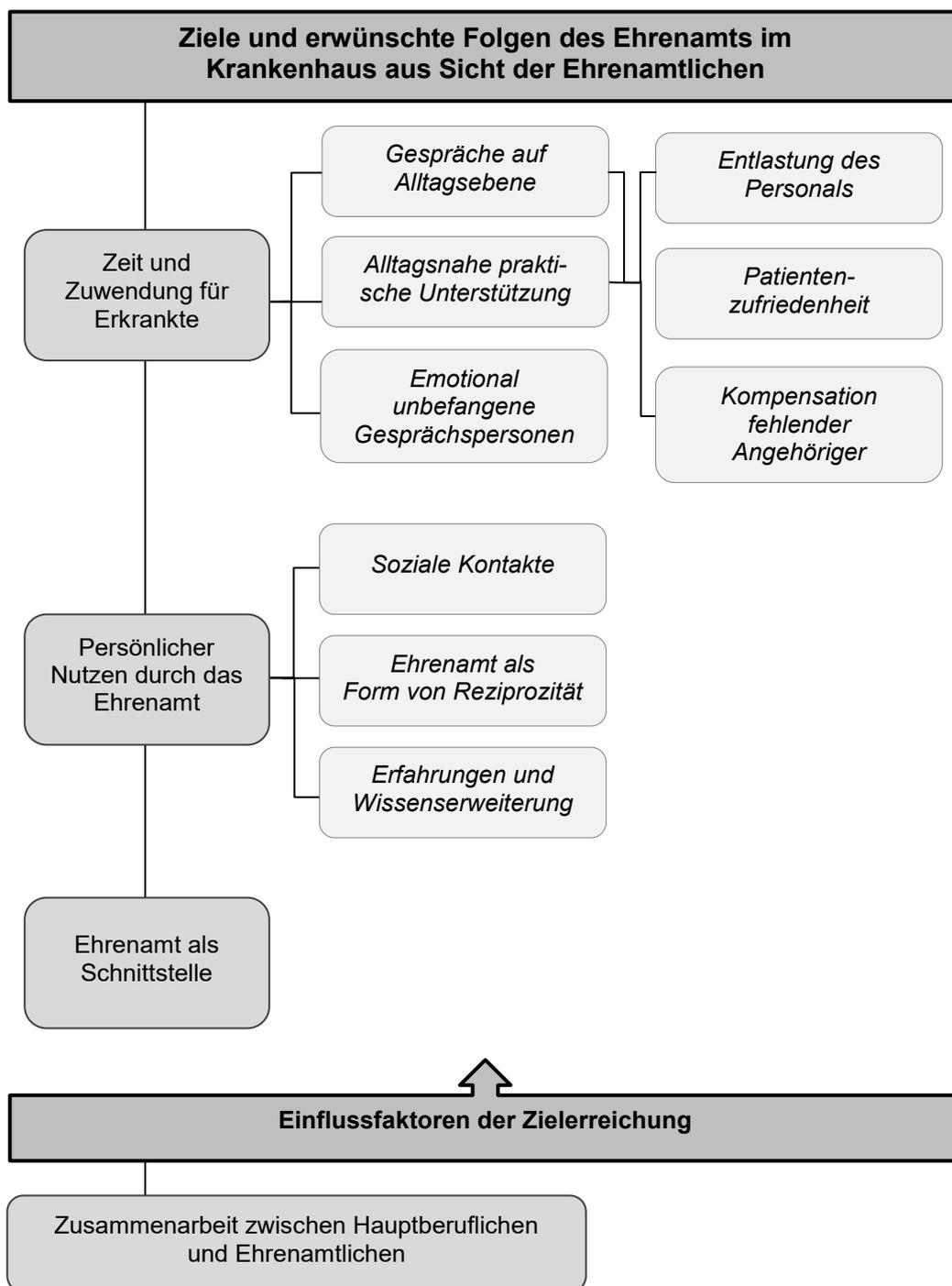


Abbildung 16: Kategoriensystem - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts aus Sicht der Ehrenamtlichen

(eigene Darstellung)

„Gespräche auf Alltagsebene“

Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche ermöglichen den Erkrankten, Gespräche auf Alltagsebene zu führen. Im Gegensatz zu vielen Unterhaltungen mit Fachpersonal sind diese Gespräche nicht auf die Krankheit fokussiert, sondern konzentrieren sich auf die Alltags- und Lebenswelt der Erkrankten. Diese Alltagsnähe wird in einer Diskussionsrunde als typisches Merkmal ehrenamtlicher Unterstützung angesehen, auf dessen Einhaltung die Ehrenamtlichen achten: In einer Gruppe wird z. B. beschrieben, dass Interessenten, die ein Ehrenamt in der betreffenden Klinik beginnen möchten, bereits im Vorfeld darüber aufgeklärt werden, dass sie keinesfalls eine fachliche Beraterrolle einnehmen dürfen. Denn aus ihrem Selbstverständnis heraus kümmern sich Ehrenamtliche ausschließlich um das „Menschliche“, nicht um krankheits- oder therapiebezogene Aspekte.

„Normale Menschen (...) wir sollen keine Fachleute sein. Die Patienten sind auch durchweg normale Menschen (...). Man unterhält sich so, wie man sich mit Nachbarn unterhält. Normal, keine Fachgespräche führen“ (KH 1, E)

„Alltagsnahe praktische Unterstützung“

Ehrenamtliche unterstützen Erkrankte bei alltagspraktischen Tätigkeiten. Dabei handelt es sich um Unterstützungsleistungen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich von Fachpersonal fallen, sondern entweder selbstständig durchgeführt oder von Angehörigen übernommen werden.

Hieraus lässt sich schließen, dass insbesondere Patientinnen und Patienten, die nicht auf Hilfe aus dem privaten Umfeld zurückgreifen können, eine wichtige Zielgruppe ehrenamtlicher Unterstützung sind. Die Ehrenamtlichen begleiten diese Personen beispielsweise zu Behandlungen oder sie erledigen für sie kleinere Besorgungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses (vgl. Tabelle 9, S. 68). Vielfach handelt es sich hierbei zwar um ganz alltägliche Dinge, die aber gerade für kranke Menschen einen hohen Stellenwert haben können.

„Ganz praktische Sachen. Besorgungen zu machen für Menschen. Als kranker Mensch ist es manchmal eben wichtig, bestimmte Taschentücher, Kekse oder so etwas zu haben, wenn sonst alles weggebrochen ist“ (KH 4, E)

„Wenn gerade etwas fehlt, [Wasser, Trinkbecher] oder dass man sie runterfährt zur Behandlung oder zum EKG (...) Das sind die kleineren Hilfstätigkeiten zwischendurch“ (KH 2, E)

„Ehrenamtliche als emotional unbefangene Gesprächspersonen“

Ein weiteres Ziel der Ehrenamtlichen ist es, den Erkrankten als emotional unbefangene Gesprächspersonen zur Verfügung zu stehen.

Ehrenamtliche berichten, dass es insbesondere schwer erkrankten Menschen schwer fällt, mit ihren nahen Angehörigen über Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit oder sogar über einen nahenden Tod zu sprechen. Die Angehörige seien durch diese Situation häufig selbst zu stark belastet, sodass die Erkrankten diese Themen bei deren Besuchen meiden.

Dahingegen können die Patientinnen und Patienten im Gespräch mit den Ehrenamtlichen, zu denen keine engere emotionale Bindung besteht, ihre Ängste und Sorgen offen ansprechen.

„Ich habe sehr viele Krebspatienten auf meiner Station, die sagen: ‘Das hat gerade gutgetan, mit Ihnen zu sprechen’. Zum Beispiel auch über das Thema Tod, weil bei den Angehörigen, (...) das ist für die so schmerzhaft. Deswegen reden die mit denen nicht darüber. Aber die Kranken, die haben das Bedürfnis, darüber zu reden (...). Deswegen tut das denen gut, mal mit jemandem Außenstehenden zu reden“ (KH 1, E)

„Der Patient, die bedanken sich auch: ‘Gut, dass ich mal jemanden hatte, mit dem ich ein bisschen reden konnte’. Das können [die Erkrankten] nicht alle – mit ihren eigenen Leuten. Mal mit jemandem ganz anderen über die Krankheit sprechen“ (KH 4, E)

„Entlastung des Personals“

Die Zeit und die Zuwendung für Patientinnen und Patienten entlasten nach Meinung der Ehrenamtlichen auf verschiedene Weise das hauptberufliche Personal: Erstens wird das Fachpersonal von alltagsnahen, praktischen Unterstützungsleistungen entlastet, die eigentlich nicht Teil ihres fachlichen Versorgungsauftrags sind, wie etwa die oben erwähnten Einkäufe für Erkrankten. Zweitens sorgen Ehrenamtliche dafür, dass Erkrankte in der Zeit ihrer Besuche beschäftigt sind. Während der Besuche der Ehrenamtlichen rufen diese seltener das Fachpersonal.

„Zu mir hat mal eine Schwester gesagt (...), sie würde das als Entlastung sehen, weil normalerweise müssten die sich um diese Dinge auch noch kümmern“ (KH 1, E)

„[Der] Patient klingelt auch weniger, (...) es ist ja auch für den Pflegebereich nicht schlecht“ (KH 3, E)

„Patientenzufriedenheit“

Die Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche fördern die Patientenzufriedenheit. Eine hohe Patientenzufriedenheit wiederum steigert die Krankenhausreputation in der Öffentlichkeit.

„Für das Krankenhaus bringt es ganz viel (...) [es] wird ganz oft [von Erkrankten] gesagt: ‘Das ist ja ein toller Service’. Das Krankenhaus hat schon Vorteile, wenn der Patient nach Hause geht und sagt: ‘Mensch, da kann man hingehen, da sind die Sachen vorhanden oder die Leute haben Zeit oder (...) da wird sich um mich gekümmert’“ (KH 3, E)

„Kompensation fehlender Angehöriger“

Ehrenamtliche kompensieren fehlende Angehörige. Denn ähnlich wie Angehörige, haben Ehrenamtliche Zeit für persönliche Gespräche und praktische Alltagsunterstützung. Einige Teilnehmende berichten, dass sie manchmal direkt von Angehörigen kontaktiert werden, die explizit darum bitten, sich um ein krankes Familienmitglied zu kümmern, da sie aus Zeitgründen, oder weil sie weiter weg wohnen, nicht selbst zu Besuch kommen können.

„Für Leute, die keine Angehörigen mehr haben und gerne jemanden hätten zum Reden. Dass man dann dafür da ist“ (KH 2, E)

„Wir werden auch immer mal angerufen von Kindern von Patienten, die weit weg wohnen, berufstätig sind und nicht besuchen können, aber wissen, dass es ihren Eltern schlecht geht oder gerne einen persönlichen Kontakt [hätten] (...) das kann man von den Stationsleitungen oder Pflegern [nicht erwarten], (...) das können die nicht leisten“ (KH 4, E)

„Persönlicher Nutzen durch das Ehrenamt“

Alle Ehrenamtlichen verdeutlichen, dass sie das Ehrenamt nicht nur ausüben, um anderen Menschen zu helfen. Ganz bewusst möchten sie von ihrer Tätigkeit auch selbst profitieren. Beispielsweise empfinden sie die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten als eine Bereicherung. Die Dankbarkeit der Erkrankten und die wahrgenommenen Erfolgsergebnisse ihrer Unterstützung steigern ihr eigenes Wohlbefinden und machen sie – unter anderem über den sozialen Vergleich mit den Erkrankten – zufriedener.

„Es ist nicht nur so, dass ich ehrenamtlich arbeite, um Gutes tun zu wollen oder andere Leute beglücken zu wollen, sondern man kriegt eine Menge zurück durch die Patientinnen und Patienten“ (KH 3, E)

„Das erfüllt mich auch. Da ist meins gar nichts mehr, wenn ich hier rausgehe, wenn man das alles sieht, das Elend“ (KH 4, E)

„Soziale Kontakte“

Über ihr ehrenamtliches Engagement möchten die Teilnehmenden soziale Kontakte knüpfen. Sie berichten von regelmäßigen, auch privaten Treffen und einem guten Austausch untereinander.

„Die Gemeinschaft, die ich hier erlebe (...), wir uns auch ab und an privat treffen, zu Wanderungen und Sonstigem, das ist zusätzlich für mich ein Geschenk (KH 4, E)

Im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten lernen die Ehrenamtlichen viele verschiedene Menschen und Charaktere kennen. Sie empfinden dies als eine Erweiterung ihres Horizonts.

„Kontakt mit Menschen und immer wieder andere Menschen. Das ist sehr interessant das Ganze. Man lernt auch Menschen kennen, auf die man sonst nie gekommen wäre“ (KH 1, E)

„Ehrenamt als Form von Reziprozität“

Einige Ehrenamtliche streben an, über ihr Ehrenamt, einen Ausgleich für Hilfe und Unterstützung zu schaffen, die ihnen selbst in einer zurückliegenden Notsituation zuteilwurden. Mit ihrem Engagement für kranke Menschen möchten sie etwas „Gutes zurückgeben“ und so eine Balance herstellen.

„Was ich erfahren habe an Zuwendung, an Gutem, möchte ich in der Form auch zurückgeben“ (KH 3, E)

„Ich bin vor 10 Jahren nach Deutschland umgezogen und seitdem geht es mir eigentlich gut. Dann [ist] irgendwann das Gefühl gekommen, dass man das einfach zurückgeben [will]“ (KH 4, E)

„Erfahrungen und Wissenserweiterung“

Das Engagement im Krankenhaus ermöglicht den Ehrenamtlichen, Erfahrungen zu sammeln und ihr persönliches Wissen zu erweitern, beispielsweise im Hinblick auf Erkrankungen, die gesundheitliche Versorgung oder im Umgang mit anderen Menschen. Dies nutzt ihnen nicht nur bei der Ausübung des Ehrenamts, sondern auch in ihrem privaten Alltag.

„Am Anfang hatte ich Gespräche mit Logopäden, die mir dann erklärt haben, (...) das ganze Anatomische und da habe ich so viel dazugelernt (...). Es interessiert mich dann schon sehr“ (KH 4, E)

„Ich habe im Laufe der Jahre einiges auch gelernt fürs gesamte Leben im Umgang mit Menschen, manches besser verstehen und beurteilen zu können“ (KH 1, E)

„Ehrenamt als Schnittstelle“

Ein weiteres Ziel ihrer Tätigkeit sehen die Ehrenamtlichen darin, als eine Schnittstelle zwischen Erkrankten und dem Fachpersonal zu fungieren. Sie berichten, dass in ihren Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten häufig Informationen an sie herangetragen werden, die sie dann an das Personal weitergeben. Oft handelt es sich um besondere Unterstützungsbedarfe oder um Beschwerden der Erkrankten über die Versorgungsqualität. Entscheidend sei für die Ausübung dieser Schnittstellenfunktion, dass sie den Krankenhausbetrieb, wie Erkrankte und ihre Angehörigen, aus einer Laienperspektive wahrnehmen.

Die Krankenhäuser sollten nach Meinung der Teilnehmenden das Feedback der Ehrenamtlichen nutzen, um Patientenmeinungen besser zu erfassen und darauf aufbauend die Patientenorientierung auszubauen.

„Wir sind auch (...) ein Auge und Ohr fürs Haus. Wir haben nicht so den professionellen, eingeschränkten Blick (...), haben so einen unverbrauchten Blick auf manche Missstände (...). Wird auch immer noch mal nachgefragt [von den Hauptberuflichen], wo wir dann umgekehrt was weitergeben können“ (KH 4, E)

In einer Diskussion wurde angeregt, diese vermittelnde beziehungsweise übermittelnde Rolle der Ehrenamtlichen stärker als bislang zur Optimierung der Versorgungsprozesse zu nutzen, indem über die Rückmeldungen der Ehrenamtlichen ein spezifischer Zugang zu Expertinnen und Experten des professionellen Systems ermöglicht wird, etwa zur sozialen Arbeit oder – im Rahmen des Entlassmanagements – zu ambulanten Pflegediensten.

„Man könnte unsere Arbeit auch noch mehr nutzen und ausbauen in die Richtung, (...) dass wir so eine Art auch Vermittlung zu anderen Berufsgruppen geben, wo Bedarfe bestehen“ (KH 3, E)

Einflussfaktoren der Zielerreichung

„Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen“

Entscheidende Voraussetzung dafür, dass Ehrenamt im Krankenhaus zu den angestrebten Zielen und erwünschten Resultaten führt, ist aus Sicht aller teilnehmenden Ehrenamtlichen die Zusammenarbeit mit dem hauptberuflichen Personal. Eine reibungslose Kooperation, die vertrauensvolle Kommunikation sowie eine gute Informationsweitergabe, z. B. darüber, welche Patientinnen und Patienten den Bedarf und das Bedürfnis nach ehrenamtlicher Unterstützung haben, führen dazu, dass sich Ehrenamtliche zielgerichtet an betroffene Erkrankte wenden können.

„Diese Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Team auf der Station und (...) mit denen, die ehrenamtlich arbeiten, das wäre eigentlich wünschenswert. Das sind zwei Sachen, die ja wirklich gut zusammenarbeiten könnten und dann könnte man die Leute direkt ansprechen“ (KH 3, E)

„Die Pastorin, die im Krankenhaus arbeitet, bereitet für mich oder für andere so eine Langliegerliste vor, (...) dann wird gekennzeichnet, wer schon länger als 14 Tage da ist und damit habe ich dann einen Hinweis für (...) die, die ich in besonderer Weise noch mal ansprechen kann“ (KH 3, E)

Jedoch kritisieren mehrere Gruppen, dass die Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal nicht immer zur Zufriedenheit der Ehrenamtlichen verläuft. Viele wünschen sich Verbesserungen in der Kooperation und Kommunikation.

„Wir haben da eine Menge Nachholbedarf, was die Information oder das Zusammenspiel mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stationen angeht“ (KH 3, E)

„Dass wir doch in letzter Zeit auch Diskussionen von Stationen hatten, dass eine Kollegin von uns gesagt hat: `Da geh ich nicht mehr hin, wie die [Hauptberuflichen] mich behandeln‘ (KH 1, E)

7.3.2 Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus

Die Ehrenamtlichen sind der Meinung, dass die Akzeptanz und Wertschätzung ihrer Tätigkeit sowie die Unterstützung, die sie in ihrer Funktion und als Person erhalten, elementare Voraussetzungen dafür sind, dass Ehrenamt im Krankenhaus erfolgreich verwirklicht werden kann. Des Weiteren muss das Ehrenamt bei Personal und unter Erkrankten und Angehörigen bekannt sein und sich deutlich von den Aufgaben professioneller Kräfte abgrenzen. Während einige situative Bedingungen – hierzu gehören veränderte familiäre Strukturen und die aktuelle Situation der Krankenhausversorgung – einen perspektivisch eher steigenden Erfolg erwarten lassen, wirken andere Faktoren nach Meinung der Ehrenamtlichen hemmend, etwa die wahrgenommene geringe Attraktivität von Ehrenamt im Krankenhaus in der Öffentlichkeit.

Die Inhalte der einzelnen Kategorien werden im folgenden Abschnitt dargestellt und mit Zitaten aus den Gruppendiskussionen belegt. Abbildung 17 (vgl. S. 110) zeigt das Kategoriensystem zu den Erwartungen der Ehrenamtlichen im Hinblick auf Machbarkeit und Erfolg.

Erwartungen an Machbarkeit

„Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts“

Thema in allen Gruppen war die Akzeptanz und Wertschätzung der Hauptberuflichen gegenüber dem Ehrenamt. Für die Motivation von Ehrenamtlichen sei wesentlich, dass sie einerseits als Individuen und andererseits in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit von den Hauptberuflichen akzeptiert und respektiert werden. Die Ehrenamtlichen wünschen sich eine angemessene Wertschätzung, sie möchten als integraler Bestandteil im Versorgungsteam angesehen werden und erwarten einen entsprechend respektvollen Umgang. Ein Zeichen dieser Akzeptanz und Wertschätzung ist es für sie, wenn sie zu offiziellen Veranstaltungen, etwa Weihnachtsfeiern, eingeladen werden, welche die Klinik für ihr Personal ausrichtet, oder, wenn sie von Zeit zu Zeit als kleine Aufmerksamkeit Geschenke erhalten.

„Wir werden da auch sehr geschätzt auf dieser Station, wir werden überall mit hin eingeladen, es wird sich jedes Mal bedankt, wenn wir da sind. Es ist ganz toll“ (KH 4, E)

Einige Ehrenamtliche kritisieren, dass nicht alle Hauptberuflichen ihnen gegenüber die erwünschte Akzeptanz und Wertschätzung aufbringen.

Manchmal erscheint es ihnen so, als ob einige Hauptberufliche sie als Konkurrenz ansehen.

„[Ich wünsche], dass man einfach eine andere Akzeptanz findet, ja eine andere Wertstellung hat. (...) Also manchmal (...) bin ich auf der Station gewesen, dass ich so gedacht habe, mein Gott, wenn die wüssten, was du in deinem Berufsleben alles gemacht hast, da müssen die erst mal hinkommen (...). Was bilden die sich eigentlich ein, du bist doch hier nicht die Ameise, auf die sie überall drauftreten können“ (KH 3, E)

„Am Anfang (...), da haben die, die hier bezahlt werden, schon gemeint, wir würden ihnen die Arbeit wegnehmen und mit der Zeit wären sie dann überflüssig“ (KH 1, E)

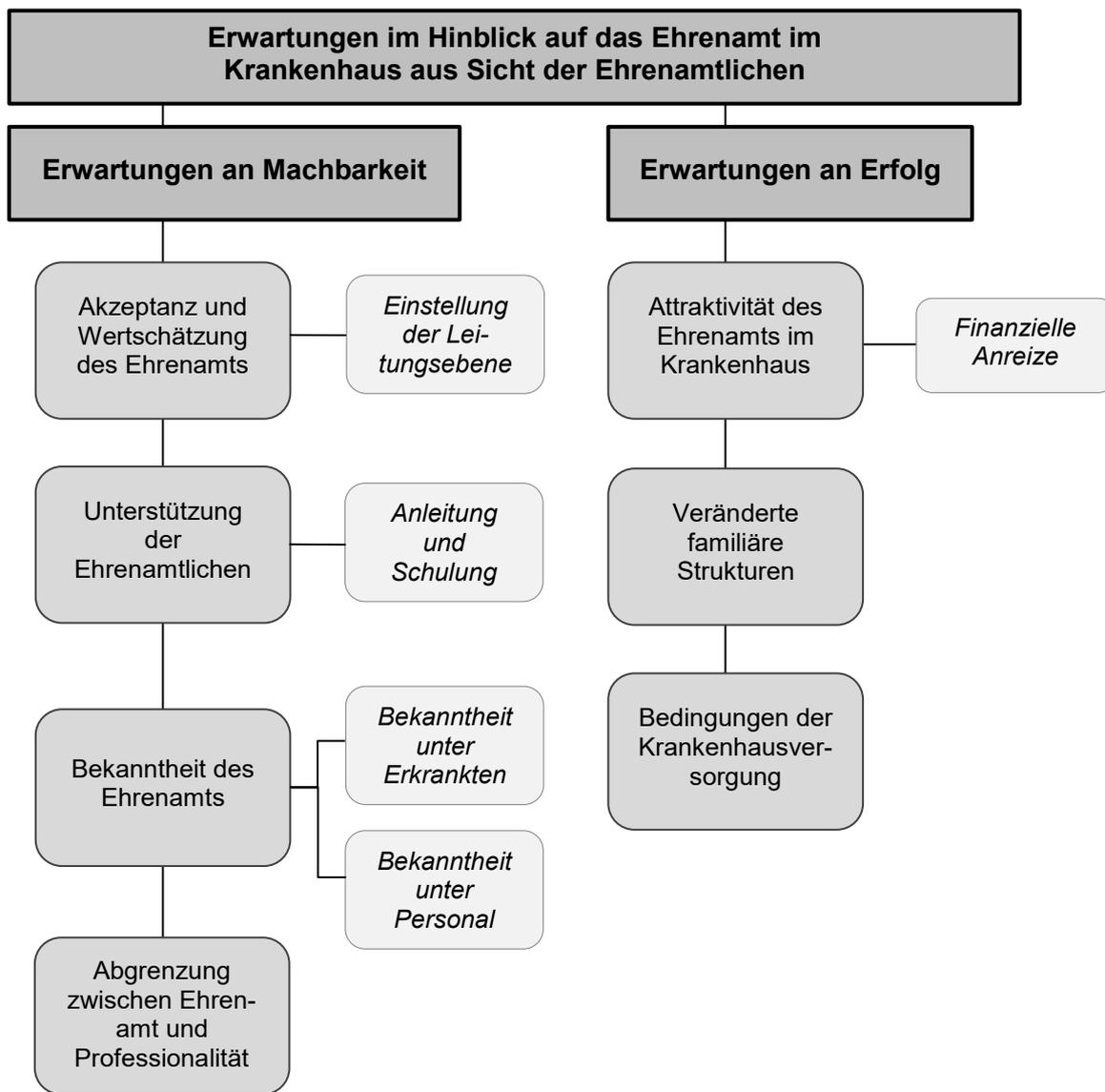


Abbildung 17: Kategoriensystem - Erwartungen an das Ehrenamt aus Sicht der Ehrenamtlichen
(eigene Darstellung)

„Einstellung der Leitungsebene“

Die Einstellung der Leitungsebene ist nach Meinung der Ehrenamtlichen ein Faktor, der wesentlich mitbestimmt, in welchem Ausmaß ihnen Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung entgegengebracht werden. Denn steht die Leitungsebene dem Ehrenamt positiv gegenüber und lebt dies den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor, fördert dies die Machbarkeit. Ein Führungsteam hingegen, das dem Ehrenamt offensichtlich skeptisch gegenübersteht, wirkt hemmend. Eine Ehrenamtliche veranschaulicht diese Einschätzung, indem sie die Situation in dem Krankenhaus, in dem sie sich aktuell engagiert, mit den Bedingungen der Einrichtung vergleicht, in der sie zuvor ehrenamtlich tätig war.

„Das liegt an der Leitung, wenn die Leitung es nicht akzeptiert (...). Hier man wird der [Leitungsebene] vorgestellt (...). Wir sind im [in der anderen Einrichtung] nicht dem Geschäftsführer vorgestellt worden und wenn der mal ins Haus kam, der hätte auch keinem 'Guten Tag' gesagt (...). Das find ich ganz toll, dass man wirklich vorgestellt wird. Dann sieht man, dass es doch auch der Leitung wichtig ist“ (KH 4, E)

„Das die uns schätzen, habe ich ziemlich am Anfang gemerkt, als wir zu größeren offiziellen Veranstaltungen, (...) eingeladen wurden. Ich vergesse nie, (...) große Veranstaltung und die [Geschäftsführerin] begrüßt mich als Vertreterin der Grünen Damen“ (KH 1, E)

„Unterstützung der Ehrenamtlichen“

Zur Machbarkeit bedarf es aus Sicht der Ehrenamtlichen einer guten Unterstützung – durch das hauptberufliche Personal, sowie durch gegenseitige Hilfe und den Rückhalt innerhalb der Gruppe der Ehrenamtlichen.

„Das Tolle ist aber auf der Station die menschliche Unterstützung, die man bekommt“ (KH 4, E)

„Man kann [sich] dann noch mal untereinander austauschen, welche Erfahrungen hat der eine gemacht oder welche Probleme gibt es, wie kann man da eine Hilfestellung erfahren“ (KH 3, E)

Die Ehrenamtlichen legen in diesem Kontext Wert darauf, dass für sie eine feste Ansprechperson zur Verfügung steht, an die sie sich bei Bedarf wenden können und die bei eventuell auftretenden Konflikten zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen vermittelt.

„Deswegen ist es auch wichtig, dass es so einen [im Krankenhaus verankerte koordinierende Person] gibt, der so etwas macht (...). Es ist von Bedeutsamkeit, dass das [Ehrenamt] funktioniert, weil die Stationen ja auch ganz verschiedene Erwartungen haben [und] auch nicht immer wissen, was sie mit dem Ehrenamtlichen [machen sollen]“ (KH 4, E)

„Mittlerweile hat man eine Pfarrerin benannt, die mehr oder weniger den Kontakt zu uns pflegen soll (...). Die auch für uns da ist, wenn wir Probleme haben“ (KH 1, E)

„Wir haben in Frau A, Frau B. und Frau C. [hauptberufliche Koordinatorinnen] immer wieder auch Ansprechpartner. Man kann immer wieder anrufen oder sagen: 'Ich habe da ein Problem'. Das ist wichtig, dass man eine Rückkoppelung hat oder das man nicht alleine steht, sondern das ist einfach schön eingebunden“ (KH 3, E)

„Anleitung und Schulung“

Viele Ehrenamtliche sehen in einer professionellen Anleitung und in regelmäßigen Schulungen eine wichtige Hilfe bei ihrem Engagement. Im Mittelpunkt der Schulungen sollte aus ihrer Sicht der Umgang mit erkrankten Menschen stehen.

In den einzelnen Diskussionsrunden zeigt sich jedoch, dass der Stellenwert von Leitungs- und Schulungsmaßnahmen unterschiedlich gewichtet wird: Während die Ehrenamtlichen von drei Kliniken entsprechende Schulungen und Anleitungen für unverzichtbar halten, nennen andere eher beiläufig, dass in ihrer Klinik zwar Möglichkeiten zu Fortbildungen geboten werden, diese aber kaum genutzt werden.

„Die [legen] schon auch Wert drauf, dass man bestimmte Dinge erst mal gelernt hat, bevor man das macht, dass man ein bisschen Einarbeitungszeit hat und dass man hospitiert. Auch einmal im Monat die Fortbildung gehört schon dazu, weil der Patient kann nicht fliehen aus seinem Bett. Der ist angewiesen, dass der Ehrenamtliche seine Arbeit gut macht und ein bisschen was von seiner Arbeit versteht“ (KH 4, E)

„Ein paar Mal im Jahr wird das schon angeboten, da mal irgend so eine Fortbildung oder sowas. Wir haben auch immer die Möglichkeit, da liegen ja immer die Pläne, da könnte man sich auch dafür anmelden“ (KH 2, E)

„Bekanntheit des Ehrenamts“

In der Bekanntheit des Ehrenamts im Krankenhaus sehen die Ehrenamtlichen einen wichtigen Einflussfaktor der Machbarkeit.

„Bekanntheitsgrad natürlich (...) auf allen Ebenen beim Patienten beim Personal vielleicht auch in der Öffentlichkeit, das gehört da alles dazu“ (KH 3, E)

„Bekanntheit unter Erkrankten“

Wissen Patientinnen und Patienten beispielsweise nicht, dass sie während ihres stationären Aufenthalts eine ehrenamtliche Unterstützung in Anspruch nehmen können, werden sie dieses Angebot folglich nicht nutzen. Erkrankte und Angehörige müssen deshalb besser über das Ehrenamt im Krankenhaus informiert und aufgeklärt werden.

„Mehrere Patienten wussten nicht, was es [Grüne Damen und Herren] ist (...) Ab und zu kommen einige so aus dem weiteren Landkreis (...), die haben noch nix davon gehört“ (KH 1, E)

„Ich werde häufig [von Patientinnen und Patienten] gefragt (...): ‘Was machen sie denn eigentlich, was muss ich mir darunter vorstellen?’ (...). Da müsste man (...) vielleicht noch mal aufräumen oder ein Flyer in jede Schublade von den Patientenwagen, dass die lesen: ‘Da gibt es ja das Programm und die machen das. Das würde mich interessieren’“ (KH 3, E)

„Bekanntheit unter Personal“

Ähnlich verhält es sich aus Sicht der Ehrenamtlichen mit der Bekanntheit des Ehrenamts unter dem Personal. Ein sinnvoller und zielgerichteter Einsatz ihrer Unterstützung ist nur dann möglich, wenn auch unter den Hauptberuflichen umfassende Kenntnisse hierüber vorhanden sind. So sollten alle Beschäftigten wissen, dass es diese Unterstützung gibt und welche Tätigkeiten Ehrenamtliche übernehmen können.

„Wir müssen unseren Bekanntheitsgrad pflegen. Also, dass wir bei allen Schwestern, bei allen Ärzten bekannt sind“ (KH 1, E)

„Wir würden uns schon wünschen, dass auch eine Station mal räuspert und sagt, es wäre toll, wenn hier eine Grüne Dame oder ein Grüner Herr hinkäme (...). Ich glaube [im Bekanntheitsgrad], da gibt es noch eine ganze Menge zu tun“ (KH 3, E)

Von einem höheren Bekanntheitsgrad unter dem Personal versprechen sich die Ehrenamtlichen gleichzeitig eine höhere Wertschätzung ihrer Arbeit.

„Wenn ich weiß, was die [Ehrenamtlichen] leisten (...), dann sagen die [das Personal] natürlich auch: ‚Mensch, ja die nehmen uns ja doch eine ganze Menge ab‘. Und dann erfährt man vielleicht auch eine andere Wertschätzung wenn vieles bekannter ist“ (KH 3, E)

„Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität“

Damit das Ehrenamt im Krankenhaus weiter lediglich als eine Ergänzung professioneller Versorgung erhalten bleibt und verhindert wird, dass Ehrenamtliche künftig hauptberufliche Kräfte ersetzen, müssen die jeweiligen Zuständigkeiten von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen klar differenziert werden.

Ähnlich wie es bereits in der Darstellung der Perspektive der Leitungspersonen deutlich wird, gehen die Ehrenamtlichen davon aus, dass diese Abgrenzung zum Teil schwierig, jedoch unbedingt erforderlich ist.

Festgelegte Grenzen gelten für Ehrenamtliche und Hauptberufliche gleichermaßen: Auf der einen Seite sollen Ehrenamtliche keine Tätigkeiten ausführen, die in der Verantwortung des Fachpersonals liegen. Umgekehrt darf das Personal auch keine Arbeiten, die im Verantwortungsbereich professioneller Kräfte liegen, auf Ehrenamtliche übertragen – selbst dann nicht, wenn beispielsweise Arbeits- und Zeitdruck herrschen.

„Wobei ich auch wichtig finde, die Grenzen zu kennen. Also, dass da nicht Aufgaben übertragen werden, die nicht in dem Aufgabenbereich [der Ehrenamtlichen] liegen (...). Dass da auch die Pfleger Bescheid wissen, dabei [bei diesen Tätigkeiten] ist dieser Ehrenamtliche eine Entlastung, da brauche ich jetzt nicht noch mal extra in das Zimmer gehen (...). Und das aber auch ein Bereich ist, den habe ich als Pfleger zu erledigen und das ist nicht für den Ehrenamtlichen“ (KH 3, E)

„Also wir ziehen schon auch eine Grenze, weil die ja immer so ein bisschen schwimmend ist, zwischen dem, was Hauptamtliche leisten sollten und was so dann das Sahnehäubchen, von Ehrenamt ist. Dann muss man ein bisschen aufpassen, dass man nicht [den Hauptberuflichen] Arbeiten wegnimmt“ (KH 4, E)

Erwartungen an den Erfolg

Situative Gegebenheiten, die die Erfolgswahrscheinlichkeit von Ehrenamt im Krankenhaus fördern beziehungsweise hemmen, sehen die Ehrenamtlichen in den nachfolgend beschriebenen Aspekten:

„Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus“

Ähnlich wie die Leitungsebene und das Personal erwarten auch die Ehrenamtlichen, dass sich künftig immer weniger Personen ehrenamtlich im Krankenhaus engagieren möchten. Dies beeinträchtigt die Erfolgswahrscheinlichkeit des Ehrenamts im Krankenhaus maßgeblich. Ein Ehrenamt im Krankenhaus wirkt nach Meinung der Ehrenamtlichen im Vergleich zu anderen ehrenamtlichen Tätigkeiten in der Öffentlichkeit wenig attraktiv.

Die Teilnehmenden machen dies unter anderem an Reaktionen ihrer Umwelt auf ihr Engagement fest. Ebenso zeigt sich dies für sie in einer geringen Anziehungskraft bei der Anwerbung neuer Kolleginnen und Kollegen.

„Das wird doch im privaten Bereich oftmals auch angesprochen: `Wie kann man denn freiwillig ins Krankenhaus gehen?´“ (KH 1, E)

„Wir suchen ja händeringend immer wieder Ehrenamtliche (...). Wir haben ja auch schon Leute gehabt, die gesagt haben, (...): `Wir möchten gerne mitarbeiten´. Die laufen zweimal mit über die Station und kommen nicht wieder, weil sie sagen, die Arbeit ist zu schwer“ (KH 3, E)

Eine Ehrenamtliche (KH 1, E) merkt in der nachträglichen kommunikativen Validierung an, eine Ursache für die schwierige Gewinnung von Ehrenamtlichen darin zu sehen, dass derzeit überwiegend in kirchlichen Kreisen gesucht werde. Die dort angesprochene Zielgruppe werde jedoch stetig kleiner, sie sei tendenziell älter und daher häufig selbst gesundheitlich beeinträchtigt. Die interessierten Personen können sich deshalb nicht oder nur über einen kürzeren Zeitraum engagieren.

„Finanzielle Anreize“

Wie bereits für die Hauptberuflichen beschrieben, sehen auch die Ehrenamtlichen fehlende finanzielle Anreize als ein Hindernis für eine höhere Attraktivität ehrenamtlichen Engagements im Krankenhaus.

Sie begründen ihre Meinung damit, dass sich im Bereich von Gesundheit und Pflege vor allem ältere Menschen engagieren möchten. Nach Meinung der Ehrenamtlichen sind diese Personen aber häufiger als früher auf eine finanzielle Anerkennung ihrer Tätigkeit oder zumindest eine Erstattung ihrer privaten Kosten, die ihnen bei der Ausübung ihres Ehrenamts entstehen, angewiesen. Einige Ehrenamtliche plädieren daher dafür, Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus zu zahlen. Dies sei in anderen Bereichen der Pflege und Gesundheitsversorgung bereits üblich – beispielsweise in der Betreuung von Menschen mit Demenz – und kann nach Meinung der Ehrenamtlichen die Attraktivität einer ehrenamtlichen Tätigkeit im Krankenhaus steigern.

