



SALUTOGENESE UND GESUNDHEITSMANAGEMENT

Andreas Rohnke

Eine Studie zu Gesundheitsressourcen und
Belastungspotenzialen im Pfarrberuf der Evangelischen
Kirche von Kurhessen-Waldeck

1. Anlass und Ziel der Studie

Bereits in den Studien zur Berufszufriedenheit im Pfarrberuf¹ bzw. zur Relevanz von Leitbildern für den Pfarrberuf² konnten signifikante Veränderungen in der Berufswirklichkeit empirisch nachgewiesen werden. So wurde eine deutliche Ausdifferenzierung des Pfarrberufs konstatiert, die eine berufliche Orientierung erschwert. Darüber hinaus scheint neben allen konkreten Belastungen, die sich in den Werten zur Unzufriedenheit bzgl. einzelner Aspekte des Berufs widerspiegeln, die wesentliche Belastung darin zu liegen, dass die (Pfarr-) Person sich nicht mehr von ihrem Amt getragen fühlt, sondern durch ihre eigene Glaubwürdigkeit, ihre Kompetenzen und Charaktereigenschaften das Amt ausfüllen und tragen muss.³ Außerdem konnte gezeigt werden, dass der von Isolde Karle beschriebene package deal⁴, also das Gleichgewicht von berufsspezifischen Verhaltenszumen und Benefits, mittlerweile von der Berufsgruppe als zu ihren Ungunsten ausfallend beurteilt wird.

Die kurz skizzierten Belastungsfaktoren haben das Potenzial, das berufliche Wohlbefinden und die Gesundheit von Pfarrerinnen und Pfarrern negativ zu beeinflussen. Einen weiteren Belastungsfaktor bildet u.E. die seit 2007 in der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck mit Nachdruck betriebene Reduzierung der Pfarrstellen. In der Arbeit der Pfarrvertretung nehmen wir seit einigen Jahren, verstärkt seit dem Beginn des so genannten Pfarrstellen-Anpassungsprozesses, eine Steigerung der Burnout-Erkrankungen unter Pfarrerinnen und Pfarrern wahr. Ein durch eine Häufung von Burnout-Erkrankungen im Kirchenkreis Hanau-Land veranlasstes Belastungs-Screening⁵ ergab eine Burnout-Gefährdung von Zweidritteln der dortigen Pfarrerschaft.

Doch nicht allein die Häufung von Burnout-Fällen und der Nachweis eines hohen Gefährdungspotenzials waren Anlass für die Pfarrvertretung, sich in ihrer Arbeit verstärkt Fragen der Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für den Pfarrberuf zuzuwenden, sondern auch die demografische Entwicklung und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit für Pfarrerinnen und Pfarrer auf 67 Jahre durch das neue Pfarrdienstgesetz der EKD.

Im Rahmen der Bemühungen der Pfarrvertretung zur Schaffung eines Behördlichen Gesundheitsmanagements (BGM) für den Pfarrberuf wurde im Frühjahr 2012 der Beschluss gefasst, eine Vollerhebung zur Analyse von Gesundheitsressourcen und Belastungspotenzialen im Pfarrberuf durchzuführen.

In Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese, das im Folgenden kurz skizziert wird, sieht die Pfarrvertretung eine geeignete theoretische Basis für dieses Anliegen.

Die Ressourcenorientierung und die grundsätzliche Ausrichtung dieses Modells an der Frage nach den Faktoren, die Gesundheit fördern und die Menschen gesund erhalten, ermöglicht eine breite Akzeptanz in der Pfarrerschaft, da es zum Einen nicht zu deren Pathologisierung beiträgt, sondern hilft, die gesundheitsfördernden Potenziale und Ressourcen zu entdecken und herauszuarbeiten, die zweifelsohne im Pfarrberuf stecken, und zum Anderen einer Berufsgruppe kongruent ist, die sich durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie auszeichnet.⁶ Gleichwohl integriert dieser Ansatz auch eine Analyse der pathogenetischen Faktoren (Belastungspotenziale) in der Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern.

¹ Becker et.al. 2005

² Rohnke 2009

³ Vgl. Rohnke 2009, Kap. 3.1

⁴ Vgl. Karle 2001

⁵ Olbort 2011

⁶ Schon Andreas von Heyls Studie zum Burnout unter Pfarrer/innen (v. Heyl 2003) zeigt nicht nur Belastungsfaktoren, sondern auch gesundheitsfördernde Ressourcen auf. Er verweist auch auf die Ambivalenz verschiedener Faktoren, die sowohl als Belastungsfaktoren als auch als Ressourcen wirken können.

Ziele der Studie sind daher:

- die Erstellung einer Ist-Stands-Analyse (Belastungs- und Gefährdungsanalyse gem. § 5 ArbSchG) als Grundlage für ein BGM im Pfarrberuf.
- die Gewinnung von verlässlichen Daten zur Ableitung von Handlungsoptionen für die Arbeit der Pfarrvertretung und das zu schaffende BGM und
- die Gewinnung von Maßstäben für ein salutogenetisch orientiertes Leitungshandeln der Kirchenleitung der EKKW, das von der Pfarrvertretung gefordert wird.

2. Kontexte

2.1 Aus der Praxis

Das Thema „Gesundheit im Pfarramt“ ist längst keine rein individuelle Frage mehr.

Der Beruf der Pfarrerin oder des Pfarrers gehört zwar auf den ersten Blick nicht unbedingt zu den hoch belasteten und gesundheitsgefährdeten Berufen. Weder sind Pfarrer schädigenden Einflüssen aus Produktionsprozessen (Hitze, Staub, Chemikalien etc.) ausgesetzt, noch besteht für Pfarrerrinnen ein erhöhtes Unfallrisiko.

Dennoch konnte Eadie⁷ bereits im Jahr 1974 in einer Studie in der Church of Scotland eine Steigerung der psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen und eine signifikant erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zu früheren Pfarrer-Generationen feststellen.

Auch die Studien zur Berufszufriedenheit und zur Bedeutung von Leitbildern (s.o.) zeigen nicht unbedeutende Belastungen im Pfarrberuf auf, die das Potenzial haben, das berufliche Wohlbefinden und die Gesundheit von Pfarrerrinnen und Pfarrern negativ zu beeinflussen.

Als weitere Belastungsfaktoren sind die Reduzierung der Pfarrstellen sowie die landauf landab durchgeführten Reformprozesse zu beurteilen.

In einer jüngst erschienen Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin werden die Folgen von Restrukturierungen in Organisationen für die Gesundheit der Arbeitnehmer untersucht.⁸ Die Studie weist sehr klare negative Folgen für den Fall auf, dass Strukturreformen nicht gut kommuniziert und zu schnell nacheinander erfolgen.

Der derzeitige Umbau der Landeskirche (Pfarrstellenanpassung, Synodalbeschlüsse auf Vorschlag des Zukunftsausschusses) belastet die Pfarrer/innen in ähnlicher Weise.

Auch für den Pfarrberuf scheint sich also ein Wandel des allgemeinen Krankheitspanoramas mit einer deutlichen Steigerung der psychischen Erkrankungen⁹ anzudeuten, wie er in anderen Berufen längst zu beobachten ist.

Mittlerweile reagieren die Kirchenleitungen auf diese Entwicklungen. So wurde in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern eine Projektstelle für Salutogenese eingerichtet und die Bremische Kirche beschloss bereits 2011 die Einrichtung eines Gesundheitsmanagements; in der EKKW wurden Dekaninnen und Dekane, Pröpstinnen und Pröpste durch eine Pflichtfortbildung auf die Situation vorbereitet. In den Sprengeln werden mittlerweile regelmäßige Sabbat-Tage angeboten.

2.2 Herausforderungen

Weitere Herausforderungen, die hier nur stichwortartig aufgelistet werden können, machen die Einführung eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf unumgänglich:

⁷ Vgl. Hugh A.Eadie; Der Gesundheitszustand der Pfarrer. Eine Untersuchung in der Kirche von Schottland; in: Wege zum Menschen; 26. Jg. 1974,; S. 400-410

⁸ http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.pdf?__blob=publicationFile&v=6

⁹ Vgl. Bernhard Badura; Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation; Springer Verlag Berlin/Heidelberg, 2010, 2. Auflage, S. 9ff und Ders.; Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern; Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 2009

. In diesem Zusammenhang sollte drauf hingewiesen werden, dass Burnout-Erkrankungen erstmals in helfenden Berufen diagnostiziert und beschrieben wurden.

- Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft:
 Bis 2020 wird die Hälfte aller Arbeitnehmer, also auch aller Pfarrerinnen und Pfarrer 50 Jahre und älter sein.
 Das neue EKD-Pfarrdienstgesetz reagiert infolge der Veränderungen im Bundesbeamten-Gesetz und verschiedener Landesbeamten-Gesetze auf diese Entwicklung mit einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch eine schrittweise Heraufsetzung des Pensionierungsalters auf 67 Jahre, versieht diese Regelung aber mit einer Öffnungsklausel, um den Landeskirchen die Anpassung an das jeweils gültige Beamten-Gesetz des Landes zu ermöglichen.
 Alter erhöht zwar nicht zwangsläufig das Krankheitsrisiko, doch müssen Arbeitsbedingungen und –strukturen so verändert werden, dass die volle Dienstfähigkeit bis zur Pensionierung erhalten werden kann, wenn man nicht das Instrument der begrenzten Dienstfähigkeit als Einspar-Möglichkeit missbrauchen will.
 Bedingt durch den demografischen Wandel, doch nicht nur dadurch, gibt es darüber hinaus weniger theologischen Nachwuchs und damit jüngere Pfarrerinnen und Pfarrer, so dass künftig wohl wieder Vakanzen zu versorgen sind.
- Struktur-Veränderungen:
 Bedingt durch den demografischen Wandel und andere Faktoren verlieren Landeskirchen und Gemeinden Mitglieder und Kirchensteuereinnahmen. Die Folgen sind Personalabbau, Fusionen und weitere Strukturreformen, die den Dienst und das Job-Design im Pfarrberuf nachhaltig verändern. Das kann zu Verunsicherung und zu Überlastung der Pfarrerinnen und Pfarrer führen und muss daher im Blick auf das Thema Pfarramt und Gesundheit bei allen Veränderungen im Blick bleiben. Übersteigter und schlecht kommunizierter Reformismus wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Geistlichen aus.¹⁰
- Gesellschaftlicher Wandel:
 Die Evangelische Kirche muss sich als Volkskirche einem grundlegenden gesellschaftlichen Wandel stellen, der hier nur mit einigen Stichworten skizziert werden kann:
 - Bedeutungsverlust von Kirche (und anderen Großorganisationen)
 - Individualisierung und gesellschaftliche Ausdifferenzierung
 - Wertewandel und erhöhte Mobilität
 - Veränderung der Familienstrukturen (Single, Patchwork-Familien, Eineltern-Familien etc.).
- Veränderungen im juristischen Bereich,
 z.B. auch das neue Pfarrdienstgesetz der EKD (s.u.) und die damit verbundene Gültigkeit des Sozialgesetzbuchs IX für das Pfarramt,
- Organisations-„Krankheiten“ der Kirchen,
 Auf die skizzierten gesellschaftlichen Veränderungen und den demografischen Wandel reagieren die Kirchen mit Fusionen, permanenten Restrukturierungen und einem übersteigerten Reformismus. Bisher wurde der Pfarrberuf dabei keiner grundlegenden Aufgabenkritik unterzogen, so dass leicht berufliche Desorientierung sowie Überlastung und Überforderung entstehen können. Leicht entstehen daraus „Organisationskrankheiten“ wie „innere Kündigung“, Mobbing oder Burnout – und das umso mehr je mehr Reformvorhaben mit einer „Pastoren-Schelte“¹¹ einhergehen.

¹⁰ Vgl. Oliver Recklies; Personalabbau - Wenn das Engagement verschwindet;
<http://www.themanagement.de/HumanResources/Personalabbau.htm> und Birgit Köper und Götz Richter; Restrukturierung in Organisationen und mögliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter;
http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.pdf?__blob=publicationFile&v=6, 2012

¹¹ Isolde Karle „Welche Pfarrerinnen und Pfarrer brauch das Land?“ ; Deutsches Pfarrerbalt, Heft 11/2012 führt diesen Zusammenhang im 2. Kapitel ihres Vortrags sehr anschaulich und schlüssig aus.

2.3 Forschungskontext

2.3.1 Rechtlicher Kontext

Die Anfänge des Gesundheitsmanagements (BGM) und der damit verbundenen gesetzlichen Regelungen liegen in der Sozialpolitik, die sich im 19. Jahrhundert im Zusammenhang mit der Industrialisierung in Europa entwickelte.¹²

Auf Druck der Arbeiterschaft und ihrer politischen Organisationen entstanden neben den Sozialversicherungen zur Abfederung der gesundheitlichen Risiken des Produktionsprozesses pathogenetisch orientierte Arbeitsschutzbestimmungen (Unfallschutz, Arbeitszeitgesetz, Mutterschutz-Gesetz, Verbot der Kinderarbeit etc.), die auf die Sicherstellung der Wehrfähigkeit der jungen Männer und der Reproduktion der Arbeitskraft zielten und deren Einhaltung durch betriebliche Stellen sowie Gewerbeaufsichtsämter und Berufsgenossenschaften nach wie vor überwacht wird.¹³

Die Ottawa-Charta der WHO

Als zentrales Leitdokument für die Entwicklung eines BGM gilt die Ottawa-Charta der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1986, die erstmalig den Begriff der Gesundheitsförderung wie folgt definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit (...) betont. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen Bereichen der Politik und zielt (...) auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“¹⁴

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union von 1997 folgt der Ottawa-Charte inhaltlich und formuliert: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“¹⁵

Dieser ganzheitliche Ansatz lässt sich gut mit dem Modell der Salutogenese verknüpfen.

Das Arbeitsschutz-Gesetz

Schon der lange Titel des Gesetzes (Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit) weist darauf hin, dass es dem Gesetzgeber um mehr geht als nur um die Sicherheit am Arbeitsplatz.

Die Vorstellungen der Ottawa-Charta haben inzwischen Eingang in die Gesetzgebung gefunden, so definiert § 2.1 ArbSchG neben dem Unfallschutz auch die „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ als Ziel des Arbeitsschutzes und verpflichtet die Arbeitgeber zur organisatorischen

¹² Vgl. Bäcker et.al. 2010, S. 49-74

¹³ In Bezug auf ein Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf liegt bereits bei den Bestimmungen des Arbeitsschutzes ein grundlegendes Problem. Pfarrer/innen verfügen nicht über einen Arbeitsplatz i.S. z.B. des §73. 2 SGB IX. Da viele Kirchen keine eigenen Regelungen i.S. des Art 140 GG getroffen haben, gibt es keinerlei Rechtssicherheit in allen Fragen des Arbeitsschutzes, der Arbeitszeit oder des BGM.

¹⁴ WHO 1986, Hervorhebungen vom Verfasser

¹⁵ Luxemburger Deklaration, zitiert nach Armin Felten; Salutogenese und Veränderungsprozesse. Was erhält gesund, wenn sich doch alles ändert. Präsentation zum 3. Kongress zur Personalentwicklung in der Kirche - Gesundheit als Führungsaufgabe der Evangelischen Gemeindeakademie Rummelsberg; http://www.gemeindeakademie-rummelsberg.de/Download/Felten_Veraenderungsprozesse_und__Salutogenese.pdf

Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (§ 3), zu dem das Gesetz auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der sozialen Beziehungen zählt (§ 4).

Als Voraussetzung für eine wirksame Durchführung dieser Maßnahmen schreibt das Gesetz Belastungs- und Gefährdungsanalysen vor (§ 5).

Das Pfarrdienstgesetz der EKD (PfdG.EKD)

Das Pfarrdienstgesetz der EKD, das noch nicht von allen Gliedkirchen durch entsprechende Gesetzgebung übernommen wurde, regelt alle Belange im Dienstverhältnis von Pfarrerinnen und Pfarrern.

Es schreibt das öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnis (Beamten-Status) als Regelfall fest. Dadurch entstehen besondere Treuepflichten gegenüber dem Dienstgeber einerseits und besondere Fürsorgepflichten gegenüber den Dienstnehmern andererseits. Damit ist der rechtliche Rahmen auch für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements gesetzt.