„Es gibt mehr Ältere (...), die noch arbeiten möchten, nicht mehr so ganz können. Aber das [ist] mehr als eine Notwendigkeit zu betrachten, die man dann bei denen, die es brauchen, auch irgendwie finanziell entlohnen müsste“ (KH 1, E)

„Veränderte familiäre Strukturen“

Veränderungen in den gesellschaftlichen und familiären Strukturen führen aus Sicht der Ehrenamtlichen zu einem höheren Bedarf ehrenamtlicher Unterstützung in der akutstationären Versorgung. Eine zunehmende Zahl an Patientinnen und Patienten könne nicht oder nur unzureichend auf soziale Unterstützung aus dem Familien- oder Freundeskreis zurückgreifen. Als Grund hierfür schildern die Ehrenamtlichen gestiegene berufsbedingte räumliche Mobilitätsanforderungen von Familienangehörigen. Hierunter leiden besonders ältere Erkrankte, deren erwachsene Kinder in weiter entfernten Städten arbeiten und wohnen und dann z. B. aufgrund der langen Anreise nicht zu Besuch kommen können.

Jedoch sei auch altersunabhängig zu beobachten, dass Erkrankte während eines Krankenhausaufenthaltes immer öfter nie oder nur selten besucht werden. Viele Erkrankte fühlen sich daher einsam, weil sie niemanden haben, mit dem sie sich unterhalten können oder der sie bei kleineren praktischen Tätigkeiten unterstützen kann. Gerade in der Kompensation fehlender Angehöriger sehen die Ehrenamtlichen ein wichtiges Ziel ihrer Tätigkeit (vgl. Kategorie „Kompensation fehlender Angehöriger“).

„Es gibt ja immer mehr Leute die keinen also weniger Besuch kriegen, weil die Kinder ja arbeiten müssen, vielleicht sogar in einer anderen Stadt“ (KH 1, E)

„Es arbeiten aber heute mehr Leute außerhalb als früher (...). Früher war mehr so die Familie alles in einem Ort und heute gehen die Kinder dorthin, wo sie Arbeit kriegen“ (KH 1, E)

Die zunehmende Einsamkeit im Krankenhaus betrifft dabei selbst diejenigen, die in ihrer häuslichen Umgebung ausreichend Unterstützung erhalten.

Einige Diskutierende begründen die vorherrschende Situation damit, dass Frauen – diese haben aus Sicht der Ehrenamtlichen früher die Verantwortung für Krankenbesuche von Angehörigen und Nachbarn übernommen – heute häufig berufstätig sind. Dementsprechend fehlt ihnen die Zeit, diese Rolle weiterhin einzunehmen.

„Früher [hing] das Ganze an der Frau. Die Frau ist heute berufstätig, also muss es ja auseinanderdriften“ (KH 1, E)

Aber auch der familiäre Zusammenhalt im Allgemeinen und die generationsübergreifende Fürsorge innerhalb von Familien haben sich nach Auffassung der Ehrenamtlichen gewandelt. Sie beobachten, dass ein wachsender Anteil älterer Menschen nicht mehr durch familiäre Netzwerke, sondern in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt und während eines Krankenhausaufenthalts selten besucht wird.

„Es [gibt] zu viele von älteren Herrschaften, wo man feststellen muss: Das uralte Sozialsystem, das ist für mich die Familie (...), dieses Sozialsystem existiert nicht mehr. Heute geht es nur über Seniorenresidenzen oder Altersheime“ (KH 1, E)

„Bedingungen der Krankenhausversorgung“

Die Ehrenamtlichen einer Klinik führen die zunehmende Bedeutung von Ehrenamt im Krankenhaus auf eine veränderte Krankenhausversorgung zurück. Aus den derzeitigen Anforderungen für das Personal, exemplarisch wird ein gestiegener Dokumentationsaufwand genannt, resultiert aus Sicht der Diskutierenden, dass das Fachpersonal immer weniger Zeit für den direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten hat. Ihr Engagement sehen sie als Ersatz für das unter Arbeitsdruck und Zeitmangel leidende Personal, welches den Erkrankten nicht mehr die erforderliche Zeit und Zuwendung widmen kann.

„Die Schwestern (...), man sieht sie selten in den Zimmern, sondern immer nur irgendwo am Computer, irgendwas eingeben, irgendwas schreiben oder so solche Dinge. Aber die Arbeit am Patienten – entweder passiert die morgens schon in aller Frühe, also dann, [wenn] nicht wir zugegangen sind“ (KH 2, E)

Außerdem erwähnt diese Gruppe die veränderte Verweildauer. Die Erkrankten bleiben immer kürzer im Krankenhaus. Dies wirkt sich nicht nur auf die Belastung des Personals aus, sondern verändert auch die Bedingungen für Ehrenamtliche. Denn der Aufbau einer persönlichen Beziehung zwischen Ehrenamtlichen und Erkrankten und der Erfolg der ehrenamtlichen Unterstützung wird durch die kurze Dauer der akutstationären Versorgung erschwert.

„Die Verbleibdauer hat sich wahnsinnig geändert. (...) Das ist schon eine Ausnahme, wenn ich einen Patienten zweimal sehe (...). Vor 20 Jahren, da haben sie mich noch gekannt (...) dann hatte man schon einen ganz anderen Zugang“ (KH 2, E)

7.4 Perspektiven der Gruppen im Vergleich

In den Positionen von Leitungsebene, Personal und Ehrenamtlichen zum Ehrenamt im Krankenhaus werden zahlreiche Kongruenzen sichtbar, jedoch auch einige Differenzen. Im folgenden Abschnitt werden die übereinstimmenden Meinungen der einzelnen Gruppen näher betrachtet und dargelegt, welche Aspekte ausschließlich gruppenspezifisch diskutiert wurden und zu welchen ein gruppenübergreifender Konsens besteht. Übereinstimmungen fördern, dass Ziele erfolgreich realisiert werden können (Wirtz & Strohmmer, 2017).

7.4.1 Vergleich der Ziele, erwünschten Folgen und angenommenen Einflussfaktoren der Zielerreichung

Gruppenübergreifende Ziele

Sowohl Ehrenamtliche als auch Leitungsebene und Personal sehen eine positive Folge der Integration Ehrenamtlicher in die Krankenhausversorgung in der zusätzlichen Zeit und Zuwendung für Patientinnen und Patienten. Die ehrenamtliche Unterstützung fördert das Wohlbefinden und die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und somit, aus Sicht von Leitungsebene und Personal, deren Genesungsprozess.

Nach Auffassung der Ehrenamtlichen kompensieren die Zeit und Zuwendung, die sie Erkrankten schenken, fehlende soziale Unterstützung durch Angehörige. Die emotionale Unterstützung der Ehrenamtlichen ermöglicht außerdem, dass Erkrankte vertrauliche Gespräche mit – im Vergleich zu Angehörigen – emotional unbefangenen Personen führen können.

Die Zeit und die Zuwendung durch Ehrenamtliche wirken sich aber nicht nur förderlich auf die Erkrankten aus, sondern alle Gruppen vertreten den Standpunkt, dass diese parallel das Fachpersonal entlasten. Offensichtlich wird die Relevanz dieser Entlastungsfunktion jedoch unterschiedlich bewertet. Während das Stationspersonal, das hiervon persönlich profitiert, die entlastenden Effekte von Ehrenamt in seinen Diskussionsrunden 24 Mal erwähnt, kommen sie bei der Leitungsebene und den Ehrenamtlichen nur jeweils acht Mal zur Sprache.

Alle Gruppen werten Ehrenamtliche als wichtige Schnittstelle: Sie vermitteln einerseits übergeordnet zwischen der Institution Krankenhaus und der Öffentlichkeit, andererseits sind sie in der Versorgung ein Bindeglied zwischen Erkrankten und dem Fachpersonal. In diesem Kontext sind Ehrenamtliche nach Meinung der Leitungskräfte und des Personals neutrale, nicht direkt mit der Institution verbundene Personen, denen Patientinnen und Patienten auf eine andere Art ihr Vertrauen schenken als Hauptberuflichen:

Die Ehrenamtlichen erhalten beispielsweise häufiger als das Fachpersonal ehrliche Rückmeldungen zu Meinungen und Empfindungen der Patientinnen und Patienten über das Krankenhaus und die Versorgungsqualität. Diese Wünsche, Beschwerden und Anregungen können die Ehrenamtlichen an das Personal weiterleiten. Die Klinik kann darauf eingehen und im nächsten Schritt diesen Patientenbedürfnissen entgegenkommende Optimierungen der Versorgung einleiten.

Gruppenspezifische Ziele

Neben diesen, in jeder Gruppendiskussion zur Sprache gekommenen Kategorien thematisieren Leitungsebene und Ehrenamtliche weitere Ziele und Resultate, die sie sich von Ehrenamt versprechen.

So sehen die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Ehrenamt im Krankenhaus eine erhaltenswerte Tradition, unter anderem aus Reputationsgründen. Zugleich erhoffen sie sich Vorteile bei der Personalgewinnung und Personalbindung und somit positive Folgen für das Krankenhaus als Unternehmen.

Die Ehrenamtlichen gehen näher auf ihre persönlichen Vorteile und Nutzeneffekte ein, die sie sich von ihrem Engagement versprechen respektive wahrnehmen.

Tabelle 10 zeigt, in welchen Ansichten die einzelnen Gruppen einig sind – diese stehen in einer Zeile. Spezifische Ziele und Folgen, die in einzelnen Gruppen geäußert wurden, stehen separat.

Tabelle 10: Ziele und erwünschte Folgen von Ehrenamt im Vergleich

Leitungsebene	Personal	Ehrenamtliche
Zeit und Zuwendung für Erkrankte		
Ehrenamt als Schnittstelle		
Ehrenamt aus Tradition	---	---
Personalgewinnung & Personalbindung	---	---
---	---	Persönlicher Nutzen durch das Ehrenamt

(eigene Darstellung)

Gruppenübergreifende Meinungen zu Einflussfaktoren der Zielerreichung

Alle Gruppen sehen eine zentrale Voraussetzung für das Erreichen der angestrebten Ziele in einer guten Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen. Eine gute Kommunikation und Absprachen, gegenseitige Informationsweitergaben sowie Rückmeldungen und – aus Sicht der Hauptberuflichen – ein wertschätzender Umgang mit Ehrenamtlichen sind Kernelemente dieser Zusammenarbeit. Einige Leitungspersonen empfehlen zur besseren Zusammenarbeit eine stärkere Vernetzung zwischen dem „System Krankenhaus“ und der „Parallelwelt Ehrenamt“. Hierbei leistet eine hauptberufliche Stelle zur Koordinierung des Ehrenamts, wie sie in zwei der teilnehmenden Kliniken vorhanden ist, aus Erfahrung der jeweiligen Leitungspersonen einen wertvollen Beitrag.

Gruppenspezifische Meinungen zu Einflussfaktoren der Zielerreichung

Einen wichtigen Einfluss auf die Zielerreichung nehmen nach Auffassung der Leitungsebene konkrete Persönlichkeitsmerkmale der Ehrenamtlichen. Sie gehen davon aus, dass nicht alle Personen charakterlich für eine Tätigkeit im Krankenhaus geeignet sind.

Ähnlich bewerten dies die Hauptberuflichen: Sie vertreten den Standpunkt, dass die Empathie der Ehrenamtlichen einen wesentlichen Einfluss hat. Darüber hinaus sollten Ehrenamtliche ihrer Meinung nach über Grundkenntnisse im Umgang mit erkrankten Menschen und ihren Krankheiten verfügen.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Einflussfaktoren der Zielerreichung im Vergleich.

Tabelle 11: Einflussfaktoren der Zielerreichung im Vergleich

Leitungsebene	Personal	Ehrenamtliche
Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen		
Persönlichkeit der Ehrenamtlichen	Kompetenzen der Ehrenamtlichen	---

(eigene Darstellung)

7.4.2 Vergleich der Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus

Während die antizipierten Ziele und Folgen von Ehrenamt im Krankenhaus sowie die angenommenen Einflussfaktoren der Zielerreichung in vielen Positionen gruppenübergreifend weitestgehend deckungsgleich sind, erscheinen die Erwartungen der Gruppen an die Machbarkeit und den Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus zunächst vielschichtiger. Bei näherer Betrachtung werden allerdings auch hier Verbindungen zwischen den Gruppenmeinungen deutlich.

Gruppenübergreifende Erwartungen an die Machbarkeit

Konsens zwischen Leitung und Personal herrscht in Bezug auf den erwarteten Aufwand durch Ehrenamt: Die Leitungsebene verweist hier auf finanzielle und personelle Ressourcen, die für die Kliniken anfallen, z. B. für Koordination, Organisation, Unterstützung und Anleitung sowie für die Schulung der Ehrenamtlichen. Das Stationspersonal betont den Arbeits-, Organisations- und Zeitaufwand, der in der direkten Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen entsteht, etwa die Beantwortung von deren Fragen. Die hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betonen somit die Ressourcen, die sie persönlich oder als Team für das Ehrenamt investieren müssen. Demgegenüber setzt die Leitungsebene ihren Fokus auf den Ressourceneinsatz des Krankenhauses als Unternehmen.

Den augenscheinlichen Bedarf dieser Investitionen untermauern die Äußerungen der Ehrenamtlichen: Sie bringen deutlich zum Ausdruck, dass sie eine gute Unterstützung in der Ausübung ihres Engagements erwarten. Diese zeigt sich beispielsweise darin, dass ihnen feste Kontaktpersonen zugewiesen werden, an die sie sich bei Fragen und Problemen wenden können sowie über das Angebot von Leitungs- und Schulungsmaßnahmen.

Gruppenspezifische Erwartungen an die Machbarkeit

Leitungspersonen sowie Ehrenamtliche erwarten, dass eine wichtige organisatorische Fähigkeit der Krankenhäuser, die Ehrenamtliche in ihre Versorgung integrieren möchten, eine klare Abgrenzung der Tätigkeitsfelder der Ehrenamtlichen von den Aufgaben und Verantwortungsbereichen hauptberuflicher Kräfte ist. Das Personal geht auf diesen Punkt nicht ein.

Übereinstimmungen zwischen Leitungsebene und Personal zeigen sich in den Meinungen über die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen. Beide Gruppen werten die Selbstbestimmung auf der einen Seite als schützenswertes Charakteristikum des Ehrenamts.

Auf der anderen Seite führt gerade diese selbstbestimmte Zeit- und Tätigkeitsplanung der Ehrenamtlichen dazu, dass ihre Aktivitäten nur schwer in die Versorgungsabläufe eingeplant werden können.

Verstärkt werden die Planungsschwierigkeiten einer Einbindung Ehrenamtlicher in das komplexe System „Krankenhaus“ dadurch, dass die Interessen (potenzieller) Ehrenamtlicher nicht immer im Einklang mit den Bedarfen der Krankenhäuser stehen. Hieraus entstehen Zielkonflikte, die eine Machbarkeit von Ehrenamt im Krankenhaus erschweren.

Nach Einschätzung einiger Leitungskräfte und Mitarbeitenden führt die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen dazu, dass diese Unterstützung auch künftig keine reguläre und planbare Komponente akutstationärer Versorgung werden kann, sondern ein unverbindlicher Zusatz bleiben wird, insbesondere wenn keine geeigneten Maßnahmen zur besseren Integration der ehrenamtlichen Unterstützung getroffen werden.

Hauptberufliche und Ehrenamtliche sind der Meinung, dass das Ehrenamt im akutstationären Bereich im Allgemeinen und die Aufgabengebiete und Anwesenheitszeiten der Ehrenamtlichen im Speziellen bekannter gemacht und transparenter kommuniziert werden sollten. Denn hauptberufliches Personal weist ebenso wie Erkrankte und deren Angehörige Wissenslücken hierzu auf. Eine eventuell unzureichende Bekanntheit als Hemmnis bei der Umsetzung des Ehrenamts wurde von der Leitungsebene nicht in Erwägung gezogen.

Ebenfalls thematisieren Personal und Ehrenamtliche, wie relevant es ist, dass Ehrenamt als Pendant zu professionellen Versorgungsleistungen betrachtet wird und eine entsprechende Akzeptanz findet. Ehrenamtliche sollen als nicht-professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrgenommen und ihre, der Alltagswelt nahen, Tätigkeiten Respekt und Anerkennung unter den Hauptberuflichen erfahren. Beide Gruppen sind der Ansicht, dass eine wertschätzende Haltung der Hauptberuflichen ein elementarer Faktor in der Realisierung des Ehrenamts ist. Die Hauptberuflichen sehen in der Wertschätzung der Ehrenamtlichen durch ihre eigene Berufsgruppe gleichzeitig eine wichtige Bedingung dafür, dass die angestrebten Ziele erreicht werden können (vgl. Kategorie „Wertschätzender Umgang mit Ehrenamtlichen“).

In den Gruppendiskussionen zeigt sich zudem, dass das Personal seine eigene Haltung gegenüber dem Ehrenamt sehr selbstkritisch reflektiert.

Darüber hinaus erachten die Vertreterinnen und Vertreter von Personal und Ehrenamtlichen die Unterstützung und Förderung des Ehrenamts durch die Führungskräfte der Kliniken als sehr wichtig. Sie wünschen sich ein Management, das Strukturen für die Einbindung Ehrenamtlicher schafft und als Vorbild vorangeht.

Gruppenübergreifende Erwartungen an den Erfolg

Innerhalb und zwischen allen Gruppen herrschte Einigkeit darüber, dass aufgrund veränderter familiärer Strukturen und einem sinkenden Unterstützungspotenzial durch Angehörige der Bedarf an ehrenamtlicher Unterstützung perspektivisch steigen wird (vgl. Tabelle 12, S. 123).

Gruppenübergreifend kongruent waren die Meinungen auch dahingehend, dass ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus innerhalb der Bevölkerung nur eine geringe Attraktivität genießt. Nahezu alle Diskutierenden thematisieren einen „Nachwuchsmangel“ an Ehrenamtlichen. Gründe hierfür sehen sie in fehlenden finanziellen Anreizen für ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus sowie einem intransparenten Zugang. Alle Gruppen erwarten, dass der zukünftige Erfolg durch die derzeit aufwändige und schwierige Rekrutierung neuer Ehrenamtlicher deutlich beeinträchtigt wird. Hinzu kommt die bereits erwähnte Tatsache, dass die Interessen und Wünsche potenzieller Ehrenamtlicher häufig nicht mit den Bedarfen und den Organisationsprozessen des Klinikalltags vereinbar sind. Einige Leitungspersonen vertreten daher den Standpunkt, dass das Ehrenamt im Krankenhaus grundlegend modernisiert und an heutige Bedarfe und Bedürfnisse von Krankenhäusern sowie Ehrenamtlichen angepasst werden muss, um zukunftsfähig zu bleiben.

Gruppenspezifische Erwartungen an den Erfolg

Wie in Tabelle 12 (vgl. S. 123) dargestellt, sind sich Leitungsebene und Personal einig, dass der künftige Erfolg von dem klarem Bekenntnis seitens Politik und Krankenkassen für oder gegen Ehrenamt im Krankenhaus abhängt. Beide Gruppen erwarten, dass eine politisch gesteuerte strukturelle Förderung und angemessene Möglichkeiten zur Gegenfinanzierung von Investitionen der Kliniken in das Ehrenamt ein Schlüssel zum Erfolg sind. Die Leitungsebene erwähnt in diesem Zusammenhang, dass bislang das Nutzenpotenzial des Ehrenamts im Krankenhaus kaum sichtbar wird. In der Bevölkerung, also unter den potenziellen Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser, in der Politik sowie durch Krankenkassen erfährt es fast keine Beachtung. Beispielsweise entscheiden sich nach Meinung der Leitungsebene Personen nicht auf Basis des Vorhandenseins ehrenamtlicher Dienste für ein bestimmtes Krankenhaus.

Die Hauptberuflichen sehen eine gewisse Zwiespältigkeit der politischen Position zum Ehrenamt im Krankenhaus. Sie kritisieren, dass Ehrenamt in Pflege und Gesundheit einerseits als erwünscht und wichtig dargestellt wird, andererseits kein (gesetzlicher) Rahmen vorhanden sind, der eine übergreifende, vom Einsatz einzelner Kliniken unabhängige Integration ehrenamtlicher Dienste in den Versorgungsmix erleichtert und diesen steuert.

Vor allem Ehrenamtliche und Leitungskräfte sehen auch die gegenwärtige Situation der Krankenhausversorgung mit veränderten, vermehrt patientenfernen Arbeitsanforderungen und Personalmangel als Ursache für die perspektivisch steigende Bedeutung von Ehrenamt zur Sicherstellung von Zeit und Zuwendung für Erkrankte. Das Personal spricht zwar den Zeitmangel an, kritisiert hierfür die Situation der Versorgung aber nicht in gleichem Umfang als Grund einer stärkeren Notwendigkeit einer Einbindung Ehrenamtlicher.

Tabelle 12 zeigt die kongruenten und inkongruenten Oberkategorien in Bezug auf die Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus. Identische Meinungen sowie miteinander in Beziehung stehende Ansichten sind auf gleicher Ebene aufgeführt.

Tabelle 12: Erwartungen an das Ehrenamt im Vergleich

	Leitungsebene	Personal	Ehrenamtliche
Machbarkeit	Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität	--	Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität
	Ressourcenaufwand	Organisationsaufwand	Unterstützung der Ehrenamtlichen
	Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen		--
	--	Kenntnisse des Personals über das Ehrenamt	Bekanntheit des Ehrenamts
	--	Förderung durch die Leitungsebene	Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts
	--	Akzeptanz des Ehrenamts durch Hauptberufliche	
	Erfolg	Nutzenbewertung des Ehrenamts	Politische Position zum Ehrenamt im Krankenhaus
Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus			
Veränderte familiäre Strukturen			
Bedingungen der Krankenhausversorgung		--	Bedingungen der Krankenhausversorgung

(eigene Darstellung)

8. Diskussion

8.1 Synthese der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Krankenhausleitungen, Personal und die Ehrenamtlichen selbst eine Unterstützung durch Ehrenamtliche im akutstationären Bereich als wertvolle und teils sogar notwendige Erweiterung und Ergänzung der professionellen Versorgung ansehen. Aufgrund absehbar steigender Herausforderungen in der klinischen Versorgung, etwa einer immer stärkeren Ausrichtung auf komplexe medizinische Behandlung und Fachpflege und immer mehr älteren Erkrankten bei einem gleichzeitig sinkenden familiären Unterstützungspotenzial, erwarten die drei Gruppen eine perspektivisch wachsende Bedeutung einer Einbindung von Ehrenamtlichen.

Diese bringen in einer lebensweltnahen Form Zeit und Zuwendung für Erkrankte in den Krankenhausalltag ein. Sie sind eine wichtige Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Patientinnen und Patienten respektive der Bevölkerung, leisten einen Beitrag zu mehr Patientenorientierung und entlasten das Personal von emotionalen und praktischen sozialen Unterstützungsleistungen für Erkrankte in Angelegenheiten, die nicht unmittelbar zum medizinisch-pflegerischen Versorgungsauftrag gehören. Die Krankenhäuser erhoffen sich vom Ehrenamt einen unternehmerischen Nutzen, z. B. Reputationsgewinne oder Vorteile bei Personalakquise und -bindung. Die Ehrenamtlichen ziehen aus ihrem Engagement einen persönlichen, ideellen Nutzen.

Damit Ehrenamt im Krankenhaus realisiert werden kann, müssen aber bestimmte Voraussetzungen innerhalb der Krankenhäuser erfüllt sein, etwa eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen. Es bedarf finanzieller, personeller und organisatorischer Ressourcen, beispielsweise für Schulungs-, Anleitungs- und Unterstützungsmaßnahmen sowie für die Koordination der Integration von Ehrenamtlichen in die Versorgungsabläufe. Diese ist vor dem Hintergrund der Selbstbestimmung der freiwillig und unabhängig agierenden Ehrenamtlichen besonders wichtig.

Die Rahmenbedingungen der ehrenamtlichen Unterstützung müssen innerhalb der Klinik auf allen Ebenen bekannt sein – unter Personal ebenso wie unter Erkrankten. Zudem muss das Ehrenamt über alle Ebenen hinweg akzeptiert werden. Hierbei kommt den Führungskräften eine besondere Rolle zu: Sie sind für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Vorbilder im wertschätzenden Umgang mit den Ehrenamtlichen und gleichzeitig verantwortlich für die Schaffung von Strukturen, die eine Einbindung Ehrenamtlicher fördern und ermöglichen.

Einige situative Bedingungen außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs der Krankenhäuser reduzieren jedoch die Aussichten auf eine dauerhaft erfolgreiche Integration von Ehrenamtlichen in die Krankenhausversorgung. So erscheinen die Gewinnung und nachhaltige Motivation von Ehrenamtlichen für den Bereich Krankenhaus zunehmend komplizierter.

Weiterhin mangelt es nach Ansicht der an dieser Studie teilnehmenden Krankenhäuser an strukturellen und finanziellen Fördermaßnahmen sowie steuernden Vorgaben seitens Politik und Krankenkassen. Auch ist nicht zweifelsfrei nachgewiesen, inwieweit Ehrenamt im Krankenhaus tatsächlich die erwünschten positiven Ergebnisse mit sich bringt.

8.2 Einordnung der Ergebnisse in den theoretischen Rahmen

Die Positionen der einzelnen Gruppen lassen sich in die theoretischen Annahmen zur Bedeutung von Zielen und Erwartungen für die Entstehung von Motivation zum Handeln und für Ressourceninvestitionen einordnen.

Klare Ziele als Richtungsweiser

In den Gruppendiskussionen mit den Leitungspersonen wird deutlich, dass die teilnehmenden Krankenhäusern bislang keine konkrete Zielformulierung mit Blick auf das Ehrenamt vornehmen. Es erfolgt z. B. keine klare zielgerichtete Planung dahingehend, in welchen Bereichen Ehrenamtliche in die Versorgung eingebunden werden sollten und auf welche Weise diese Integration verwirklicht werden soll (vgl. S. 69). Konkrete Zielsetzungen gelten jedoch als wichtige Voraussetzung für Handlungsmotivation (vgl. z. B. Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 16). Man geht davon aus, dass innerhalb von Unternehmen Führungskräfte Ziele und somit die Handlungsrichtung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorgeben. Diese Zielvorgaben beeinflussen die Anstrengungen der Angestellten, die Ziele zu erreichen (Locke & Latham, 2002, S. 708ff.). Aufgrund dessen, dass entsprechende Zielvorgaben in den teilnehmenden Kliniken nach deren eigenen Angaben fehlen, ist anzunehmen, dass ein wesentliches Motivationselement fehlt und hierdurch die Motivation des Personals, Ehrenamtliche zu integrieren, gehemmt wird.

Jedoch nicht nur im unmittelbaren Klinikkontext scheint eine explizite Zielsetzung als klarer Richtungsweiser für das Ehrenamt zu fehlen. Leitungsebene und Personal bemängeln, dass die politische Förderung des Ehrenamts als Bestandteil im akutstationären Versorgungsmix bislang nur ein Lippenbekenntnis zu sein scheint (vgl. S. 83, S. 101).

Zwar werde in der Gesundheitspolitik die Relevanz des Ehrenamts häufig betont, politische Maßnahmen zur Förderung derjenigen Krankenhäuser, die in das Ehrenamt investieren, bleiben bisher aber aus. Betrachtet man die aktuelle Ausgestaltung des fünften Sozialgesetzbuches, welches die akutstationäre Versorgung in Deutschland steuert, ist diesen Einschätzungen zuzustimmen: Fördermöglichkeiten für Pflege und Gesundheitseinrichtungen, die Ehrenamtliche in der Versorgung einsetzen, existieren zwar für den Bereich der Hospizhilfe (vgl. § 39 SGB V, Abs. 2, Satz 3-5) sowie für die ambulante Pflege (§ 45 c SGB XI, Abs. 3-4) und die stationäre Pflege (§ 82 b SGB XI), nicht aber für den akutstationären Bereich.

Fasst man die Auffassungen der Gruppen zusammen – keine klaren strategischen Zielvorgaben zum Ehrenamt durch die Krankenhäuser und gleichzeitig keine zielgerichtete Steuerung seitens der Politik – erklärt sich hieraus in Teilen, dass das Ehrenamt im Krankenhaus derzeit nur eine eher geringe Beachtung erfährt. Soll Ehrenamt im Krankenhaus zukünftig motiviert und erfolgreich umgesetzt werden, erscheint es also sinnvoll, dass Krankenhäuser klare Ziele im Hinblick auf Ehrenamt vorgeben, z B. indem sie eine Integration Ehrenamtlicher bereits in ihre Leitbilder aufnehmen und die Förderung des Ehrenamts in den Stellenbeschreibungen der Hauptberuflichen festhalten. Politik und Krankenkassen als Steuerungsinstanzen im Gesundheitssystem und Kostenträger sollten das Ehrenamt im Krankenhaus im Sinne einer patientenorientierten Versorgung als ein übergeordnetes Ziel gesetzlich verankern und entsprechend koordinieren. Beispielsweise sollte eine Einbindung Ehrenamtlicher mit angemessenen Prämien, Vergütungen oder Gegenfinanzierungen gewürdigt werden.

Rolle der Führungskräfte

Leitungskräfte, die ihre Angestellten adäquat unterstützen, die Relevanz der Ziele hervorheben und eine Vorbildfunktion einnehmen, sorgen dafür, dass auch das Personal motiviert ist, seine Ressourcen in das Erreichen der Ziele zu investieren (Locke & Latham, 2002, S. 707). Der Einfluss der Führungskräfte auf die Haltung des Personals wird in dieser Studie erkennbar, wenn sowohl Hauptberufliche als auch Ehrenamtliche hervorheben, wie wichtig es aus ihrer Sicht für eine erfolgreiche Umsetzung des Ehrenamts ist, dass das obere Management dieses angemessen fördert und würdigt (vgl. S. 96, S. 111).

Funktionen des Ehrenamts

In den Zielen, die die Ehrenamtlichen mit ihrem Engagement verbinden, zeigen sich deutliche Bezüge zu den Annahmen von Clary et al. (1998) sowie Jiranek et al. (2013) (vgl. S. 40). Das von den Ehrenamtlichen dieser Studie angestrebte Ziel, über ihr Ehrenamt soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen (vgl. S. 106), stimmt exakt mit der von Clary et al. (1998, S. 1518) formulierten Funktion „Soziale Eingliederung und Kontakte“ überein, wonach manche Personen ein Ehrenamt ausüben, um ihr Bedürfnis nach Sozialkontakten und Gruppenzugehörigkeit zu erfüllen.

Verbindungen zu diesem funktionalen Ansatz werden ebenfalls deutlich, wenn die Ehrenamtlichen beschreiben, dass ihr Engagement dazu dient, neue Erfahrungen zu machen und sich Wissen anzueignen (vgl. S. 107). Clary et al. (1998, S. 1518) bezeichnen dieses Ziel als „Verständnisfunktion“.

Einige Ehrenamtliche dieser Studie verstehen ihre Tätigkeit außerdem als Form von Reziprozität, das heißt als „Gegenleistung“ für selbst einmal erhaltene Unterstützung (vgl. S. 107). Hier kann ein Bezug zur Funktion der „sozialen Gerechtigkeit“ (Jiranek et al., 2013, S. 535) hergestellt werden: Möglicherweise sollen über diese Reziprozität wahrgenommene soziale Ungerechtigkeiten, wie die Annahme von Hilfe und Unterstützung ohne entsprechende Gegenleistung in der Vergangenheit, durch das Ehrenamt für Erkrankte ausgeglichen werden.

Parallelen zu den Annahmen von Clary et al. (1998) finden sich ebenso in den Zielen der Leitungsebene, die sich dahingehend äußern, dass ein Ziel von Ehrenamt im Krankenhaus aus ihrer Sicht darin besteht, diese Tradition zu bewahren (vgl. S. 73). Die Klinikleitungen möchten gesellschaftlichen Forderungen entgegen kommen, indem sie als soziale Einrichtung eine Ausübung von Ehrenamt ermöglichen. Ehrenamt, respektive hier das Angebot zur Ausübung von Ehrenamt, kann somit als Ausdruck der Werte der Krankenhäuser verstanden werden und soll ihre soziale beziehungsweise christliche Unternehmensphilosophie unterstreichen. Ähnlich wird die „Wertefunktion“ (Clary et al., 1998, S. 1517) umschrieben, wonach Ehrenamt die Funktion erfüllt, Wertvorstellungen auszudrücken und nach außen zu präsentieren.

Persönliche Vorteile als Einflussfaktoren der Motivation

Gemäß der Instrumentalitätstheorie von Vroom (1967, S. 279) wirkt es sich motivationsfördernd aus, wenn ein erfolgreich erreichtes Unternehmensziel parallel einen persönlichen Nutzen für die Mitarbeitenden mit sich bringt. Er bezeichnet diese Verknüpfung als Instrumentalität (vgl. S. 38).

Unter den Hauptberuflichen dieser Studie könnte eine solche Verbindung darin bestehen, dass die von ihren Vorgesetzten vorgegebene Einbindung Ehrenamtlicher ihre persönliche Arbeitsbelastung senkt. Für die Existenz einer Instrumentalität spricht, dass gerade das Personal die entlastende Funktion des Ehrenamts deutlich häufiger anspricht als andere Gruppen (vgl. S. 90).

Auch in weiteren Punkten zeigen sich Verbindungen zu Vrooms (1967, S. 279) Annahmen zur Instrumentalität, wonach sich die persönlichen Vorteile, die aus Handlungen und Ressourceninvestitionen hervorgehen, auf die Motivation auswirken: So verdeutlichen die Ehrenamtlichen, in welcher Art und Weise sie selbst von ihrem Engagement profitieren (vgl. S. 106). Die Führungskräfte, die Verantwortung für das Gesamtunternehmen tragen, gehen im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen auf den erhofften Nutzen der Klinik als Unternehmen im Bereich der Personalgewinnung und Personalbindung ein (vgl. S. 76).

Umgekehrt scheinen die Erwartungen an die notwendigen Bedingungen zur erfolgreichen Umsetzung des Ehrenamts ebenfalls von der persönlichen Funktion beziehungsweise der Position der Akteure und somit von ihrer eigenen Betroffenheit beeinflusst: So thematisiert die Leitungsebene erstrangig den finanziellen und personellen Ressourcenaufwand, der dem Krankenhaus als Unternehmen für das Ehrenamt entsteht (vgl. S. 81). Das Personal betont den organisatorischen Aufwand (vgl. S. 97), die Wichtigkeit der Bekanntheit in der eigenen Berufsgruppe (vgl. S. 95) sowie die Akzeptanz von Ehrenamt im Versorgungsmix durch die Kolleginnen und Kollegen (vgl. S. 97). Die Ehrenamtlichen wiederum vertreten den Standpunkt, dass insbesondere die Akzeptanz und Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht werden (vgl. S. 109), ihre persönliche Unterstützung durch z. B. Schulung und Anleitung (vgl. S. 111) sowie wie der Grad, zu dem sie unter Personal und Erkrankten bekannt sind (vgl. S. 112), wichtige Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Realisierung des Ehrenamts im Krankenhaus sind.

Zur Förderung von Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus erscheint es daher ratsam, stärker auf den individuellen beziehungsweise zielgruppenspezifischen Nutzen und eventuelle Belastungen einzugehen, welche den jeweiligen Akteure durch das Ehrenamt entstehen. Die Nutzeneffekte sollten transparenter kommuniziert werden. Bei Belastungen durch das Ehrenamt sollten entlastende Strukturen vorgehalten werden.

Erwartungen an das Ehrenamt versus Wert des Ehrenamts

Untergliedert man die Ergebnisse der Gruppendiskussionen gemäß der Erwartungs-mal-Wert Modelle (vgl. S. 37) in die Werte, die den antizipierten Zielen beigemessen werden

und die erwartete Wahrscheinlichkeit, mit der diese Ziele erreicht werden – aus dem Produkt dieser Faktoren ergibt sich Motivation (Beckmann & Heckhausen, 2010, S. 106) – lässt sich folgendes interpretieren: Auf der einen Seite ergeben sich durch Ehrenamt im Krankenhaus positive Folgen – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Personal und das Krankenhaus als Unternehmen. Dem Ehrenamt wird also ein hoher Wert beigemessen. Es herrscht zudem die Meinung, dass aufgrund Veränderungen der familiären Strukturen und der Bedingungen der Krankenhausversorgung eine Unterstützung durch Ehrenamtliche an Relevanz hinzugewinnen wird.

Im Gegenzug erwarten Leitungsebene sowie Hauptberufliche, dass die Umsetzung des Ehrenamt mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Der finanzielle, personelle und organisatorische Einsatz der Kliniken wird aber seitens Politik, Krankenkassen und Öffentlichkeit nicht adäquat honoriert. Ebenso erwarten alle Diskutierenden, dass es künftig eher unwahrscheinlich ist, ausreichend Ehrenamtliche für Krankenhäuser zu gewinnen. Denn diese Form von Engagement wird ihrer Meinung nach in der Öffentlichkeit als nur wenig attraktiv empfunden.