Dem besonderen Dienstverhältnis entsprechen Kriterien für die Eignung zum Dienst, die in Bezug auf die Gesundheit relativ allgemein gehalten sind. Erkrankungen oder Behinderungen dürfen die Ausübung des Dienstes „nicht wesentlich“ beeinträchtigen (§ 9, Abs. 1, Satz 4 PfdG.EKD). Ob allerdings schon eine Diabetes-Erkrankung oder ein zu hoher Body-Mass-Index den Dienst „wesentlich“ beeinträchtigen bzw. eine Anstellung auf Lebenszeit verhindern, wird von den Landeskirche unterschiedlich beurteilt.

Auch wenn der Dienst von Pfarrer/innen ausdrücklich nicht als Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX zu verstehen ist, sind die Landeskirchen verpflichtet eigene Regelungen für den Pfarrdienst gemäß Art. 140 GG zu treffen. Tun sie das nicht, verstoßen sie gegen „Recht und Gesetz“ (Art 140 GG) und gefährden den Anspruch auf das Selbstbestimmungsrecht zu Regelung der eigenen Angelegenheiten, die der Art 140 GG definiert.

Das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis von Pfarrern/innen sieht besondere Treuepflichten für die Dienstnehmer, aber auch besondere Fürsorgepflichten für den Dienstgeber vor. Gesundheitsfürsorge und die Schaffung menschengerechter Arbeit ist vornehmste Aufgabe im Rahmen dieser Fürsorgepflichten des Dienstgebers.

§ 54 PfdG.EKD verweist auf die Gültigkeit der staatlichen Bestimmungen zu Mutterschutz, Elternzeit, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, soweit nicht die Ämter-Autonomie der Kirche dadurch begrenzt wird. § 54 PfdG.EKD in Verbindung mit § 93 SGB IX verpflichtet die Kirchen zu Erhebung von Fehlzeitenstatistiken, um geeignete Maßnahmen der individuellen Gesundheitsfürsorge treffen zu können.

§ 89 definiert nicht allein die Kriterien der Dienstunfähigkeit, sondern formuliert auch die Pflicht der Pfarrerinnen und Pfarrer zur Vermeidung einer dauerhaften Dienstunfähigkeit durch die Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen und gesundheitlichen Rehabilitation.

Die Pflicht zum vollen, persönlichen Einsatz (§ 24.4) umfasst auch die Pflicht zur persönlichen Gesunderhaltung, z.B. durch Gesundheitsprophylaxe oder Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Fehlverhalten. Ob der Gesetzgeber damit dann auch entsprechendes Verhalten im Dienst mit einschließt (z.B. die Einhaltung des freien Tages) muss an dieser Stelle offen bleiben.

Allerdings kann hier ein Ansatzpunkt zur Schaffung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf gesehen werden, denn Fragen des Gesundbleibens im Pfarrdienst können nicht einseitig privatisiert werden, sondern stehen im Spannungsverhältnis von Treue- und Dienstpflichten der Pfarrerinnen und Pfarrer einerseits und der Fürsorgepflicht des Dienstgebers Kirche auf der anderen Seite, zumal den Arbeitsbedingungen einen nicht unwesentlichen Anteil am Gesundbleiben im Pfarrberuf zukommt.

2.3.2 Arbeitspsychologische Forschung und Mitarbeiter-Befragungen

Die Geschichte der wissenschaftlichen Analyse von Arbeit bzw. Arbeitsbedingungen¹⁶ im engeren Sinne beginnt bereits mit den Überlegungen zur Arbeitsteilung von Adam Smith zu Beginn der Industriellen Revolution in England.

Smith's Überlegungen wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Frederick W. Taylor in seinen „Principles of Scientific Management“ (1913) aufgenommen und weiterentwickelt (Taylorismus: Untersuchung von effizienten Arbeitsabläufen; Aufteilung in Kopf- und Handarbeit).

Auch Max Webers Vorstellungen einer idealen Bürokratie (1921) können als Vorläufer der Arbeitswissenschaften und der Arbeitspsychologie gewertet werden.

Aus dem Fachgebiet der Psychologie sind William Sterns „Angewandte Psychologie“ und Hugo Münsterbergs „Wirtschaftspsychologie“ als Grundlagenwerke zu nennen.

Einen ersten Aufschwung erfuhren psychologische Test-Verfahren im Ersten Weltkrieg, wo psychologische Tests zur Eignungsprüfung von Rekruten eingesetzt wurden.

Inzwischen ist die Arbeits- und Organisationspsychologie ein etablierter Forschungszweig im Kanon der Psychologie. Neben psychologischen Einstellungstests wurden Verfahren zur Messung von Arbeits- und Berufszufriedenheit genauso entwickelt wie Instrumente zur Beurteilung von Burnout- und anderen Gesundheitsrisiken, zur Beurteilung des Arbeitsklimas, von Motivationsfaktoren oder zur Messung von Stress. Die Methoden sind ebenso vielfältig wie die theoretischen Ansätze. Neben der Beobachtung, Screenings und medizinischen Reihenuntersuchungen sind Mitarbeiter-Befragungen das wohl bedeutendste Instrument arbeitspsychologischer Forschung.

Berufszufriedenheitsbefragungen werden vor allem eingesetzt, um die Zustimmung/Verbundenheit der Mitarbeiter zu ihrem Unternehmen oder die Auswirkungen von Veränderungsprozessen und Restrukturierungen zu erheben. Als solches sind sie wichtige Instrumente im Rahmen der Motivationsforschung und des Retentionsmanagements (Bleibe-Management).

Im Rahmen der Diagnostik und Analyse im BGM werden neben anderen Befragungstools, z.B. aus der Stressforschung oder der Work-Life-Balance-Forschung vor allem auch Befragungen zur Arbeits- und Berufszufriedenheit eingesetzt. Diese liefern gewissermaßen die subjektive Seite zur Beurteilung des „Wohlbefindens“ i.S. der Ottawa-Charta der WHO und müssen durch objektive Daten, etwa Fehlzeiten-Statistiken, ergänzt werden, um das Bild zu vervollständigen.¹⁷

2.3.3 Empirische Studien zum Pfarrberuf

Für den Pfarrberuf gibt es derzeit noch keine Belastungs- und Gefährdungsanalyse i.S. des § 5 ArbSchG.¹⁸ Die vorliegende Studie in der EKKW betritt hier also „Neuland“, auch wenn es inzwischen eine ansehnliche Reihe von empirischen Studien zum Pfarrberuf gibt, die entweder als Arbeitszufriedenheitsstudien (Kap. 2.3.2.1) aufzufassen sind oder ausdrücklich den Zusammenhang von Pfarrberuf und Gesundheit/Krankheit untersuchen (Kap. 2.3.2.2).

2.3.3.1 Arbeitszufriedenheitsstudien für den Pfarrberuf

- Die Studie *Priester 2000 – Eine Studie zur Erhebung von Folgen der Reformen in der Katholischen Kirche in der BRD, Österreich und der Schweiz*¹⁹ untersuchte die Folgen der Reformen innerhalb der deutschsprachigen, römisch-katholischen Bistümer, sowie der Bistümer in Kroatien und Polen (Schaffung von Pastoral-Verbänden als Reaktion auf den

¹⁶ Zur Geschichte der arbeitspsychologischen Forschung beziehe ich mich auf die Ausführungen Siegfried Greifs: Greif, Siegfried; Geschichte der Organisationspsychologie; in Schuler, Heinz (Hg.); Lehrbuch Organisationspsychologie; Bern 2007⁴; S. 21 ff

¹⁷ Zur Bedeutung und theoretischen Grundlegung von Arbeitszufriedenheitsbefragungen vgl. Bieri, Thomas; Die berufliche Situation aus Sicht der Lehrpersonen. Zufriedenheit, Belastung, Wohlbefinden und Kündigungen im Lehrberuf; Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Sozialwissenschaften in der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Tübingen 2002; http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2004/1226/pdf/Diss_Bieri_complete.pdf (28.05.2013)

¹⁸ Lediglich die neueren Studien aus dem Bereich der Freikirchen können so verstanden werden, allerdings sind die Pfarrer/innen dort privatrechtlich angestellt, und nicht in einem öffentlich-rechtlichen Anstellungsverhältnis (Beamten-Status).

¹⁹ Zulehner, Paul; *Priester im Modernisierungsstress*. Forschungsbericht der Studie PRIESTER 2000; Schwabenverlag; Ostfildern, 2001

Priestermangel) und der gesellschaftlichen Veränderungen für die Arbeitszufriedenheit der dort tätigen Priester.

- Der *Pfarrer-Zufriedenheits-Index* des Pfarrerrinnen- und Pfarrerausschusses in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau von 2001²⁰ war die erste Vollbefragung evangelischer Pfarrer einer Landeskirche. Ziel der Studie war es, die Arbeitszufriedenheit der Geistlichen zu erheben, um daraus Forderungen der Personalvertretung zu generieren.
- Die Studie „*Pfarrberuf heute*“ von 2003²¹, die der Pfarrerrinnen- und Pfarrerausschuss der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck ebenfalls als Vollbefragung durchführte, ermittelte neben Faktoren für die Berufszufriedenheit von Pfarrer/innen in einer Wichtigkeitsanalyse die Relevanz von Leitbildern im Pfarrberuf. Die Studie war als „Antwort aus der Empirie“ auf die von der Theologischen Kammer der Landeskirche vorgelegte Studie „Das Amt des Pfarrers und der Pfarrerin in der modernen Gesellschaft“²², die 2001 als Diskussionspapier vorlag und 2004 von der Landessynode verabschiedet wurde.
- Die *Wirksamkeitsanalyse* in der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers aus dem Jahr 2005²³ entwickelt die kurhessische Studie inhaltlich weiter, indem sie eine Soll-Dimension einführt, um damit neben einem Ist-Stand auch eine Zielperspektive abzubilden. Der Ist-Soll-Abgleich gibt wichtige Hinweise sowohl für die Interessen der Personalvertretung als auch des Personalmanagement, das an Zielvorgaben für eine wirksame Personalentwicklung interessiert ist.
- Die Studie *Pastor/Pfarrer im Norden* der drei Landeskirchen Nordelbien, Mecklenburg und Pommern 2011²⁴ hatte die Beschreibung von Arbeitszufriedenheit, Leitbildern und Arbeitsbedingungen im Vergleich der drei Kirchen im Fokus, die im Jahr 2012 zur Nordkirche fusioniert sind.

Die genannten Studien fragen nach Berufsbedingungen und Zufriedenheit im Pfarrberuf und sind insofern auch relevant für die hier zur Diskussion stehenden Fragestellungen. Sie stehen in einem engen Zusammenhang zu Reformüberlegungen in der evangelischen (und katholischen) Kirche und einer noch nicht abgeschlossenen, auch theologischen Standortbestimmung des Pfarrberufs.

2.3.3.2 Studien zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Gesundheit im Pfarrberuf

- Die *Burnout in Ministry-Studien* aus der Church of England/Scotland und den USA²⁵ untersuchten bereits zu Beginn der 1970er Jahre Zusammenhänge von Burnout bzw. Überlastungs-Depressionen und spezifischen Arbeitsbelastungen im Pfarrberuf. Die Studien waren insgesamt pathogenetisch orientiert und suchten die Ursachen von Burnout vor allem in zum Teil problematischen Persönlichkeitsstrukturen der Geistlichen, wie z.B. dem so genannten Helfer-Komplex.
- Andreas von Heyls Habilitationsschrift *Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung* aus dem Jahr 2003²⁶ untersucht mittels einer quantitativen Stichprobenerhebung in vier repräsentativen Kirchenkreisen der Evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern, die durch

²⁰ Becker, Dieter; Dautermann, Richard (Hg.) Berufszufriedenheit im heutigen Pfarrberuf. Ergebnisse und Analysen der ersten Pfarrerrzufriedenheitsbefragung in Korrelation zu anderen berufssoziologischen Daten; Empirie und kirchliche Praxis, Band 1; AIM Verlag; Frankfurt/Main, 200

²¹ Rohnke, Andreas; Pfarrberufe heute - Typologien pastoraler Berufsgestaltung. Eine empirisch-theologische Studie zur Ausdifferenzierung des Pfarrberufs; Empirie und Kirchliche Praxis, Band 6; AIM Verlagshaus, Frankfurt/Main, 2009

²² Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck (Hg.), Das Amt des Pfarrers und der Pfarrerin in der modernen Gesellschaft – Ein Diskussionspapier; Kassel 2001; nach Beschluss der Landessynode verändert veröffentlicht unter dem Titel „Das Amt des Pfarrers und der Pfarrerin in der modernen Gesellschaft – Eine Studie der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck“; didaskalia, Heft 53; Kassel 2004. Als Download verfügbar unter: http://ekkw.de/media_ekkw/downloads/ekkw_das_amt_des_pfarrrers.pdf

²³ Nethöfel, Wolfgang (Hg.); Antworten.Fragen.Perspektiven – Ein Arbeitsbuch zur Pastorinnen- und Pastorenbefragung in der Evangelisch-Lutherischen Kirche Hannovers; Hannover 2005.

²⁴ Maggaard, Gothart; Nethöfel, Wolfgang (Hg.); Pastorin und Pastorin im Norden. Antworten-Fragen-Perspektiven – Ein Arbeitsbuch zur Befragung der Pastorinnen und Pastoren der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs, der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche und der Pommerschen Evangelischen Kirche; Berlin 2011

²⁵ Siehe hierzu von Heyl, Andreas; Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin; Frankfurt a.M. 2003; S. 149ff.

²⁶ Heyl, Andreas; Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin; Frankfurt a.M. 2003

qualitative Interviews mit Pfarrern/innen und Personen der Kirchenleitung auf den verschiedenen Hierarchieebenen ergänzt wird, die Zusammenhänge von Belastungen und Ressourcen und Burnout-Erkrankungen. von Heyl verwendet für die Fragebogen-Erhebung den pathogenetisch orientierten Maslach-Burnout-Index bezieht aber explizit Antonovskys Salutogenese-Konzept und verwandte Ansätze mit ein. Auf diese Weise gelangt er zu einer ganzheitlichen Sicht des Phänomens Burnout.

- Einen wichtigen Aspekt des Gesundheitsthemas untersucht die *Work-Life-Balance-Umfrage*²⁷, die 2012 von der Gleichstellungsbeauftragten und der Pfarrvertretung der Evangelisch-protestantischen Landeskirche der Pfalz herausgegeben wurde. Zwar steht vor allem die Familienfreundlichkeit des Pfarrdienstes im Fokus der Erhebung, doch liefert die Studie auch wichtige Anregungen für den Bereich der verhältnisorientierten Handlungsperspektive des BGM.
- Im Bereich der Freikirchen sind inzwischen ähnliche Entwicklungen im Bereich der Überlastungserkrankungen zu beobachten wie im Bereich der Volkskirche. Die Diplomarbeit *„Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Burnout-Syndrom bei Pfarrern der SELK“*²⁸ aus dem Jahr 2012 untersucht mit Methoden der Arbeitspsychologie Ursachen für Burnout-Erkrankungen von Pfarrern der Selbständigen Evangelisch-lutherischen Kirche in Deutschland (SELK). Die Studie arbeitet mit dem Maslach-Burnout-Index und ist in ihrem Ansatz pathogenetisch orientiert.
- Die zweite Erhebung aus dem Bereich der Freikirchen trägt den Titel *„Macht der Dienst uns krank?“*²⁹, und wurde 2012 von der Evangelisch-methodistischen Kirche in Deutschland herausgegeben. Die Studie arbeitet mit dem Impulstest, einem salutogenetisch orientierten als Erhebungstool zur Messung der Arbeitszufriedenheit und arbeitsbedingtem Stress, das neben einer subjektiven Einschätzung des Ist-Stands in 11 Bereichen auch Werte für eine gewünschte Situation in diesen Bereichen erfragt. Ist die Differenz zwischen Ist und Soll zu groß, entsteht Stress und die Gesundheit ist gefährdet. Für die Nutzung im Kontext der EmK wurde der Fragebogen geringfügig angepasst an die Arbeitswirklichkeit von Pastoren der EmK. Hier wie in der Studie der SELK werden Zusammenhänge für Arbeitszufriedenheit und Gesundheit im pastoralen Beruf beschrieben, die sich in ähnlicher Form auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wiederfinden. Spezifisch freikirchliche Bedingungsfaktoren, z.B. Einflüsse aus der deutlich engeren Mitgliederbindung als in der Volkskirche, lassen sich in den beiden genannten Studien nicht ausmachen.

2. Theologische „Splitter“

„Hauptsache gesund!“, „Gesundheit ist doch das Wichtigste, Herr Pfarrer!“ Mit solchen oder ähnlichen Sätzen wird man insbesondere beim Besuch zu hohen Geburtstagen als Pfarrer/in konfrontiert.

Gesundheit und Fitness sind in einer „transzendenz-verlorenen“ Gesellschaft gewissermaßen zur Ersatz-Religion geworden.