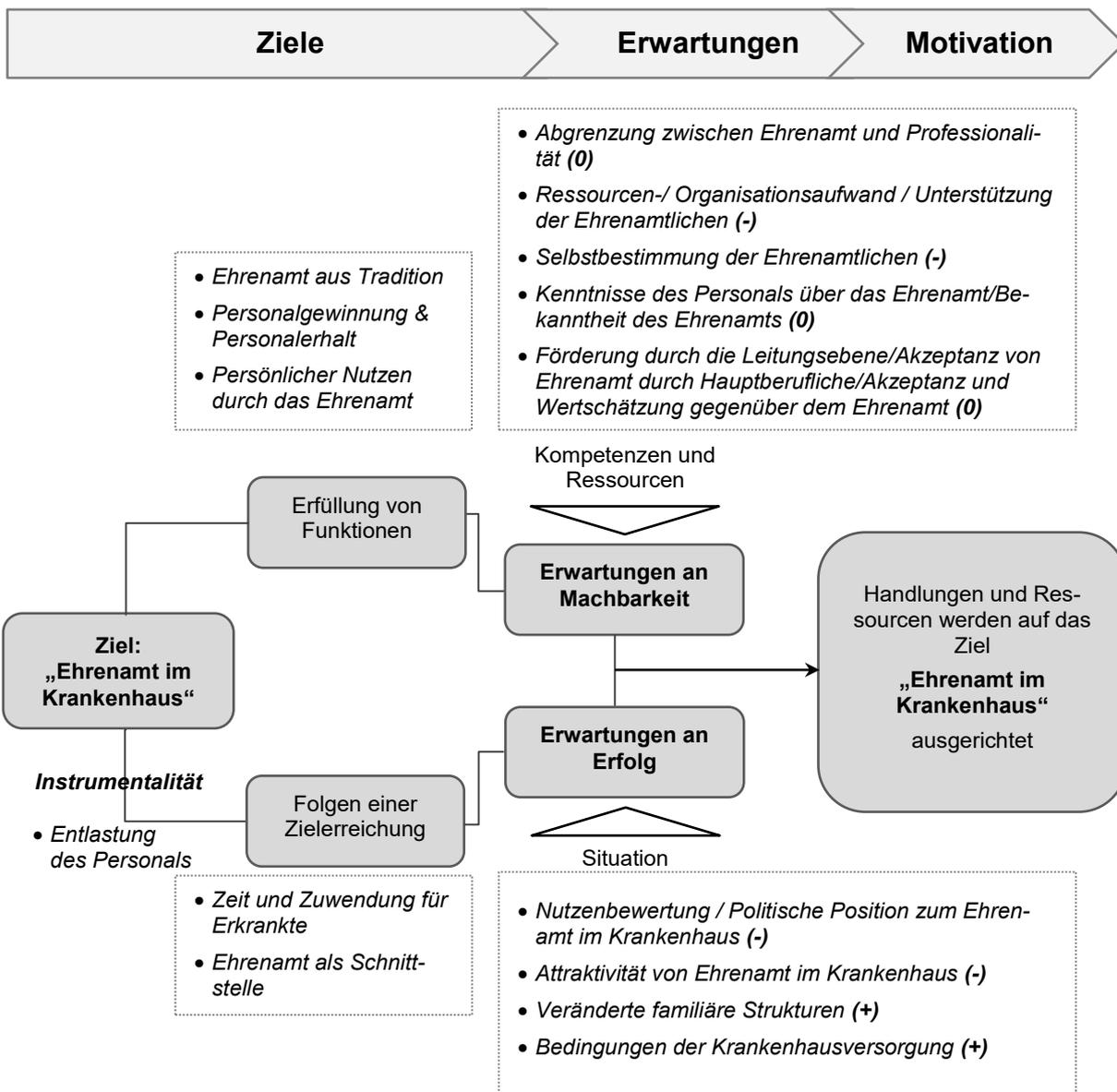
Die Wahrscheinlichkeitserwartungen, dass die mit einem positiven Wert konnotierten Ziele erreicht werden können, sind dementsprechend also eher gering ausgeprägt. Somit ist eine Konstellation anzunehmen, in der das Produkt aus Erwartungen und antizipierten Werten keine umfängliche Motivation für Handlungen und Ressourceninvestitionen in das Ehrenamt im Krankenhaus mit sich bringt.

Es scheint außerdem so, als ob die Erwartung, nicht über die erforderlichen Ressourcen zu verfügen, um die angestrebten Ziele erreichen zu können, schwerer wiegt als der angenommene Nutzen. Dies zeigt sich besonders deutlich in der Diskussion des Personals in Krankenhaus 3: Hier wird geschildert, dass das Ehrenamt unter Hauptberuflichen stets als Bereicherung bezeichnet wird. In der konkreten Umsetzung schätzen viele Hauptberufliche den Organisationsaufwand, der mit einer Integration von Ehrenamtlichen verbunden ist, jedoch als so hoch ein, dass die Erwartungswahrscheinlichkeit einer Zielerreichung gering und schlussendlich keine Motivation zur Einbindung Ehrenamtlicher vorhanden ist (vgl. S. 97).

Wünschen sich Krankenhäuser, Politik und Bevölkerung mehr Motivation zur Umsetzung von Ehrenamt im Krankenhaus, können somit zwei Wege oder eine Kombination aus beiden beschritten werden: Zum einen kann der angenommene Wert erhöht werden, indem z. B., wie weiter oben bereits dargelegt, der Eigennutzen für die Akteure stärker in den Fokus gerückt wird. Zum anderen können die Ressourcen der Akteure gestärkt werden:

Etwa indem das Personal die erforderliche Hilfe erhält, die es zur Integration Ehrenamtlicher in die Versorgung benötigt und indem Krankenhäuser, die Ehrenamtliche einbinden möchten, auf eine bedarfsgerechte politische Unterstützung zurückgreifen können.

Ordnet man diese Erkenntnisse in das Motivationsmodell ein, das für diese Studie erstellt wurde (vgl. Abbildung 18), zeigt sich das folgende Bild. Eine nähere Erläuterung der einzelnen Komponenten des Modells schließt sich an.



(+) = potenziell motivationsfördernd, (0) = potenziell neutral, (-) = potenziell motivationshemmend

Abbildung 18: Annahmen zu motivationsfördernden und motivationshemmenden Faktoren im Modell zur Motivation zum Ehrenamt im Krankenhaus
(eigene Darstellung)

Den angestrebten Zielen und erhofften Resultaten von Ehrenamt stehen Erwartungen gegenüber, die potenziell motivationsfördernd wirken, z .B. die steigende Notwendigkeit der Unterstützung durch Ehrenamtliche aufgrund veränderter Familienstrukturen und Bedingungen der Krankenhausversorgung.

Doch es werden eine ganze Reihe an Faktoren offensichtlich, die die Motivation tendenziell hemmen. Hierzu zählen der als hoch empfundene Aufwand, der sich unter anderem aus dem Unterstützungsbedürfnis der Ehrenamtlichen ergibt, ebenso wie die erschwerte Steuerung und Planbarkeit von Ehrenamt im betrieblichen Ablauf durch die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen, sowie die als gering wahrgenommene Nutzenbewertung und eine fehlende klare politische Positionierung. Andere Faktoren, auf welche die Krankenhäuser direkten Einfluss haben, sind zunächst neutral zu sehen. So etwa, inwieweit das Ehrenamt unter Personal und Erkrankten bekannt ist, die organisationskulturellen Bedingungen innerhalb der Einrichtung die Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber dem Ehrenamt fördern und inwieweit die Leitungsebene selbst hinter dem Ehrenamt steht und dieses strukturell unterstützt. Je nach Ausgestaltung dieser Faktoren in den Kliniken und durch das Krankenhausmanagement können die Faktoren die Motivation für das Ehrenamt fördern oder hemmen.

8.3 Einordnung der Ergebnisse in den Stand der Forschung

Die Erkenntnisse dieser Studie reihen sich in die Ergebnisse bereits bestehender empirischer Forschung ein, wie im folgenden Abschnitt nach Themenbereichen gegliedert erläutert.

Strategisches, zielorientiertes Ehrenamt

In der Position der Leitungsebene, die Ehrenamt nicht als strategische, mit spezifischen Zielen hinterlegte Komponente der Leistungserbringung ansieht, sondern lediglich als angenehmes, jedoch nicht unbedingt erforderliches Zusatzangebot (vgl. S. 69), spiegeln sich die Ergebnisse einer Untersuchung von Backhaus-Maul, Speck, Hörnlein und Krohn (2015). Diese analysierten mehr als 1.600 Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und stellen fest, dass die Gestaltung und Entwicklung der Einbindung Ehrenamtlicher in die professionelle Versorgung nur selten zielorientiert erfolgt. Während die Betreuung der Ehrenamtlichen noch in der Hälfte der befragten Organisationen klar geregelt war, existierten nur bei einem Viertel schriftliche Konzepte und Leitlinien zur Förderung und zur konkreten Umsetzung des Ehrenamts.

Nur in etwa jeder zehnten Organisation wurde die Förderung des Ehrenamts als explizite Aufgabe in den Stellenbeschreibungen von Führungskräften aufgeführt (Backhaus-Maul et al., 2015, S. 489f.). Für Akutkrankenhäuser in Großbritannien berichten Galea et al. (2013, S. 13) Ähnliches: In der Hälfte aller Einrichtungen liegt keine formale Strategie zur Umsetzung der Integration Ehrenamtlicher vor. Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, wirken sich diese fehlenden Zielvorgaben vermutlich auf die Motivation aus.

Dadurch, dass Strategien und Ziele zum Ehrenamt weitestgehend fehlen, aber nach Auffassung der Diskutierenden die Integration des Ehrenamts ein Ausdruck einer bedürfnisgerechten, lebensweltorientierten Patientenversorgung ist, offenbart sich eine Fokussierung der Krankenhäuser auf die kurative, an der Krankheitstherapie ausgerichtete Versorgung. In den Diskussionsrunden werden Krankenhäuser z. B. als „*sehr funktional ausgerichtete[n] Ort[e]*“ (KH 3, P) umschrieben. Die eher geringe Beachtung des Ehrenamts durch Kliniken könnte sich demnach auch aus dem Umstand ergeben, dass das DRG-System keine Vergütung für individuelle Kommunikation und emotionale Zuwendung vorsieht. Folglich finden gerade in diesen Bereichen implizite Rationierungen statt (vgl. Ausserhofer et al., 2014; Zander et al., 2014). Änderungen dieser Vergütungslogik könnten somit dazu führen, dass Ehrenamt perspektivisch stärker gewichtet und zunehmend als strategisches Ziel betrachtet wird.

Bedeutung der Leitungsebene

Bezüge zu anderen Untersuchungen zeigen sich ebenfalls in der Bewertung der Relevanz der Führungskräfte gegenüber dem Ehrenamt und der Art und Weise, wie Führungskräfte dieses fördern. Die an dieser Studie Teilnehmenden sehen in der positiven Einstellung des oberen Managements zum Ehrenamt sowie in dessen bewusster Förderung zentrale Erfolgsfaktoren (vgl. S. 96, S. 111). Die Bedeutung aller Führungsebenen – vom Vorstand bis zur unteren Führungsebene – wird auch in anderen Veröffentlichungen vielfach hervorgehoben (z. B. Roß & Tries, 2010b, S. 58f.). In allen Stellenbeschreibungen sollte die Verantwortung für das Ehrenamt explizit definiert sein (BMFSFJ, 2015b, S. 62). Personen, die für die Einbindung Ehrenamtlicher und deren Koordination zuständig sind, sollten eine direkte Verbindung zum obersten Management haben und in dessen Planungsentscheidungen das Ehrenamt betreffend eingebunden werden (Rogers et al., 2016, S. 417).

Doch trotz der hohen Bedeutung, die der Leitung zukommt, erscheint es nicht zielführend, Entscheidungen über die Integration Ehrenamtlicher einzig „Top-Down“, also auf der übergeordneten Organisationsebene, zu treffen. Denn im Alltag sind davon in erster Linie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betroffen, die direkt mit den Ehrenamtlichen zusammenarbeiten. Diese Hauptberuflichen sollten deshalb in die Konzeption und Durchführung des Ehrenamts im Krankenhaus miteinbezogen werden (Rosenkranz & Wouters, 2011, S. 4). Zur Ausgestaltung des Ehrenamts könnten beispielsweise Arbeitskreise gebildet werden, die mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Hierarchieebenen und verschiedenen patientennahen Berufsgruppen besetzt sind, z. B. aus Pflege, sozialer Arbeit und Ärzteschaft. In diesen Arbeitskreisen könnten Ziele für die Einbindung Ehrenamtlicher definiert werden und konkrete Maßnahmen für deren Erreichung entwickelt werden.

Eine erste und entscheidende Aufgabe, die wiederum den Führungskräften selbst zukommt, besteht in diesem Kontext darin, Hauptberufliche für die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zu sensibilisieren. Sie sollten ihnen vermitteln, dass diese Kooperation keine optionale Zusatzarbeit ist, sondern regulärer Bestandteil ihres Aufgabenprofils (BMFSFJ, 2015b, S. 62).

Ehrenamt als Komponente patientenorientierter Krankenhausversorgung

Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche werden von allen Akteuren als vorteilhaft für das Wohlbefinden und den Genesungsprozess der Erkrankten gewertet (vgl. S. 73, S. 90). Diese Meinung steht im Einklang mit Befunden empirischer Studien zur Wirkung ehrenamtlicher Unterstützung auf Krankenhauspatientinnen und -patienten.

Marcus (2013) zufolge kann ehrenamtliche Unterstützung bei onkologisch Erkrankten zu einem Rückgang der Krankheitssymptome bis hin zu einer längeren Lebensdauer führen. Faulkner und Davies (2005, S. 44) gehen ebenfalls von einem therapeutischen Charakter dieser Zeit und Zuwendung aus. Und in einer qualitativen Evaluation des HELP-Programms sind die dort befragten Hauptberuflichen ebenso der Ansicht, dass eine ehrenamtliche Unterstützung zu einer schnelleren Genesung älterer Patientinnen und Patienten führt (Steunenberg et al., 2016, S. 461). Positive Effekte sehen sie für deren physische und psychische Konstitution.

Die in den einzelnen Studien beschriebenen Gesundheitseffekte ehrenamtlicher Unterstützung werden gestützt durch die allgemein anerkannte positive Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit respektive Genesungsprozessen (vgl. Wills & Ainette, 2012, S. 465ff.).

Krankenhäuser, die Ehrenamtliche in angemessener Weise in die direkte Patientenversorgung integrieren, können somit davon ausgehen, dass diese soziale Unterstützung die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten fördert.

Das durch die ehrenamtliche Unterstützung höhere Wohlbefinden der Erkrankten steigert deren Zufriedenheit mit dem jeweiligen Krankenhaus sowie die Zufriedenheit ihrer Angehörigen, wie in den Gruppendiskussionen beschrieben (vgl. S. 90; S. 105). Andere Studien bestätigen diese Einschätzung (Galea et al., 2013, S. 8; Hotchkiss et al., 2009; Marcus, 2013; Rogers et al., 2013, S. 46). Eine Erklärung für das Wohlbefinden und die höhere Patientenzufriedenheit könnten das zusätzliche Gesprächs- und Beschäftigungsangebot sein. Diese gelten als wichtige Einflussfaktoren von Patientenzufriedenheit, insbesondere bei älteren Menschen (Eichhorn et al., 2017, S. 629f.).

Angesichts dieser Zusammenhänge liegt für Krankenhäuser ein Potenzial ehrenamtlicher Dienste darin, diese zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und somit zur Optimierung von patientenbezogenen Qualitätskriterien zu nutzen (Voit, 2016, S. 854).

Entlastungsfunktion des Ehrenamts im Krankenhaus

Leitungsebene, Ehrenamtliche und insbesondere das Personal vertreten in den Gruppendiskussionen den Standpunkt, dass Ehrenamtliche hauptberufliche Kräfte entlasten (vgl. S. 73, S. 90, S. 105). Thematisch ähnliche Studien bekräftigen diese Meinung. Die Unterstützung durch Ehrenamtliche wird von Fachkräften als eine Erleichterung und „zusätzliche Hand“ (Steunenberg et al., 2016, S. 461f.) empfunden. Ehrenamtliche entlasten Personal einerseits von konkreten alltagsnahen Tätigkeiten, andererseits von dem Gefühl, nicht adäquat auf Zuwendungsbedürfnisse, die über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgehen, eingehen zu können (Fritz & Pietrzyk, 2011, S. 24; Handy & Srinivasan, 2004, S. 50; Naylor et al., 2013, S. 13).

Andere Forschungsergebnisse zeigen, dass Krankenhauspersonal offenbar gerade diese Tätigkeiten im Bereich der Zeit und Zuwendung und der psychosozialen Unterstützung von Erkrankten aufgrund von Zeitmangel vernachlässigen muss (Isfort et al., 2010, S. 72; Reif-erscheid et al., 2016, e100; Zander et al., 2014, S. 731). Demzufolge könnte Ehrenamt im Krankenhaus als einer jener Hilfsdienste gewertet werden, die gemäß Zander et al. (2014, S. 732) zu einer geringeren impliziten Rationierung und somit zu einer besseren Versorgungsqualität führen. Die entlastende Funktion des Ehrenamts könnte gleichzeitig zu einem Rückgang der emotionalen Erschöpfung unter Hauptberuflichen führen, welche eine Vernachlässigung pflegerischer Tätigkeiten zusätzlich verstärkt (Zander et al., 2014, S. 731).

Es ist also anzunehmen, dass Ehrenamt im Krankenhaus nicht nur auf ein „angenehmes Zusatzangebot“ für Erkrankte zu reduzieren ist, sondern gleichzeitig einen Beitrag zur Entlastung des häufig unter Zeit- und Arbeitsdruck leidenden Personals leistet. Hauptberufliche müssen gegenwärtig insbesondere Aspekte wie Kommunikation und Zuwendung vernachlässigen (vgl. z. B. Zander et al., 2014; Zander et al., 2017). Aus den ungünstigen Bedingungen kann eine Versorgung resultieren, die sich nicht mehr an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren kann.

In Verbindung mit der Entlastungsfunktion des Ehrenamts steht der vom Personal geäußerte Wunsch, dass Ehrenamtliche stärker als bisher in die Versorgung älterer Menschen mit Demenz eingebunden werden sollten. Denn gerade bei dieser Patientenklientel spielt neben der medizinisch-pflegerischen Therapie die psychosoziale Betreuung eine essenzielle Rolle (Motzek et al., 2018). Krankenhausleitungen könnten gerade dort das entlastende Potenzial des Ehrenamts stärker nutzen. Die Akzeptanz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheint unter Berücksichtigung der weiteren Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Integration Ehrenamtlicher, wie sie in dieser Studie angesprochen werden, als durchaus gegeben.

Ehrenamt als Schnittstelle in der Versorgung

Ehrenamtliche werden von allen beteiligten Gruppen als Bindeglieder zwischen Hauptberuflichen und Erkrankten wahrgenommen (vgl. S. 74, S. 90, S. 107).

Roß und Tries (2010b, S. 56) kommen in der Evaluation des Freiwilligenkonzepts eines baden-württembergischen Sozialdienstleisters zu einem ähnlichen Ergebnis. Ehrenamtliche werden dort als „*Brücke in die Lebenswelt*“ (Roß & Tries, 2010b, S. 56) bezeichnet, die den Erkrankten „*Normalitätserfahrungen*“ (Roß & Tries, 2010b, S. 27) ermöglichen. Auch Nissim et al. (2009, S. 805) werten die Schaffung eines Gefühls der Normalität in der ungewohnten Krankheitssituation als wichtiges Ziel des Ehrenamts im Krankenhaus.

Ähnlich wie in dieser Studie (vgl. S. 75, S. 91, S. 104) sehen sich auch die Ehrenamtlichen, die an einer Untersuchung des HELP-Programms beteiligt waren, als unabhängige Vertrauenspersonen für Patientinnen und Patienten (Steunenberg et al., 2016, S. 461), die eine Verbindung zwischen Personal und den Erkrankten respektive zwischen der Institution Krankenhaus und Erkrankten schaffen.

Im breiteren Rahmen sehen alle Gruppen dieser Studie Ehrenamtliche als wichtige Verbindung zwischen Krankenhaus und Öffentlichkeit (vgl. S. 74, S. 90, S. 107). Auch hier besteht Konsens mit anderen Autorengruppen, die dem Ehrenamt eine verbindende Rolle zwischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie der Bevölkerung, dem Gemeinwesen und anderen sozialen Leistungserbringern zusprechen (Roß & Tries, 2010b, S. 29). Eine Integration von Ehrenamtlichen fördert die Kooperation der Akteure und verbessert dadurch Versorgungsprozesse (Naylor et al., 2013, S. 1ff.).

Krankenhäuser könnten die Rolle der Ehrenamtlichen als Vermittelnde, Bindeglieder und „Gatekeeper“ zwischen Erkrankten und den verschiedenen, am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen stärker ausbauen, wie es ein Ehrenamtlicher dieser Studie vorschlägt (vgl. S. 108). Ehrenamtliche, die in ihren Gesprächen mit Erkrankten soziale Bedarfe und Bedürfnisse wahrnehmen, könnten diese an Fachpersonal, etwa aus dem Case-Management oder der sozialen Arbeit, weiterleiten. Daraufhin können professionelle Maßnahmen eingeleitet werden.

Ein solcher Einbezug von Ehrenamtlichen, die als Laien und somit auf Augenhöhe, mit der gleichen „Sprache“ die Bedarfe der Erkrankten aufnehmen und diese dann an das professionelle Versorgungssystem übermitteln, trägt Naylor et al. (2013, S. 10) zufolge dazu bei, soziale Ungleichheiten, wie z. B. unterschiedliche Bildungsniveaus von Erkrankten und professionellen Kräften, auszugleichen.

Das hauptberufliche Personal wertet die Schnittstellenfunktion von Ehrenamtlichen jedoch nicht nur aus Patienteninteressen heraus als bereichernd, sondern auch aus dem Interesse der Prozess- und Versorgungsoptimierung. Sie sehen Ehrenamtliche als einen positiven „Störfaktor“ im Versorgungsalltag, welcher das Personal zur Reflexion über althergebrachte Gewohnheiten anregen kann (vgl. S. 91). Einer ähnlichen Auffassung ist Güntert (2015, S. 35): Ehrenamtliche tragen aus seiner Sicht dazu bei, „Betriebsblindheit“ (Güntert, 2015, S. 35) innerhalb von Organisationen zu vermeiden.

Ehrenamt aus Tradition

In der Kategorie „Ehrenamt aus Tradition“ (vgl. S. 73) und der dazugehörigen Unterkategorie zeigt sich, dass sich einige teilnehmende Kliniken quasi gesellschaftlich verpflichtet fühlen, ein Angebot zum ehrenamtlichen Engagement zu schaffen. Hier spiegelt sich die grundsätzliche Position einiger Sozialunternehmen wider, die Ehrenamt nicht als integraler Bestandteil von Versorgung ansehen, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Solidarität (BMFSFJ, 2016a, S. 204).

In den konfessionellen Kliniken wird auf die Bedeutung des Ehrenamts als Symbol christlicher Nächstenliebe hingewiesen (vgl. S. 74).

Andere Studien berichten in diesem Zusammenhang von dem Ziel einiger Krankenhausleitungen, die Verankerung des Ehrenamts in ihren Klinikleitbildern und die Förderung des Ehrenamts als Instrumente zur Steigerung von Image und Reputation in der Öffentlichkeit zu nutzen (Fritz & Pietrzyk, 2011, S. 25; Handy & Srinivasan, 2005, S. 498). Inwieweit Ehrenamt dies tatsächlich leisten kann, scheint derzeit noch ungeklärt.

Ehrenamt zur Personalgewinnung und Personalbindung

Über das Angebot und die Möglichkeit zur Ausübung eines Ehrenamts in ihren Einrichtungen erhofft sich die Leitungsebene, neues Personal zu gewinnen: Insbesondere bei jüngeren Ehrenamtlichen könnte über ein solches Engagement Interesse an einer beruflichen Tätigkeit im Krankenhaus geweckt werden. Ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen über ein Ehrenamt auch noch im Rentenalter dem Krankenhaus verbunden bleiben (vgl. S. 76). Während die Aussicht auf eine bessere berufliche Karriere zwar ein gut beschriebenes Motiv für die Aufnahme eines Ehrenamts ist (z. B. Müller et al., 2016, S. 419; Snyder et al., 2001, S. 20), wird ein entsprechender Nutzen für das Personalmanagement in bestehenden Studien bislang nicht thematisiert. Angesichts des steigenden Fachkräftemangels in Gesundheitsberufen (vgl. Neuber-Pohl, 2017) könnte die Variante einer Personalrekrutierung und Personalbindung über Ehrenamt zukünftig jedoch an Relevanz gewinnen.

Denn vor allem jüngere Ehrenamtliche könnten zunächst ohne vertragliche Bindung prüfen, ob eine derartige Tätigkeit tatsächlich ihren Interessen entspricht. Ehemaliges Personal könnte in der Rente mit seinem Erfahrungswissen erhalten bleiben, was dann sowohl der Klinik als auch den eigenen Interessen entgegenkommen könnte. Denn die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen scheint ein wichtiges Motiv zur Aufnahme ehrenamtlicher Tätigkeiten zu sein (Kruse & Schmitt, 2008, S. 92; Philippi, 2014, S. 40f.). Zugleich trägt ehrenamtliches Engagement zum gesunden Altern bei (Jenkinson, 2013; World Health Organization, 2002, S. 32).

Eventuelle Befürchtungen vor einem Verlust ihres eigenen Arbeitsplatzes durch eine Einbindung Ehrenamtlicher, wie sie in der Literatur häufig beschrieben werden (z. B. Beher et al., 2000, S. 64; BMFSFJ, 2015b, S. 33f.), kamen in den Diskussionsrunden mit den Hauptberuflichen nicht zur Sprache.

Persönlicher Nutzen der Ehrenamtlichen

Die Ehrenamtlichen dieser Studie streben durch ihr Engagement im Krankenhaus die Verwirklichung persönlicher Bedürfnisse und einen ideellen Nutzen an (vgl. S. 106). Sie bekräftigen somit in hohem Maße die Annahmen zum „neuen Ehrenamt“, wonach dieses nicht nur dem Gemeinwohl dient, sondern parallel einen gewissen Eigennutzen mit sich bringen sollte (z. B. Backes & Höltge, 2008, S. 280f.; Beher et al., 2000, S. 13). Sie nutzen das Ehrenamt beispielsweise ganz bewusst, um soziale Kontakte zu schaffen und zu pflegen (vgl. S. 106). Hierin besteht ein zentrales Motiv für die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten, welches unter anderem auch im Freiwilligensurvey 2014 hervorsteicht (Müller et al., 2016, S. 419).

Das zur Sprache gekommene Ziel der Ehrenamtlichen, im Krankenhaus Erfahrungen zu sammeln und das eigene Wissen zu erweitern (vgl. S. 107), scheint ebenfalls ein über diese Studie hinausgehender wichtiger Anreizfaktor für Ehrenamtliche zu sein, insbesondere im Bereich der Pflege und Unterstützung älterer Menschen (Fringer et al., 2010, S. 176; Müller et al., 2016, S. 419; Philippi, 2014, S. 45f.).

Gleiches gilt für den Wunsch, im Sinne einer generalisierten Reziprozität (vgl. Stegbauer, 2011, S. 80ff.) durch die ehrenamtliche Tätigkeit etwas „zurückzugeben“ für eine Hilfe und Unterstützung, die man in der Vergangenheit einmal erhalten hat (vgl. S. 107) (Philippi, 2014, S. 41ff.). Dies ist ein wichtiges menschliches Bedürfnis, selbst wenn diese Unterstützung einer anderen als der damals helfenden Person zugutekommt (vgl. Stegbauer, 2011, S. 80ff.).

Insofern könnte ein stärkeres Augenmerk der Öffentlichkeitsarbeit auf diese spezifischen Interessen von Ehrenamtlichen dazu beitragen, mehr Menschen für ein Ehrenamt im Krankenhaus zu gewinnen.

Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen

Inwieweit die Ziele und erwünschten Folgen erreicht werden können, hängt aus Sicht aller beteiligten Akteure von der Zusammenarbeit zwischen den Hauptberuflichen und den Ehrenamtlichen ab (vgl. S. 76, S. 92, S. 108). Auch besteht Konsens zu den Aussagen von Roß und Tries (2010a, S. 12), die in der Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen einen maßgeblichen Einflussfaktor für die gelingende Integration Ehrenamtlicher in die gesundheitliche und soziale Versorgung sehen.

Damit die individuelle Zusammenarbeit zwischen den ehrenamtlich Tätigen und dem Personal ebenso wie die Kooperation der Gruppe der Ehrenamtlichen mit der Klinik besser gelingen, schlagen Vertreterinnen und Vertreter der Leitungsebene eine bessere Vernetzung zwischen dem „System Krankenhaus“ und der „Parallelwelt Ehrenamt“ vor (vgl. S. 77). In einigen Krankenhäusern existiert hierfür bereits eine vernetzende Person – es wurde eine Stelle geschaffen, deren explizite Aufgabe die Koordination zwischen Ehrenamtlichen und Klinik ist. Die bisherigen Erfahrungen mit dieser vernetzenden Stelle in den jeweiligen Kliniken sind positiv.

Auch in weiteren themenbezogenen Studien werden hauptberuflich verantwortliche „Beauftragte für das Ehrenamt“ für soziale Einrichtungen empfohlen. Diese tragen zur Kommunikation und Kooperation zwischen dem Personal und den Ehrenamtlichen bei (Roß & Tries, 2010b, S. 63). Sie stellen sicher, dass sich das Ehrenamt in die Organisationsziele einfügt und sie gewährleisten eine transparente Kommunikation der Zuständigkeiten von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen (Rogers et al., 2013, S. 48).

Eine weitere Aufgabe dieser koordinierenden Personen besteht darin, die Persönlichkeit der Ehrenamtlichen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit im Krankenhaus auf eine entsprechende Eignung zu prüfen und außerdem die Wertschätzung und Anerkennung des Ehrenamts in der Einrichtung zu fördern (Becke, Wehl & Wetjen, 2014, S. 270f.). Diese Aspekte werden auch von Personal und Ehrenamtlichen dieser Studie als wichtige beeinflussende Faktoren einer Zielerreichung gewertet (vgl. S. 92, S. 97, S. 109).

Becke et al. (2014, S. 271) sehen in Ehrenamt-Koordinatorinnen und Koordinatoren darüber hinaus eine Möglichkeit, die Ressourcen der Ehrenamtlichen zu stärken und so einer Überforderung der Ehrenamtlichen, wie sie insbesondere im sozialen Sektor häufiger vorkommt, vorzubeugen.

Für Krankenhäuser kämen hierfür z. B. Seminare in Frage, die auf die ehrenamtliche Tätigkeit vorbereiten und diese begleiten sowie ein regelmäßiger Austausch zwischen koordinierenden Personen und Ehrenamtlichen über eventuelle Probleme sowie über das Wohlbefinden einzelner Ehrenamtlicher und die Stimmung in der gesamten Gruppe.

Kompetenzen der Ehrenamtlichen

Bezogen auf die Kompetenzen, die für eine ehrenamtliche Tätigkeit im Krankenhaus vorhanden sein sollten, nennen Leitungsebene sowie Hauptberufliche die Persönlichkeit an sich beziehungsweise die Fähigkeit zur Empathie. Diese Kompetenzen nehmen entscheidenden Einfluss darauf, in welchem Ausmaß ehrenamtliche Unterstützung zu erwünschten Resultaten führt.

Der Fokus des Personals dieser Studie richtet sich hierbei auf die Patientinnen und Patienten, welche bei einer unangemessenen Empathiefähigkeit der Ehrenamtlichen Nachteile erleiden könnten (vgl. S. 93). Becke et al. (2014, S. 262) stufen die Persönlichkeitsfaktoren insofern als wesentlich ein, als dass der hohe Anteil an Gefühls- und Emotionsarbeit im Kontakt mit kranken Menschen je nach individueller Konstitution der Ehrenamtlichen diese selbst psychosozial belasten kann. Um einer solchen Gesundheitsbelastung vorzubeugen, empfehlen die Autorinnen und Autoren eine gute Auswahl, Schulung und Begleitung Ehrenamtlicher in Bezug auf ihre emotionalen Kompetenzen (Becke et al., 2014, S. 269ff.). Dies käme schlussendlich auch den Erkrankten zugute.

Hinsichtlich der Frage, ob Ehrenamtliche neben emotionalen und sozialen Kompetenzen auch ein besonderes Fachwissen benötigen, hat das Personal divergierende Auffassungen: Einige vertreten den Standpunkt, dass keine spezifischen Fachkompetenzen erforderlich sind. Andere sehen Grundlagenkenntnisse, insbesondere zur Kommunikation mit Erkrankten und zum Umgang mit verschiedenen Krankheitsbildern, als unerlässliche Voraussetzung für eine ehrenamtliche Tätigkeit im Krankenhaus (vgl. S. 92). Diese zweite Meinung wird auch in verschiedenen anderen Veröffentlichungen offenkundig. Beispielsweise sehen Faulkner und Davies (2005, S. 43) im eingeschränkten Verständnis von Krankheitsbildern die Gefahr, dass diese Ehrenamtlichen fehlerhafte Informationen an Erkrankte weitergeben, statt sich an Hauptberufliche zu wenden. In der Evaluation von Roß und Tries (2010b, S. 31) werten sowohl Hauptberufliche als auch Ehrenamtliche fehlendes fachbezogenes Wissen als Risiko in der Versorgung.

Es erscheint somit für Krankenhäuser – möchten sie Ehrenamtliche einbinden – ratsam, im Vorfeld zu ermitteln, welche spezifischen fachlichen Kenntnisse, bezogen auf die jeweiligen Abteilungen in denen Ehrenamtliche tätig werden, erforderlich sind. Diese Kenntnisse müssen entsprechend vermittelt werden, beispielsweise in Fortbildungen oder durch individuelle, fachabteilungsbezogene Anleitungen, wie ein Vertreter der Hauptberuflichen vorschlägt (vgl. S. 93).

Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität

Eine Herausforderung bei der Integration von Ehrenamtlichen in die akutstationären Versorgungsprozesse ist aus Sicht von Leitungsebene und Ehrenamtlichen die klare und deutliche Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität (vgl. S. 78, S. 113).

Für beide Seiten – für Ehrenamtliche ebenso wie für Hauptberufliche – müssen die jeweilig zugeschriebenen Aufgabenfelder möglichst überschneidungsfrei definiert sein und beide Seiten müssen die ihnen zugewiesenen Rollen akzeptieren.

Offensichtlich ist diese Abgrenzung von sehr hoher Relevanz, denn nicht ausreichend kommunizierte oder nicht klar geregelte Rollenverteilungen zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen werden auch in zahlreichen weiteren Beiträgen zum Ehrenamt im Gesundheits- und Sozialwesen als Problem thematisiert (z. B. Galea et al., 2013, S. 13; Rogers et al., 2013, S. 46; Roß & Tries, 2010b, S. 56). Es herrscht hiernach ein breiter Konsens über die Notwendigkeit einer, für alle transparenten Abgrenzung der jeweiligen Rollen und damit verbunden der unterschiedlichen Zuständigkeiten (Rogers et al., 2013, S. 48). Diese Differenzierung schärft sowohl das Profil der Ehrenamtlichen als auch das der Hauptberuflichen (Roß & Tries, 2010b, S. 56). Eine wichtiges Instrument zur Kommunikation der Zuständigkeiten und Rollen sind schriftliche Dokumentationen, also eine Art „Stellenbeschreibungen“, in denen die konkreten Aufgabengebiete der Ehrenamtlichen aufgeführt werden (Rogers et al., 2016, S. 416).

Doch scheint die klare Rollenzuweisung nicht immer konfliktfrei möglich: Denn grenzt man die Aufgabengebiete von Ehrenamtlichen, also die alltagsnahe soziale Unterstützung und Kommunikation mit Erkrankten, unmissverständlich von den Tätigkeitsfeldern professionell tätiger Kräfte ab, beinhaltet dies implizit eine Trennung der Pflege in die Teilbereiche „Care“ und „Cure“, wie sie gesundheitspolitisch bereits länger kontrovers diskutiert wird (BMFSFJ, 2010, S. 371ff.; Hoberg, Klie & Künzel, 2013, S. 11). Der Bereich „Cure“ umfasst dabei die fachlich-professionelle Versorgung und Begleitung Erkrankter und Pflegebedürftiger durch hauptberufliche Fachkräfte. Unter „Care“ versteht man im Gegensatz dazu die lebensweltnahe Alltagsunterstützung und Sorge durch Familienangehörige, Nachbarn, Freunde sowie Ehrenamtliche (BMFSFJ, 2010, S. 371ff.; Hoberg et al., 2013, S. 11). Bartholomeyczik und Müller (2014) kritisieren jedoch, dass eine solche Zweiteilung zur Folge haben kann, dass dann beispielsweise auch Grundpflegerische Tätigkeiten dem Bereich „Care“ zugeordnet werden und somit von professioneller Pflege („Cure“) getrennt werden. In Folge dessen könnte es zur Annahme kommen, dass die aktuell als „Grundpflege“ bezeichneten Tätigkeiten, etwa die Körperpflege von Erkrankten, nicht mehr ausschließlich durch ausgebildete Fachkräfte, sondern auch von Laien verrichtet werden können. Dies spräche einem professionellen und ganzheitlichen Verständnis von Pflege entgegen und wird daher abgelehnt (Bartholomeyczik & Müller, 2014).

Angesichts der offensichtlich jedoch bestehenden Notwendigkeit einer genauen Abgrenzung zwischen den Tätigkeiten, die Ehrenamtliche verrichten können und sollten, und den Tätigkeiten, für die eine professionelle Expertise erforderlich ist, stellt sich die Frage, wo und wie diese Trennung erfolgen sollte. Naylor et al. (2013, S. 15) empfehlen, die Grenze auf direkter, lokaler Ebene innerhalb der einzelnen Kliniken und Fachabteilungen auszuhandeln. Eine allgemeingültige Antwort erscheint ihnen nicht angemessen.

Krankenhäuser und einzelne Fachabteilungen könnten demnach im Diskurs mit Leitungspersonen, Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen identifizieren, in welchen Bereichen der akutstationären Versorgung Brüche der sozialen und gesundheitlichen Sicherungssysteme erkennbar sind, die Ehrenamtliche auffangen können.

Einer derartigen Trennung von professioneller Versorgung und ergänzender Laienunterstützung in spezifischen Situationen, in denen keine adäquaten professionellen Strukturen existieren, stimmen auch Bartholomeyczik und Müller (2014) zu.

Nach Meinung der Teilnehmenden dieser Studie tritt eine solche Situation immer häufiger im Hinblick auf die lebensweltnahe Unterstützung der Krankenhauspatientinnen und -patienten auf: Angehörige können diese nicht mehr angemessen leisten. Zugleich ist bislang kein professionelles Versorgungsnetz vorhanden, welches diese Lücke schließt (vgl. S. 100, S. 115).

Eine klare inhaltliche Definition der Tätigkeiten von Ehrenamtlichen (z. B. Alltagsunterstützung, alltagsnahe Gespräche) und der sich hiervon abgrenzenden Aufgabengebiete der Hauptberuflichen (medizinische, therapeutische, soziale beziehungsweise grund- und fachpflegerische Versorgung) würde die in den Diskussionen geäußerten Befürchtungen entkräften, wonach Ehrenamt womöglich als „billiger Ersatz“ für fehlende Fachkräfte und somit als Kompensation für ein zunehmend unter Druck stehendes Gesundheitsversorgungssystem genutzt werden könnte (vgl. S. 81) oder dass, wie Pinl (2015, S. 54) befürchtet, ein notwendiger Reformbedarf verschleiert werden könnte.