Definitionen von Gesundheit wie beispielsweise in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhalten schon beinahe religiöse Bedeutung, wenn dort definiert wird „Gesundheit ist ein Zustand *völligen* körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“³⁰.

Noch Heinrich Heine konnte sagen: „Nur der kranke Mensch ist ein Mensch.“ Auch nach biblischem Zeugnis gehören Krankheit und Sterblichkeit als Teil der Geschöpflichkeit zum Wesen des Menschen (Gen 3,19; Ps 90 u.ö.).

²⁷ Spitz-Jöst, Belinda; Life-Work-Balance. Ergebnisse einer Umfrage; in: Deutsches Pfarrernetz 7/2012; <http://www.pfarrerverband.de/pfarrernetz/archiv.php?a=show&id=3197>

²⁸ Download unter www.selk.de/downloads

²⁹ EmK-Forum Heft 39, Macht der Dienst uns krank. Zur Frage nach potentiell krankmachenden Strukturen im kirchlichen Dienst.

³⁰ WHO 1986, Hervorhebung vom Verfasser

Viel wesentlicher als die Frage nach der Heilung ist für die Bibel die Frage nach dem Heil und Gnade.³¹ Gleichwohl wird zum Dienst am Heiligtum/Tempel nur zugelassen, wer frei von gesundheitlichen Makeln ist (Lev 21, 16f). Vermutlich hängt dieser Ausschluss vom Priesterdienst mit Vorstellungen von kultischer Reinheit und der Interpretation von Krankheit als Folge von Schuld zusammen, die erst durch Jesus ansatzweise hinterfragt wird (Joh 9,3).

Zur menschlichen Existenz nach der Vertreibung aus dem Paradies Mühsal und Plage bei der Arbeit (Gen 3, 18f). Dennoch gibt es schon im AT Grenzen der Plackerei. Das Sabbat-Gebot (Ex 20, 3f) gebietet die Einhaltung eines Ruhetags pro Woche für alle. Nach heutigen Maßstäben beurteilt könnte man das Sabbat-Gebot als erste Maßnahme eines Gesundheitsmanagements betrachten. Doch auch das Phänomen „Burnout“ ist im AT schon bekannt. Der Prophet Elija wird gewissermaßen zum ersten „Burnout-Fall“ der Geschichte (1. Kön 19).

Die Heilungsgeschichten des neuen Testaments verknüpfen schließlich Heil oder besser Glauben und Heilung. Indem Jesus zu den Kranken und Aussätzigen geht, durchbricht er alle kultischen Tabus und lässt sich durch seine Heil bringende Gegenwart in einem umfassenden Sinne heil werden (Vergebung, gesellschaftliche und kultisch-religiöse Re-Integration).

In seinem Tod am Kreuz tritt Jesus für das Heil der Menschen ein. Durch seine Auferweckung geschieht die endzeitliche Wende. Wer an Christus glaubt wird zur „neuen Kreatur“ (2. Kor 5,17). Von nun an steht der Mensch in der Spannung zwischen dem „schon“ und „noch nicht“ der Erlösung.

Vor diesem theologischen Hintergrund kann für Paulus eine eigene Erkrankung („Pfahl im Fleisch“, 2. Kor 12,7) zum Ausweis für die Glaubwürdigkeit seiner Kreuzespredigt werden („Lass Dir an meiner Gnade genügen; meine Kraft ist in den Schwachen mächtig.“ 2. Kor 12,9).

Wie das hier Ausgeführte mit juristischen Kategorien wie Eignung zu Dienst und „Besten-Auswahl“ zusammengehen kann, mag dahingestellt bleiben.

Den Vorrang der Gnade und der Rechtfertigung allein aus Gnade betont Martin Luther immer wieder. Für ihn gilt die Rechtfertigungslehre übrigens auch für Pfarrerinnen und Pfarrer, die wie jeder andere auch nicht durch Werke gerecht werden, sondern allein aus Gnade.

In diesem Zusammenhang mag man auch einen Brief an Philipp Melanchthon verstehen, in welchem Luther zur „Sorge um das Körperchen“ ermahnt: *„Darum befehle ich Euch und allen Freunden unter Androhung des Bannes, Euch Gesundheitsmaßregeln für Euer Körperchen aufzuzwingen, denn Ihr sollt nicht Eure eigenen Mörder werden und dann tun, als hättet Ihr Euch im Dienste Gottes zugrunde gerichtet. Man dient Gott auch durch Müßigsein, ja vielleicht durch nichts mehr als damit. Darum hat er den Sabbat besonders streng gehalten wissen wollen. Also verachtet dies nicht! Es ist Gottes Wort, das ich Euch schreibe.“*³²

Berufstheorie

Der reformatorischen Theologie verdanken wir auch die Unterscheidung von Amt und Person. Das Pfarr- und Predigtamt ist eingebettet in das allgemeine Priestertum der Glaubenden und funktional definiert (CA VII). Die Ordination verleiht nach evangelischem Verständnis keinerlei besonderen Charakter. Allerdings bedarf es einer besonderen Ausbildung und des rite vocatus zur Ausübung dieses Amtes, das von denen die es ausfüllen besondere Verhaltenszumutungen abverlangt. Ob aber eine Predigt wirkt oder der Unterricht positive Folgen zeitigt, liegt nach evangelischem Verständnis nicht in der Person oder den besonderen Fähigkeiten der Geistlichen begründet, sondern wird vom heiligen Geist gewirkt.

Diese Unterscheidung von Gottes- und von Menschenwerk ist wesentlich für das Verständnis der Kirche und des Pfarrberufs. Das Entscheidende lässt sich weder organisieren noch herbeizwingen.

³¹ Z.B.: Es sollen wohl Berge weichen und Hügel hinfallen, aber meine Gnade soll nicht von Dir weichen... Jes 54, 10 oder: Wenn mir gleich Leib und Seele verschmachten, bist Du doch, Gott, allezeit meines Herzens Trost... Ps 73, 26.

³² zitiert nach Andreas von Heyl, Das Anti-Burnout-Buch für Pfarrerinnen und Pfarrer; Freiburg 2011; S. 118

Dazu Isolde Karle: „Der Professionelle muss mit einem Technologiedefizit und damit mit der Unsicherheit leben lernen. (...), weil Sachverhalte, mit denen er es zu tun hat, zu komplex und viele Unwägbarkeiten im Spiel sind.“³³

Isolde Karle betont als weitere Merkmale des Pfarrberufs als Profession die hohe Handlungsautonomie und ein ausgeprägtes Berufsethos. Die Tätigkeitsmerkmale wurden in der Befragung der EKHN als Faktoren für die Zufriedenheit mit dem Beruf genannt. Arbeitspsychologisch betrachtet stellen die beiden Faktoren wichtige Gesundheitsressourcen für Pfarrer/innen dar, allerdings ist die hohe Autonomie auch bei der Ausgestaltung eines BGM für den Pfarrberuf zu berücksichtigen.

Auf der anderen Seite betont sie immer wieder, dass Pfarrerinnen und Pfarrer mit Verhaltenszumutungen leben müssen (Amtsverschwiegenheit, Lebenswandel, Leben im Pfarrhaus), die jedoch in einem Gleichgewicht (package deal) zu den positiven Seiten des Amtes (Beamtenstatus, Gehalt, Ansehen und Vertrauen in die Amtsperson etc.) stehen müssen.

Was Isolde Karle hier beschreibt zeigt eine große Nähe zu Denise Rousseaus Theorie vom doppelten Arbeitsvertrag:³⁴

- den juristischen Arbeitsvertrag, der das Gehalt, die Arbeitszeit und die Aufgabe betrifft;
- und den emotionalen/psychologischen Arbeitsvertrag, der auf der Beziehungsebene geschlossen wird und Faktoren wie z.B. Erwartungen, Bedürfnisse, Status, Gefühle, Ideale, Zugehörigkeit und Identifikation betrifft, und der sich im Laufe des Lebens verändert.

Beide Arbeitsverträge können als geschlossen betrachtet werden, wenn Vertragsinhalt und Wirklichkeit übereinstimmen und sich keine der Vertragsparteien „überevorteilt“ fühlt. Ist der Hiatus zwischen erwarteter und vorgefundener bzw. erlebter Berufswirklichkeit zu groß, kann es zur Unzufriedenheit mit dem Beruf, zu Erkrankungen und zur inneren Kündigung kommen.