Eine Kompensation fehlender Fachkräfte durch Ehrenamtliche scheint in der Geschichte der Krankenpflege bereits häufiger vorgekommen zu sein: Weil ausreichend ehrenamtlich Engagierte vorhanden waren, wurden politische Reformen als weniger dringlich wahrgenommen und verschoben (Schweikardt, 2008, S. 67) – eine Gefahr, auf die aktuelle Veröffentlichungen ebenfalls hinweisen (Hämel, 2012, S. 169) und die man im Kontext von Ehrenamt immer mit ins Kalkül ziehen sollte.

Spricht man dem Ehrenamt aber eigene Kernaufgaben zu, wird deutlich, dass Ehrenamt kein Substitut ist, sondern komplementär zum professionellen Versorgungssystem steht (BMFSFJ, 2015a, S. 28).

Damit die unterschiedlichen Profile noch stärker herausgearbeitet und akzeptiert werden, empfehlen Naylor et al. (2013, S. 29), die einzigartigen Stärken Ehrenamtlicher intensiver zu kommunizieren. Auch in dieser Untersuchung werden Funktionen des Ehrenamts sichtbar, die exklusiv diesem vorbehalten sind und die selbst unter optimalen Bedingungen nicht durch bezahlte, fest an der Klinik angestellte Hauptberufliche ersetzt werden könnten. Beispielsweise trifft dies auf die Rolle der Ehrenamtlichen als Schnittstelle und Bindeglied sowie ihre neutrale Position zwischen Erkrankten und der Institution Krankenhaus zu.

Versteht man Ehrenamt im Krankenhaus auf Basis einer klaren Abgrenzung von Professionalität und Ehrenamt als einen eigenen Bestandteil im Versorgungsmix, kann dies bei den Hauptberuflichen zugleich zu einer höheren Akzeptanz und zu geringer ausgeprägten Konkurrenzgefühlen gegenüber den Ehrenamtlichen führen. Die Anerkennung des Ehrenamts durch die Hauptberuflichen als eine selbstverständliche Komponente der Versorgung ist aus Sicht von Personal und Ehrenamtlichen ein wichtiger Machbarkeitsfaktor (vgl. S. 97, S. 109), auf den im weiteren Verlauf der Diskussion unter dem Punkt „Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts durch Hauptberufliche“ noch tiefer eingegangen wird.

Veränderte Bedingungen der Krankenhausversorgung

Einige Ehrenamtliche nehmen wahr, dass sich die Tätigkeiten der Hauptberuflichen zunehmend von den Patientinnen und Patienten entfernen (vgl. S. 116).

Andere Untersuchungen konstatieren, dass sich das Aufgabenspektrum zunehmend „bürokratisiert“ (Roß & Tries, 2010b, S. 44): Pflegekräfte übernehmen immer häufiger patientenferne Tätigkeiten, etwa Transporte, Verwaltungsaufgaben oder hauswirtschaftliche Aufgaben (Bräutigam, Evans, Hilbert & Öz, 2014, S. 44).

Derart veränderte Arbeitsbedingungen beeinflussen die Erwartungen an einen Erfolg des Ehrenamts als Ersatz der Zeit und Zuwendung der zunehmend anderweitig eingebundenen Fachkräfte. Denn sowohl die Leitungsebene (vgl. S. 84) als auch die Ehrenamtlichen (vgl. S. 116) gehen davon aus, dass aufgrund der aktuellen und prognostizierten Versorgungssituation die Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche immer wichtiger werden.

Fundierte Hinweise darauf, dass die Annahmen der Diskutierenden zutreffen, und dass die erforderliche alltagsnahe Unterstützung für Erkrankte offenbar nicht mehr ausschließlich durch Hauptberufliche gedeckt werden kann, finden sich in diversen Studien zu Rationierungen in der pflegerischen Versorgung (Bräutigam et al., 2014, S. 54; Isfort, 2013, S. 74; Reifferscheid et al., 2016; Zander et al., 2014, S. 731). Zander et al. (2013, S. 226) zufolge hat die nicht adäquate psychosoziale Versorgung und Kommunikation mit Erkrankten seit der verpflichtenden Einführung der Vergütung nach dem DRG-System im Jahr 2004 zugenommen.

Den zunehmenden Bedarf des Ehrenamts aber ausschließlich auf eher negativ konnotierte Entwicklungen im Versorgungssystem und damit einhergehende nachteilige Veränderungen des professionellen Aufgabenspektrums zurückzuführen, greift jedoch zu kurz. Denn nahezu parallel zur Einführung des DRG-Systems wurde der Prozess der Akademisierung und Professionalisierung von Pflege- und Gesundheitsberufen angestoßen. Durch diesen will man dem demografischen Wandel, neuen Qualitätsanforderungen sowie einer gestiegenen Komplexität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung gerecht werden (Kälble, 2013, S. 1127).

Im Zuge dieses Prozesses bedarf es jedoch gleichzeitig eines neuen Professionalitätsverständnisses der Hauptberuflichen. Sie müssen andere Aufgabenverteilungen akzeptieren, denn stärker als je zuvor findet Versorgung in Kooperation mit weiteren Involvierten in einem Qualifikations- und Versorgungsmix statt (Görres et al., 2016, S. 6; Kälble, 2013, S. 1127). Diese Ansicht vertritt ein Vertreter des Personals, wenn er über die Akzeptanz des Ehrenamts im Krankenhaus durch Hauptberufliche spricht, zu der die Akzeptanz einer stärkeren „*Ausdifferenzierung*“ (KH 3, P) der Zuständigkeitsbereiche durch die Fachkräfte gehört (vgl. S. 98).

Wollen Krankenhausleitungen künftig Ehrenamtliche in ihre Versorgungsprozesse integrieren, sollte unter dem Personal bereits beginnend in der Ausbildung und weitergehend, etwa über entsprechende Schulungsmaßnahmen, ein verändertes Professionsverständnis aufgebaut werden.

Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts

In enger Verbindung mit einer Anpassung der Versorgung an veränderte Bedingungen im Krankenhaus und der Herausbildung eines neuen Professionsverständnisses steht neben der oben dargestellten Akzeptanz neuer Aufgabenverteilungen die grundsätzliche Akzeptanz des Ehrenamts durch die Hauptberuflichen.

Das Personal schildert, dass unter Kolleginnen und Kollegen mitunter Konkurrenzgefühle und Neid gegenüber Ehrenamtlichen aufkommen. Denn unter den aktuellen Bedingungen der Krankenhausversorgung bleibt oft exklusiv den Ehrenamtlichen die Zeit für den vermeintlich „angenehmen“ Kontakt mit Erkrankten, etwa in längeren, persönlichen Gesprächen oder bei Spielen (vgl. S. 97). Ähnliches wird in anderen Studien berichtet (BMFSFJ, 2015b, S. 201; Naylor et al., 2013, S. 19). Jedoch ist eine Integration Ehrenamtlicher aus Sicht des Personals und der Ehrenamtlichen dieser Studie nur dann realisierbar, wenn Hauptberufliche das Ehrenamt respektieren und Ehrenamtliche sowie deren Unterstützung wertschätzen, statt sie zu belächeln oder als Konkurrenz einzustufen (vgl. S. 97, S. 109).

Damit das Ehrenamt von Hauptberuflichen als Komplement zur medizinisch-pflegerischen Versorgung akzeptiert wird, bedarf es Roß und Tries (2010b, S. 56) zufolge einer Abkehr von der tradierten Meinung, dass insbesondere Pflegekräfte alles selbst verrichten müssen (Roß & Tries, 2010b, S. 56). Vielmehr müsse Personal dazu befähigt werden, Dritte, beispielsweise Angehörige oder eben auch Ehrenamtliche, anzuleiten, damit diese den Versorgungsprozess aktiv unterstützen können.

Hauptberufliche sehen den wertschätzenden Umgang mit Ehrenamtlichen darüber hinaus als wichtigen Einflussfaktor für das Erreichen der angestrebten Ziele (vgl. S. 92). Allgemein scheint die ideelle Wertschätzung von Ehrenamtlichen sehr bedeutsam zu sein. Dies erklärt sich aus der Tatsache, dass Ehrenamtliche im Gegensatz zu Hauptberuflichen nicht finanziell entlohnt werden. Für sie zählen daher umso stärker die angemessene Würdigung und Wertschätzung ihrer Arbeit in Form nicht-monetärer „Währung“ (Roß & Tries, 2010b, S. 45) – ein wichtiges Motiv für das Ehrenamt (BMFSFJ, 2015b, S. 156; Naumann & Schacher, 2013, S. 46). Wie in den Diskussionsrunden mit Ehrenamtlichen zum Tragen kommt, wird diese Würdigung und Wertschätzung für sie z. B. sichtbar durch Einladungen zu offiziellen Veranstaltungen, durch Unterstützungs- und Fortbildungsangebote sowie im wertschätzenden Umgang im Rahmen der täglichen Zusammenarbeit, z. B. indem sie den Führungskräften persönlich vorgestellt werden, wie es auch bei Hauptberuflichen üblich sein sollte (vgl. S. 109f.).

Krankenhausleitungen und Mitarbeitende, die den Ehrenamtlichen diese erwünschte Wertschätzung entgegenbringen, können auf eine höhere Motivation ihrer Ehrenamtlichen bauen. Jedoch sollten sie darauf achten, dass sich die Kultur der Anerkennung und Wertschätzung nicht nur einseitig auf Ehrenamtliche bezieht, sondern Hauptberufliche einschließt.

Denn entsteht bei dem Personal das Gefühl, dass lediglich Ehrenamtliche eine qualitative, nicht-monetäre Anerkennung ihrer Tätigkeit erfahren, heizt dies die oben beschriebenen Neidgefühle weiter an (BMFSFJ, 2015b, S. 65; Roß & Tries, 2010b, 45;60). Rogers et al. (2016, S. 417) empfehlen daher parallel zu Maßnahmen der Wertschätzung für Ehrenamtliche auch institutionalisierte Konzepte der Anerkennung und Belohnung für jene Hauptberuflichen einzuführen, die mit ihrer Arbeitsleistung maßgeblich zur Integration Ehrenamtlicher in die Versorgung beitragen. Beispielhaft könnten dies z. B. besondere Veranstaltungen außerhalb des regulären Versorgungsbetriebs oder spezifische Weiterbildungen sein.

Die Schaffung von Strukturen zur Anerkennung, Wertschätzung und Unterstützung der Ehrenamtlichen wird jedoch als schwierig erlebt. Hier liegt ein Grund dafür, dass die in dieser Studie teilnehmenden Leitungspersonen und Hauptberuflichen das Ehrenamt mit einem hohen Aufwand verbinden, wie im Folgenden näher erläutert wird.

Aufwand durch Ehrenamt

Analog zu anderen Studien (BMFSFJ, 2015b, S. 204; Roß & Tries, 2010b, S. 41) steht für das Personal der zeitliche und organisatorische Aufwand in der täglichen Zusammenarbeit im Vordergrund: Zur ohnehin schon hohen Arbeitsbelastung kommen beispielsweise die Fragen und Unterstützungswünsche der Ehrenamtlichen (vgl. S. 97). Die Leitungsebene erwartet währenddessen einen nicht unerheblichen finanziellen und personellen Ressourcenaufwand, denn die Integration des Ehrenamts in die komplexen Abläufe der Krankenhausversorgung bedarf einer guten Koordination, Organisation sowie der Anleitung und Schulung der Ehrenamtlichen (vgl. S. 81).

Dass ehrenamtliche Leistungen – obwohl die Ehrenamtlichen selbst keine direkte Bezahlung erhalten – für Einrichtungen nicht kostenfrei sind, ist inzwischen allgemein bekannt (z. B. Klie, 2013, S. 99f.). Handy und Srinivasan (2004, S. 41) gehen davon aus, dass für die Anwerbung, Schulung, Steuerung und Betreuung der Ehrenamtlichen ähnlich hohe Kosten anfallen, wie für die Rekrutierung und das Personalmanagement von regulär bezahlten Hauptberuflichen. Die Investitionen für Ehrenamtliche sind sogar eher höher anzusetzen, denn viele Ehrenamtliche engagieren sich im Vergleich zu hauptberuflich Beschäftigten häufig nur über kürzere Zeiträume, was bedeutet, dass die fortlaufende Gewinnung, Schulung und nachhaltige Motivation zum Teil sehr aufwändig sind (Handy & Srinivasan, 2004, S. 41).

Doch die mit Ressourcenaufwand verbundenen Aspekte werten Leitungspersonen und Ehrenamtliche als wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Durchführung des Ehrenamts im Krankenhaus (vgl. S. 81, S. 111). Andere Autorinnen und Autoren bekräftigen diese Erfordernisse (Fritz & Pietrzyk, 2011, S. 32; Naumann & Schacher, 2013, S. 46). Von der Existenz angemessener Strukturen verspricht man sich zugleich, das Ehrenamt effizienter und effektiver gestalten zu können (Rogers et al., 2013, S. 47).

Es scheint somit keine Alternative dazu zu geben, dass Krankenhäuser, die Ehrenamtliche erfolgreich integrieren möchten, trotz eines damit verbundenen Investitionsbedarfs, für entsprechende Rahmenbedingungen sorgen müssen: Es müssen z. B. Ansprechpersonen benannt werden, die Ehrenamtliche in ihrem Engagement und der Zusammenarbeit mit Hauptberuflichen unterstützen und angepasste Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen organisieren. Gerade bei letzteren sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese Schulungen und Fortbildungen sich in ihren Inhalten und ihrem Umfang von Veranstaltungen für Hauptberufliche unterscheiden. Hierdurch wird einer „*Semiprofessionalisierung*“ (Roß & Tries, 2010b, S. 65) des Ehrenamts vorgebeugt. Gleichzeitig wird die bereits thematisierte Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität gewährleistet und es wird Befürchtungen entgegengewirkt, dass unbezahlte Ehrenamtliche zukünftig an die Stelle von Fachkräften treten. Sind Inhalte und Anspruchsniveaus der Fortbildungen und Schulungen für Fachkräfte und Ehrenamtliche gleich, könnte der Eindruck entstehen, dass Ehrenamtliche und Fachkräfte im Grunde auf einem vergleichbaren Qualifikationsniveau agieren und somit austauschbar sind.

Nutzenbewertung durch Politik und Krankenkassen aus Sicht der Kliniken

Gemäß Personal und Leitungsebene bedeutet die Einbindung Ehrenamtlicher einerseits Aufwand. Andererseits lässt sich insbesondere nach Auffassung der Leitungskräfte der Nutzen durch das Ehrenamt weder qualitativ noch quantitativ klar einordnen (vgl. S. 83). Damit gehen sie auf eine häufig thematisierte Schwierigkeit ein. Denn bislang existieren kaum Untersuchungen, die in einer guten Studienqualität die Effekte des Ehrenamts *in* und *für* Gesundheits- und Sozialeinrichtungen analysiert haben, beispielsweise die Auswirkungen auf Erkrankte. Bestehende Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit ehrenamtlicher Unterstützung im Krankenhaus weisen fast routinemäßig darauf hin, dass eine Beurteilung der Evidenz von Befunden aufgrund einer mangelnden Qualität der ohnehin sehr geringen Zahl an Primärstudien nur äußerst eingeschränkt möglich ist (z. B. Baczyńska et al., 2016, S. 3105; Faulkner & Davies, 2005, S. 44; Hall et al., 2017, S. 14).

Will man den allgemeinen Nutzen des Ehrenamts für die Kliniken messen, tritt eine grundsätzliche Schwierigkeit bei der Frage auf, *wie* dieser bemessen werden kann (Galea et al., 2013, S. 1; Naylor et al., 2013, S. 34f.). Viele prognostizierte Resultate einer Einbindung Ehrenamtlicher zählen zu den „weichen“ Qualitätskriterien von Krankenhäusern, so beispielsweise eine möglicherweise höhere Patientenzufriedenheit, eine Steigerung der Krankenhausreputation oder eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit durch die Entlastungsfunktion des Ehrenamts. Diese Kriterien sind im Vergleich zu Finanzkennzahlen deutlich schwieriger zu messen. Dementsprechend werden sie seltener erhoben und haben als Steuerungsgrößen für das Krankenhausmanagement eine geringere Bedeutung – die prioritäre Betrachtung gilt direkten, monetären Ergebnissen (Pühlhofer & Stoll, 2004, S. 33; Zapp, Oswald & Karten, 2010, S. 61f.).

Betrachtet man die potenziellen Auswirkungen ehrenamtlicher Unterstützung im Krankenhaus, die überwiegend darin liegen, dass sich z. B. Erkrankte nachhaltig wohler fühlen, Ehrenamtliche persönlich von ihrer Tätigkeit profitieren oder Personal sich psychisch entlastet fühlt, weisen diese auf eine weitere Herausforderung im Bereich der ökonomischen Nutzenbewertung durch das Krankenhaus als Unternehmen hin: Der angenommene Nutzen, der durch den Einsatz Ehrenamtlicher entsteht, kommt in erster Linie den Erkrankten und dem Personal zugute, nicht jedoch der Klinik. Es ist somit von externen Effekten auszugehen, bei denen den entstandenen Kosten – hier dem Ressourcenaufwand für das Ehrenamt – dem handelnden Unternehmen kein direkter wirtschaftlicher Nutzen gegenübersteht. Der Nutzen wird also nicht unmittelbar im Krankenhaus als Wirtschaftsunternehmen sichtbar, sondern erst an einer anderen Stelle (Feess, 2018a), hier z. B. im gesellschaftlich-sozialen Bereich. Externe Effekte sind allerdings ein Risiko für Fehlallokationen (Feess, 2018b). Geschäftsführungen von Krankenhäusern, die – wie in den Diskussionsrunden der Leitungsebene angeklungen – lediglich einen hohen Ressourcenaufwand, aber keinen deutlichen (wirtschaftlichen) Nutzen für ihr Unternehmen sehen (vgl. S. 83), sind demnach in geringerem Maße oder gar nicht bereit, in Ehrenamt zu investieren. Ihre Investitionsbereitschaft wird sich erst dann verändern, wenn der interne Ertrag für das Unternehmen und die externen Erträge für die Gesellschaft mindestens als gleichwertig wahrgenommen werden (Feess, 2018b).

Zu einer solchen Internalisierung externer Effekte käme es beispielsweise, wenn – wie ein Vertreter der Leitungsebene anspricht (vgl. S. 83) – ein fundierter Nachweis vorliegen würde, dass ehrenamtliche Unterstützung zu einer rascheren Genesung beiträgt.

Dann könnten Patientinnen und Patienten früher entlassen und frei werdende Krankenhausbetten schneller neu belegt werden. Hierdurch hätte das Krankenhaus wirtschaftliche Vorteile.

Eine zurückhaltende Bereitschaft von Krankenhäusern, in Ehrenamt zu investieren, wenn hieraus keine sichtbaren wirtschaftlichen Erträge hervorgehen, wird möglicherweise dadurch forciert, dass in der Gesundheitspolitik der vergangenen 25 Jahre primär ökonomische Kriterien an Relevanz gewonnen haben (vgl. Gerlinger, 2014). Die Daten des Krankenhaus-Barometers 2018 zeigen jedoch, dass mehr als ein Drittel der deutschen Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation als unbefriedigend beschreiben (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2018, S. 9). Folglich ist davon auszugehen, dass diese Kliniken keine umfänglichen Ressourcen in Ehrenamt investieren, wenn sie von einem eher geringen (ökonomischen) Nutzen für ihr ohnehin schon wirtschaftlich angeschlagenes Unternehmen ausgehen.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten sind die Forderungen der Leitungsebene nach einer Gegenfinanzierung der Investitionen, die sie für das Ehrenamt vornehmen, durch Kostenträger wie Krankenkassen oder Staat somit nachvollziehbar (vgl. S. 83).

Auf mehr politische Steuerung zielen auch die Forderungen des Personals nach einer klaren Positionierung „pro Ehrenamt“ (vgl. S. 101). Z. B. könnten gesetzliche Rahmenbedingungen für eine finanzielle und strukturelle Förderung des Ehrenamts im Krankenhaus analog zur bereits existierenden Förderung in der Pflege (§ 45 c SGB XI, Abs. 3-4; § 82 b SGB XI) und der Hospizversorgung (§ 39 a SGB V, Abs. 2, Satz 3-5) geschaffen werden.

Die geäußerte Kritik an der politischen Förderung als Hemmnis für die Umsetzung von Ehrenamt im Krankenhaus stützt ein altbekanntes Argument von Sozialeinrichtungen, weshalb sie überhaupt nicht oder nicht umfänglich in Ehrenamt und die erforderlichen Strukturen zur Umsetzung investieren (Röbke, 2012, S. 29). Hier zeigt sich jedoch ein Dilemma: Krankenhäuser vermeiden Investitionen in das Ehrenamt, weil keine entsprechende Gegenfinanzierung möglich ist. Binden die Kliniken aber keine Ehrenamtlichen in die Versorgung ein, fehlen Politik und Krankenkassen im Gegenzug evidenzbasierte Argumente zur Wirksamkeit und somit fehlt auch ein Begründungsrahmen für eine finanzielle Förderung.

Es zeigen sich somit sowohl Bedarfe an Anschubfinanzierung für Kliniken, als auch die Notwendigkeit weiterer praxisnaher Forschung zu den gesundheitlichen Effekte ehrenamtlicher Unterstützung, möglichen Auswirkungen auf Versorgungsprozesse sowie der hieraus hervorgehenden ökonomischen Wirksamkeit. Befunde aus internationalen ökonomischen Evaluationen legen bereits nahe, dass Ehrenamt im Krankenhaus einen positiven wirtschaftlichen Nutzen mit sich bringt: In diversen Studien zeigte sich, dass die Rendite, die durch die Einbindung von Ehrenamtlichen erzielt wird, jeweils höher ist, als der hierfür erforderliche Kapitalaufwand (Galea et al., 2013, S. 9; Handy & Srinivasan, 2004, S. 51; Handy & Srinivasan, 2005, S. 501).

Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen

Ein weiterer Faktor, der die Wahrscheinlichkeitserwartung der Leitungsebene und der Hauptberuflichen hinsichtlich einer gelungene Integration des Ehrenamts in die Versorgung beeinflusst, ist die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen (vgl. S. 80, S. 95). Beide Gruppen sind der Meinung, dass die Interessen und Wünsche der Ehrenamtlichen an ihre zeitliche Flexibilität und die konkreten Inhalte ihrer Tätigkeit nicht immer zu den Bedarfen, organisatorischen Interessen und Prozessabläufen der Krankenhäuser passen. Dies erschwert die Planbarkeit und die Einbindung der Ehrenamtlichen in den Versorgungsalltag (vgl. S. 81, S. 96).

Personen, die sich ehrenamtlich engagieren, genießen jedoch andere Freiheiten als hauptberuflich Tätige und können weitestgehend selbstbestimmt agieren: Dadurch entziehen sie sich aus Sicht der Leitungsebene einer „Steuerung“ durch das Krankenhaus (vgl. S. 80). Doch obwohl die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen und somit deren Einbindung eine Herausforderung für Kliniken ist, ist sie gleichzeitig ein charakteristisches Merkmal ehrenamtlicher Tätigkeit, welches erhalten werden muss (vgl. S. 81).

Diese zwiespältige Einstellung der Diskutierenden zur Selbstbestimmung wird in der Literatur ähnlich diskutiert: Auf der einen Seite sind Freiheit und Selbstbestimmung zentrale Charakteristika des Ehrenamts. Erst durch sie wird die im Vergleich zu Hauptberuflichen größere Unabhängigkeit der Ehrenamtlichen möglich (Güntert, 2015, S. 35). In dieser Studie zeigt sich diese Unabhängigkeit z. B. im Hinblick auf die Rolle der Ehrenamtlichen als neutrale Gesprächspersonen in der Institution Krankenhaus (vgl. S. 75, S. 91, S. 104). Auf der anderen Seite kann die Freiheit und Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen dazu führen, dass diese sich weniger verbindlich an bestimmte Regeln der Organisation halten, z. B. an Qualitätsstandards oder geregelte Anwesenheitszeiten (Güntert, 2015, S. 35).

Dies führt dazu, dass Ehrenamt lediglich als unverbindlicher und als nicht fest einplanbarer „Zusatz“ im Versorgungsprozess wahrgenommen wird, was den Stellenwert reduziert (vgl. S. 81).

Eine wichtige Aufgabe der Krankenhäuser liegt deshalb darin, Ehrenamt so planbar und verlässlich zu organisieren, wie es die Abläufe der Einrichtungen erfordern und dabei gleichzeitig die Selbstbestimmung und den „*Eigensinn*“ (Güntert, 2015, S. 35) als ursprüngliche Merkmale zu erhalten (BMFSFJ, 2015b, S. 42f.; Rübke, 2012, S. 28). Ein erfolgversprechender Ansatz zur Überwindung der Konflikte zwischen Bedarfen der Krankenhausorganisation und Interessen der Ehrenamtlichen scheint es zu sein, mit Hilfe eines strukturierten Ehrenamt-Managements kontinuierlich darauf zu achten, dass die Interessen von Organisation und Ehrenamtlichen kompatibel sind (Rosenkranz & Wouters, 2011, S. 2f.), ohne bei Ehrenamtlichen das Gefühl entstehen zu lassen, bevormundet oder aus rein unternehmerischen Interessen heraus instrumentalisiert zu werden (Güntert, 2015, S. 36).

Den Ehrenamtlichen sollte im Zuge dessen vermittelt werden, dass verlässliche Absprachen mit den Einrichtungen dazu beitragen, dass sie ihre persönlichen Ziele, die sie mit dem Engagement verbinden, erreichen können (Güntert, 2015, S. 36). Zugleich sollte den Ehrenamtlichen deutlich gemacht werden, dass sie tatsächlich gebraucht werden oder konkreter: wann und wofür genau sie gebraucht werden (BMFSFJ, 2015a, S. 21). Der Wunsch der Krankenhäuser nach Verlässlichkeit könnte dabei schon in den ersten Gesprächen mit Personen, die Interesse an ehrenamtlichem Engagement haben, kommuniziert und in Schulungsmaßnahmen kontinuierlich verdeutlicht werden. Wesentlich erscheint hierbei auch die regelmäßige Wertschätzung der Ehrenamtlichen durch das Personal. Hauptberufliche sollten in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen regelmäßig deutlich machen, dass diese gebraucht werden und feste Bestandteile eines Teams sind.

Für den Fall, dass trotz getroffener Absprachen fest in die Versorgungsabläufe eingeplante Ehrenamtliche kurzfristig ausfallen, können Tandem- und Springerdienste Planungssicherheit für die Organisation bringen und damit die Verlässlichkeit auf das Ehrenamt erhöhen (BMFSFJ, 2015a, S. 21f.). Eine solche Regelung existiert in Krankenhaus 1. Die Ehrenamtlichen dieser Klinik sind jeweils in bestimmten Fachabteilungen tätig. Es ist klar geregelt, an welchen Tagen welche Personen vor Ort sind.

Für den Fall, dass diese Personen ausfallen, werden die betreffenden Stationen informiert und können bei besonderem Bedarf der Erkrankten nach ehrenamtlicher Unterstützung eine „Rufbereitschaft“ kontaktieren (nicht näher in den Ergebnissen dargestellt).

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Steigerung von Verbindlichkeit und Verlässlichkeit bei gleichzeitiger Wahrung der Selbstbestimmung könnte darin bestehen, in einem partizipativen Entscheidungsprozess, an dem sowohl Krankenhausleitung und Personal als auch Ehrenamtliche beteiligt sind, in gegenseitigem Einvernehmen Absprachen zur zeitlichen Anwesenheit und zur inhaltlichen Ausrichtung der Aufgaben der Ehrenamtlichen zu treffen. Zum einen ist davon auszugehen, dass durch diese Partizipation die gegenseitige Akzeptanz der Regelungen bei allen Akteuren gesteigert wird (Wright et al., 2013, S. 152). Zum anderen können im Rahmen dieser Absprachen, wie bereits geschildert (vgl. S. 142), verbindliche Grenzen zwischen den Zuständigkeiten von Ehrenamtlichen und professionell zu verrichtenden Tätigkeiten gezogen werden.

Bekanntheitsgrad des Ehrenamts

Im Bekanntheitsgrad und den Kenntnissen über die konkreten Tätigkeiten der Ehrenamtlichen sehen Personal und Ehrenamtliche ein wesentliches Kriterium zur erfolgreichen Verwirklichung des Ehrenamts im Krankenhaus (vgl. S. 95, S. 112). Neben dem teils unzureichenden Bekanntheitsgrad unter Hauptberuflichen fehle es auch bei Erkrankten und ihren Angehörigen an Informationen rund um das Ehrenamt im Krankenhaus (vgl. S. 112). Hierunter leidet erstens die Wertschätzung, die Ehrenamtlichen entgegengebracht wird: Denn ist den Hauptberuflichen und Erkrankten beispielsweise nicht klar, dass die Ehrenamtlichen unentgeltlich und freiwillig tätig sind, und halten sie diese stattdessen für hauptberufliches Personal oder Angehörige, werden sie ihnen nicht die erwünschte Anerkennung und Wertschätzung entgegenbringen.

Zweitens kann die ehrenamtliche Unterstützung womöglich nicht dort zum Einsatz kommen, wo sie benötigt wird. Denn eine mangelnde Bekanntheit führt dazu, dass Hauptberufliche – selbst, wenn sie bei Erkrankten einen entsprechenden Unterstützungsbedarf wahrnehmen – die Ehrenamtlichen nicht kontaktieren. Auch Erkrankte und Angehörige werden sich bei einem Bedürfnis nach alltagsnaher Unterstützung die ehrenamtliche Unterstützung nicht einfordern, wenn sie über diese Möglichkeit nicht Bescheid wissen.

Eine Ursache für mangelnde Kenntnisse zum Ehrenamt unter den Hauptberuflichen könnte eine unzureichende Kommunikation der Gruppen über- und miteinander sein. Beispielsweise kommen Roß und Tries (2010b, S. 45) zu dem Schluss, dass sich Hauptberufliche und Ehrenamtliche eher selten untereinander austauschen. In dieser Studie schildern die Hauptberuflichen, dass unter ihren Kolleginnen und Kollegen immer wieder darauf hingewiesen werden muss, dass die Ehrenamtlichen unentgeltlich tätig sind. Insbesondere in Krankenhaus 2 war unklar, wann Ehrenamtliche vor Ort sind und welche Aufgaben sie übernehmen (vgl. S. 95).

Empfehlenswert zur Förderung der Kommunikation der beiden Gruppen scheinen fest institutionalisierte Gelegenheiten zum Austausch (Roß & Tries, 2010b, S. 57f.) sowie deutlich mehr Informationen über das Ehrenamt und die engagierten Personen zu sein (Roß & Tries, 2010b, S. 54). Hauptberufliche, insbesondere neue Mitarbeitende, sollten für den Stellenwert des Ehrenamts sensibilisiert und für die Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen qualifiziert werden. Die unterschiedlichen Rollen und Aufgabengebiete von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen sollten klar kommuniziert werden (Rogers et al., 2016, S. 416; Roß & Tries, 2010b, S. 54).

Mehr Kenntnisse über das Ehrenamt unter dem Personal könnten einerseits über schriftliche Informationen erreicht werden, z. B. über Broschüren und Handbücher, in denen die Ehrenamtlichen, deren Anwesenheitszeiten und die zuvor gemeinsam festgelegten Aufgabengebiete vorgestellt werden. Anhand von Fallbeispielen könnten Unterstützungsbedarfe von Erkrankten beschrieben werden, bei denen eine ehrenamtliche Hilfe sinnvoll ist. Gelegenheiten für eine bessere mündliche Kommunikation bieten beispielsweise regelmäßige Treffen, wie etwa Stationsbesprechungen, zu denen in gewissen Abständen auch Ehrenamtliche eingeladen werden und über ihre Arbeit berichten.

Der Bekanntheitsgrad der ehrenamtlichen Dienste und ihrer Unterstützungsangebote steigt auch in der Öffentlichkeit, wenn hierzu entsprechende Informationen vorliegen (Rogers et al., 2016, S. 416) und leicht verfügbar sind. Beispielsweise könnte das Ehrenamt auf der Homepage der Krankenhäuser beschrieben werden. Über Flyer und mündliche Informationen, die Erkrankte sowie Angehörige bereits bei der Krankenhausaufnahme erhalten, könnten ehrenamtliche Unterstützungsangebote der Ehrenamtlichen näher vorgestellt werden. Diese Informationen könnten sich grundsätzlich an alle Erkrankten richten und für die besondere Zielgruppe „Alleinstehende“ und „Ältere“ intensiviert werden.

Veränderte Familienstrukturen

Aus Sicht aller diskutierenden Gruppen tragen veränderte familiäre Strukturen dazu bei, dass Ehrenamt in der akutstationären Versorgung eine hohe Bedeutung hat, die perspektivisch noch weiter zunehmen wird. Ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen sind deckungsgleich zu empirischen Daten: So berichten die Teilnehmenden, dass insbesondere ältere Menschen während des Krankenhausaufenthaltes häufiger als noch vor einigen Jahren selten oder nie besucht werden. Wichtige Ursachen hierfür sind aus Sicht der Teilnehmenden, dass entweder keine Angehörigen vorhanden sind oder diese weit entfernt wohnen (vgl. S. 115) – eine Einschätzung, die Daten des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) (2018) untermauern.

Einige Ehrenamtliche sind zudem der Auffassung, dass die seltener werdenden Krankenbesuche damit zusammenhängen, dass Frauen, die in einem traditionellen Rollenbild für Krankenbesuche zuständig waren, heute häufig berufstätig sind und daher weniger zeitliche Ressourcen als früher haben (vgl. S. 115). Diese Einschätzung lässt sich ebenfalls belegen: Laut Mikrozensus ist die Erwerbstätigenquote von Frauen zwischen 1997 und 2017 von 57,9 % auf 75,2 % deutlich gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2018b).

Die Positionen aller Akteure (vgl. S. 71, S. 89, S. 106) sind kongruent zu Aussagen anderer Publikationen (Naylor et al., 2013, S. 15; Philippi, Luderer & Altenhöner, 2015, S. 351): Danach trägt das Ehrenamt auch dazu bei, mangelnde soziale Unterstützung aufgrund fehlender Angehöriger zu kompensieren und das Einsamkeitsgefühl von Erkrankten während ihres Krankenhausaufenthalts zu reduzieren (Steunenberg et al., 2016, S. 462).

Attraktivität des Ehrenamts

In allen Gruppendiskussionen nahm die Diskussion über die Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus einen großen Raum ein. Nach Meinung der Diskutierenden ist man bereits heute in der Situation, dass zwar immer mehr Patientinnen und Patienten einen Bedarf an Zeit und Zuwendung durch Ehrenamtliche aufweisen, zur Abdeckung dieses Bedarfs jedoch nicht ausreichend Ehrenamtliche im Krankenhaus tätig sind. Ehrenamt im Allgemeinen und im Besonderen das Ehrenamt im Krankenhaus werden aus Sicht aller Teilnehmenden dieser Studie in der Bevölkerung zunehmend als unattraktiv wahrgenommen (vgl. S. 85, S. 98, S. 114).

Diese Einschätzungen stehen allerdings im Widerspruch zu den Befunden des Freiwilligensurveys 2014. Demzufolge nehmen sowohl die allgemeine als auch die spezifisch auf den Bereich Gesundheit und Pflege ausgerichtete Bereitschaft zum Engagement zu (Simonson, Ziegelmann, Vogel & Tesch-Römer, 2016, S. 15f.; Vogel et al., 2016, S. 144).

Offensichtlich fehlt es somit nicht an der allgemeinen Bereitschaft zum Ehrenamt, sondern vielmehr an Konzepten, wie speziell das Ehrenamt im Krankenhaus attraktiver gestaltet werden kann.

Ehrenamtliche sowie Personal begründen ihre Befürchtungen, dass künftig nicht genügend Ehrenamtliche für das Krankenhaus gewonnen werden können, auch damit, dass viele potenzielle Interessenten diese Tätigkeit als zu schwer empfinden (vgl. S. 114) oder Angst haben, sich mit Krankheiten anzustecken (vgl. S. 99). Dass diese Einschätzung vermutlich zutrifft, stützt eine durch das ZQP (2013) durchgeführte bevölkerungsbasierte Zufallsstichprobe zum Ehrenamt in der Pflege: Zwar befürworteten dort 71 % der Befragten eine Stärkung des Ehrenamts (Naumann & Schacher, 2013, S. 36). Der gleiche prozentuale Anteil wird aber durch die zwangsläufige Konfrontation mit Krankheit und Tod von einem Engagement in diesem Bereich abgeschreckt. Zudem fürchten sich mehr als die Hälfte vor psychischen Belastungen und Überforderung sowie einer zu starken Vereinnahmung durch diese Tätigkeit (Naumann & Schacher, 2013, S. 44).

Offenbar wiegen also die Ängste und Befürchtungen, die mit einem Ehrenamt in der Pflege und damit auch im Krankenhaus verbunden werden, stärker als die offensichtlich wachsende Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement. Eine Möglichkeit, diesen Vorbehalten entgegenzutreten und die Attraktivität des Ehrenamts zu steigern, könnten Informationsveranstaltungen der Kliniken sein, die gezielt auf diese Punkte eingehen. Es sollte dargestellt werden, wie Ehrenamtliche vor Erkrankungen, psychischen Belastungen sowie Überforderungen geschützt werden, wie sie in ihren psychischen Ressourcen im Umgang mit Krankheit und Tod gestärkt werden und wie sie von diesem Engagement persönlich profitieren.

Wie unter anderem bei Galea et al. (2013, S. 10) und Rogers et al. (2013, S. 44) ersichtlich, sind die in dieser Studie beschriebenen Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen für Kliniken weder auf die teilnehmenden Krankenhäuser, noch auf Deutschland beschränkt.