Isolde Karle kombiniert protestantisches Amtsverständnis in seiner funktionalen Ableitung aus dem Allgemeinen Priestertum der Glaubenden, das keinerlei Unterschied zwischen Amtsträgern und Kirchenvolk konstituiert, mit einem Professionsbegriff aus dem vergangenen Jahrhundert, der nun allerdings ausgehend von der speziellen Sachthematik und der Notwendigkeit des Vertrauens zur wirksamen Ausübung der Tätigkeit die Besonderheit des Pfarrberufs als zugehörig zur Gruppe der Professionsberufe beschreibt.

Aus Sicht der Arbeitswissenschaften muss der Pfarrberuf quasi als „Relikt des vorindustriellen Zeitalters“ bezeichnet werden, in dem es die Aufteilung von Arbeit und Familie/Privatleben noch nicht gab. Die Ganzheitlichkeit von Leben und Arbeiten im Pfarrberuf lässt sich aus der lutherischen Berufsethik herleiten, wonach jede Arbeit „Gottesdienst“ sein soll. Die moderne Arbeitspsychologie beschreibt die Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern unter dem Stichwort „Entgrenzung der Arbeit“.³⁵ Viele berufsspezifische Belastungen aber auch Gesundheitsressourcen lassen sich vor dem Hintergrund dieser Fragestellung interpretieren und in der Befragung nachweisen.

³³ Isolde Karle; Welche Pfarrerinnen und Pfarrer braucht das Land?; in: Deutsches Pfarrerblatt, Heft 11/2012

³⁴ Vgl. Heinrich Geissler (2011); "Von den Gesunde(te)n im Unternehmen lernen" - Paradigmenwechsel in der Personalentwicklung. Präsentation im Rahmen des 3. Kongress zur Personalentwicklung in der Kirche - Gesundheit als Führungsaufgabe der Evangelischen Gemeindeakademie Rummelsberg; http://www.gemeindeakademie-rummelsberg.de/Download/Gesundheitsfoerdernde_Fuehrung.pdf, der sich hier auf Überlegungen von Denise Rousseau bezieht.

³⁵ Vgl. hierzu bspw. Badura, Bernhard et. al. (Hg.); Fehlzeitenreport 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren; Berlin, Heidelberg 2012

3. Theoretischer Hintergrund:

Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese

In Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese, das im Folgenden kurz skizziert wird, sieht der Verfasser eine geeignete theoretische Basis für die Schaffung eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf.

Die Ressourcenorientierung und die grundsätzliche Ausrichtung dieses Modells an der Frage nach den Faktoren, die Gesundheit fördern und die Menschen gesund erhalten, ermöglicht eine breite Akzeptanz in der Zielgruppe, da es zum Einen nicht zu deren Pathologisierung beiträgt, sondern hilft, die gesundheitsfördernden Potenziale und Ressourcen zu entdecken und herauszuarbeiten, die zweifelsohne im Pfarrberuf stecken, und zum Anderen einer Berufsgruppe kongruent ist, die sich durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie auszeichnet.³⁶ Gleichwohl integriert dieser Ansatz auch eine Analyse der pathogenetischen Faktoren (Belastungspotenziale) in der Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern.

Was verstehen wir unter „Gesundheit“?

Trotz der hohen Wertigkeit von Gesundheit liegt bis heute keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs Gesundheit vor. Grob lassen sich positive und negative Definitionen von Gesundheit unterscheiden:³⁷

Negative Definitionen von Gesundheit sind:

- Gesundheit als Freiheit von Schmerzen und Gebrechen (Galen, 2.Jhd. n.Chr.),
- Gesundheit als Störungsfreiheit (seit dem 18. Jahrhundert),
- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit .

In der aktuellen Diskussion bedeutsamer sind jedoch positive Gesundheitsdefinitionen:

- Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung: Sigmund Freud, bezeichnete Gesundheit als Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.
- Gesundheit als Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens: Die WHO definierte 1946 Gesundheit auf diese umfassende Weise und formulierte eine Utopie, die sie 1986 in der Ottawa-Charta bestätigte und für die Gesundheitsförderung operationalisierte. Diese Definition und insbesondere deren Weiterentwicklung in der Ottawa-Charta von 1986 setzten Standards bei der Entwicklung von Konzepten der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements.
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase): diese bereits im antiken Griechenland (5. Jh. v. Chr.) formulierte Definition ist noch immer aktuell und Grundlage für nahezu alle pathogenetisch orientierten Gesundheits- bzw. Krankheitsmodelle, insbesondere die in der medizinischen Forschung immer noch dominierende naturwissenschaftlich-biomedizinische Gesundheits- und Krankheitsforschung, aber auch für fernöstliche Heilungsmethoden wie z.B. Ayurveda³⁸. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich der Organismus in einem Fließgleichgewicht befindet, das durch äußere Stimuli (Erreger oder andere Einflüsse) verändert wird. Gesundheit bezeichnet die Fähigkeit des Organismus, wieder in den Idealzustand oder „Ruhepol“ zurückzukehren.
- Gesundheit als Flexibilität (Heterostase): Ganz ähnlich doch mit konträrer Ausrichtung geht auch das Heterostase-Modell von einem dynamischen Gleichgewicht aus, das sich jedoch ständig Einflüssen (Stimuli oder Stressoren) von außen anpassen muss. Dieser ständige Anpassungsprozess ist also der Normalfall und findet erst im Tod des Organismus sein Ende.

³⁶ Schon Andreas von Heyls Studie zum Burnout unter Pfarrer/innen (v. Heyl 2003) zeigt nicht nur Belastungsfaktoren, sondern auch gesundheitsfördernde Ressourcen auf. Er verweist auch auf die Ambivalenz verschiedener Faktoren, die sowohl als Belastungsfaktoren als auch als Ressourcen wirken können.

³⁷ Alexa Franke; Modelle von Gesundheit und Krankheit; Lehrbuch Gesundheitswissenschaften; Verlag Hans Huber, Bern 2010, 2. Auflage

³⁸ Aryuvedische Medizin zielt darauf durch Medikation und Körperübungen/Meditation (Yoga) ein Gleichgewicht der wesentlichen Lebensenergien Yin und Yang herzustellen.

Gesundheit ist hierbei die Fähigkeit, den Stressoren und Stimuli aktiv zu begegnen und sie zu integrieren oder zu überwinden. Aaron Antonovsky greift diese Vorstellungen in seinem Modell der Salutogenese auf, verbindet sie mit Theorien Seyles und Lazarus' aus der Stressforschung und entwickelt sie weiter. Für ihn folgt aus dem Heterostase-Modell, dass Gesundheit nicht als fixierter Status in einem dichitomen System (krank vs. gesund) verstanden werden kann, sondern als veränderliche Größe auf einem dynamischen Kontinuum, dessen Extrempole nie erreicht werden können.³⁹

Ähnlich schillernd ist der Begriff der Krankheit. Etymologisch herkommend vom mhd. „kranc = schwach, schmal, schlecht“ abgeleitet ersetzte der Begriff Krankheit das ältere Wort „siech“ für Kranksein, das seinen Niederschlag noch in „-sucht“ findet (z.B. Gelbsucht, Magersucht etc.).

Historisch ging der Begriff der Gesundheit dem der Krankheit voraus. Die klassischen Heilkulturen beruhten auf Gesundheitslehren. So geht der römische Arzt Galen von einem Modell der Homöostase zwischen Makro- und Mikrokosmos aus. Gesundheit und Krankheit waren so interpretiert Ergebnisse harmonischer oder disharmonischer Lebensführung.⁴⁰

Erst in der Aufklärung wurden Lebensführung und Gesundheit gewissermaßen entkoppelt und objektiv feststellbare Ursachen für Krankheit definiert. Diese Vorstellung wurde prägend in bio-medizinischen Gesundheitstheorien seit dem 19. Jahrhundert.

Für die Kennzeichnung von Krankheit spielen die folgenden Kriterien eine konstitutive Rolle⁴¹:

- eine objektiv feststellbare physische, psychische oder geistige Störung (Befund);
- eine Störung des Wohlbefindens i.S. der WHO-Definition von Gesundheit;
- eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung (vgl. Freud);
- die Notwendigkeit professioneller Hilfen.