Für einige Diskutierende liegt im Zusammenhang mit der Anwerbung Ehrenamtlicher ein besonderes Problem darin, dass viele Interessenten in einem höheren Lebensalter sind, somit teilweise eigene gesundheitliche Probleme aufweisen und daher den komplexen Anforderungen eines Ehrenamts im Krankenhaus kaum noch gewachsen sind. Verstärkt wird diese Problematik dadurch, dass nur wenige Jüngere nachrücken (vgl. S. 85, S. 98).

Tatsächlich stellt man bei Betrachtung des Durchschnittsalters der Ehrenamtlichen in der vorliegenden Studie fest, dass diese etwa vier (Simonson, 2013, S. 25) bis acht Jahre (Steenenberg et al., 2016, S. 461) älter sind, als Ehrenamtliche in anderen Untersuchungen.

Damit neue, und auch jüngere Ehrenamtliche gewonnen werden können, schlagen alle Akteure dieser Studie vor, zeitgemäße Kanäle zur Ansprache potenzieller Ehrenamtlicher zu nutzen. Möglich wären z. B. Radiowerbung, Werbung über das Internet und über soziale Netzwerke. Explizit genannt werden die Ansprache von Jugendorganisationen (vgl. S. 85) sowie eine Abkehr von der bisher häufig üblichen Praxis, Ehrenamtliche für Krankenhäuser nahezu ausschließlich über kirchliche Organisationen zu rekrutieren (vgl. S. 114).

Rogers et al. (2016, S. 416) empfehlen zur Rekrutierung neuer Ehrenamtlicher ebenfalls, unterschiedliche Interessengruppen über zielgruppenspezifische Medien anzusprechen. Es sollten alle Möglichkeiten genutzt werden – angefangen bei Mundpropaganda über Gesundheitsmessen bis hin zu E-Mails und Internetauftritten.

In Verbindung mit der schwierigen Gewinnung neuer Ehrenamtlicher steht auch die Kritik des Personals, dass die Möglichkeiten zu einem Ehrenamt im Krankenhaus in der Öffentlichkeit häufig nicht bekannt sind (vgl. S. 100). Über diese Studie hinaus zeigt sich, dass fehlende Informationen und Beratungsangebote allgemein ein Hindernis im Zugang zu ehrenamtlichen Tätigkeiten sind (Simonson & Vogel, 2016, S. 532).

Neben einer optimaleren Information und Ansprache sollten aus Sicht der Teilnehmenden das Ehrenamt im Krankenhaus allgemein sowie die konkreten Aufgabenbereiche der Ehrenamtlichen und ihre zeitliche Eingebundenheit neu definiert (vgl. S. 85) und dadurch die Attraktivität des Ehrenamts gesteigert werden.

Finanzielle Anreize für Ehrenamtliche im Krankenhaus

Als einen zentralen Grund für die mangelnde Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus führen Hauptberufliche und Ehrenamtliche fehlende finanzielle Anreize an. Ihrer Ansicht nach bilde sich nach und nach ein „Zwei-Klassen-Ehrenamt“, bei dem das Krankenhaus das Nachsehen hat. Einige nennen beispielhaft, dass Ehrenamtliche, die sich in der ambulanten und stationären Pflege z. B. als Demenzbegleiterinnen und Demenzbegleiter engagieren, hierfür häufig finanziell entschädigt werden. Im Gegensatz dazu ist bei einem Ehrenamt im Krankenhaus ein solcher Anreizfaktor nicht gegeben (vgl. S. 99, S. 114).

Auch der Erhalt einer sogenannten „Ehrenamtskarte“, mit der Ehrenamtliche z. B. vergünstigten Eintritt zu Veranstaltungen, Museen oder Aktivitäten erhalten, scheidet aus, da ihr zeitliches Engagement im Krankenhaus meist knapp unter den erforderlichen Mindeststunden bleibt. So waren die Ehrenamtlichen dieser Studie im Durchschnitt einmal wöchentlich etwa vier Stunden ehrenamtlich aktiv (vgl. S. 67), die Mindeststundenzahl für den Erhalt einer Ehrenamtskarte in den betreffenden Bundesländern beträgt in der Regel aber mindestens fünf Stunden pro Woche (z. B. Staatskanzlei Rheinland-Pfalz, 2019).

Tatsächlich zeigt sich auch auf übergeordneter Ebene eine ungleiche Handhabung mit Aufwandsentschädigungen beziehungsweise finanziellen Anreizen: Laut Freiwilligensurvey 2014 erhalten nur etwa 16 % der Ehrenamtlichen im Gesundheitsbereich Geldleistungen. Weitere 13,4 % erhalten Sachzuwendungen (Romeu-Gordo & Vogel, 2016, S. 389), alle anderen erhalten keinerlei Entschädigungen.

Ob und in welchem Umfang diese Anreize und Vergütungen vorhanden sind, hängt nur in geringem Maße von den unterschiedlichen Aufgaben und Leistungen der Ehrenamtlichen ab oder von den Anforderungen, die an sie gestellt werden. Meist ist entscheidend, ob öffentliche oder private Förderprogramme beziehungsweise gesetzliche Regelungen zur Refinanzierung der Kosten für die Integration Ehrenamtlicher existieren (Jakob, 2013, S. 3; Klie, Stemmer & Wegner, 2009, S. 51ff.). Betrachtet man erneut die exemplarisch angeführten Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche in der Demenzarbeit, bestätigt sich dies: Denn während in der sozialen Pflegeversicherung entsprechende Fördergrundlagen für ehrenamtliche Dienste vorgesehen sind, gibt es im SGB V, welches die akutstationäre Versorgung regelt, keine vergleichbare Grundlage.

Diese Unterschiede im Umgang der Politik mit Ehrenamt im Gesundheitssystem kritisierten Hauptberufliche (vgl. S. 101) sowie Leitungspersonen (vgl. S. 83) gleichermaßen. Denn bestünde ein reales Ziel der Politik darin, das Ehrenamt auch im akutstationären Bereich zu erhalten oder sogar auszubauen, sollte sich dies in Form von Fördermöglichkeiten in den entsprechenden, für den Krankenhausbereich geltenden Gesetzen und Regelungen, z. B. im SGB V oder dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, widerspiegeln.

Zudem sollte überdacht werden, inwieweit politisch gestützte Anreizsysteme für ehrenamtliches Engagement, etwa die Ehrenamtskarte, sich insbesondere für Ehrenamtliche in sozialen Einrichtungen nicht nur nach der erbrachten Stundenzahl richten, sondern weitere qualitative Kriterien hinzugezogen werden, z. B. die Anforderungen, die an Ehrenamtliche gestellt werden. Denn diese erscheinen im Bereich von Gesundheit und Pflege höher als in

anderen Bereichen, wie weiter oben dargelegt. Zudem sollte die gesellschaftliche Relevanz des jeweiligen Ehrenamts ins Kalkül gezogen werden.

Ob für ehrenamtliche Tätigkeiten allerdings überhaupt Geldleistungen oder geldwerte Sachzuwendungen fließen sollten, wird nicht nur in den Gruppendiskussionen dieser Studie, sondern auch auf einer breiten sozialpolitischen Ebene sehr kontrovers diskutiert. Eine Kernfrage ist, inwieweit monetäre Anreize respektive Leistungen überhaupt mit der Definition von Ehrenamtlichkeit vereinbar sind. Eine andere Frage ist, wie sich monetäre Anreize auf generelle Faktoren ehrenamtlichen Engagements auswirken, etwa auf die Motivation der Engagierten (BMFSFJ, 2016b, S. 45; Klie et al., 2009, S. 9).

In einer, in einigen Veröffentlichungen als „*Monetarisierung*“ bezeichneten Entwicklung hin zu einem vergüteten Ehrenamt, wird die Gefahr gesehen, dass ehrenamtliche Tätigkeiten sich nach und nach zur gering entlohnten Erwerbsarbeit entwickeln (Beyer, 2015, S. 4; Jakob, 2013, S. 1). Finanzielle Entlohnungen könnten außerdem die notwendige Abgrenzung zur Professionalität erschweren und bergen zusätzliches Spannungspotenzial für die Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen (vgl. Klie et al., 2009). Womöglich schränkt sich durch eine, dann vorhandene, finanzielle Abhängigkeit die wahrgenommene Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen als wesentliches Charakteristikum von Ehrenamt ein (Klie et al., 2009, S. 62). Ebenso kann die in dieser Studie beschriebene neutrale Position der Ehrenamtlichen nicht mehr gewährleistet werden.

Finanzielle Leistungen widersprechen zudem der grundsätzlichen Definition von Ehrenamt. Denn ein wichtiges Merkmal ehrenamtlichen Engagements ist, dass es gerade nicht auf einen Gelderwerb ausgelegt ist (Stricker, 2011, S. 165).

Andererseits versetzen monetäre Leistungen oder Aufwandsentschädigungen Personen in wirtschaftlich prekären Lebenslagen erst in die Lage, ein Ehrenamt auszuüben (Beyer, 2015, S. 5f.; Klie et al., 2009, S. 27; Romeu-Gordo & Vogel, 2016, S. 373). Denn es muss berücksichtigt werden, dass nahezu die Hälfte aller im Freiwilligensurvey 2014 Befragten angibt, dass ihnen durch das Ehrenamt private Kosten entstehen. Doch weniger als jede fünfte Person bekommt diese rückerstattet (Romeu-Gordo & Vogel, 2016, S. 396f.). Die Ausübung eines Ehrenamts hängt somit von sozioökonomischen Merkmalen potenzieller Interessenten ab.

Auch die an dieser Studie teilnehmenden Hauptberuflichen sowie Ehrenamtliche sind der Auffassung, dass monetäre Anreize erstens das Ehrenamt im Krankenhaus insgesamt attraktiver machen könnten. Zweitens könnten sie es für finanziell schwächere Personen erst ermöglichen. Sie schildern, dass gerade die typische Zielgruppe für ein Ehrenamt im Krankenhaus – ältere Personen im Ruhestand und insbesondere Frauen – angesichts einer steigenden Altersarmut und Armutsgefährdung immer stärker auf einen Zuverdienst zur Rente angewiesen sind (vgl. S. 99, S. 114). Diese Einschätzungen werden durch Daten des Statistischen Bundesamtes bekräftigt, wonach immer mehr Personen in ihrem Ruhestand auf eine staatliche Grundsicherung angewiesen sind (Statistisches Bundesamt, 2019). Es ist folglich anzunehmen, dass diese Personen von einem Ehrenamt absehen, wenn hieraus zusätzliche finanzielle Belastungen hervorgehen, z. B. Kosten für Fahrten zum Krankenhaus.

Umgekehrt sollten aber gerade sozioökonomisch Schwächere auch politisch, etwa über besondere Fördermaßnahmen, stärker als Zielgruppe für ehrenamtliche Tätigkeiten in den Blick genommen werden. Denn Morrow-Howell, Hong und Tang (2009, S. 99) zufolge profitieren diese Personen in besonderem Maße von einem organisierten Ehrenamt, etwa in ihrer sozialen Teilhabe und ihrer subjektiven Lebensqualität. Entsprechende Maßnahmen könnten somit sowohl zu einer Attraktivitätssteigerung des Ehrenamts im Krankenhaus als auch zur Reduktion sozialer Ungleichheiten beitragen.

Über den wirtschaftlichen Nutzen hinaus werten Ehrenamtliche finanzielle Aufwandsentschädigungen als Zeichen der Anerkennung ihrer freiwillig erbrachten Tätigkeit (Fringer et al., 2010, S. 179; Klie et al., 2009, S. 34ff.). Die Bedeutung dieser materiellen Anerkennung scheint mit der Dauer einer ehrenamtlichen Tätigkeit anzusteigen (Fringer et al., 2010, S. 177) und somit wichtig für einen längerfristigen Verbleib im Ehrenamt zu sein.

Fasst man die kontrovers geführte Debatte um finanzielle Anreize für das Ehrenamt zusammen, kann davon ausgegangen werden, dass die Standpunkte einiger Diskutierenden zutreffen, dass monetäre Entschädigungen dazu beitragen könnten, die Attraktivität zur Aufnahme und zum längeren Beibehalten eines Ehrenamts im Krankenhaus zu steigern. Die Kliniken sollten allerdings darauf achten, dass finanzielle Anreize keine Ähnlichkeit zu den Vergütungen einer Erwerbsarbeit aufweisen, sondern tatsächlich nur Entschädigungen für tatsächlich entstandene Aufwände sind oder einer geringfügigen finanziellen Anerkennung entsprechen (Klie et al., 2009, S. 65).

Um Krankenhäuser zur Zahlung finanzieller Anreize zu motivieren, bedarf es offensichtlich aber politisch initiiertes und gesetzlich verankerter Fördergrundlagen.

Mit der Einführung finanzieller Anreize muss darauf geachtet werden, dass die nicht-monetären Formen der Anerkennung und Wertschätzung sowie die strukturelle Förderung des Ehrenamts nicht vernachlässigt werden (Jakob, 2013, S. 9; Klie et al., 2009, S. 39). Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass finanzielle Aspekte keine zentralen Motive für die Aufnahme eines ehrenamtlichen Engagements sind (Müller et al., 2016, S. 419), sondern hierbei die Bedeutung ideeller Faktoren überwiegt, wie es in den dargestellten Zielen der Ehrenamtlichen dieser Studie offensichtlich wird (vgl. S. 106).

8.4 Stärken und Limitationen der Studie

Die Ziele, antizipierten Folgen und Erwartungen von Leitungspersonen, hauptberuflichem Personal und Ehrenamtlichen an das Ehrenamt im Krankenhaus sind ebenso wie das gesamte Themenfeld „Ehrenamt im Krankenhaus“ insbesondere im deutschen Gesundheitssystem kaum systematisch beforscht. Für die vorliegende Studie wurde daher eine induktive, qualitative Methodik gewählt, wie sie für wenig erforschte Fragestellungen angemessen ist (Flick et al., 2009a, S. 25). Aus dieser Herangehensweise ergeben sich Stärken, aber auch verschiedene Limitationen für die Interpretation der Ergebnisse. Diese werden im Folgenden näher betrachtet.

Stärken der Studie

Ein wichtiges Ziel der Gruppendiskussion als gewählte Erhebungsform bestand darin, in getrennt voneinander stattfindenden, homogen besetzten Diskussionsrunden eine selbstläufige und natürliche Diskussion anzuregen (Lamnek & Krell, 2016, S. 405f.). Diese erwünschte Form des Gesprächs mit einem kritischen Austausch über teils unterschiedliche Standpunkte trat in nahezu allen Gruppendiskussionen problemlos ein. Lediglich in einer Diskussionsrunde, in der – entgegen der von Lamnek und Krell (2016, S. 411) empfohlenen und deshalb in der Studie angestrebten Gruppengröße von fünf bis zwölf Teilnehmenden – nur drei Ehrenamtliche teilnahmen, verlief die Diskussion etwas schwerfällig.

In den Diskussionsprozess sollte die Moderatorin möglichst wenig eingreifen (Lamnek & Krell, 2016, S. 405f.), was in allen Gruppendiskussionen auch nur sehr selten notwendig war. Wenn dies erforderlich war, dann zumeist, um ein Abweichen vom Thema zu verhindern.

In den verschiedenen Krankenhäusern gab es in den jeweils gleichen Gruppen deutliche inhaltliche Meinungsübereinstimmungen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass es sich bei den vertretenen Positionen nicht um Einzelmeinungen handelt, sondern, wie in ermittelnden Gruppendiskussionen erwünscht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2012, S. 107), um kollektive Einstellungen zum Ehrenamt im Krankenhaus.

Als eine deutliche Stärke der gewählten Erhebungsform stellte sich heraus, dass in der Diskussion mit anderen bei vielen Teilnehmenden erstmals eine intensive Reflexion über das Ehrenamt im Krankenhaus angeregt wurde. Lamnek und Krell (2016, S. 394) sehen in dieser Chance zur Reflexion durch die gedankliche Auseinandersetzung mit möglicherweise kontroversen Meinungen einen wesentlichen Vorteil von Gruppendiskussionen.

Für die Auswertung erwies sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als praktikable und dem Gegenstand sowie den Fragestellungen angemessene Methode. Die mehrstufige Überprüfung der Güte, wie sie Mayring (2015) empfiehlt, durch Prüfung der Intercoder-Übereinstimmung, der semantischen Gültigkeit und durch kommunikative Validierungen lässt auf eine gute Qualität der Ergebnisse der Inhaltsanalyse schließen:

So zeigte die Prüfung der Intercoder-Übereinstimmung und der semantischen Gültigkeit, nur geringfügige Differenzen in der Kodierung des Datenmaterials und der Bewertung des Kategoriensystems. Im Austausch konnte zu den unterschiedlichen Positionen jeweils ein Konsens gefunden werden und es erfolgten entsprechende Anpassungen.

An zwei Zeitpunkten des Forschungsprozesses fanden kommunikative Validierungen statt – unmittelbar nach Ende der Gruppendiskussionen und nach Abschluss der Auswertungen. Dieser Einbezug der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sollte sicherstellen, dass die Ergebnisinterpretation tatsächlich den Meinungen der Diskutierenden entspricht und nicht durch subjektive Wahrnehmungen der Forscherin verfälscht ist (Kuckartz, 2016, S. 218; Mayring, 2015, S. 127; Schiff et al., 2016, S. 21).

Aus den Reaktionen der Teilnehmenden auf die ad-hoc Zusammenfassung der Gruppendiskussion sowie auf die ausführliche, schriftlich vorgelegte Gesamtauswertung geht hervor, dass die aus dem Datenmaterial identifizierten Kategorien und Interpretationen in hohem Maße mit den Sichtweisen der Diskutierenden übereinstimmen. Einige Teilnehmende bestätigen durch eigene Ausführungen nochmals die Ergebnisinterpretation der Forscherin oder erweitern diese durch zwischenzeitliche Reflexionen zum Thema Ehrenamt im Krankenhaus.

Wie die kommunikative Validierung lässt auch der Vergleich mit bestehenden empirischen Studienergebnissen und theoretischen Konzepten und Modellen zur Handlungsmotivation auf eine hohe Validität der Studienergebnisse schließen (Mayring, 2015, S. 126f.). Die Resultate dieser Studie stimmen in wesentlichen Punkten mit Erkenntnissen aus anderen Untersuchungen überein. Da sich themenbezogene Veröffentlichungen aus Deutschland überwiegend auf Sozialunternehmen im Allgemeinen und seltener auf das spezifische Setting Krankenhaus beziehen, konnte zum Abgleich mit spezifischen Untersuchungen zum Ehrenamt im Krankenhaus größtenteils nur auf Studien aus den USA, Kanada und Großbritannien zurückgegriffen werden. In diesen Ländern liegt bereits eine erste, tragfähige Studienbasis zum Thema vor. Obwohl die jeweiligen Gesundheitssysteme sich von dem deutschen System unterscheiden, korrelieren die Erkenntnisse in hohem Maße mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung (vgl. z. B. Handy & Srinivasan, 2005; Naylor et al., 2013; Rogers et al., 2013).

Zusammengefasst ist somit von einer guten Qualität der Gruppendiskussionen und der Inhaltsanalyse sowie einer hohen internen und externen Validität der Ergebnisse auszugehen.

Schwächen und Limitationen der Studie

Allerdings ergeben sich insbesondere durch die Zusammensetzung der Untersuchungspopulation einige Schwächen, die die Aussagekraft der Studie einschränken.

So nahmen von fünf, zunächst als „key informants“ ausgewählten Krankenhäusern lediglich vier teil. Zwar weisen diese Kliniken eine hohe Heterogenität im Hinblick auf Merkmale wie Klinikgröße, Anzahl und Art der Koordination der Ehrenamtlichen auf. Jedoch haben drei der Kliniken einen konfessionellen Träger. Keine Klinik ist in einer nicht-konfessionellen freigemeinnützigen oder einer privaten Trägerschaft. Künftige Studien, die Ehrenamt im Krankenhaus untersuchen, sollten daher auf eine breitere Streuung der Trägerschaften achten.

Dies erscheint auch vor dem Hintergrund der Frage sinnvoll, inwieweit konfessionelle Häuser aufgrund ihres besonderen Wertekodex eine andere Haltung zum Ehrenamt einnehmen und daher womöglich stärker in dieses investieren als andere Kliniken (Handy & Srinivasan, 2005, S. 498; Deutsches Krankenhausinstitut e.V. & Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, 2014, S. 136).

Die zur Teilnahme in Frage kommenden Krankenhäuser wurden in einem bewussten Auswahlprozess selektiert, die Größe der Untersuchungspopulation somit vorab festgelegt (Creswell & Plano Clark, 2011, S. 173f.; Payne & Payne, 2004, S. 78).

Innerhalb und zwischen den Gruppen zeigen sich große Übereinstimmungen in den Zielen und Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus. Nach Gruppendiskussionen in drei der teilnehmenden Kliniken kamen in der vierten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse hinzu. Deshalb kann von einer ersten theoretischen Sättigung ausgegangen werden. Dennoch sollten zukünftige Untersuchungen eine größere Anzahl an Krankenhäusern einbeziehen, um eventuell weitere Gruppenmeinungen zu identifizieren und die Ergebnisse tiefergehend zu verifizieren und generalisieren zu können. Auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse aus dieser Studie sollten entsprechende Folgestudien in einem Mixed-Methods-Design umgesetzt werden, in dem qualitative und quantitative Methoden kombiniert eingesetzt werden (vgl. Creswell & Plano Clark, 2011, S. 8).

Eine weitere Limitation, die sich aus der Auswahl der Untersuchungspopulation ergibt, ist, dass ausschließlich Krankenhäuser als „key informants“ ausgewählt wurden, die bereits Ehrenamtliche in ihre Versorgung einbeziehen. Es ist somit von einer Selektion solcher Kliniken auszugehen, bei denen bereits eine gewisse Handlungsmotivation vorliegt, in das Ehrenamt zu investieren. Damit bleibt unklar, welche Ziele und Erwartungen die Kliniken haben, die keine Ehrenamtlichen einsetzen. Aus einer Erfassung von deren Meinungen könnten weitere Faktoren identifiziert werden, die eine Einbindung Ehrenamtlicher hemmen. Hierauf aufbauend könnten spezifische Fördermaßnahmen für das Ehrenamt entwickelt werden.

Bei den teilnehmenden Ehrenamtlichen ist eine ähnliche Selektion besonders motivierter Personen anzunehmen. Denn die Ehrenamtlichen haben sich ganz bewusst für ein Engagement im Krankenhaus entschieden und können es bei sinkender Motivation jederzeit folgenlos beenden. Verstärkt wird dieser Selektionsbias womöglich dadurch, dass sich auch für die Teilnahme an den Diskussionsrunden wahrscheinlich genau jene Personen bereit erklärt haben, die von ihrem Ehrenamt besonders überzeugt sind.

In Folge dessen kann vermutet werden, dass in den Diskussionen mit Ehrenamtlichen kritische Stimmen weitestgehend fehlen. Dementsprechend kann nicht geklärt werden, weshalb – wie von allen Gruppen angenommen – viele Bürgerinnen und Bürger ein ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus ablehnen oder schnell beenden.

Damit treffsichere Maßnahmen entwickelt werden können, die die Attraktivität von Ehrenamt im Krankenhaus in der Bevölkerung steigern, erscheint es somit sinnvoll, auch unter denjenigen, die sich bewusst gegen ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus entscheiden, zu untersuchen, welche konkreten Vorbehalte bestehen. Parallel sollte erhoben werden, unter welchen Bedingungen ein solches Ehrenamt für sie vorstellbar wäre.

9. Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse dieser Studie lassen, wie die Erkenntnisse aus vorhergehenden Untersuchungen und Veröffentlichungen (vgl. z. B. Naylor et al., 2013; Roß & Tries, 2010b), darauf schließen, dass das Ehrenamt als wertvolle Ergänzung professioneller Versorgungsleistungen bewertet werden kann. Ehrenamtliche nehmen in einigen Aspekten - z. B. als Schnittstelle und Bindeglieder zwischen Erkrankten, Öffentlichkeit und Krankenhaus oder als neutrale, von der Institution Krankenhaus unabhängige Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner - eine eigene Rolle in der Krankenhausversorgung ein, die auch bei entsprechend vorhandenen personellen und finanziellen Kapazitäten nicht durch regulär entlohnte, beruflich Tätige ersetzt werden kann.

Die von Leitungsebene, Personal und Ehrenamtlichen geäußerten Ziele und erhofften Resultate des Ehrenamts im Krankenhaus lassen analog zu Befunden aus anderen Studien (vgl. z. B. Baczynska et al., 2016; Galea et al., 2013; Steunenberget al., 2016) darauf schließen, dass sich durch eine Integration Ehrenamtlicher in klinische Versorgungsprozesse positive Effekte auf mehreren Ebenen ergeben: Die Qualität der Patientenversorgung wird verbessert, das Personal wird entlastet, das Krankenhaus profitiert aus unternehmerischer Sicht, etwa in seiner Reputation, und die Ehrenamtlichen ziehen Vorteile aus ihrem Engagement.

Einige Faktoren und Bedingungen innerhalb der Kliniken, in der Bevölkerung und der Politik sowie Merkmale, die das Ehrenamt selbst betreffen, wirken sich offensichtlich jedoch hemmend auf die Motivation von Krankenhausleitungen und Hauptberuflichen aus, das Ehrenamt in ihren Kliniken umzusetzen. Innerhalb der Kliniken ist anzunehmen, dass derzeit häufig nicht das volle Nutzenpotenzial von Ehrenamt im Krankenhaus ausgeschöpft wird, beispielsweise weil unter Hauptberuflichen und Erkrankten schlicht die Kenntnisse fehlen, dass Ehrenamtliche im Verlauf des Krankenhausaufenthalts Unterstützung bieten und wie genau diese Unterstützung erfolgen kann. Mit Blick auf die Ehrenamtlichen tragen ungünstige Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern, etwa mangelnde Anerkennung und Wertschätzung ihres Engagements durch Hauptberufliche sowie Führungskräfte, offenbar dazu bei, dass das Ehrenamt frühzeitig beendet wird. In der Bevölkerung wird ehrenamtliches Engagement in diesem Bereich offenbar als unattraktiv wahrgenommen, weil Ängste vor ansteckenden Erkrankungen oder psychisch belastenden Situationen bestehen. Dementsprechend lassen sich Ehrenamtliche oft nur schwer für diesen spezifischen Bereich gewinnen.

Weiterhin fehlen z. B. regulatorische Grundlagen zur Gegenfinanzierung von Investitionen, die in das Ehrenamt fließen. Aus organisatorischer Sicht erschwert die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen ein verbindliches Einplanen in die Patientenversorgung der Krankenhäuser.

Auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse werden daher im Folgenden konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. Es werden Möglichkeiten aufgeführt, die dazu beitragen können, dass Ehrenamt im Krankenhaus künftig optimaler genutzt wird und gleichzeitig die Interessen von Krankenhausleitungen, Krankenhauspersonal und Ehrenamtlichen berücksichtigt werden. Diese Empfehlungen richten sich erstens an Krankenhäuser, die Konzepte zur Integration Ehrenamtlicher in ihren Einrichtungen umsetzen möchten. Zweitens werden politische Akteure angesprochen, die das Ehrenamt im akutstationären Bereich fördern möchten, damit sich, wie empfohlen, ehrenamtliche Dienste als Säule im Gesundheitsversorgungsmix (BMFSFJ, 2016a, S. 155) etablieren können. Drittens werden Empfehlungen für eine weitergehende Erforschung der Effekte von Ehrenamt im Gesundheitswesen allgemein und im Besonderen in Bezug auf Auswirkungen ehrenamtlicher Unterstützung im Krankenhaus gegeben. Mit Hilfe ergänzender Forschungsbefunde könnte eine fundierte Wissensgrundlage geschaffen werden.

Jedoch sind mögliche Maßnahmen in den Krankenhäusern, der Politik und der Forschung nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und entfalten ihre volle Wirkung erst, wenn sie weitestgehend parallel und in Kooperation vollzogen werden.

9.1 Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser

Empfehlungen für Krankenhausleitungen und -angestellte, die Ehrenamtliche optimaler in die Versorgung integrieren möchten, ergeben sich in drei konkreten Handlungsfeldern:

(1) In der strategischen Ausrichtung auf das Ehrenamt, (2) in den organisatorischen Rahmenbedingungen für das Ehrenamt sowie (3) im Bereich der Information und Kommunikation über das Ehrenamt.

Strategische Ausrichtung auf das Ehrenamt

Ziele sind, wie unter anderem in Kapitel 3.1 erörtert, eine wichtige Grundlage von Motivation und steuern die Handlungen und Anstrengungen auf ein konkretes Ergebnis hin (vgl. z. B. Locke & Latham, 2002).

Kliniken, die eine Einbindung Ehrenamtlicher anstreben, kann daher empfohlen werden, dies als konkretes Ziel in ihre strategische Ausrichtung aufzunehmen. Die Relevanz von Ehrenamt sollte auf übergeordneter Unternehmensebene – beispielsweise im Leitbild und der Unternehmensphilosophie – verankert sein (z. B. Handy & Srinivasan, 2005, S. 498). Das Ehrenamt und die Integration Ehrenamtlicher in die Versorgung sollten regelmäßiger Tagesordnungspunkt auf der Agenda von Besprechungen der Leitungsebene sein.

Zugleich muss den hauptberuflich Mitarbeitenden *aller* Ebenen das Ehrenamt als relevantes Unternehmensziel verdeutlicht werden. Hierzu sollte die Förderung des Ehrenamts – beispielsweise die Anleitung der Ehrenamtlichen durch hauptberufliches Personal – als explizite Aufgabe in den Stellenbeschreibungen der Hauptberuflichen aufgeführt sein. Neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann die Bedeutung, die das Ehrenamt genießt, bereits in Vorstellungsgesprächen durch die Führungsebene und in der Einarbeitungsphase durch hauptberufliche Kolleginnen und Kollegen vermittelt werden (z. B. Rogers et al., 2016, S. 416).

Verstehen Krankenhäuser die Umsetzung von Ehrenamt als strategisches Ziel, impliziert dies, dass Teilziele formuliert, auf deren Erreichung hingearbeitet wird und dass regelmäßig geprüft wird, inwieweit die angestrebten Ziele erreicht werden oder inwieweit Anpassungen erforderlich sind. Beispielsweise könnte in einer, die Integration von Ehrenamtlichen begleitenden Evaluation untersucht werden, auf welche konkreten Aspekte der Versorgung sich diese Einbindung Ehrenamtlicher auswirkt. Hierdurch könnte parallel der bislang schwache Forschungsstand zum Ehrenamt im Krankenhaus erweitert werden (vgl. „Handlungsempfehlungen für die Forschung“).

Bekannt sich das Krankenhaus auch in der Öffentlichkeit klar zum Ehrenamt als strategisches Ziel und wichtiges Element seiner Unternehmensphilosophie und kommuniziert es transparent in die Bevölkerung, wie sich dies im Versorgungsalltag widerspiegelt und zu somit einer besseren Versorgung führt, trägt dies vermutlich zu einem besseren Image und einer Reputationssteigerung der Klinik bei.

Organisatorische Rahmenbedingungen für das Ehrenamt

Damit die Ziele, die mit einer strategischen Ausrichtung auf das Ehrenamt verbunden sind, erreicht werden können, bedarf es der Planung, wie genau die Einbindung der Ehrenamtlichen erfolgen soll.

Dies wiederum macht Strukturen und Rahmenbedingungen notwendig, die ermöglichen, dass sich Ehrenamtliche überhaupt in das Krankenhaus und seine komplexen Prozesse eingliedern lassen. Eine Voraussetzung hierfür scheint ein fest an das Krankenhaus gekoppeltes und von Hauptberuflichen gesteuertes Management des Ehrenamts zu sein (z. B. Roß & Tries, 2010b, S. 63). Zu diesem Zweck sollten Kliniken Personal bereitstellen, das auf Grundlage seiner Stellenbeschreibung Verantwortung für das Ehrenamt im Krankenhaus übernimmt, es koordiniert und optimal in die Versorgungsabläufe integriert.

Zentrale Aufgaben in der Koordination ehrenamtlicher Dienste sind folgende Punkte:

- In einem gemeinsamen Abstimmungsprozess zwischen Führungsebene, Hauptberuflichen aller Disziplinen (ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst, soziale Dienste, therapeutische Berufe) sowie Ehrenamtlichen sollte identifiziert und kontinuierlich überprüft werden, in welchen Abteilungen und bei welchen konkreten Tätigkeiten Ehrenamtliche sinnvoll zum Einsatz kommen können.

Vergleichbar der Vorgehensweise eines Qualitätszirkels (z. B. Bahrs, Jung, Nave & Schmidt, 2005, S. 38) sollten hierbei die Erfahrungen aller drei Gruppen einfließen. Es ist darauf zu achten, dass sich die Tätigkeiten von Ehrenamtlichen deutlich von den Stellenbeschreibungen der Hauptberuflichen abgrenzen und sich folglich nicht überschneiden. Beispielsweise sind längere Gespräche über die Alltagswelt der Erkrankten in das Tätigkeitsfeld von Ehrenamtlichen einzuordnen, Beratungsgespräche über krankheitsspezifische Themen sind hingegen Aufgabe der Fachkräfte.

Die getroffenen Absprachen sollten schriftlich festgehalten und kommuniziert werden. Aufgrund der Unterschiede zwischen verschiedenen Fachabteilungen könnte in den Kliniken jeweils ein übergeordneter Rahmen an Tätigkeitsfeldern von Ehrenamtlichen definiert werden, der dann – ausgerichtet an abteilungsbezogenen Besonderheiten – erweitert und ergänzt werden kann. Exemplarisch könnten Ehrenamtliche in Abteilungen, in denen viele kognitiv unbeeinträchtigte Erkrankte mit z. B. Knochenbrüchen versorgt werden, wie es in verschiedenen Studien beschrieben wird (vgl. z. B. Buys et al., 2013; Green et al., 2011), bei der Nahrungsaufnahme unterstützen, nicht jedoch in Abteilungen mit zahlreichen Patientinnen und Patienten mit Schluckstörungen, bei denen die Gefahr einer Aspiration besteht.

Wenn alle handelnden Akteure – Leitung, Personal und Ehrenamtliche – aktiv in diese Abstimmungen eingebunden werden, ist von einer höheren Akzeptanz der jeweils vereinbarten Zuständigkeiten und Aufgabenfelder auszugehen.

Zusätzlich sollte z. B. für neue Ehrenamtliche und hauptberufliches Personal die Möglichkeit bestehen, jederzeit auf die getroffenen Vereinbarungen zuzugreifen, beispielsweise durch Bereitstellung einer Art „Handbuch für das Ehrenamt“.

- Über verschiedene Informationskanäle sollten gezielt Personen unterschiedlichen Alters für das Ehrenamt im Krankenhaus angeworben werden. Bereits bei der Gewinnung der Ehrenamtlichen sollte darauf geachtet werden, dass deren Interessen und die Bedarfe der Krankenhäuser zueinander passen. Liegen bereits Zuständigkeits- und Tätigkeitsprofile für Ehrenamtliche vor, können hierauf basierend Ehrenamtliche für spezifische Aufgaben angesprochen werden. Gleiches gilt für bestimmte Einsatzzeiten, die die Klinik abdecken möchte. Somit könnten die Ehrenamtlichen je nach ihren zeitlichen und inhaltlichen Präferenzen wählen, inwieweit sie sich z. B. als Begleitpersonen von der Klinikaufnahme in die jeweiligen Fachabteilungen oder als neutrale Gesprächspartnerinnen und -partner auf onkologischen Stationen engagieren möchten.
- Verantwortliche des Krankenhauses sollten einschätzen, inwieweit sie davon ausgehen, dass die sozialen Kompetenzen der an einem Ehrenamt interessierten Personen – in dieser Studie wurde explizit eine hohe Fähigkeit zur Empathie genannt – für die entsprechende Tätigkeit ausreichen. Ähnlich wie im Personalmanagement für Hauptberufliche üblich, könnten bestimmte Kriterien definiert werden, anhand derer definiert wird, inwieweit eine Person für das jeweilige Ehrenamt geeignet ist oder womöglich in einem anderen Bereich eingesetzt wird. Eine Hilfestellung zur Beurteilung beziehungsweise Entwicklung der vorhandenen Kompetenzen könnten Hospitationen sein, in denen neue Ehrenamtliche zunächst gemeinsam mit bereits erfahren Ehrenamtlichen die Erkrankten unterstützen. Parallel kann eine abteilungsspezifische Anleitung erfolgen. Zeigen sich in dieser ersten Phase Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Kompetenzen der Ehrenamtlichen, könnten diese seitens der Koordinierungsstelle durch entsprechende Schulungsangebote aufgegriffen werden.
- Verantwortliche für das Ehrenamt sollten dafür Sorge tragen, dass die Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen als zentrales Charakteristikum respektiert wird. Dies bedeutet, darauf zu achten, dass das Ehrenamt nicht durch die Krankenhausleitung oder Hauptberufliche dazu vereinnahmt wird, z. B. einfache pflegerische Tätigkeiten zu verrichten, für die den Hauptberuflichen keine Zeit bleibt. Auch darf kein Druck auf Ehrenamtliche ausgeübt werden, Aufgaben zu übernehmen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen, etwa Gespräche mit anspruchsvollen Patientinnen und Patienten.

- Dennoch muss den Ehrenamtlichen vermittelt werden, dass grundlegende Absprachen, die zur guten Zusammenarbeit und zur Sicherstellung der Qualität eines Krankenhauses unerlässlich sind, eingehalten werden müssen, z. B. verlässliche Absprachen über die zeitliche Anwesenheit oder die zwingende Einhaltung von Hygieneregeln.
- Im Rahmen der Koordination des Ehrenamts sollten die Ehrenamtlichen bei Fragen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ihrem Engagement oder der Zusammenarbeit mit Hauptberuflichen unterstützt werden. Für die gute Vorbereitung und die fortlaufende Qualitätssicherung der ehrenamtlichen Unterstützung sollten Angebote für Schulungs- und Einarbeitungsmaßnahmen geschaffen werden, die sich an ihren jeweiligen Aufgabengebieten und Verantwortlichkeiten ausrichten. Diese sollten einen anderen Schwerpunkt aufweisen als Fortbildungsangebote für Hauptberufliche. So lässt sich verhindern, dass es zu einer schleichenden „Professionalisierung“ des Ehrenamts oder zu Kompetenzkonflikten mit Hauptberuflichen kommt.
- Eine weitere Aufgabe im Rahmen des Managements und der Koordination der Ehrenamtlichen ist die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen im Versorgungsalltag. Eine hohe Qualität der Kooperation scheint ein entscheidender Faktor für das Erreichen der erwünschten Ziele und positiven Folgen durch die Integration Ehrenamtlicher.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit bedarf es offenbar einer optimierten Kommunikation zwischen Klinik und Ehrenamtlichen, bestehend aus einem erweiterten Informationsangebot sowie einem guten und regelmäßigen Austausch untereinander. Wie konkret die Kommunikation verbessert werden kann, wird im dritten Handlungsfeld „Information und Kommunikation über das Ehrenamt“ (vgl. S. 171) detailliert beschrieben.

Überlegungen zu finanziellen Anreizen

Hinsichtlich der Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen für das Ehrenamt müssen zusätzlich zur strukturierten Steuerung der Integration Überlegungen zum Umgang mit finanziellen Anreizen erfolgen. Hierfür gilt es zunächst zu eruieren, in welchem Maße Aufwandsentschädigungen angemessen sind, um eventuelle private Kosten, die den Ehrenamtlichen durch ihr Engagement entstehen, etwa Fahrtkosten oder Parkgebühren, abzudecken. Im Idealfall finden diese Überlegungen im Austausch mit anderen Einrichtungen im regionalen Umfeld statt, die ähnliche Tätigkeitsprofile für Ehrenamtliche anbieten (Jakob, 2013, S. 10).

Dann könnten etwa einrichtungs- und sektorenübergreifende Regelungen zu finanziellen Aufwandsentschädigungen vereinbart werden. Konkurrenzsituationen zwischen den Einrichtungen, die Aufwandsentschädigungen zahlen und anderen, die dies nicht tun, könnten verhindert werden.

Finanzielle Anreize, die über den tatsächlichen Aufwand hinaus gehen, sollten mit ihren eventuellen Vor- und Nachteilen sehr genau abgewogen werden – auch um die Neutralität der Ehrenamtlichen gegenüber dem Krankenhaus zu bewahren.

Parallel sollten nicht-monetäre Formen der Anerkennung, des Respekts und der Wertschätzung von Ehrenamtlichen strukturell etabliert werden. Anerkennung und Wertschätzung zeigen sich in erster Linie in einer guten Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen, in der das hauptberufliche Personal die Ehrenamtlichen als Teil des Teams versteht und einen entsprechend wertschätzenden Umgang pflegt. Einladungen zu Teamveranstaltungen wie z. B. Betriebsfeiern oder Weihnachtsfeiern werden von Ehrenamtlichen als Zeichen der Wertschätzung wahrgenommen. Führungskräfte dienen in diesem Kontext als wichtige Vorbilder für das respektvolle Verhalten gegenüber Ehrenamtlichen. Diese Kultur der Anerkennung und Wertschätzung sollte nicht nur den Ehrenamtlichen, sondern in gleichem Maße den hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugutekommen, insbesondere denjenigen, die die Einbindung der Ehrenamtlichen unterstützen (Rogers et al., 2016, S. 417). Ansonsten kann bei Hauptberuflichen das Gefühl entstehen, dass Ehrenamtliche nicht nur durch ihre vertrauensvollen Gespräche mit Erkrankten die „schönere Arbeit“ verrichten, sondern hierfür zusätzlich eine höhere Wertschätzung genießen als sie selbst.

Information und Kommunikation über das Ehrenamt

Die Informationen, die über das Ehrenamt im Krankenhaus zur Verfügung stehen und die entsprechende Kommunikation scheinen wesentliche Faktoren für die gelungene Integration von Ehrenamtlichen in die Versorgung. Krankenhäuser sollten daher sowohl die Bedeutung des Ehrenamts an sich, als auch die konkrete Form der Einbindung Ehrenamtlicher transparent und für alle zugänglich kommunizieren – Sowohl für interessierte Personen, bereits aktive Ehrenamtliche als auch für Erkrankte, deren Angehörige und die Öffentlichkeit. Besonders wichtig scheinen Informationen für das hauptberufliche Personal und die Förderung der Kommunikation zwischen Personal und Ehrenamtlichen.

Zur Förderung von Kommunikation und Information können folgende Maßnahmen empfohlen werden:

- Krankenhausleitungen sollten die Relevanz, die sie dem Ehrenamt beimessen, intern unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie nach außen in die Öffentlichkeit klar kommunizieren. Sie sollten dabei darauf achten, den Nutzen spezifisch für die jeweilige Zielgruppe zu artikulieren, z. B. dass ein gut koordiniertes Ehrenamt einerseits zur Entlastung Hauptberuflicher führen kann und sich andererseits positiv auf das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten auswirkt.
- Hauptberufliche und Ehrenamtliche sollten mündlich und schriftlich darüber informiert werden, in welchen Bereichen und für welche konkreten Tätigkeiten Ehrenamtliche entlang der übergeordneten Klinikziele zum Einsatz kommen können. Eine Basis hierfür bieten, wie weiter oben dargelegt, gemeinsam vereinbarte Regelungen der jeweiligen Zuständigkeiten.
- Für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen sollten entsprechende Informationen über das Ehrenamt zur Verfügung stehen, beispielsweise in Form von Flyern, auf der Homepage der Klinik oder bei Präsentationsveranstaltungen wie dem „Tag der offenen Tür“ oder Patienteninformationsabenden. Diese Informationen sollten zum einen darüber aufklären, dass im jeweiligen Krankenhaus überhaupt auf die Unterstützung Ehrenamtlicher zurückgegriffen werden kann. Zum anderen sollte verdeutlicht werden, welche konkreten Tätigkeiten Ehrenamtliche verrichten.

Informationen über die grundsätzlichen Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements im Krankenhaus, den Zugang sowie dessen konkrete Ausgestaltung sollten stärker in die Bevölkerung und somit an potenzielle Interessenten getragen werden. Partner in der Vermittlung entsprechender Informationen und der Bereitstellung von Beratungsangeboten könnten regionale Ehrenamtsbörsen oder sogar Krankenkassen sein. Denn es ist anzunehmen, dass ehrenamtliches Engagement neben den aufgeführten Vorteilen für Kliniken und Erkrankte auch einen gesundheitsförderlichen Effekt auf der Ehrenamtlichen selbst hat (vgl. z. B. Jenkinson, 2013), was im Sinne von Krankenkassen ist.

In spezifischen Informationsveranstaltungen sollten offensichtlich bestehende Ängste im Umgang mit Krankheit und Tod und damit einhergehenden psychischen Belastungen oder der Gefahr einer Ansteckung (vgl. S. 99; Naumann & Schacher, 2013, S. 44) bewusst thematisiert werden. Die Kliniken sollten offenlegen, wie sie die entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen ihrer Ehrenamtlichen stärken und deren Gesundheit schützen.

- Um alle Generationen gleichermaßen anzusprechen, empfiehlt es sich, verschiedene Informationskanäle zu nutzen, z. B. Zeitungen, Informationsveranstaltungen im Krankenhaus oder, wie in den Diskussionsrunden angesprochen, (Jugend-)Organisationen außerhalb der Klinik sowie elektronische Medien, wie Internet oder soziale Netzwerke.
- Hauptberufliche und Ehrenamtliche sollten für eine gelungene und wertschätzende wechselseitige Kommunikation sensibilisiert werden. Dies setzt voraus, dass sich beide Seiten ihrer jeweils unterschiedlichen Rollen und Zuständigkeiten bewusst sind und sie diese auch akzeptieren. Eine erste Gelegenheit zur Stärkung der Kommunikation könnten Abstimmungsprozesse und Arbeitskreise bieten, in denen die Zuständigkeiten Ehrenamtlicher erstmalig definiert werden. Weiterhin könnten beispielsweise regelmäßig gemeinsame Teambesprechungen erfolgen und informelle Austausche, etwa auf Betriebsfeiern, stattfinden.
- Eine wertschätzende Kommunikation kann des Weiteren gefördert werden, indem in regelmäßigen Abständen Zeit und Raum für den formellen und den informellen Austausch sowie für die gemeinsame Lösung eventuell aufgekommener Konflikte geschaffen wird.
- Ebenso wichtige Faktoren sind der Informationsfluss und die Kommunikation zwischen den für die Koordination der Ehrenamtlichen verantwortlichen Personen und der Krankenhausleitung (Rogers et al., 2013, S. 48). Dies gewährleistet, dass die übergeordneten Unternehmensziele und Strategien, die mit der Integration Ehrenamtlicher verfolgt werden, sowie die konkrete operative Ausgestaltung in Einklang miteinander stehen.

9.2 Handlungsempfehlungen für die Politik

Ob und in welchem Ausmaß Krankenhäuser motiviert sind, in das Ehrenamt zu investieren, hängt offenbar auch von der Positionierung der Politik ab (vgl. S. 83, S. 101) und inwieweit Regelungen zur Förderung und Gegenfinanzierung existieren (Jakob, 2013, S. 3; Klie et al., 2009, S. 51ff.).

Damit die Interessen nach einem stärkeren Bürgerengagement auch in der akut-klinischen Gesundheitsversorgung (BMFSFJ, 2016a, S. 149) erreicht werden, bedarf es folgender Anpassungen in der politischen Ausgestaltung des Ehrenamts im Krankenhaus:

- Zunächst sollten Regelungen und Rahmengesetze zur strukturellen Förderung von Ehrenamt im Krankenhaus geschaffen werden, beispielsweise Regeln zur Gegenfinanzie-

rung: Sach- und Personalaufwendungen für die Gewinnung und Schulung Ehrenamtlicher, die Planung und Organisation ihres Einsatzes sowie Finanzmittel, die für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen eingesetzt werden, könnten bis zu einem festgelegten Prozentsatz in den Vergütungsvereinbarungen mit Krankenkassen berücksichtigt werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass durch entsprechende Möglichkeiten zur Gegenfinanzierung für viele Krankenhäuser mit derzeit nur geringem finanziellen Spielraum (Blum et al., 2018, S. 9), erst die notwendigen Ressourcen für die Einrichtung einer Stelle zur Koordination der Ehrenamtlichen frei werden.

Wird der gesetzliche Förder- und Vergütungsrahmen des Sektors „Pflege“ und des Sektors „Akutkrankenhaus“ angeglichen, werden außerdem die beschriebenen aktuellen Ungleichheiten eines „Zwei-Klassen-Ehrenamts“ ausgeglichen, bei dem z. B. Ehrenamtliche in Pflegeeinrichtungen Aufwandsentschädigungen erhalten, Ehrenamtliche im Krankenhaus hingegen nicht. Diese Angleichung könnte die Attraktivität eines ehrenamtlichen Engagements im Krankenhaus erhöhen.

- Die Politik muss parallel auf übergeordneter Ebene steuern, dass sich die Tätigkeitsfelder der Ehrenamtlichen von denen der Hauptberuflichen unterscheiden – insbesondere von den Zuständigkeiten gering qualifizierter (Hilfs-)Kräfte, wie sie angesichts eines angestrebten stärkeren Qualifikationsmix künftig voraussichtlich häufiger in Versorgungseinrichtungen anzutreffen sein werden. Ermöglicht werden könnte dies durch klare Definitionen und Rahmenbedingungen – etwa zur Frage, welcher zeitliche und inhaltliche Einbindungsgrad in die Versorgung welches Qualifikationsniveau und welche damit verbundene Vergütung erfordert. Die Einhaltung entsprechender Rahmenbedingungen durch die Krankenhäuser könnte folglich eine Voraussetzung zum Abruf von Fördergeldern für das Ehrenamt sein. Zentrale Regelungen können in diesem Zusammenhang verhindern, dass ein dann staatlich gefördertes Ehrenamt die Kliniken dazu verleitet, Ehrenamtliche außerhalb ihres vordefinierten Zuständigkeitsbereiches einzusetzen. Ein klarer, politisch gesetzter Rahmen dient somit einerseits dem Schutz der Hauptberuflichen vor Verlust ihres Arbeitsplatzes und andererseits dem Schutz der Ehrenamtlichen vor Überforderung. Gleichzeitig werden Erkrankte davor bewahrt, durch nicht adäquat qualifiziertes Personal versorgt zu werden.
- Politische Anreizsysteme für die Aufnahme eines Ehrenamts, etwa die „Ehrenamtskarte“ (vgl. z. B. Staatskanzlei Rheinland-Pfalz, 2019), sollten weniger starre Grenzen hinsichtlich der für einen Erhalt erforderlichen Mindeststundenzahl an ehrenamtlicher Tätigkeit festschreiben.

Berechtigungen, z. B. zum Erhalt dieser Karte, sollten sich stärker daran orientieren, welche gesellschaftliche Relevanz das ehrenamtliche Engagement hat und welche qualitativen Anforderungen an die jeweiligen Ehrenamtlichen gestellt werden. Ehrenamtliche, die sich im komplexen Versorgungsalltag eines Krankenhauses engagieren, welcher unter anderem psychische Belastungen mit sich bringen kann, würden von entsprechenden Anpassungen profitieren.

- Die in zahlreichen Studien beschriebenen Annahmen zu den positiven Effekten ehrenamtlicher Unterstützung auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, z. B. im Hinblick auf Mobilität (vgl. Baczynska et al., 2016), Ernährungssituation (vgl. Green et al., 2011), die Vermeidung von Delirzuständen (vgl. Yue et al., 2014) sowie die allgemeine Genesung (vgl. Faulkner & Davies, 2005; Steunenberg et al., 2016), sollten Kostenträger wie Krankenkassen dazu veranlassen, das Ehrenamt als einen Beitrag zur Versorgungsqualität monetär zu würdigen – etwa in Form von Zuschlägen für eine patientenorientierte Versorgung durch die geplante und koordinierte Integration Ehrenamtlicher. Um derartige Leistungen auf der Grundlage tatsächlich beobachtbarer, evidenzbasierter Effekte zu verwirklichen, bedarf es jedoch einer tiefergehenden Analyse der Auswirkungen des Ehrenamts im Krankenhaus, wie in den nachfolgenden „Handlungsempfehlungen für die Forschung“ weiter ausgeführt wird.

Eine stärkere politische Förderung des Ehrenamts im Krankenhaus würde sich jedoch nicht nur auf den Bereich der Gesundheitspolitik begrenzen, sondern parallel sozialpolitische Aspekte beeinflussen: Denn Ehrenamt im Krankenhaus kann das Gesundheitssystem und die Bevölkerung miteinander vernetzen (Naylor et al., 2013, S. 10). Des Weiteren ist anzunehmen, dass die ehrenamtliche Unterstützung für Erkrankte mit unzureichender Unterstützung aus dem familiären Umfeld den allgemeinen gesellschaftlichen Zusammenhalt fördert.

9.3 Handlungsempfehlungen für die Forschung

Bislang liegen international nur wenige hochwertig konzipierte Studien zu den Effekten ehrenamtlicher Unterstützung in der Krankenhausversorgung vor (z. B. Baczynska et al., 2016, S. 3110; Hall et al., 2017, S. 14). Für Deutschland fehlen diese weitestgehend komplett. Ohne eine klare Bestätigung der gesundheitsförderlichen Wirkung fehlt zugleich ein wesentlicher Begründungsrahmen zur finanziellen und strukturellen Förderung des Ehrenamts im Krankenhaus.

Mögliche Gründe für diese unzureichende Wissensbasis sind zum einen methodische Schwierigkeiten: Es ist unklar, wie sich eventuelle Auswirkungen der vielschichtigen Unterstützungsmöglichkeiten der Ehrenamtlichen valide untersuchen lassen (Galea et al., 2013, S. 12). Erschwerend wirken sich auf die Durchführung möglichst systematisch konzipierter Forschungsprojekte die Selbstbestimmtheit der Ehrenamtlichen, die Heterogenität der unterstützten Erkrankten und weitere Kontextfaktoren aus, wie etwa die sehr unterschiedlichen Kompetenzen der Ehrenamtlichen.

Die Motivation zur Durchführung von hierzu notwendigen längerfristigen Forschungsvorhaben wird zudem dadurch gehemmt, dass Krankenhäuser ihr Augenmerk – unter anderem bedingt durch die derzeitige Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an medizinischen Operationen und Prozeduren – stärker auf leichter und kurzfristig messbare, monetäre Kennzahlen legen (Zapp et al., 2010, S. 61f.).

Zunächst bedarf es daher der Entwicklung und Erprobung von Ansätzen, die zu einer praktikablen und anwendungsbezogenen Erforschung des komplexen Themenfeldes „Ehrenamt im Krankenhaus“ geeignet sind. Sind diese identifiziert, können Forschungsschwerpunkte folgende Bereiche fokussieren:

- Erforschung der Auswirkungen ehrenamtlicher Unterstützung auf die unmittelbare Gesundheit und die Genesung von Erkrankten. Insbesondere diverse Forschungsprojekte zum HELP-Programm (vgl. Yue et al., 2014) geben erste, tiefergehende Hinweise auf die gesundheitsfördernde und präventive Wirkung. Hierzu bedarf es außerdem der Entwicklung zusätzlicher objektiver Messmethoden zur Einschätzung der psychosozialen Gesundheit, denn es ist anzunehmen, dass die Unterstützung der Ehrenamtlichen sich insbesondere auf diesen Bereich auswirkt.
- Analyse der Effekte von Ehrenamt auf die Versorgungsqualität: Denn es stellt sich die Frage, inwieweit sich erste Annahmen zur förderlichen Wirkung der Einbindung Ehrenamtlicher auf Aspekte der Versorgungsqualität wie z. B. Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit (vgl. z. B. Hotchkiss, Unruh & Fottler, 2014, S. 1121f.) bestätigen lassen.
- Die an dieser Studie teilnehmenden Kliniken weisen darauf hin, dass die Integration des Ehrenamts in die Versorgungsprozesse einen hohen Ressourcenaufwand mit sich bringt. Umgekehrt ist der Nutzen kaum quantifizierbar.

Daher sollte im Rahmen ökonomischer Evaluationen geklärt werden, wie das reale Kosten-Nutzen-Verhältnis des Ehrenamts in deutschen Kliniken ist. Da man annehmen kann, dass der wirtschaftliche Mehrwert einzig bezogen auf die Krankenhäuser nur schwer abbildbar ist, sollte der Blickwinkel nicht nur unmittelbar auf die Kliniken gerichtet sein, sondern den gesellschaftlichen Nutzen dieses Ehrenamts und eventuelle Effekte auf z. B. Ausgaben der Krankenkassen miteinschließen. Beispielsweise entstehen Kosteneinsparpotenziale, wenn ältere Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts nicht an einem Delir erkranken und deshalb die Klinik innerhalb der für ihre Einweisungsdiagnose vorgesehenen Verweildauer verlassen können.

- In allen Gruppendiskussionen wird betont, dass ein gut koordiniertes Ehrenamt zur Entlastung des hauptberuflichen Personals beiträgt. Daher sollte näher untersucht werden, welche Effekte das Ehrenamt auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden respektive auf organisatorische Prozesse im Krankenhaus hat. Es sollte erprobt werden, durch welche Art der ehrenamtlichen Unterstützung und in welchen Fachabteilungen die gezielte Integration Ehrenamtlicher das größte Nutzenpotenzial entfaltet. Neben dem Fachpersonal, das hierdurch entlastet wird, könnten zugleich indirekt diejenigen Erkrankten profitieren, die keine ehrenamtliche Unterstützung in Anspruch nehmen, für deren Versorgung den Fachkräften dann aber zusätzliche Zeit zur Verfügung stünde.

Abbildung 19 (vgl. S. 178) zeigt die Handlungsempfehlungen im Überblick.

Krankenhäuser	<p>Strategische Ausrichtung auf das Ehrenamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verankerung von Ehrenamt im Versorgungsmix als explizites Unternehmensziel. • Festsetzung von Teilzielen und regelmäßige beziehungsweise Evaluation der Ziele. • Transparenz über das Ehrenamt als Teil der Unternehmensphilosophie nach innen und nach außen schaffen.
	<p>Organisatorische Rahmenbedingungen für das Ehrenamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines koordinierten Managements des Ehrenamts durch eine eigens hierfür zuständige Stelle. Deren wesentliche Aufgabe sollte darin bestehen, die Ehrenamtlichen in die Prozesse des Krankenhauses zu integrieren. • Analyse und evtl. Schaffung von Aufwandsentschädigungen und finanziellen Anreizen für Ehrenamtliche. • Etablierung einer Kultur der Anerkennung und Wertschätzung, von der Ehrenamtliche und Hauptberufliche gleichermaßen profitieren.
	<p>Information zum Ehrenamt und Kommunikation über Ehrenamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation von Relevanz und Nutzen des Ehrenamts. • Bereitstellung von Informationen über das Ehrenamt für Hauptberufliche, Erkrankte, Angehörige und Bevölkerung. • Ansprache potenzieller Ehrenamtlicher über verschiedene Medien. • Förderung der Kommunikation zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen. • Koordination von Kommunikation und Informationsfluss zwischen den Hauptberuflichen, die das Ehrenamt koordinieren und dem übergeordneten Management.
<ul style="list-style-type: none"> • Regelungen und gesetzliche Grundlagen zur strukturellen Förderung des Ehrenamts im Krankenhaus. • Möglichkeiten der Gegenfinanzierung von Investitionen in das Ehrenamt. • Berücksichtigung des Ehrenamts durch Kostenträger wie Krankenkassen auf Basis von Erkenntnissen zu gesundheitsförderlichen Effekten. 	Politik
Forschung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Erprobung von Konzepten, die zur Erforschung von Ehrenamt im Krankenhaus geeignet sind. • Tiefergehende Untersuchung gesundheitsförderlicher Effekte der Unterstützung durch Ehrenamtliche. • Forschung zu den Auswirkungen von Ehrenamt auf Aspekte der Versorgungsqualität, z. B. Patientensicherheit oder Patientenzufriedenheit. • Gesundheitsökonomische Evaluationen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis. • Analyse der Effekte einer Integration Ehrenamtlicher in die Versorgung auf das Personal und organisatorische Abläufe.

Abbildung 19: Handlungsempfehlungen
(eigene Darstellung)

10. Fazit und Ausblick

Diese Studie zeigt, dass die systematische, geplante und koordinierte Einbindung von Ehrenamt ein attraktives Ziel von Krankenhäusern darstellen kann. Es offenbaren sich Nutzenpotenziale für Erkrankte, ihre Angehörigen, das Krankenhauspersonal, Ehrenamtliche sowie – ausgehend von der unternehmerischen Perspektive – für die Reputation der Krankenhäuser.

Allerdings vertreten Krankenhausleitungen, Personal sowie die Ehrenamtlichen die Meinung, dass die traditionelle Ausgestaltung des Ehrenamts im Krankenhaus nicht mehr zeitgemäß ist. Eine zentrale Herausforderung besteht somit darin, tradierte, verfestigte Strukturen aufzubrechen, damit das Ehrenamt erfolgreich in die Zukunft überführt werden kann. Ehrenamt im Krankenhaus hat also eine lange Tradition, kann aber gleichzeitig als Zukunftsthema betrachtet werden.

Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Zeit für Gespräche und alltagsnaher Zuwendung steht außer Frage: Im Rahmen der akutstationären Versorgung steigt die Anzahl älterer Menschen, die neben ihrer Krankheitstherapie ein hohes Maß an alltagsnaher Unterstützung und psychosozialer Zuwendung benötigen. Angehörige und das unmittelbare soziale Umfeld können diese Zeit und Zuwendung aufgrund veränderter familiärer und gesellschaftlicher Strukturen immer seltener in angemessener Form aufbringen. Ein ausschließlich auf Hauptberufliche setzendes Krankenhausversorgungssystem kann diesen Entwicklungen weder personell noch finanziell gerecht werden. Denn erstens steht die Gesundheitsversorgung bereits heute vor einem Personalmangel – dieser wird sich perspektivisch zuspitzen (vgl. Neuber-Pohl, 2017). Zweitens werden für eine nur durch professionelle Kräfte erbrachte gesundheitliche und pflegerische Versorgung die hierzu erforderlichen finanziellen Ressourcen der Sozialkassen nicht ausreichen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 362).

Doch Ehrenamtliche im Krankenhaus füllen nicht nur Lücken, die maßgeblich auf die demografische Entwicklung und veränderte Familienstrukturen zurückzuführen sind. Sie haben darüber hinaus ganz eigene, spezifische Rollen inne, die weder durch zusätzliches hauptberufliches Personal noch durch eine intensivere Unterstützung von Seiten der Angehörigen zu ersetzen sind: Ehrenamtliche sind Laien im zunehmend komplexer werdenden Klinikalltag, sie können Patientinnen und Patienten „auf Augenhöhe“ begegnen und ein anderes Vertrauensverhältnis zu diesen aufbauen als professionelles Personal.

Im Vergleich zu Angehörigen können sie den Erkrankten emotional unbefangener entgegenzutreten, sodass diese in gesundheitlichen Krisen offener sprechen können.

Da Ehrenamtliche in keinem beruflichen Abhängigkeitsverhältnis zum Krankenhaus stehen, sind sie wichtige neutrale Gesprächspersonen für Erkrankte und ein verbindendes Glied zum Personal. Auf übergeordneter Ebene bilden die ehrenamtlichen Laien in der akutstationären Versorgung eine Schnittstelle zwischen der Institution Krankenhaus und der Bevölkerung und nehmen eine Multiplikator-Funktion ein.

Um die Tradition des Ehrenamts im Krankenhaus zukunftsfähig zu machen, sollte ein mehrdimensionaler Veränderungsprozess eingeleitet werden, der Krankenhäuser, Politik und Forschung gleichermaßen einschließt und veränderte Denkweisen zum Ehrenamt im Krankenhaus hervorrufen sollte. Hierbei dürfen Ehrenamt und Professionalität nicht als konkurrierende Elemente, sondern müssen als komplementäre betrachtet werden. Ehrenamtliche Dienste sollten stärker als bislang als eine eigene Komponente im Versorgungsprozess angesehen werden, die ihren Platz in Krankenhäusern nicht bloß deshalb haben, weil die Kliniken einer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden möchten (BMFSFJ, 2016a, S. 204).

Hierfür sollten Kliniken dem Ehrenamt – abweichend von der Historie, in der Ehrenamtlichkeit und Professionalität quasi miteinander „verschmolzen“, etwa in der unentgeltlichen Pflege durch Ordensschwestern – eine exklusive Funktion zuweisen, die sich klar von der Rolle und den Zuständigkeiten der Hauptberuflichen unterscheidet. Zur gelungenen Integration von Ehrenamtlichen in die Prozessabläufe der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Wahrung der Selbstbestimmung als zentralem Merkmal des Ehrenamts sind innerhalb der Kliniken eine gute Koordination und Steuerung erforderlich. Gleichzeitig bedarf es eines zusätzlichen Informationsangebots und einer besseren Kooperation zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen. Krankenhäuser, die sich einem solchen Veränderungsprozess stellen möchten, müssen einkalkulieren, dass dies nicht „nebenher“ erledigt lässt, sondern eine klare strategische Positionierung „pro Ehrenamt“ sowie personelle und finanzielle Ressourcen erfordert. Kliniken müssen sich bewusst darüber werden, dass eine Integration Ehrenamtlicher die Intention einer Qualitätsverbesserung der Versorgung zugrunde liegen sollte, nicht jedoch die einer unmittelbaren Kostenersparnis.

Damit sich aber überhaupt genügend Ehrenamtliche gewinnen lassen, muss das ehrenamtliche Engagement im Krankenhaus in der Bevölkerung attraktiver gemacht werden.

Diese Aufgabe obliegt den Krankenhäusern und der Politik gleichermaßen, denn parallel zu einer veränderten Perspektive der Kliniken sollte sich die Politik – sofern sie wie vielfach konstatiert Ehrenamt im Gesundheitswesen effektiv und nachhaltig fördern möchte (vgl. z. B. BMFSFJ, 2016a, S. 203ff.; Bundesministerium des Inneren, 2012, S. 23f.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 362) – über die Schaffung entsprechender Regelungen und Gesetze klarer und deutlicher als bislang zum Ehrenamt im Krankenhaus bekennen. Es ist anzunehmen, dass verlässliche gesetzliche Grundlagen zur strukturellen und finanziellen Förderung vielen Krankenhäusern die Entscheidung erleichtert, Ressourcen in das Ehrenamt zu investieren. Entsprechende Regelungen müssen jedoch so ausgestaltet werden, dass das Ehrenamt stets ein Komplementär medizinischer und pflegerischer Versorgung bleibt, in Zeiten steigenden Fachkräftemangels und einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems aber nicht zu einem Substitut für professionelles hauptberufliches Personal wird.

Auch gesundheits- und pflegewissenschaftliche Expertisen stellen das Ehrenamt im Gesundheitswesen als einen wichtigen Bestandteil im künftigen Versorgungsmix dar (z. B. Görres et al., 2016, S. 6; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2013, S. 6–9). Jedoch fehlt es bislang insbesondere für das deutsche Gesundheitssystem an empirischen Studien zu den tatsächlichen Effekten des Ehrenamts, z. B. wie sich die ehrenamtliche Unterstützung auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten oder auf die Zufriedenheit des Personals auswirkt. Entsprechende Wirksamkeitsnachweise sind aber eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Ehrenamt im Krankenhaus eine ernstzunehmende und allgemein akzeptierte Säule im Versorgungssystem werden kann.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H.; Serneus, W.; van den Heede, K.; Sloane, D. M.; Busse, R.; McKee, M. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross Sectional survey of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344 (e1717).
- Ausserhofer, D.; Zander, B.; Busse, R.; Schubert, M.; Geest, S. de; Rafferty, A. M. et al. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23 (2), 126–135.
- Backes, G. M.; Hölzge, J. (2008). Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In: Erlinghagen, M.; Hank, K. (Hrsg.), *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 277–300.
- Backhaus-Maul, H.; Speck, K. H.; Hörnlein, M.; Krohn, M. (2015). *Engagement in der Wohlfahrtspflege. Empirische Befunde aus der Terra incognita eines Spitzenverbands*. Wiesbaden: Springer.
- Baczynska, A. M.; Lim, S. E.; Sayer, A. A.; Roberts, H. C. (2016). The use of volunteers to help older medical patients mobilise in hospital: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (21-22), 3102–3112.
- Bahrs, O.; Jung, B.; Nave, M.; Schmidt, U. (2005). *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bargh, J. A.; Gollwitzer, P. M.; Oettingen, G. (2010). Motivation. In: Fiske, S.T., Gilbert, D.T.; Lindsey, G. (Hrsg.), *Handbook of social psychology*. Volume one. 5. Aufl. New York: Wiley, 268–316.
- Bartholomeyczik, S.; Müller, E. (2014). Warum Pflege in Care und Cure zerreißen? Eine Stellungnahme. *Dr. med. Mabuse*, 211 (5), 31–34.
- Becke, G.; Wehl, R.; Wetjen, A. (2014). Überforderung im Ehrenamt sozialer Dienste: Gesundheitsförderung durch professionelle Koordination? In: Bornewasser, M.; Kriegesmann, B.; Zülch, J. (Hrsg.), *Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Produktivität, Arbeit und Management*. Wiesbaden: Springer Gabler, 259–275.
- Beckmann, J.; Heckhausen, H. (2010). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.), *Motivation und Handeln*. 4., überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer, 105–143.
- Behr, K.; Liebig, R.; Rauschenbach, T. (2000). *Strukturwandel des Ehrenamts. Gemeinwohlorientierung im Modernisierungsprozess*. Weinheim: Juventa.
- Beyer, T. (2015). *Eigennutz statt Eigensinn? Betrachtungen zum aktuellen Stand der Debatte um eine »Monetarisierung« freiwilligen Engagements (Wegweiser Bürgergesellschaft)*. Bonn: Stiftung Mitarbeit. https://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_beyer_150311.pdf [14.12.2018].

- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2013). Krankenhausbarometer. Umfrage 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2018). Krankenhausbarometer. Umfrage 2018. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Bräutigam, C.; Evans, M.; Hilbert, J.; Öz, F. (2014). Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser (Arbeitspapier Nr. 306). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Bringemeier, J.; Thomas, C.; Guhra, M.; Kreisel, S. (2015). HELP zur Vermeidung von Delirien. *Psychup2date*, 9 (3), 137–148.
- Bruch, H.; Kunze, F.; Böhm, S. (2010). Generationen erfolgreich führen. Konzepte und Praxiserfahrungen zum Management des demographischen Wandels. Wiesbaden: Gabler.
- Brüsemeister, T. (2008). Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium des Inneren (2012). Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium des Inneren.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf> [14.12.2018].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015a). Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen als Gestaltungsaufgabe. Ein Leitfaden für die Praxis. Auf Grundlage der Ergebnisse der Studie „Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen in Pflege, Sport und Kultur“. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; INBAS-Sozialforschung GmbH.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015b). Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen in Pflege, Sport und Kultur. Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016a). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [14.12.2018].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016b). Zweiter Engagementbericht 2016. Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/115658/1080633f687d3f9c462a0432401c09d7/zweiter-engagementbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf> [14.12.2018].

- Bundesministerium für Gesundheit (2018). Beschäftigte in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html#c3332> [14.12.2018].
- Buys, D. R.; Flood, K. L.; Real, K.; Chang, M.; Locher, J. L. (2013). Use of Volunteers for Mealtime Assistance to Hospitalized Older Adults: A Report on the SPOONS Program. *Journal of Gerontological Nursing*, 39 (9).
- Clary, E. G.; Copeland, J.; Ridge, R. D.; Snyder, M.; Stukas, A. A.; Haugen, J. et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of personality and social psychology*, 74 (6), 1516–1530.
- Creswell, J. W.; Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications.
- Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode (2014). Kurzprotokoll der 1. Sitzung Unterausschuss „Bürgerschaftliches Engagement“. Berlin 12. März 2014. https://www.bundestag.de/blob/195802/ddd6a33a1d0c9993bb4020de4bc4d227/1__sitzung_kurzprotokoll-internet-data.pdf [14.12.2018].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2018). Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. www.dhvp.de [08.09.2018].
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (2014). *Das erfolgreiche konfessionelle Krankenhaus. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Curacon Wirtschaftsprüfungsgesellschaft*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2018). Familie, soziale Beziehungen, soziale Unterstützung. http://www.gerostat.de/de/module_AS4_sb.html [09.11.2018].
- Eggenberger, E.; Myllymäki, J.; Kolb, C.; Martschin, R.; Bollheimer, L. C.; Sieber, C. (2013). „We cannot care alone“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (3), 226–232.
- Eichhorn, L.; Murday, A.-K.; Kohlen, B.; Guttenthaler, V.; Türler, A.; Baumgarten, G. et al. (2017). Patientenzufriedenheit als Maßeinheit im Qualitätsmanagement – ein Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung. *Das Gesundheitswesen*, 79 (8-09), 627–632.
- Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ (2002). *Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/089/1408900.pdf> [14.12.2018].
- Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V. (2018). Zahlen und Fakten rund um die eKH. www.ekh-deutschland.de [08.09.2018].
- Faulkner, M.; Davies, S. (2005). Social support in the healthcare setting: the role of volunteers. *Health Soc Care Community*, 13 (1), 38–45.

- Feess, E. (2018a). Externer Effekt. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/externer-effekt-34801/version-258295> [13.07.2018].
- Feess, E. (2018b). Internalisierung externer Effekte. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/internalisierung-externer-effekte-39210/version-262624> [13.07.2018].
- Fleckinger, S. (2013). Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung. Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (2009a). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 13–29.
- Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.). (2009b). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fringer, A.; Mayer, H.; Schnepf, W. (2010). Das Ehrenamt bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Familien: Profil und Motive. *Pflege*, 23 (3), 173–180.
- Fritz, S.; Pietrzyk, U. (2011). Untersuchung zum Nutzenpotenzial ehrenamtlicher Tätigkeit in der Pflege - mit weiterführenden Fragen zur Abgrenzung hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 16 (1), 20–35.
- Galea, A.; Naylor, C.; Buck, D.; Weeks, L. (2013). *Volunteering in acute trusts in England: Understanding the scale and impact*. London: The King's Fund.
- Gensicke, T.; Geiss, S. (2010). Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/93170/73111cb56e58a95dacc6fccf7f8c01dd/3--freiwilligensurvey-hauptbericht-data.pdf> [14.12.2018].
- Gerlinger, T. (2014). Gesundheitsreform in Deutschland. Hintergrund und jüngere Entwicklungen. In: Manzei, A.; Schmiede, R. (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer, 35–69.
- Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG). BFDG.
- Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz).
- Giles, L. C.; Bolch, D.; Rouvray, R.; McErlean, B.; Whitehead, C. H.; Phillips, P. A. et al. (2006). Can volunteer companions prevent falls among inpatients? A feasibility study using a pre-post comparative design. *BMC Geriatrics*, 6 (1), 11.
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind-sets. In: Higgins, E. T.; Sorrentino, R. M. (Hrsg.), *Handbook of motivation and cognition. Foundations of social behaviour*. Volume 2. New York: Guilford Press, 53–92.
- Görres, S.; Seibert, K.; Stiefler, S. (2016). Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.), *Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer, 3–18.

- Green, S. M.; Martin, H. J.; Roberts, H. C.; Sayer, A. A. (2011). A systematic review of the use of volunteers to improve mealtime care of adult patients or residents in institutional settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (13-14), 1810–1823.
- Güntert, S. T. (2015). Über Besonderheiten der Freiwilligenarbeit im Vergleich zur Erwerbsarbeit. In: Wehner, T.; Güntert, S. T. (Hrsg.), *Psychologie der Freiwilligenarbeit. Motivation, Gestaltung und Organisation*. Berlin, Heidelberg: Springer, 23–37.
- Hahn, J.; Reilly, P. M.; Buchanan, T. M. (2014). Development of a hospital reiki training program: training volunteers to provide reiki to patients, families, and staff in the acute care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33 (1), 15–21.
- Hall, C. L.; Brooke, J.; Pendlebury, S. T.; Jackson, D. (2017). What is the impact of volunteers providing care and support for people with dementia in acute hospitals? A systematic review. *Dementia*, 1471301217713325. doi: 10.1177/1471301217713325
- Hämel, K. (2012). *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Handy, F.; Srinivasan, N. (2005). The Demand for Volunteer Labor: A Study of Hospital Volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 34 (4), 491–509.
- Handy, F.; Srinivasan, N. (2004). Valuing Volunteers: An Economic Evaluation of the Net Benefits of Hospital Volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33 (1), 28–54.
- Heckhausen, H. (1977). Achievement motivation and its constructs: A cognitive model. *Motivation and Emotion*, 1 (4), 284–329.
- Heckhausen, H.; Rheinberg, F. (1980). Lernmotivation im Unterricht, erneut betrachtet. *Unterrichtswissenschaft*, 1 (8), 7–47.
- Helmig, B.; Boenigk, S. (2012). *Nonprofit Management*. München [Germany]: Vahlen.
- Hesse-Biber, S. N.; Leavy, P. (2007). *The practice of qualitative research*. London: SAGE.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013). *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe*. Freiburg: AGB Sozialforschung an der ev. Hochschule Freiburg. http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf [20.06.2018].
- Hotchkiss, R. B.; Fottler, M. D.; Unruh, L. (2009). Valuing volunteers. *Health Care Management Review*, 34 (2), 119–128.
- Hotchkiss, R. B.; Unruh, L.; Fottler, M. D. (2014). The Role, Measurement, and Impact of Volunteerism in Hospitals. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 43 (6), 1111–1128.