Je nach Kontext werden ganz unterschiedliche therapeutische und rechtliche Hilfeleistungen, Ansprüche und Konsequenzen aus dem Vorhandensein von Krankheit abgeleitet, daher ist es um so verwunderlicher, dass bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Krankheit, jedoch eine Vielzahl von Krankheitsmodellen vorliegen. Die wichtigsten Modelle seien hier stichwortartig aufgeführt⁴²:

- Metaphysische Modelle (Krankheit als Folge von Sünde, Tabuverletzung oder Hexerei);
- Philosophisch-spekulative Modelle;
- Naturalistische Modelle, z.B. biomedizinische Ansätze (Krankheit als Folge von Infektion o.a.);
- Psychosomatische, anthropologische und soziokulturelle Modelle (ganzheitliche Ansätze, welche die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren als die rein biologisch-somatischen hervorheben).

Dagegen kehrt der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky in seinem Salutogenese-Konzept⁴³ die Fragerichtung um, indem er fragt: Wie entsteht Gesundheit?

Antonovsky geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit keine dichitomen Gegensätze sind. Für ihn ist Krankheit nicht die Abwesenheit von Gesundheit und Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit.

Vielmehr bewegt sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit (HEDE-Kontinuum). Jeder Mensch ist danach immer zu gewissen Teilen gesund und zu gewissen Anteilen krank. Selbst ein Sterbender hat noch Anteile von Gesundheit in sich.

Jeder Mensch verfügt über Ressourcen - Antonovksy spricht von „generalisierten Widerstandsressourcen (GRR)“ -, die beeinflussen, wo er sich auf dem HEDE-Kontinuum befindet.

³⁹ siehe Kapitel 2. 2

⁴⁰ Vgl. auch die Interpretation von Krankheit als Folge der Sünde im jüdisch-christlichen Kulturkreis.

⁴¹ Vgl. Franke 2010, S. 58

⁴² ausführlich s. Franke 2010, Kap. 8

⁴³ Antonovsky, Aaron; Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Deutsche Herausgabe von Franke, Alexa; Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36; DGVT Verlag, Tübingen 1997

Dazu zählt Antonovsky neben der physischen und psychischen Konstitution auch emotionale, soziale, finanzielle und strukturelle Ressourcen.

Als wichtigste der generalisierten Widerstandsressourcen beschreibt Antonovsky den „Sense of Coherence“ (SOC, im Deutschen meist als Kohärenzgefühl übersetzt) mit den drei Komponenten:

1. **Verstehbarkeit:** Alles hat einen Sinn und ist logisch und konsistent.
2. **Handhabbarkeit:** Ich kann die Dinge des Lebens meistern und habe das nötige Handwerkszeug und die notwendigen Ressourcen dafür zur Verfügung oder kann sie aktivieren.
3. **Bedeutsamkeit:** Die Dinge sind es Wert, dass ich mich engagiere. Ich kann meinen Beitrag zum Großen und Ganzen leisten (vgl. Selbstwirksamkeit).

Der SOC befähigt den Menschen, flexibel auf Anforderungen und Stressoren reagieren zu können und die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu aktivieren. Er ist somit nicht nur Ressource sondern auch eine Art „Steuerungsinstanz“ in der Bewältigung von Stress.

Antonovsky geht davon aus, dass der SOC im Alter von ca. 30 Jahren ausgeprägt und nicht mehr nachhaltig verbessert werden kann.⁴⁴ Durch negative Einflüsse (z.B. dauerhafte Überforderung oder schwere Schicksalsschläge, Traumata etc.) kann der SOC jedoch geschwächt werden. Doch müssen solche Belastungen nicht zwangsläufig pathogen wirken, sofern ausreichende Gesundheitsressourcen zur Verfügung stehen und genutzt werden können.⁴⁵

3.2 Ressourcen als Schlüssel für ein Gesundheitsmanagement im Pfarrberuf

Ressourcenorientierte/s Gesundheitsförderung und BGM haben eine „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ (§ 2.1 ArbSchG) zum Ziel, die weit über den klassischen Arbeitsschutz als Vermeidung und Minimierung von Gesundheitsrisiken hinausgehen muss.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union von 1997 formuliert: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: „Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen.“⁴⁶

Dieser ganzheitliche Ansatz, der letztlich seine Ursprünge in der Ottawa-Charta von 1986 hat, lässt sich gut mit dem Modell der Salutogenese verknüpfen.

Aaron Antonovski lenkte den Fokus der Gesundheitsforschung auf die Frage: Welche Ressourcen tragen zum Erhalt und zur Entwicklung von Gesundheit bei? Gleichwohl beschrieb er das Verhältnis von Salutogenese und Pathogenese als komplementäre Beziehung. Neben dem SOC mit seinen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit und den Generalisierten Widerstandsressourcen als Bedingungsfaktoren für Gesundheit spricht er von Generalisierten Widerstandsdefiziten, die als Stressoren das HEDE-Kontinuum negativ beeinflussen. Damit wurden Antonovskys Überlegungen zum Ausgangspunkt für ressourcenorientierte Modelle der Gesundheitsförderung.

Udris und Rimann⁴⁷ entwickelten Antonovskys Theorie weiter zu einem ressourcen-orientierten Modell der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie unterscheiden dabei zwei Klassen von Ressourcen, nämlich:

⁴⁴ Neuere Forschungen korrigieren diese Meinung Antonovskys und gehen von einer lebenslangen positiven Beeinflussbarkeit des SOC aus.

⁴⁵ Antonovsky entwickelte seine Theorie, nachdem er die Bewältigungsstrategien von Frauen in der Menopause untersuchte. Unter den Befragten waren auch Holocaust-Überlebende, die teilweise physisch und psychisch stabiler waren als die Vergleichsgruppe. Er folgerte daraus, dass dieser Teilgruppe bestimmte Gesundheitsressourcen zur Verfügung standen, die sie sowohl die schrecklichen Erlebnisse des Holocaust als auch die klimakteriellen Veränderungen gut bewältigen ließen.

⁴⁶ Luxemburger Deklaration, zitiert nach Felten 2011

⁴⁷ Vgl. Linda Lasshofer; Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen; Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2006, Kap. 3

- *interne oder personale Ressourcen*, die das Individuum mitbringt, wie z.B. SOC, Handlungs- und Problemlösungskompetenz, Wissen, biografische Merkmale (Ausbildung, Alter etc.); für den Pfarrberuf wären hier auch religiöse und Glaubensüberzeugungen sowie Spiritualität zu nennen;
- und *externe oder situative Ressourcen*, die sich nochmal unterscheiden lassen in
 - *organisatorische Ressourcen*, z.B. ganzheitliche Tätigkeit, Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Partizipationsmöglichkeiten, Aufgabenvielfalt und Spielräume für private Dinge, für den Pfarrberuf kommen die Gewährleistung eines sicheren Arbeitsplatzes (Beamtenstatus) mit gut auskömmlichem Gehalt und ein risikoarmer Wechsel des Tätigkeitsfeldes hinzu;
 - *soziale Ressourcen*, z.B. Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, positives Sozialklima, Anerkennung, mitarbeiterorientiertes Verhalten der Vorgesetzten, für den Pfarrberuf zu ergänzen wäre noch die Anerkennung, positiver Erwartungshorizont und Vertrauensvorsprung (Amtsbonus/positives Image des Berufs) durch Gemeinde.

Udris und Rimann gehen davon aus, dass hohe Arbeitsbelastung nicht unbedingt pathogene Wirkungen haben muss, sofern ausreichend individuelle und situative Gesundheitsressourcen zur Verfügung stehen.

Für ein salutogenetisch orientiertes BGM ist es unerlässlich Belastungen und Ressourcen klar zu trennen, denn sie wirken in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit. Aus dieser unterschiedlichen Wirkung ergeben sich unterschiedliche Interventions- und Gestaltungsoptionen: Belastungen sollen möglichst abgebaut oder zumindest reduziert werden (Prävention und Prophylaxe), während Ressourcen nach Möglichkeit ausgebaut und erweitert werden sollen (Gesundheitsförderung).