- Isfort, M. (2013). Einfluss der Personalausstattung auf Pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen. Deskriptive Studie zu Aspekten der Patientensicherheit und Belastungsindikatoren der Pflege. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 108 (1), 71–77.
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014). *Pflegethermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V. H.; Gehlen, D. (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Jakob, G. (2013). *Bezahltes Engagement – Zu den Hintergründen und Risiken einer Monetarisierung bürgerschaftlichen Engagements (Wegweiser Bürgergesellschaft 22/2013)*. Bonn: Stiftung Mitarbeit. https://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_jakob_131122.pdf [14.07.2018].
- Jenkinson, C. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, (13), 773.
- Jiranek, P.; Kals, E.; Humm, J. S.; Strubel, J. T. (2013). Volunteering as a means to an equal end?: The impact of a social justice function on intention to volunteer. *The Journal of Social Psychology*, 153 (5), 520–541.
- Kälble, K. (2013). Der Akademisierungsprozess der Pflege. Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (8), 1127–1134.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*, 24 (2), 163–204.
- Klie, T. (2011). *Altenhilfe und Altenpflege*. In: Olk, T.; Hartnuss, B. (Hrsg.), *Handbuch Bürgerschaftliches Engagement*. Weinheim: Beltz Juventa, 391–406.
- Klie, T. (2013). Die Debatten um freiwilliges Engagement in der Pflege. In: *Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin, 98–106.
- Klie, T.; Stemmer, P.; Wegner, M. (2009). *Untersuchung zur Monetarisierung von Ehrenamt und Bürgerschaftlichem Engagement in Baden-Württemberg*. im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Freiburg: Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung. <https://www.zze-freiburg.de/assets/pdf/Abschlussbericht-Monetarisierung-100226.pdf> [10.10.2018].
- Kolland, F. (2004). Ehrenamtliche Tätigkeit der jungen Alten. In: Karl, F. (Hrsg.), *Zum Profil der Gerontologie. Beiträge aus Tagungen der Gesellschaft für Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie in der DGGG 2000 - 2002*. 2. Auflage. Kassel: Verein zur Förderung der Angewandten Gerontologie, 79–87.

- Kreutzer, S. (2005). Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main: Campus.
- Kruse, A.; Schmitt, E. (2008). Partizipation und Engagement im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Berlin, 89–97.
- Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lamnek, S.; Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Leiter, A.; Thöni, M. (2011). Motivationale Bedingungen des ehrenamtlichen Engagements im Hospiz. In: Nussbaumer, J. (Hrsg.), Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs. Festschrift für Engelbert Theurl zum 60. Geburtstag. Wien: Springer, 161–182.
- Locke, E. A.; Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57 (9), 705–717.
- Lorenzl, S.; Füsgen, I.; Noachtar, S. (2012). Verwirrtheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (21), 391–401.
- Marcus, D. A. (2013). The Role of Volunteer Services at Cancer Centers. *Current Pain and Headache Reports*, 17 (11), 1–6.
- Mayring, P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Boehm, A.; Mengel, A.; Muhr, T. (Hrsg.), *Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, 159–175.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Meier-Gräwe, U.; Sennlaub, A. (2011). Koordination und Kontrolle - Konflikte in der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 158 (1), 14–16.
- Morrow-Howell, N.; Hong, S.-I.; Tang, F. (2009). Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefits. *The Gerontologist*, 49 (1), 91–102. doi: 10.1093/geront/gnp007
- Motzek, T.; Werblow, A.; Schmitt, J.; Marquardt, G. (2018). Administrative Prävalenz und Versorgungssituation der Demenz im Krankenhaus – Eine versorgungsepidemiologische Studie basierend auf GKV-Daten sächsischer Versicherter. *Das Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/s-0043-125071
- Mramor, B.; Hagman, J.; Ford, D.; Oman, K. S.; Cumbler, E. (2015). Purposeful visits for hospitalized older adult patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 41 (3), 42–48.
- Müller, D.; Hameister, N.; Lux, K. (2016). Anstoß und Motive für das freiwillige Engagement. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Freiwilligenengagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 407–426.

- Naumann, D.; Schacher, U. (2013). Ungenutzte Potenziale im Engagementfeld Pflege? Einschätzungen der Bevölkerung und kommunaler Sozial- und Pflegeplaner. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin, 36–52.
- Naylor, C.; Mundle, C.; Weeks, L.; Buck, D. (2013). *Volunteering in health and care. Securing a sustainable future*. London: The King's Fund.
- Neuber-Pohl, C. (2017). Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. *Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung*, 46 (1), 4–5.
- Nissim, R.; Regehr, M.; Rozmovits, L.; Rodin, G. (2009). Transforming the experience of cancer care: a qualitative study of a hospital-based volunteer psychosocial support service. *Supportive Care in Cancer*, 17 (7), 801–809.
- Nowossadeck, S.; Engstler, H. (2013). Familie und Partnerschaft im Alter (Report Altersdaten Heft 3/2013). Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_3_2013_PW.pdf [09.09.2018].
- Oettingen, G.; Gollwitzer, P. M. (2002). Theorien der modernen Zielpsychologie. In: Frey, D.; Irle, M. (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Bern: H. Huber, 51–73.
- Oostlander, J.; Güntert, S. T.; Wehner, T. (2015). Motive für Freiwilligenarbeit - der funktionale Ansatz am Beispiel eines generationenübergreifenden Projekts. In: Wehner, T.; Güntert, S. T. (Hrsg.), *Psychologie der Freiwilligenarbeit. Motivation, Gestaltung und Organisation*. Berlin, Heidelberg: Springer, 59–75.
- Payne, G.; Payne, J. (2004). *Key concepts in social research*. London: SAGE.
- Philippi, M. (2014). „Ja warum machst du das ehrenamtlich... hast du nicht genug zu tun?“. Eine qualitative Studie zur Identifikation von Motivationsfaktoren für ehrenamtliches Engagement in der sozialen Unterstützung älterer Menschen. Nicht veröffentlichte Masterarbeit. Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Philippi, M.; Luderer, C.; Altenhöner, T. (2015). „Ich hätte also zu Hause gesessen und Trübsal geblasen...“: Wie erleben alleinstehende und hilfebedürftige ältere Menschen eine poststationäre Begleitung durch Ehrenamtliche? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (4), 346–353.
- Pinl, C. (2015). Ehrenamt statt Sozialstaat? Kritik der Engagementpolitik. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 65 (14-15), 49–54.
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Aufl. München: Oldenbourg.
- Pühlhofer, F.; Stoll, A. (2004). Mitarbeiterkennzahlen als strategisches Führungsinstrument im Krankenhaus. In: Pfaff, H. (Hrsg.), „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Huber, 31–49.

- Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. (2016). Pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Krankenhaus-Leitungspersonen. *Das Gesundheitswesen*, 78 (S01), e97-e102.
- Rheinberg, F.; Vollmeyer, R. (2012). *Motivation*. 8., aktual. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Robert Bosch Stiftung GmbH (2016). General Hospital Study - GHost. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Robert Bosch Stiftung. http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Studie_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf [20.02.2018].
- Robert Koch-Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Roberts, H. C.; Wet, S. de; Porter, K.; Rood, G.; Diaper, N.; Robison, J. et al. (2014). The feasibility and acceptability of training volunteer mealtime assistants to help older acute hospital inpatients: the Southampton Mealtime Assistance Study. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (21-22), 3240–3249.
- Röbke, T. (2012). Bürgerschaftliches Engagement und sozialstaatliche Daseinsvorsorge. Bemerkungen zu einer verwickelten Beziehung (betrifft: Bürgergesellschaft Nr. 38). Friedrich Ebert Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/do/08956.pdf> [10.07.2017].
- Rogers, S. E.; Jiang, K.; Rogers, C. M.; Intindola, M. (2016). Strategic Human Resource Management of Volunteers and the Link to Hospital Patient Satisfaction. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45 (2), 409–424.
- Rogers, S. E.; Rogers, C. M.; Boyd, K. D. (2013). Challenges and Opportunities in Healthcare Volunteer Management: Insights from Volunteer Administrators. *Hospital Topics*, 91 (2), 43–51.
- Roland Berger. (2016). Aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland: Weitere Therapiemaßnahmen notwendig. Roland Berger Krankenhaus Restrukturierungsstudie 2016. Roland Berger. https://www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/roland_berger_krankenhaus_restrukturierung_20160727.pdf [29.12.2016].
- Romeu-Gordo, L.; Vogel, C. (2016). Geldzahlungen, Sachzuwendungen und Kostenerstattung im freiwilligen Engagement. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Freiwilligenengagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 371–405.
- Rosenkranz, D.; Wouters, G. (2011). Aufgaben im Freiwilligenmanagement. <http://www.gesellschaft-freiwilligenmanagement.de/wp/wp-content/uploads/Aufgaben-im-Freiwilligenmanagement.pdf> [25.06.2018].
- Roß, P. S.; Tries, H. (2010a). Die Kernfrage des freiwilligen Engagements ist die Gewinnung der Hauptberuflichen. Newsletter Wegweiser Bürgergesellschaft 10/2010 vom 28.05.2010. http://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_ross_tries_100528.pdf [26.05.2015].

- Roß, P. S.; Tries, H. (2010b). Freiwilliges Engagement in der BruderhausDiakonie. Wissenschaftliche Evaluation zur Implementierung des Konzepts in der Gesamteinrichtung. Abschlussbericht Juli 2010. Stuttgart: Ifas - Institut für angewandte Sozialwissenschaften.
- Roß, P. S.; Tries, H. (2012). Freiwilliges Engagement in der BruderhausDiakonie. Zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zur Implementierung des Konzepts in der Gesamteinrichtung. In: Bauer, L.; Eurich, J.; Schmid, H. (Hrsg.), *Zukunft verantworten - Teilhabe gestalten. Zivilgesellschaftliche Impulse* Gustav Werners. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 217–244.
- Sachße, C. (2002). Traditionslinien bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (9), 3–5.
- Sachße, C. (2011). Traditionslinien bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. In: Olk, T.; Hartnuss, B. (Hrsg.), *Handbuch Bürgerschaftliches Engagement*. Weinheim: Beltz Juventa, 17–27.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009*. Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> [10.12.2018].
- Schiff, A.; Mohr, V.; Claßen, S. (2016). Die kommunikative Validierung als Gütekriterium in der deutschsprachigen qualitativen pflegewissenschaftlichen Forschung. *Pflege & Gesellschaft*, 21 (1), 20–33.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15 (1), Artikel 18.
- Schröder, G. (2000). Die zivile Bürgergesellschaft. Anregungen zu einer Neubestimmung der Aufgaben von Staat und Gesellschaft. *Die neue Gesellschaft/Frankfurter Hefte*, (4/2000), 200–207.
- Schweikardt, C. (2008). Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. München: Meidenbauer.
- Seidler, E.; Leven, K. H. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. 7., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simonson, J. (2013). Freiwilliges Engagement in der Pflege und dem Gesundheitswesen. In: *Zentrum für Qualität in der Pflege* (Hrsg.), *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin, 20–35.
- Simonson, J.; Vogel, C. (2016). Organisationale Struktur des freiwilligen Engagements und Verbesserungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Freiwilligenengagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligen survey 2014*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 513–538.

- Simonson, J.; Ziegelmann, J. P.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (2016). Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligen surveys 2014. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Freiwilligenengagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligen survey 2014*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 15–21.
- Snyder, M. (1993). Basic research and practical problems: The promise of a “functional” personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (3), 251–264.
- Snyder, M.; Clary, E. G.; Stukas, A. A. (2001). Ehrenamtlichkeit: ein funktionaler Ansatz. *Journal für Psychologie*, 9 (1), 15–35.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 82b Ehrenamtliche Unterstützung.
- Staatskanzlei Rheinland-Pfalz. (2019) „Dank und Wertschätzung für ehrenamtlich Engagierte“. Fragen und Antworten. Wer kann die Ehrenamtskarte bekommen? <https://wiritun-was.rlp.de/de/anererkennung/ehrenamtskarte/allgemeine-informationen/fragen-und-antworten/> [21.02.2019].
- Statistisches Bundesamt (2016). Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl), Belastung nach Betten und Fällen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Ärzte und nichtärztliches Personal, Einrichtungsmerkmale. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_312&OPINDEX=18&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA-CUBE=_XWD_340&D.000=3736&D.001=1000001&D.945=12232 [11.01.2016].
- Statistisches Bundesamt (2018a). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbe-tol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=85699130&nummer=550&p_sprache=D&p_in dsp=-&p_aid=92774796 [11.09.2018].
- Statistisches Bundesamt (2018b). Erwerbstätigenquoten nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit (%). <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Arbeitsmarkt/ArbeitsmarktFrauen.html> [29.06.2018].

- Statistisches Bundesamt (2019). Empfänger von Grundsicherung: Deutschland, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=7F221A718A720780184944D44EE0223A.GO_1_1?operation=abruffabelleAbrufen&selectionname=22151-0001&levelindex=0&levelid=1550755338017&index=8 [24.01.2019].
- Statistisches Informationssystem Gerostat (2018). Gesellschaftliche Bereiche des freiwilligen Engagements. http://gerostat.de/maske.py?TABLE_=FWS_04_DE&RESTRICT=YES [09.09.2018].
- Stegbauer, C. (2011). Reziprozität. Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit. 2. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl.
- Steunenberg, B.; Mast, R. C. van der; Strijbos, M.; Inouye, S. K.; Schuurmans, M. J. (2016). How trained volunteers can improve the quality of hospital care for older patients. A qualitative evaluation within the Hospital Elder Life Program (HELP), (S0197-4572), 458–463.
- Stricker, M. (2011). Ehrenamt. In: Olk, T.; Hartnuss, B. (Hrsg.), Handbuch Bürgerchaftliches Engagement. Weinheim: Beltz Juventa, 163–171.
- The Hospital Elder Life Program. (2018). What we do? What does HELP provide? <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/> [12.09.2018].
- Thomas, D.; Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier im Auftrag der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204). Essen: Universität Duisburg-Essen.
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2013). Finanzlage und Herausforderungen der Krankenhäuser in Deutschland. Ergebnisse der VKD-Umfrage 2013. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. http://www.vkd-online.de/media/file/1500.VKD-U_2013-06.pdf [29.12.2016].
- Vogel, C.; Hagen, C.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2016). Freiwilliges Engagement und öffentliche gemeinschaftliche Aktivität. In: Simonson, J.; Vogel, C.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Freiwilligenengagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligen-survey 2014. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 85–148.
- Voit, D. (2016). QM-RL: Qualitätsmanagement jetzt sektorenübergreifend geregelt. Das Krankenhaus, 108 (10), 850–855.
- Vroom, V. H. (1967). Work and motivation. First ed. New York: Wiley.
- Walter, I. (2004). Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im „langen 19. Jahrhundert“. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Wills, T.; Ainette, M. G. (2012). Social Networks and social support. In: Baum, A.; Rev-ensen, T. A.; Singer, J. E. (Hrsg.), Handbook of health psychology. 2. ed. New York: Psychology Press, 465–492.

- Wirtz, M.; Strohmer, J. (2017). Lexikon der Psychologie. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/ziel/> [17.11.2017].
- World Health Organization (2002). Active Ageing. A Policy Framework. Genf: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [02.09.2016].
- Wright, M. T.; Block, M.; Kilian, H.; Lemmen, K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), 147–154. doi: 10.1007/s11553-013-0396-z
- Yue, J.; Tabloski, P.; Dowal, S. L.; Puelle, M. R.; Nandan, R.; Inouye, S. K. (2014). NICE to HELP: Operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines to Improve Clinical Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62 (4), 754–761.
- Zander, B.; Köppen, J.; Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J. (Hrsg.), *Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer.
- Zander, B.; Dobler, L.; Bäuml, M.; Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Das Gesundheitswesen*, 76 (11), 727–734.
- Zander, B.; Dobler, L.; Busse, R. (2013). The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 219–229.
- Zapp, W.; Oswald, J.; Karten, E. (2010). Kennzahlen und Kennzahlensysteme im Krankenhaus - Empirische Erkenntnisse zum Status Quo der Kennzahlenpraxis in Niedersächsischen Krankenhäusern. In: Zapp, W. (Hrsg.), *Kennzahlen im Krankenhaus*. 1. Aufl. Lohmar: Eul, 1–61.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2013). *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin.
- Zimmer, A.; Rauschenbach, T. (2011). Bürgerschaftliches Engagement unter Druck? Eine Einleitung. In: Rauschenbach, T.; Zimmer, A. (Hrsg.), *Bürgerschaftliches Engagement unter Druck? Analysen und Befunde aus den Bereichen Soziales, Kultur und Sport*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 11–28.

Anhang

Inhaltsverzeichnis Anhang

A.1	MUSTER DES ANSCHREIBENS FÜR KRANKENHÄUSER	198
A.2	MUSTER DER EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	200
A.3	MUSTER DER KURZFRAGEBÖGEN	201
A.3.1	<i>Strukturelle Merkmale der Krankenhäuser</i>	201
A.3.2	<i>Merkmale von Leitungsebene und Hauptberuflichen</i>	203
A.3.3	<i>Merkmale der Ehrenamtlichen</i>	205
A.4	LEITFRAGEN DER GRUPPENDISKUSSIONEN	207
A.5	KATEGORIENSYSTEME UND KODIERUNGEN	208
A.5.1	<i>Kategoriensystem Leitungsebene</i>	208
A.5.2	<i>Kategoriensystem Personal</i>	215
A.5.3	<i>Kategoriensystem Ehrenamtliche</i>	221

Tabellenverzeichnis Anhang

Tabelle A 1: Leitfragen der Gruppendiskussionen	207
Tabelle A 2: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 3)	208
Tabelle A 3: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 3)	209
Tabelle A 4: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 3 von 3)	210
Tabelle A 5: Leitungsebene - Einflussfaktoren der Zielerreichung	211
Tabelle A 6: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 1 von 3)	212
Tabelle A 7: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 2 von 3)	213
Tabelle A 8: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 3 von 3)	214
Tabelle A 9: Personal - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 2)	215
Tabelle A 10: Personal - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 2)	216
Tabelle A 11: Personal - Einflussfaktoren der Zielerreichung.....	217
Tabelle A 12: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 1 von 3)	218
Tabelle A 13: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 2 von 3)	219
Tabelle A 14: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 3 von 3)	220
Tabelle A 15: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 3)	221
Tabelle A 16: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 3)	222
Tabelle A 17: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 3 von 3)	223
Tabelle A 18: Ehrenamtliche - Einflussfaktoren der Zielerreichung	224

Tabelle A 19: Ehrenamtliche – Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 1 von 3)	225
Tabelle A 20: Ehrenamtliche - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 2 von 3)	226
Tabelle A 21: Ehrenamtliche - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 3 von 3)	227

A.1 Muster des Anschreibens für Krankenhäuser

Forschungsprojekt im Rahmen einer Promotionsarbeit zum Thema »Einbindung ehrenamtlich Engagierter in das Krankenhaus«

Hintergrund und Thema des Vorhabens:

In unserem Gesundheits- und Versorgungssystem müssen **immer mehr ältere mit hohem Unterstützungsbedarf Menschen versorgt** werden. Jedoch steht immer weniger Personal zur Verfügung und die finanziellen Mittel der sozialen Sicherheitssysteme sind begrenzt. Aus Sicht von Krankenhauspersonal kommt es hierdurch bereits zu Einschränkungen in der Versorgung, insbesondere im Bereich der persönlichen Zuwendung zu Patient(inn)en und der Kommunikation mit diesen (Reiferscheid et al. 2016)⁶. Damit aber auch zukünftig eine bedürfnisorientierte gesundheitliche, pflegerische und soziale Versorgung sichergestellt werden kann, fordern Politik und Fachexpert(inn)en die systematische **Einbindung Ehrenamtlicher in den „Versorgungsmix“**, das Zusammenspiel von Familie, Fachpersonal und Gesellschaft in der Versorgung erkrankter und pflegebedürftiger Menschen (z. B. Klie 2013, Görres et al. 2016). Obwohl in vielen Krankenhäusern die Unterstützung Ehrenamtlicher, beispielsweise durch „Grüne Damen und Herren“, bereits Tradition hat, ist die **geplante Einbindung Ehrenamtlicher in das Versorgungssystem derzeit noch eher eine Vision (ZQP 2013)**.

Welche Ziele Krankenhäuser durch den Einbezug Ehrenamtlicher erreichen möchten, ist kaum untersucht. Ebenso wenig weiß man darüber, welche **Ziele die Ehrenamtlichen durch ihr Engagement in der akutstationären Versorgung anstreben**. Konkrete **Ziele sind jedoch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Personen motiviert engagieren (Heckhausen & Heckhausen 2010, Rheinberg & Vollmeyer 2012)**. Arbeiten verschiedene Personen miteinander – etwa das Personal in Krankenhäusern und die beteiligten Ehrenamtlichen – hängt der Erfolg ihrer Arbeit davon ab, dass **ihre jeweiligen Ziele übereinstimmen (z. B. Bargh et al. 2010, Wirtz 2014)**.

Ziele des Vorhabens:

Das Forschungsprojekt beschäftigt sich daher mit folgenden Fragen.

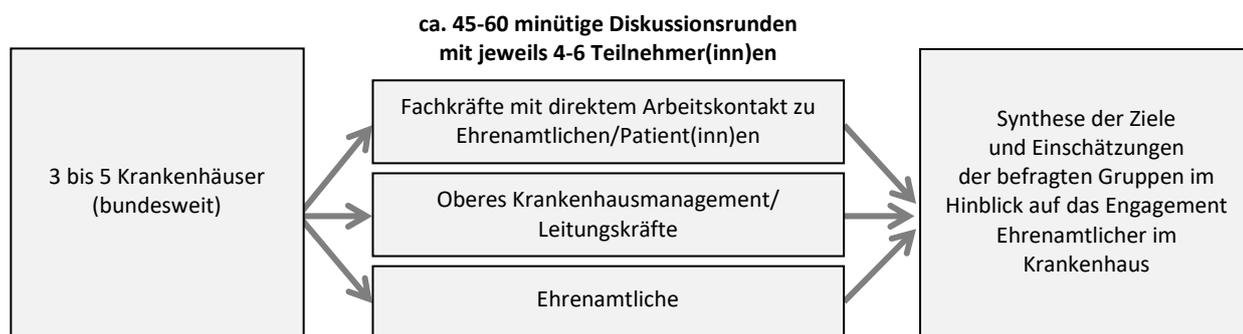
Perspektive der Krankenhäuser	Perspektive der Ehrenamtlichen
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Ziele verfolgen Krankenhäuser bzw. deren Beschäftigte mit der Einbindung Ehrenamtlicher? • Werden die angestrebten Ziele erreicht? • Welche Faktoren beeinflussen die Zielerreichung? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Ziele verfolgen Ehrenamtliche mit ihrem Engagement im Krankenhaus? • Werden die angestrebten Ziele erreicht? • Welche Faktoren beeinflussen die Zielerreichung?

Aus den Ergebnissen werden **Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den angestrebten Zielen der beiden agierenden Gruppen** abgeleitet. Es wird herausgearbeitet, welche **Aspekte das Erreichen der angestrebten Ziele fördern bzw. hemmen**. Weiterhin sollen **Best-Practice-Beispiele und Empfehlungen zur gelungenen Einbindung von Ehrenamtlichen in den Krankenhausalltag** gegeben werden, die die Ziele beider Gruppen bestmöglich berücksichtigen.

⁶ Literatur bei der Verfasserin

Methodische Vorgehensweise:

Um die Perspektiven und Einschätzungen des Klinikpersonals sowie der Ehrenamtlichen zu erfassen, werden **Gruppendiskussionen in etwa 3 bis 5 Krankenhäusern** bundesweit durchgeführt. Damit eine gegenseitige Beeinflussung der Teilnehmer(innen) vermieden wird, nehmen Ehrenamtliche und Krankenhauspersonal an unterschiedlichen Diskussionsrunden teil. Ebenso werden die Teilnehmenden auf der Seite des Personals in zwei Gruppen aufgeteilt: Eine Gruppe mit Personen, die unmittelbaren Arbeitskontakt zu Ehrenamtlichen und Patient(inn)en haben und eine weitere mit Führungs- bzw. Leitungskräften, die in Managementpositionen ohne direkten Kontakt zu Ehrenamtlichen und Patient(inn)en tätig sind. Somit finden **in jedem Krankenhaus drei Diskussionsrunden statt. An jeder Diskussion sollen 4-6 Personen teilnehmen. Die Dauer der Diskussionsrunden beträgt ca. 45 bis 60 Minuten pro Runde.**



Außerdem werden die Teilnehmer(innen) gebeten, in einem **Kurzfragebogen Merkmale wie Alter, Geschlecht und Tätigkeitsfeld** anzugeben. In jedem **Krankenhaus werden einmalig strukturelle Gegebenheiten**, u. a. Größe des Hauses, Anzahl der Ehrenamtlichen, Einsatzgebiete der Ehrenamtlichen erfragt. Die Diskussionsrunden werden **elektronisch aufgezeichnet, in pseudonymisierter Form verschriftlicht** und gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) ausgewertet.

Datenschutz:

Die Angaben der teilnehmenden Personen werden nur zum genannten Studienzweck genutzt, nicht an Dritte weitergegeben und lediglich in zusammengefasster Form veröffentlicht. Aus den Endergebnissen lassen sich **weder Rückschlüsse auf die teilnehmenden Krankenhäuser noch auf die beteiligten Personen ableiten.**

Weitere Informationen und Kontaktdaten:

Der geplante Zeitraum zur Durchführung der Diskussionsrunden liegt (nach individueller Vereinbarung) im Februar und im März 2017.

Selbstverständlich erhalten alle beteiligten Krankenhäuser einen Endbericht, in dem die Ergebnisse dargestellt werden - auf Wunsch auch die individuellen Ergebnisse ihres Hauses.

Ich freue mich sehr über eine Beteiligung Ihres Hauses an meinem Forschungsvorhaben und stehe für alle Rückfragen zu Ihrer Verfügung.

A.2 Muster der Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer Gruppendiskussionsrunde und zur Beantwortung des Kurzfragebogens

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, an der Gruppendiskussion zum Thema „Einbindung ehrenamtlich Engagierter in das Krankenhaus“ teilzunehmen und den ausgehändigten Kurzfragebogen zu beantworten.

Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und mir keinerlei Nachteile entstehen, wenn ich nicht teilnehmen möchte. Ich kann mein Einverständnis zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen.

Meine Angaben werden absolut vertraulich gemäß dem Datenschutzgesetz behandelt und pseudonymisiert ausgewertet. Hierdurch sind keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Krankenhäuser möglich.

Ich wurde darüber informiert, dass die Diskussionsrunde auf ein Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht wird. Die Daten werden nach spätestens 10 Jahren ab Aufnahmedatum vernichtet.

Alle an dem Projekt beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht. Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus sowie Vorgesetzte erhalten keinerlei Einblick in die erhobenen Daten.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur zu wissenschaftlichen Zwecken innerhalb dieses Projekts genutzt, welches keine kommerziellen Interessen verfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

A.3 Muster der Kurzfragebögen

A.3.1 Strukturelle Merkmale der Krankenhäuser

Kurzfragebogen zur Erfassung der Struktur des Krankenhauses

In diesem Fragebogen geht es darum, die Struktur Ihres Krankenhauses sowie die Rahmenbindungen des ehrenamtlichen Engagements in Ihrer Klinik zu erfassen. Ihre Angaben werden nicht mit dem Namen Ihrer Klinik verknüpft.

Angaben zur Größe und zur Trägerschaft des Krankenhauses

Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus? _____ Betten

Wie viele Fachabteilungen hat Ihr Krankenhaus _____ Fachabteilungen

Wie viele hauptberuflich Beschäftigte hat Ihr Krankenhaus? _____ Beschäftigte

Unter welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Krankenhaus?

- öffentlich
- freigemeinnützig
- kirchlich/konfessionell
- privat

Angaben zum Ehrenamt in Ihrem Krankenhaus

Wie viele Ehrenamtliche sind regelmäßig in Ihrem Krankenhaus tätig? *(Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte)* _____ Ehrenamtliche

Wie erfolgt die Koordination und Steuerung der Ehrenamtlichen Ihres Krankenhauses?

- über eine/n feste/n Koordinator/in aus der Gruppe der Ehrenamtlichen
- über eine wechselnde Koordinator/in aus der Gruppe der Ehrenamtlichen
- über hauptberufliche Mitarbeiter/innen, die diese Aufgabe übernehmen, ohne dass sie fest in der Stellenbeschreibung verankert ist (*in Frage kommen z. B. Krankenhausseelsorge, Sozialdienst*), nämlich über

-
- über hauptberufliche Mitarbeiter/innen, bei der/dem diese Aufgabe fester Bestandteil der Stellenbeschreibung ist
Wie hoch ist der prozentuale Stellenanteil dieser Koordinatorenstelle (*bezogen auf eine reguläre Wochenarbeitszeit zwischen 38,5 und 40h/Woche*)?

%

In welchen Fachabteilungen Ihres Hauses kommen die Ehrenamtlichen überwiegend zum Einsatz?

Bitte skizzieren Sie in einigen Stichworten, welche Tätigkeiten die Ehrenamtlichen Ihres Krankenhauses übernehmen (*z. B. Gespräche und Zuwendung für Patienten, Botengänge, Sitzwache bei Patienten, Patientenbibliothek, usw.*)!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

A.3.2 Merkmale von Leitungsebene und Hauptberuflichen

Kurzfragebogen für Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer (Hauptberufliche)

In diesem kurzen Fragebogen geht es darum, verschiedene persönliche und auf Ihre Tätigkeit im Krankenhaus bezogene Merkmale zu erfassen. Ihre Angaben werden nicht mit Ihrem Namen verknüpft.

Angaben zu Ihrer Person

Sie sind weiblich? männlich?

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Angaben zu Ihrer Tätigkeit/Funktion im Krankenhaus

In welcher Funktion sind Sie tätig?

- In der Pflege (mit direktem Patientenkontakt)
- Im Sozialdienst
- In einer Management- oder Leitungsfunktion
- In einer anderer Funktion, als _____

Angaben zum Kontakt mit Ehrenamtlichen in Ihrem Arbeitsumfeld

Wie häufig haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag direkten Kontakt zu Ehrenamtlichen in Ihrem Krankenhaus?

(Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte!)

- täglich
- mind. 1x in der Woche
- mind. 1x im Monat
- seltener als 1x im Monat
- nie

Wenn Sie direkten Kontakt zu Ehrenamtlichen in Ihrem Krankenhaus haben:

In welcher Form haben Sie diesen Kontakt?

- In der direkten Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen im Rahmen der Patientenversorgung
- In einer die Ehrenamtlichen leitenden bzw. steuernden Funktion
- In einer anderen Form, und zwar so:

Bitte skizzieren Sie in einigen Stichworten, wie sich dieser Kontakt in Ihrem Arbeitsalltag konkret gestaltet (z. B. *Gespräche mit Ehrenamtlichen, Anleitung der Ehrenamtlichen, gemeinsame Versorgung von Patienten*)!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

A.3.3 Merkmale der Ehrenamtlichen

Kurzfragebogen für Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer (Ehrenamtliche)

In diesem Fragebogen geht es darum, persönliche Merkmale und bestimmte, auf Ihre Tätigkeit im Krankenhaus bezogene Merkmale zu erfassen. Ihre Angaben werden nicht mit Ihrem Namen verknüpft.

Angaben zu Ihrer Person

Sie sind weiblich? männlich?

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Angaben zur Dauer Ihres ehrenamtlichen Engagements im Krankenhaus

Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits ohne längere Unterbrechungen ehrenamtlich im Krankenhaus aktiv? *(Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte!)* _____ Jahre (Monate)

Wie regelmäßig sind Sie ehrenamtlich im Krankenhaus tätig? *(Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte!)*

- täglich
- 2-3x in der Woche
- 1x in der Woche
- 2x im Monat
- 1x im Monat
- seltener als 1x im Monat

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich an den einzelnen Tagen, an denen Sie ehrenamtlich im Krankenhaus tätig sind? *(Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte!)* _____ Stunden

Angaben zu Ihrem Tätigkeitsfeld

Bitte beschreiben Sie in einigen Stichworten, welche Tätigkeiten Sie im Rahmen Ihres Ehrenamts im Krankenhaus übernehmen (z. B. *Gespräche mit Patienten, Botengänge, Sitzwache bei Patienten, usw.*)!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

A.4 Leitfragen der Gruppendiskussionen

Tabelle A 1: Leitfragen der Gruppendiskussionen

Gruppendiskussion	Leitungsebene Hauptberufliches Personal	Ehrenamtliche
Einstiegsfrage als Diskussionsanreiz	<p>„Es wird ja viel über die Bedeutung beziehungsweise die Notwendigkeit des Ehrenamts im Bereich Pflege und Gesundheitsversorgung gesprochen: Meine Fragen an Sie lauten daher: Warum setzen Sie in Ihrer Klinik Ehrenamtliche ein? Was erwarten Sie sich von der Einbindung Ehrenamtlicher?“</p>	<p>„Warum sind Sie ehrenamtlich im Krankenhaus tätig? Was erwarten Sie sich von Ihrem Engagement im Krankenhaus?“</p> <p>„(Dabei geht es nicht darum, weshalb Sie überhaupt ehrenamtlich tätig sind sondern darum, weshalb Sie im Krankenhaus und nicht in einem anderen Bereich tätig sind.)“</p>
Immanente Rückfragen, (Einsatz je nach Verlauf der Diskussion)	<p>„Wenn Sie über alle die Gründe, die Sie nun für das Ehrenamt in Ihrem Krankenhaus genannt haben, nachdenken: Inwieweit lässt sich das alles so umsetzen, wie Sie es erwarten beziehungsweise sich erhoffen?“</p> <p>„Welche Bedingungen müssten bestehen – das heißt wie und was muss oder müsste Ihrer Meinung nach gegeben sein, damit sich Ihre Erwartungen erfüllen?“</p> <p>„Wovon hängt es ab, ob sich etwas umsetzen lässt oder nicht?“</p>	

Je nach Verlauf der Diskussionsrunden wurden situationsbezogen weitere, spontan formulierte Rückfragen gestellt.

A.5 Kategoriensysteme und Kodierungen

A.5.1 Kategoriensystem Leitungsebene

Tabelle A 2: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiel	Ergänzende Kodierregel
<u>Ziele Leitungsebene</u> <u>Kategorie 1</u> Zeit und Zuwendung für Erkrankte	Ehrenamt im Krankenhaus zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten (zusätzliche) Zeit und Zuwendung zu schenken, für die Hauptberufliche im Versorgungsalltag nicht ausreichend zeitliche Ressourcen haben.	22	„Ehrenamtliche [können] den Patienten auch Zeit schenken, für ein Gespräch da sein, wofür das Personal heute in der Regel nicht mehr die entsprechenden Valenzen hat (...) und dann den Patienten das Gefühl geben, hier ist noch jemand da, der kann zuhören, was er sonst im Täglichen nicht mehr so stark erlebt“ (KH 2, L, Zeile 30)	
<u>Ziele Leitungsebene</u> <u>Kategorie 1.1</u> Gespräche auf Alltagsebene	Mit Ehrenamtlichen können Erkrankte Alltagsgespräche führen, die in keinem Zusammenhang zur medizinisch-pflegerischen Versorgung stehen. Ehrenamtliche haben Zeit, diesen Gesprächen zuzuhören.	14	„Weil gerade auch die Gespräche, wenn jemand durch eine Erkrankung eine Lebenskrise erfährt, dann sind die Gespräche [wichtig] (...). Es geht wirklich um Alltagsgespräche. Dass man mal sagen kann: 'Wie ist denn das Weiter draußen?' oder: 'Ich habe zuhause einen Vogel, ich hoffe, die Nachbarin kümmert sich um den'“ (KH 1, L, Zeile 217)	
<u>Ziele Leitungsebene</u> <u>Kategorie 1.2</u> Alltagsnahe praktische Unterstützung	Ehrenamtliche unterstützen Erkrankte in alltagspraktischen Dingen, sie bieten einen „Service“, den Hauptberufliche nicht übernehmen können	12	„Das sind Dinge, die man von keiner professionell Pflegenden oder anderen Kraft erwarten darf, im Krankenhaus kleinere Besorgungen zu machen oder im Kaufhof etwas zu kaufen“ (KH 4, L, Zeile 19)	
<u>Ziele Leitungsebene</u> <u>Kategorie 1.3</u> Entlastung des Personals	Die Tätigkeit der Ehrenamtlichen entlastet das hauptberufliche Personal und das (professionelle) System	8	„Ihre ausübende Funktion ist ja (...), im Alltag eine Funktion, die zu der Entlastung der Struktur führt“ (KH 3, L, Zeile 135)	

Tabelle A 3: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiel	Ergänzende Kodierregel
Ziele Leitungsebene Kategorie 1.4 Unterstützung der Genesung	Der Beitrag von Ehrenamtlichen im Krankenhaus trägt positiv zur Genesung der Patientinnen und Patienten bei.	5	„Sich das Problem mal von der Seele zu reden, mit einem ins Gespräch zu kommen, das hilft schon viel beim Gesundheitsprozess, bin ich 100% davon überzeugt“ (KH 2, L, Zeile 58)	
Ziele Leitungsebene Kategorie 2 Ehrenamt aus Tradition	Das Ehrenamt gilt in Krankenhäusern als eine Art „Tradition“, die Gesellschaft erwartet, dass Krankenhäuser offen für das Ehrenamt sind.	24	„Das [Ehrenamt ist] sicher wesentlicher Bestandteil des Krankenhauses. Wenn sie nicht da wären, würde auch was fehlen“ (KH 4, L, Zeile)	
Ziele Leitungsebene Kategorie 2.1 Angebot von Ehrenamt	Krankenhäuser als soziale Einrichtungen sollten sich als Orte präsentieren, die Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement eröffnen.	16	„Menschen die sich ehrenamtlich betätigen möchten, auch die Möglichkeit zu geben, das zu tun (...). Ein Krankenhaus ist ein guter Ort, um solche Möglichkeiten zu bieten“ (KH 2, L, Zeile 23)	
Ziele Leitungsebene Kategorie 3 Ehrenamt als Schnittstelle	Ehrenamtliche haben das Potenzial, wichtige Vermittelnde/Schnittstellen zwischen Hauptberuflichen und Erkrankten/Angehörigen sowie zwischen Krankenhaus und Öffentlichkeit zu sein.	10	„Die Grünen Damen und Herren (...) sind ganz wichtige Transporteure von Informationen, von Haltungen (...) Das sind wichtige Multiplikatoren (KH 1. L, Zeile 409)	
Ziele Leitungsebene Kategorie 3.1 Neutrale Gesprächspersonen in der Institution Krankenhaus	Dadurch, dass Ehrenamtliche nicht in einem bezahlten, vertraglichen Abhängigkeitsverhältnis zur Institution stehen, sind sie für Erkrankte neutrale, vermittelnde Gesprächspersonen.	4	„Es [ist] sehr wichtig, dass das ehrenamtlich ist, dass die [Position] unabhängig ist für einen Patienten (...). Das ist sicher eine sehr wichtige Funktion, weil er die Klagen, sagen wir nicht Beschwerden, aber das gewisse Wollen der Patienten ohne irrendwelche Bindungen vortragen kann“ (KH 4, L, Zeile 83)	Kodiert werden nur Textstellen, die die neutralere Position der Ehrenamtlichen im Vergleich zu Hauptberuflichen herausstellen.

Tabelle A 4: Leitungsebene - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 3 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiel	Ergänzende Kodierregel
Ziele Leitungsebene Kategorie 4 Personalgewinnung und Personalbindung	<p>Die Möglichkeit, sich ehrenamtlich im Krankenhaus zu engagieren, unterstützt bei der Gewinnung von neuem Personal und der Bindung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Ruhestand ehrenamtlich tätig werden möchten.</p>	<p>6</p>	<p>„Wir erleben es sehr häufig. (...) dass viele von denen das [Ehrenamt] auch als Einstieg sehen, um dann eine Berufsausbildung oder Studium in diesem Bereich zu machen. Das ist ja auch nochmal ein Gewinn für die Institutionen, für die verschiedenen Berufe (...). Da waren viele dabei, die das vorher eigentlich überhaupt nicht für sich in Erwägung gezogen hatten.“ (KH 3, L, Zeile 280)</p> <p>„Was sich sehr bewährt hat, ist, ehemalige Mitarbeiter als Ehrenamtliche einzusetzen, um einfach deren Kenntnisse, Erfahrungen über die Berentung hinaus nutzen zu können, indem sie sich zu bestimmten Themen einbringen können. Somit bleibt das Fachwissen auch über längere Zeit einfach in der Klinik und die Erfahrung, die man an keinen weitergeben kann. Fachwissen kann ich weitergeben, aber keine Erfahrung und so kann man das auch mit nutzen von daher bietet es sich immer an, Ehrenamtliche miteinzubinden.“ (KH 2, L, Zeile 16)</p>	

Tabelle A 5: Leitungsebene - Einflussfaktoren der Zielerreichung

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Zielerreichung Leitungsebene Kategorie 1 Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen	Ehrenamtliche und Hauptberufliche müssen gut zusammenarbeiten und kommunizieren, damit die erwünschten Ziele erreicht werden können.	5	„Dass die sich also zuerst bei der Pflege noch einmal informieren: 'Wo kann ich heute hin?' Und die Pflege dann die Möglichkeit hat, nach ihrem Erleben zu sagen, dort wäre es ganz gut, wenn mal jemand eine viertel Stunde dann so arbeitet in der die Dinge dann so abarbeitet in dem Sinn“ (KH 2, L, Zeile 126)	
Zielerreichung Leitungsebene Kategorie 1 Vernetzung „System Krankenhaus“ mit „Parallelwelt Ehrenamt“	Eine Vernetzung zwischen der Institution Krankenhaus und dem als „Parallelwelt“ wahrgenommenen Ehrenamt wird als wichtig erachtet.	2	„Die Erwartung ist ja, dass Ehrenamtliche nicht die Pflege oder die Ärzte belasten, sondern was Gutes für die Patienten tun. Dafür braucht so eine Stelle, die einfach auch vermittelt zwischen dem System und dem Ehrenamt“ (KH 3, L, Zeile 89)	
Zielerreichung Leitungsebene Kategorie 2 Persönlichkeit der Ehrenamtlichen	Die persönliche Eignung der Ehrenamtlichen (gute Zuhörerinnen/Zuhörer, psychische Eignung zum Umgang mit belastenden Situationen) ist ein wichtiger Einflussfaktor	6	„Was letztlich als Ergebnis kommt, ist natürlich auch personenabhängig. Weil die Grünen Damen sind ja keine homogene Masse“ (KH 1, L, Zeile 478)	

**Tabelle A 6: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 1 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an Machbarkeit	Erwartungen hinsichtlich Bedingungen und Ressourcen, die innerhalb der Krankenhäuser herrschen und aufgewendet werden müssen, damit Ehrenamt machbar wird.			
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 1 Abgrenzung von Ehrenamt und Professionalität	Ehrenamt ist kein Ersatz/Kompensation von professionellen Versorgungsleistungen durch Hauptberufliche; Tätigkeitsfelder müssen gut voneinander abgegrenzt werden	24	„Bei Ehrenamt muss es eine klare Abgrenzung zur Professionalität geben also ‚was darf ich?‘, es muss eine klare Beschreibung da sein, ‚was darf ich als Ehrenamtlicher, wo ist meine Grenze und was darf ich nicht‘ (...) nur dann kann es funktionieren“ (KH 2, L, Zeile 106)	
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 2 Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen	Es ist zu beachten, dass Ehrenamtliche selbstbestimmt anwesend sind und handeln. Sie sind nicht an das Krankenhaus gebunden, diese Selbstbestimmung ist charakteristisch für das Ehrenamt.	28	„Also unsere Steuerbarkeit bezieht sich überhaupt nicht auf die Organisation [der Ehrenamtlichen]. Im Grunde haben die ein eigenes Selbstverständnis, man kann ins Gespräch gehen, aber das bleibt die Entscheidung der Organisation [der Ehrenamtlichen], ob sie das machen oder ob sie das nicht tun“ (KH 1, L, Zeile 589)	
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 2.1 Erschwerte Planbarkeit	Selbstbestimmung, und hieraus hervorgehend, die geringe Steuerbarkeit der Krankenhäuser erschweren die Planbarkeit des Einsatzes der Ehrenamtlichen	9	„Selbst wenn die befähigt wären, bin ich so abhängig. Weil das ja eine freiwillige Leistung ist, das ich keine Leistung planen kann und das geht einfach nicht“ (KH 1, L, Zeile 226)	

**Tabelle A 7: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 2 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
<u>Erwartungen Leitungsebene Kategorie 3</u> Ressourcenaufwand	Ehrenamt im Krankenhaus erfordert einen hohen Aufwand und unternehmerischen Ressourceneinsatz – finanziell, personell, organisatorisch.	13	„ <i>Natürlich [muss] die Institution auch investieren. Die muss Koordinatoren einstellen, die muss die Strukturen bereithalten, muss das auch leiten, insbesondere bei solchen großen Instituten. Das kostet eben Geld“ (KH 3, L, Zeile 313)</i>	
<u>Erwartungen Leitungsebene Kategorie 3.1</u> Koordination und Organisation	Ehrenamt im Krankenhaus muss gut organisiert werden, die Ehrenamtlichen müssen koordiniert werden.	7	„ <i>Wenn es eine gute ehrenamtliche Organisation gibt, es gibt jemanden, der die Ehrenamtlichen koordiniert (...) dann ist das eine deutliche Unterstützung fürs Krankenhaus (...). Wenn es aber schlecht organisiert ist, ist es manchmal fürs Krankenhaus eine Belastung“ (KH 2, L, Zeile 179)</i>	
<u>Erwartungen Leitungsebene Kategorie 3.2</u> Unterstützung Ehrenamtlicher	Ehrenamtliche müssen bei ihrer Tätigkeit kontinuierlich unterstützt und begleitet werden, was aufwändig ist.	12	„ <i>Man muss eine enge Begleitung haben (...). Das Schlechteste, was man tun kann, (...) ist, die Ehrenamtlichen einfach laufen zu lassen“ (KH 2, L, Zeile 258)</i>	
<u>Erwartungen Leitungsebene Kategorie 3.3</u> Anleitung und Schulung	Ehrenamtliche im Krankenhaus müssen zur qualitativ guten Ausübung ihrer Tätigkeit in Schulungen und Fortbildungen vorbereitet werden.	15	„ <i>Es ist vielleicht anders, in einem Krankenhaus ehrenamtlich zu arbeiten als in einem anderen Bereich (...). Insofern gibt es da eine Verantwortung seitens des Dienstgebers, entsprechend zu schulen“ (KH 4, L, Zeile 55)</i>	

Tabelle A 8: Leitungsebene - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 3 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an Erfolg	Erwartungen an situative äußere, nicht unmittelbar durch das Krankenhaus steuerbare Gegebenheiten, die den Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus beeinflussen.			
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 4 Nutzenbewertung des Ehrenamts	Der Nutzen von Ehrenamt im Krankenhaus kann für das Unternehmen nicht valide bemessen/bewertet werden bzw. ist nicht nachgewiesen, was die Erwartungen an einen Erfolg senkt.	23	„Das ist ja eine fast nicht messbare Größe (...) das ist 'nice to have', aber nicht wirklich ein messbarer Benefit“ (KH 1, L, Zeile 344)	
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 5 Bedingungen der Krankenhausversorgung	Aufgrund veränderter Bedingungen der Krankenhausversorgung (v. a. Zeit-/Arbeitsdruck von Hauptberuflichen wird die Tätigkeit Ehrenamtlicher zukünftig wichtiger Es muss darauf geachtet werden, dass Ehrenamt Versorgungprobleme nicht „verschleiern“.	17	„Die [Ehrenamtlichen führen] Gespräche mit unseren Patienten, Kontakte einfach pflegen. Das ist so ein Punkt, der natürlich bei dem Fachkräftemangel, den wir haben, einfach vom enormen Zeitaufwand, von den Pflegenden meistens gar nicht mehr zu leisten ist“ (KH 1, L, Zeile 16)	
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 6 Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus	Das „klassische“ Ehrenamt im Krankenhaus scheint unattraktiv. Vielfach bestehen Nachwuchsprobleme.	22	„Ehrenamt hat ja jetzt (...) zunehmend auch Nachwuchsprobleme (...). Das ist ein auslaufendes Modell aus meiner Vorstellung heraus“ (KH 1, L, Zeile 352)	
Erwartungen Leitungsebene Kategorie 7 Veränderte familiäre Strukturen	Durch veränderte familiäre Strukturen (geringere Kinderzahl, steigende Entfernungen zwischen Wohnorten) wird die Unterstützung durch Ehrenamtliche wichtiger.	6	„Der Angehörige fehlt zunehmend. Entweder, weil sie nicht vor Ort wohnen (...), entweder, weil es keine gibt. fragt (...) das sind klassische Bereiche, die das Ehrenamt übernimmt“ (KH 4, L, Zeile 333)	

A.5.2 Kategoriensystem Personal

Tabelle A 9: Personal - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 2)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
<u>Ziele Personal</u> <u>Kategorie 1</u> <u>Zeit und Zuwendung</u> <u>für Erkrankte</u>	Ehrenamt im Krankenhaus zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten (zusätzliche) Zeit und Zuwendung zu schenken.	20	„Einfach den Patienten auch Zeit geben, die Zeit, die wir von der Pflege oftmals nicht haben, wenn man morgens durchläuft und so in der Hetze ist. (...) Die sind nicht zeitlich begrenzt und müssen auf die Uhr gucken. Ich muss jetzt weg oder ich muss jetzt zum nächsten Patienten“ (KH 2, P, Zeile 477)	
<u>Ziele Personal</u> <u>Kategorie 1.1</u> <u>Gespräche auf Alltags-</u> <u>ebene</u>	Mit Ehrenamtlichen können Erkrankte, auf „Augenhöhe“ auch längere „normale“, alltagsnahe Gespräche ohne Bezug zur Krankheit führen.	22	„Dass es einen Kontakt gibt, wo man nichts soll, sondern der so frei fließen kann. Dann habe ich den Eindruck, sind das Kontakte, wo andere Facetten der Patienten in den Fokus geraten als ihre Krankheit (...) Dann sind plötzlich Hobbies, Beruf, Lebenserfahrungen ein Thema“ (KH 3, P, Zeile 27)	
<u>Ziele Personal</u> <u>Kategorie 1.2</u> <u>Alltagsnahe praktische</u> <u>Unterstützung</u>	Ehrenamtliche unterstützen Erkrankte abseits der Pflege/Ver-sorgung in Alltagsangelegenheiten (z. B. kleinere Besorgungen für immobile Erkrankte).	8	„Es gibt da auch so praktische Nöte (...). Irgendwann hat man kein Bargeld mehr dabei und wenn man dann niemanden hat, der Bargeld besorgt oder (...) ist bettlägerig wegen einer Amputation, man braucht aber neue Zahnpasta, also diesen ganzen Bereich von ganz alltäglichen Handreichungen“ (KH 3, P, Zeile 189)	
<u>Ziele Personal</u> <u>Kategorie 1.2.1</u> <u>Begleitung für</u> <u>Erkrankte</u>	Ehrenamtliche begleiten Erkrankte auf Wegen innerhalb des Krankenhauses.	7	„Dieser Dienst bei uns am Empfang (...) ich komme von außen rein und komme jetzt in das fremde System (...) finde ich die Ehrenamtlichen wirklich einen Türöffner, (...) das wäre ja professionell kaum vorstellbar“ (KH 3, P, Zeile 197)	

Tabelle A 10: Personal - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 2)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Ziele Personal Kategorie 1.3 Entlastung des Personals	Ehrenamtliche entlasten das hauptberufliche Personal von Aufgaben außerhalb des medizinisch-pflegerischen Versorgungsauftrags und zeitaufwändigen Alltagsgesprächen mit Erkrankten. Dies schafft Freiräume für essentielle Aufgaben.	24	„Damit entlasten die uns in der Pflege. Wir können das Fachspezifische machen und die [Ehrenamtlichen] kümmern sich um das normal Menschliche“ (KH 2, P, Zeile 543)	
Ziele Personal Kategorie 1.4 Patientenzufriedenheit	Zeit und Zuwendung der Ehrenamtlichen verbessern Zufriedenheit und Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und letztlich den Genesungsprozess.	4	„Die Gespräche, es ist Therapie, es dient zum Wohlbefinden der Patienten, es dient auch, um genutzt werden dazu“ (KH 1, P, Zeile 633)	
Ziele Personal Kategorie 2 Ehrenamt als Schnittstelle	Ehrenamtliche tragen zur Vernetzung von Krankenhaus und der „Welt außerhalb“ des Krankenhauses bei – für Erkrankte ebenso wie für Personal.	3	„Die [Ehrenamtliche] kommt und macht einen Gesprächskreis für die Senioren einmal wöchentlich. Das ist ganz dienlich, weil die Dame jeden und alles kennt aus der Region“ (KH 1, P, Zeile 30)	
Ziele Personal Kategorie 2.1 Neutrale Gesprächspersonen in der Institution Krankenhaus	Ehrenamtliche sind nicht an das Krankenhaus als Institution gebunden, weshalb sie für Erkrankte im Vergleich zu Hauptberuflichen eine neutralere Position in Gesprächen einnehmen können.	2	„Wem kann man erzählen, wenn man sich über eine Schwester geärgert hat, man will aber nicht sofort die Beschwerde-Hotline [anrufen]. Das hat schon auch eine Entlastungs- und Reflexionsmöglichkeit [für Erkrankte], ohne, dass man Konsequenzen fürchten muss“ (KH 3, P, Zeile 175)	Kodiert werden nur Textstellen, die die neutralere Position der Ehrenamtlichen im Vergleich zu Hauptberuflichen herausstellen.

Tabelle A 11: Personal - Einflussfaktoren der Zielerreichung

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Zielerreichung Personal Kategorie 1 Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen	Ehrenamtliche und Hauptberufliche müssen gut zusammenarbeiten, kommunizieren und in einer guten Beziehung miteinander stehen, damit die erwünschten Ziele erreicht werden können.	17	„Wir haben zu denen wirklich ein sehr gutes Verhältnis und können denen auch gezielt sagen (...), der Patient, der bräuchte ganz dringend mal jemanden, der sich eine halbe Stunde neben ihm setzt und mal loslassen kann“ (KH 1, P, Zeile 62)	
Zielerreichung Personal Kategorie 1 Wertschätzender Umgang mit Ehrenamtlichen	Zur guten Zusammenarbeit ist es wichtig, dass das hauptberufliche Personal den Ehrenamtlichen mit Anerkennung und Wertschätzung begegnet.	2	„Dass sie auch irgendwo eine Anerkennung und eine Wertschätzung erfahren“ (KH 3, P, Zeile 233)	
Zielerreichung Personal Kategorie 2 Kompetenzen der Ehrenamtlichen	Ehrenamtliche benötigen soziale Kompetenzen sowie in Verbindung zu ihren Tätigkeiten stehende fachliche Grundkompetenzen, damit die Ziele erreicht werden können.	17	„Da [haben] wir einen hohen Anspruch an Schulung. Wir finden, dass die Ehrenamtlichen einfach Know-How haben müssen auch zum Krankheitsbild und zum Umgang mit älteren Leuten“ (KH 3, P, Zeile 388)	
Zielerreichung Personal Kategorie 2 Empathie der Ehrenamtlichen	Damit die erstrebten Ziele erreicht werden können, benötigen Ehrenamtliche Empathie im Umgang mit den Erkrankten.	15	„Die [Ehrenamtlichen] haben die Patienten nach der Diagnose gefragt und haben dann irgend- ein Kommentar zu denen gesagt (...). Es gab sehr oft, dass die [Ehrenamtlichen] weg waren und dass Patienten geweint haben“ (KH 2, P, Zeile 129)	Kodiert werden Textstellen, in denen zum Ausdruck kommt, dass Ehrenamtliche empathisch, verständnisvoll, aufgeschlossen sein sollten.

**Tabelle A 12: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 1 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an Machbarkeit	Erwartungen hinsichtlich Bedingungen und Ressourcen, die innerhalb der Krankenhäuser herrschen und aufgewendet werden müssen, damit Ehrenamt machbar wird.			
Erwartungen Personal-Kategorie 1 Kenntnisse des Personals über das Ehrenamt	Hauptberufliche benötigen mehr Kenntnisse und Wissen über das Ehrenamt im Krankenhaus (z. B. Tätigkeitsfelder der Ehrenamtlichen) und die Ehrenamtlichen (z. B. ihre Anwesenheitszeiten, ihre Erwartungen).	28	„Es ist halt immer diese Unwissenheit oder das man nix an der Hand hat, wo man dann klar mal sieht, was jetzt wirklich die Aufgaben sind“ (KH 4, P, Zeile 472).	
Erwartungen Personal-Kategorie 2 Selbstbestimmung der Ehrenamtlichen	Ehrenamtliche agieren selbstbestimmt, sie können nicht einfach mit Tätigkeiten beauftragt werden, ihre Wünsche/Interessen müssen berücksichtigt werden.	8	„Das Ehrenamt hat ja auch die Freiheit. Also, die sind nicht genau dann da, wenn man sie vielleicht gerade brauchen könnte, sondern die sind dann da, wenn die eben da sind“ (KH 3, P, Zeile 493)	
Erwartungen Personal-Kategorie 2.1 Erschwerte Planbarkeit	Ihre Selbstbestimmung erschwert, dass die Ehrenamtlichen fest in die Versorgung eingeplant werden können.	13	„Wenn ich genau wüsste, sie kommt immer dienstags, könnte ich natürlich auch ein bisschen gezielter gucken, wo wir einsame Patienten [haben] (...) Dazu bräuchte ich aber eine gewisse Zuverlässigkeit (KH 2, P, Zeile 529)	
Erwartungen Personal-Kategorie 3 Förderung durch die Leitungsebene	Ehrenamt im Krankenhaus ist nur machbar, wenn es durch die Leitungsebene gefördert und unterstützt wird.	11	„Das Ehrenamt muss absolut gewollt sein und gewünscht sein von der Einrichtung – von oben bis unten, (...) denn sonst funktioniert es nicht lange (...). Es braucht diese Strukturen“ (KH 3, P, Zeile 232)	

**Tabelle A 13: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 2 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen Personal Kategorie 4 Organisationsaufwand	Zur Machbarkeit von Ehrenamt im Krankenhaus bedarf es eines hohen Organisationsaufwand durch das hauptberufliche Personal.	10	„Theoretisch gefragt, würden die Berufsgruppen immer sagen, das ist eine Bereicherung. Aber wenn es praktisch wird, ist zunächst dieser Organisationsaufwand und die Belastung spürbar.“ (KH 3, P, Zeile 490)	
Erwartungen Personal Kategorie 5 Akzeptanz des Ehrenamts durch Hauptberufliche	Die Hauptberuflichen müssen akzeptieren bzw. annehmen, dass Ehrenamtliche ihr (professionelles) Aufgabenspektrum in einigen (als angenehm empfundenen) Bereichen ergänzen.	7	„Das ist etwas, was ich häufiger gehört habe: ‚Ach, jetzt machen die die schönen Sachen, dieses Dazusetzen, zu spielen, weswegen wir eigentlich Krankenpfleger geworden sind‘. Das stimmt, aber das ist einfach so eine Tendenz mit der Ausdifferenzierung (KH 3, P, Zeile 134)	

**Tabelle A 14: Personal - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 3 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an Erfolg	Erwartungen an situative äußere, nicht unmittelbar durch das Krankenhaus steuerbare Gegebenheiten, die den Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus beeinflussen.			
Erwartungen Personal Kategorie 6 Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus	Es wird erwartet, dass Ehrenamt, v. a. Ehrenamt im Krankenhaus in seiner aktuellen Ausgestaltung unattraktiv ist. Hieraus folgt ein Mangel an Ehrenamtlichen.	28	„Das Ehrenamt an sich ist nicht mehr das, was die Leute machen wollen oder [wofür] die Zeit nicht mehr da ist“ (KH 2, P, Zeile 359)	
Erwartungen Personal Kategorie 6.1 Finanzielle Anreize	Das Personal erwartet, dass finanzielle Anreize das Ehrenamt im Krankenhaus attraktiver machen.	10	„Das Hauptproblem ist eigentlich, dass man über so ein Ehrenamt nix verdient. Wenn die Vergütung irgendwie gerecht wäre, dann hätten wir die ganzen Probleme [der mangelnden Attraktivität] nicht“ (KH 1, P, Zeile 252)	
Erwartungen Personal Kategorie 6.2 Zugang zum Ehrenamt	Der Zugang zum Ehrenamt im Krankenhaus scheint unklar, was den Mangel an Ehrenamtlichen mitbegründet.	12	„Es gibt viele, die gar nicht wissen, wie sie an ein Ehrenamt drankommen (...), wie kann ich mich da einbringen“ (KH 1, P, Zeile 761)	
Erwartungen Personal Kategorie 7 Veränderte familiäre Strukturen	Veränderte familiäre Strukturen (z. B. weniger Kinder, gestiegene Entfernung zwischen Wohnorten) verstärken die Relevanz der Unterstützung durch Ehrenamtliche.	9	„Angehörige sind deutlich weniger (...). Die Kinder, die sind oftmals weit weg (...). Dann kommt niemand mehr (...). Die Leute sind alleine“ (KH 2, P, Zeile 320)	
Erwartungen Personal Kategorie 8 Politische Position zum Ehrenamt im Krankenhaus	Der zukünftige Erfolg hängt ab von der klareren politischen Positionierung für das Ehrenamt im Krankenhaus und entsprechender Förderung.	6	„Wenn Ehrenamt gewünscht ist, dass die Rahmenbedingungen (...) finanziert werden (...). Das sollte politisch viel mehr gelenkt werden“ (KH 3, P, Zeile 730)	

A.5.3 Kategoriensystem Ehrenamtliche

Tabelle A 15: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 1 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1</u> Zeit und Zuwendung für Erkrankte	Ehrenamtliche schenken Erkrankten (ohne selbst unter Zeitdruck zu stehen) Zeit und Zuwendung mit Nähe zur Alltags- und Lebenswelt (absichts der therapeutischen Versorgung).	25	„Manche brauchen ja einfach nur ein bisschen Zuwendung (...), möchten einfach nur jemanden haben“ (KH 3, E, Zeile 683)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.1</u> Gespräche auf Alltagsebene	Ziel von Ehrenamtlichen ist es, „normale“ Gespräche mit Erkrankten zu führen (nicht fachbezogen, nicht auf die Erkrankung bzw. ihre Therapie ausgerichtet).	11	„Normale Menschen (...) wir sollten keine Fachleute sein. Die Patienten sind auch durchweg normale Menschen (...). Man unterhält sich so, wie man sich mit Nachbarn unterhält. Normal, keine Fachgespräche führen“ (KH 1, E, Zeile 745)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.2</u> Alltagsnahe praktische Unterstützung	Ziel von Ehrenamt im Krankenhaus ist die praktische Unterstützung von Erkrankten in alltäglichen Tätigkeiten (z. B. kleinere Besorgungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses)	10	„Ganz praktische Sachen. Besorgungen zu machen für Menschen. Als kranker Mensch ist es manchmal eben wichtig, bestimmte Tauschleistungen, Kekse oder so etwas zu haben, wenn sonst alles weggebrochen ist“ (KH 4, E, 636)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.3</u> Emotional unbefangene Gesprächspartner	Für Erkrankte sind Ehrenamtliche Personen, zu denen im Gegensatz zu Angehörigen keine emotionale Bindung besteht, sie vertrauen ihnen Ängste und Sorgen in anderer Weise an.	3	„Die bedanken sich: 'Gut, dass ich mal jemanden hatte, mit dem ich ein bisschen reden konnte'. Das können nicht alle – mit ihren eigenen Leuten. Mal mit jemandem ganz anderen über die Krankheit sprechen“ (KH 4, E, Zeile 52)	Kodiert werden Textstellen, in denen zum Ausdruck kommt, dass Ehrenamtliche aufgrund ihrer emotionalen Unbefangtheit bedeutsam sind.

Tabelle A 16: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 2 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.4 Entlastung des Personals	Ehrenamtliche im Krankenhaus entlasten die Hauptberuflichen.	8	„Zu mir hat mal eine Schwester gesagt (...), sie würde das als Entlastung sehen, weil normalerweise müssten die sich um diese Dinge auch noch kümmern“ (KH 1, E, Zeile 516)	
Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.5 Patientenzufriedenheit	Die ehrenamtliche Unterstützung trägt zur Patientenzufriedenheit bei.	9	wird ganz oft gesagt: 'Das ist ja ein toller Service'. Das Krankenhaus hat schon Vorteile, wenn der Patient nach Hause geht und sagt: 'Mensch, da kann man hingehen, da sind die Sachen vor-handen oder die Leute haben Zeit oder (...) da wird sich um mich gekümmert'“ (KH 3, E, Zeile 206)	
Ziele Ehrenamtliche Kategorie 1.6 Kompensation fehlender Angehöriger	Ehrenamtliche tragen dazu bei, fehlende Angehörige zu ersetzen,	3	„Für Leute, die keine Angehörigen mehr haben und gerne jemanden hätten zum Reden. Dass man dann dafür da ist“ (KH 2, E, Zeile 29)	

Tabelle A 17: Ehrenamtliche - Ziele und erwünschte Folgen des Ehrenamts im Krankenhaus (Teil 3 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 2</u> Persönlicher Nutzen durch das Ehrenamt	Die Tätigkeit wird von Ehrenamtlichen als Mehrwert/Nutzen für sie persönlich wahrgenommen.	20	„Es ist nicht nur so, dass ich ehrenamtlich arbeite, um Gutes tun zu wollen oder andere Leute beglücken zu wollen, sondern man kriegt eine Menge zurück durch die Patientinnen und Patienten“ (KH 3, E, Zeile 52)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 2.1</u> Soziale Kontakte	Über ihre Tätigkeit knüpfen Ehrenamtliche soziale Kontakte (mit anderen Ehrenamtlichen, mit Hauptberuflichen, mit Erkrankten)	10	„Kontakt mit Menschen und immer wieder andere Menschen. (...) Man lernt auch Menschen kennen, auf die man sonst nie gekommen wäre“ (KH 1, E, Zeile 23)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 2.2</u> Ehrenamt als Form von Reziprozität	Das Ehrenamt dient als eine Art Gegenleistung/Wiedergutmachung für Hilfe und Unterstützung, die die Ehrenamtlichen selbst erfahren haben.	5	„Was ich erfahren habe an Zuwendung, an Gutem, möchte ich in der Form auch zurückgeben“ (KH 3, E, Zeile 28)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 2.3</u> Erfahrungen und Wissensweiterung	Das Ehrenamt im Krankenhaus dient Ehrenamtlichen dazu, ihr Wissen, ihre sozialen Kompetenzen und ihren Erfahrungshorizont zu erweitern.	3	„Ich habe im Laufe der Jahre einiges auch gelernt fürs gesamte Leben im Umgang mit Menschen, manches besser verstehen und beurteilen zu können“ (KH 1, E, Zeile 27)	
<u>Ziele Ehrenamtliche Kategorie 3</u> Ehrenamt als Schnittstelle	Ehrenamtliche übernehmen eine Vermittlungsrolle zwischen Hauptberuflichen und Erkrankten.	7	„Man könnte unsere Arbeit auch noch mehr nutzen und ausbauen in die Richtung, (...) dass wir so eine Art auch Vermittlung zu anderen Berufsgruppen geben, wo Bedarfe bestehen“ (KH 3, E, Zeile 292)	

Tabelle A 18: Ehrenamtliche - Einflussfaktoren der Zielerreichung

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Zielerreichung Ehrenamtliche Kategorie 1 Zusammenarbeit zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen	Ehrenamtliche und Hauptberufliche müssen gut zusammenarbeiten und kommunizieren, damit die erwünschten Ziele erreicht werden können. Hauptberufliche müssen Ehrenamtliche als einen Teil des Versorgungsteam integrieren.	27	<i>„Diese Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Team auf der Station und (...) mit denen, die ehrenamtlich arbeiten, das wäre eigentlich wünschenswert. Das sind zwei Sachen, die ja wirklich gut zusammenarbeiten könnten und dann könnte man die Leute direkt ansprechen“ (KH 3, E)</i>	

Tabelle A 19: Ehrenamtliche – Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 1 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an Machbarkeit	Erwartungen hinsichtlich Bedingungen und Ressourcen, die innerhalb der Krankenhäuser herrschen und aufgewendet werden müssen, damit Ehrenamt machbar wird.			
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 1	Hauptberufliches Personal müssen die Ehrenamtlichen wertschätzen und das Ehrenamt als Teil der Versorgung akzeptieren, damit dieses machbar wird.	21	<i>„Wir werden da auch sehr geschätzt auf dieser Station, wir werden überall mit hin eingeladen, es wird sich jedes Mal bedankt, wenn wir da sind. Es ist ganz toll“ (KH 4, E, Zeile 91)</i>	
Akzeptanz und Wertschätzung des Ehrenamts				
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 1	Die Machbarkeit von Ehrenamt im Krankenhaus wird beeinflusst durch die Einstellung und entsprechenden Rückhalt der Leitungsebene.	10	<i>„Das liegt an der Leitung, wenn die Leitung es nicht akzeptiert (...). Das find ich ganz toll, dass man wirklich vorgestellt wird. Dann sieht man, dass es doch auch der Leitung wichtig ist“ (KH 4, E, Zeile 442)</i>	
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 2	Ehrenamtliche bedürfen zur Ausübung ihres Engagements einer guten Unterstützung untereinander sowie seitens der Hauptberuflichen, z. B. bei Problemen.	7	<i>„Wir haben in Frau A, Frau B. und Frau C. immer wieder auch Ansprechpartner. Man kann immer wieder anrufen oder sagen: 'Ich habe da ein Problem'. Das ist wichtig, dass man eine Rückkoppelung hat oder das man nicht alleine steht“ (KH 3, E, Zeile 148)</i>	
Unterstützung der Ehrenamtlichen				

Tabelle A 20: Ehrenamtliche - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus (Teil 2 von 3)

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
<u>Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 2.1</u> Anleitung und Schulung	Zur Machbarkeit von Ehrenamt im Krankenhaus bedarf es der Anleitung und Schulung der Ehrenamtlichen.	5	„dass man bestimmte Dinge erstmal gelernt hat, bevor man das macht, dass man ein bisschen Einarbeitungszeit hat und, dass man hospitiert. Auch einmal im Monat die Fortbildung gehört schon dazu“ (KH 4, E, Zeile 487)	
<u>Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 3</u> Bekanntheit des Ehrenamts	Das Ehrenamt muss innerhalb des Krankenhauses bekannt sein.	2	„Bekanntheitsgrad natürlich (...) auf allen Ebenen beim Patienten beim Personal vielleicht auch in der Öffentlichkeit, das gehört da alles dazu“ (KH 3, E)	Kodiert werden Textstellen, in denen der allgemeine Bekanntheitsgrad thematisiert wird.
<u>Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 3.1</u> Bekanntheit unter Erkrankten	Unter Erkrankten muss bekannt sein, dass die ehrenamtliche Unterstützung angeboten wird und welche Tätigkeiten Ehrenamtliche übernehmen.	6	„Ich werde häufig [von Patientinnen und Patienten] gefragt: (...) Was machen sie denn eigentlich, was muss ich mir darunter vorstellen?“ (KH 3, E, Zeile 388)	Kodiert werden Textstellen, in denen der Bekanntheitsgrad unter Erkrankten thematisiert wird.
<u>Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 3.2</u> Bekanntheit unter Personal	Die Existenz der Ehrenamtlichen und die von ihnen übernommenen Tätigkeiten müssen unter dem Personal bekannt sein, damit Ehrenamt machbar ist.	3	„Wir müssen unseren Bekanntheitsgrad pflegen. Also, dass wir bei allen Schwestern, bei allen Ärzten bekannt sind“ (KH 1, E, Zeile 788)	Kodiert werden Textstellen, in denen der Bekanntheitsgrad unter dem Personal thematisiert wird.
<u>Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 4</u> Abgrenzung zwischen Ehrenamt und Professionalität	Die Tätigkeitsfelder von Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen müssen voneinander abgegrenzt werden, die Grenzen bekannt sein.	5	„Wobei ich auch wichtig finde, die Grenzen zu kennen. Also, dass da nicht Aufgaben übertragen werden, die nicht in dem Aufgabenbereich [der Ehrenamtlichen] liegen“ (KH 3, E, Zeile 397)	

**Tabelle A 21: Ehrenamtliche - Erwartungen an das Ehrenamt im Krankenhaus
(Teil 3 von 3)**

Kategorienbezeichnung	Definition	Kodierungen	Ankerbeispiele	Ergänzende Kodierregel
Erwartungen an den Erfolg	Erwartungen an situative äußere, nicht unmittelbar durch das Krankenhaus steuerbare Gegebenheiten, die den Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus beeinflussen.			
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 5 Attraktivität des Ehrenamts im Krankenhaus	Der Erfolg von Ehrenamt im Krankenhaus wird von außen beeinflusst durch die wahrgenommene mangelnde Attraktivität von Ehrenamt im Krankenhaus. Hieraus resultieren Probleme, Ehrenamtliche zu gewinnen.	7	„Wir suchen ja händeringend immer wieder Ehrenamtliche (...). Wir haben ja auch schon Leute gehabt, die gesagt haben, (...) 'Wir möchten gerne mitarbeiten' Die laufen zweimal mit über die Station und kommen nicht wieder, weil sie sagen, die Arbeit ist zu schwer“ (KH 3, E, Zeile 586)	
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 5.1 Finanzielle Anreize	Die Attraktivität wird beeinflusst durch finanzielle Anreize, wie sie das Ehrenamt im Krankenhaus meist nicht bietet.	7	„Es gibt mehr Ältere (...), die noch arbeiten möchten, nicht mehr so ganz können. Aber das [ist] mehr als eine Notwendigkeit zu betrachten, die man dann bei denen, die es brauchen, auch irgendwie finanziell entlohnen müsste“ (KH 1, E, Zeile 559)	
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 6 Veränderte familiäre Strukturen	Veränderte familiäre Strukturen (z. B. Berufstätigkeit der Kinder, berufliche Mobilität.) reduzieren die Besuchshäufigkeit von Angehörigen und machen ehrenamtliche Unterstützung relevanter.	6	„Es gibt ja immer mehr Leute die keinen also weniger Besuch kriegen, weil die Kinder ja arbeiten müssen, vielleicht sogar in einer anderen Stadt“ (KH 1, E, Zeile 87)	
Erwartungen Ehrenamtliche Kategorie 7 Bedingungen der Krankenhausversorgung	Veränderte Bedingungen der Krankenhausversorgung (Arbeitsdruck der Hauptberuflichen, Kostendruck der Krankenhäuser) tragen zum Erfolg ehrenamtlicher Unterstützung bei.	3	„Die Schwestern (...), man sieht sie selten in den Zimmern, sondern immer nur irgendwo am Computer“ (KH 2, E, Zeile 136)	

Einsicht in die Original-Transkripte der Gruppendiskussionen und die Kodierungen im Einzelnen können bei der Autorin angefragt werden.