Die klassische Einteilung des BGM in verhaltensorientiert und verhältnisorientiert ist im Sinne der Salutogenese durch zwei weitere Perspektiven zu ergänzen: subjektorientiert⁴⁸ und sozialorientiert.⁴⁹ Für ein ressourcenorientiertes BGM für den Pfarrberuf im Sinne von Antonovskys Modell der Salutogenese ergeben sich folgende vier Handlungsperspektiven und –felder:

Verhältnisorientierte Handlungsperspektive

Als klassisches Handlungsfeld eines verhältnisorientierten BGM sind alle Maßnahmen des *Arbeitsschutzes* zu nennen. Sicherheitstechnik und andere Arbeitsschutz-Maßnahmen haben in den meisten Berufsfeldern zur Humanisierung der Arbeit beigetragen. Dennoch konnten dort die berufsbedingten Erkrankungen nicht reduziert werden. Das Gegenteil ist der Fall: die Krankenstände steigen insbesondere wegen der deutlichen Zunahme der psychischen Erkrankungen.⁵⁰ Nachdem die Gesundheitsrisiken an der Schnittstelle Mensch-Maschine minimiert wurden, liegt das Augenmerk der arbeitsmedizinischen Forschung inzwischen auf der Schnittstelle Mensch-Mensch (Kollegialität, Vorgesetzten-Verhalten). Außerdem werden bspw. Stress und Work-Life-Balance als Bedingungsfaktoren herangezogen.

Für den Pfarrberuf sind verständlicherweise weniger Maßnahmen der Arbeitssicherheit und des Unfallschutzes relevant als beispielsweise die Regelung der Arbeits- und Ruhezeiten.

Doch auch unterstützende Maßnahmen zur ergonomischen oder behindertengerechten Ausgestaltung des Arbeitsplatzes sind bislang nicht gesetzlich geregelt, da Pfarrerinnen und Pfarrer nicht über einen Arbeitsplatz i.S. des § 73 SGB IX verfügen, und die Ausgestaltung ihres Amtszimmers als Privatangelegenheit betrachtet wird.

Zu den Handlungsfeldern eines verhältnisorientierten BGM sind auch *organisatorische Ressourcen bzw. Belastungspotenziale* zu zählen wie z.B.

⁴⁸ Susanne Leithoff; Ganzheitliches Gesundheitsmanagement; in: Wellensiek, Sylvia Kéré; Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter; Beltz Verlag, Weinheim/Basel 2011; S. 321 spricht hier von „psychisch orientiert“; ihre Begründung ist zwar nachvollziehbar, doch m.E. liegt der Fokus des Begriffs zu sehr auf psychischen Belastungen und Ressourcen.

⁴⁹ Vgl. Leithoff 2010, S. 323 ff

⁵⁰ Vgl. Badura, Bernhard et.al. (Hg.), Fehlzeiten-Report 2009; Springer Verlag Heidelberg 2009

- das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis (Beamten-Status)
- das „Lebenszeit-Prinzip
- Möglichkeiten zur Spezialisierung in Funktionspfarrämtern zur Verfügung (z.B. Klinik-Seelsorge, Schulpfarrämter u.a.).
- Fortbildungspflicht für Pfarrerinnen und Pfarrer vor.
- eine Feedback-Kultur und Kommunikationsstruktur
- Aufgabenvielfalt und eine relativ große Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit.

Verhaltensorientierte Handlungsperspektive:

Die verhaltensorientierte Gesundheitsförderung setzt auf die direkte Verhaltensbeeinflussung der Mitarbeitenden (z.B. Rückenschule, Raucherentwöhnung, Kurse für gesunde Ernährung etc.). Bei allen Erfolgen solcher Maßnahmen dürfen sie jedoch nie isoliert, ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept angeboten werden, sonst bleibt ihre Wirkung punktuell und nicht nachhaltig.

Im Bereich eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf könnten Zeitmanagementkurse und Kurse zur Stressvermeidung helfen, die vorhandenen Ressourcen weiterzuentwickeln und zu stärken bzw. die Belastungen besser zu meistern. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Möglichkeiten für Exerzitien und Fortbildungen zur Entwicklung, Förderung und Einübung persönlicher Spiritualität zu nennen.

Sozialorientierte Handlungsperspektive

Bei dieser Handlungsperspektive handelt es sich um Ansätze, die auf die Entwicklung und den Ausbau einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur zielen. „Die aktive Gestaltung der Unternehmenskultur ist damit ein wichtiger Erfolgsfaktor im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.“⁵¹

Wie bereits ausgeführt verfügt die Kirche über geeignete betriebliche Ressourcen zur Gestaltung der *Kommunikation und des Arbeits- und Betriebsklimas*.

Subjektorientierte Handlungsperspektive

Eine vielfach vernachlässigte Handlungsperspektive im BGM bildet die subjekt- oder psychisch orientierte Handlungsperspektive.⁵² Angesichts steigender Zahlen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und eines immer größer werdenden Anteils von psychisch bedingter Erwerbsminderung oder Frühinvalidität⁵³ gewinnt dieser Bereich zunehmend an Bedeutung.

„Das Know-how, Engagement, die Unternehmensverbundenheit und die Leistungsbereitschaft des Mitarbeiters sind moderne Schlüssel zur nachhaltigen Gestaltung der Mitarbeitergesundheit.“⁵⁴

Dazu baut subjektorientiertes BGM auf personale Ressourcen der Mitarbeitenden auf und fördert diese bzw. baut sie auf und aus.

Neben der Ausbildung bzw. Fachkompetenz und Wissen zählen auch Bewältigungs- und Handlungskompetenzen zu diesen Ressourcen. Für Pfarrerinnen und Pfarrer wären noch weitere personale Ressourcen zu ergänzen:

- eine umfassende Ausbildung, die Deutungs- und Verstehenskompetenzen vermittelt,
- religiöse Bindung und ein klares Wertesystem, das den SOC stärken kann,
- damit verbunden eine starke auch emotionale Bindung an die Kirche als Dienstgeber,
- Spiritualität und Frömmigkeit, die Coping und das Bewältigen von Krisen erleichtern⁵⁵

⁵¹ Leithoff 2011, S. 325

⁵² Zur Begrifflichkeit s. weiter oben Anmerkung 55.

⁵³ Vgl. Badura 2009. Vermutlich gilt das auch für den Pfarrberuf; verlässliche Erhebungen fehlen bisher allerdings.

⁵⁴ Leithoff 2011, S. 324

⁵⁵ Vgl. hierzu auch Reddeman, Luise; Überlebenskunst. Von Johann Sebastian Bach lernen und Selbstheilungskräfte entwickeln; Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 2008, 4. Auflage, die am Beispiel J.S. Bachs das Resilienz-Potenzial pietistischer Frömmigkeit beschreibt; vgl. auch Loest, Jürgen; *Trost und Freude in den Chorälen Paul Gerhardts. Annäherung aus der Sicht eines Notfallseelsorgers und Traumafachberaters*; in Deutsches Pfarrerberblatt 9/2010; <http://www.deutsches-pfarrerblatt.de>, der die Choräle Paul Gerhardts als Beispiel für ein gelungenes Coping beschreibt.

- eine hohe intrinsische Motivation.

Durch organisationale Ressourcen lassen sich die personalen Ressourcen fördern und weiterentwickeln. Hier wird auch auf das Konzept des psychologischen Arbeitsvertrags von Denise Rousseau einzugehen sein.⁵⁶

5. Fragestellung und Forschungshypothese

Ausgehend von Aaron Antonovskys Salutogenese-Konzept lautet die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Studie:

Warum bleiben Pfarrer/innen trotz einer Vielzahl von Belastungsfaktoren gesund, während andere unter den gleichen beruflichen Bedingungen psychisch oder physisch erkranken?

Hierzu ist es erforderlich danach zu fragen,

- welche Gesundheitsressourcen des Pfarrberufs die Gesundheit der Berufsgruppe erhalten bzw. fördern,
- und welche Belastungspotenziale des Pfarrberufs die Gesundheit von Pfarrern/innen beeinträchtigen.

Bezogen auf den arbeitspsychologischen Bereich besagt die salutogenetische Annahme, dass hohe berufliche Belastungen nicht unbedingt pathogen wirken, wenn ausreichende Gesundheitsressourcen verfügbar und für die Berufsgruppe nutzbar sind. Somit lässt sich als die salutogenetisch orientierte Forschungshypothese der Studie formulieren:

Pfarrer/innen mit hohen und vielfältigen Berufsbelastungen aber mit vorhandenen und genutzten sozialen, organisationalen und personalen Ressourcen weisen eine bessere Gesundheit auf als Pfarrer/innen mit gleichen Belastungen aber weniger Ressourcen.

Zur weiteren Überprüfung dieser Hypothese wurden weitere „Unter“-Hypothesen gebildet, die folgende Zusammenhänge betreffen:

- Zusammenhänge von berufliche Gesundheit und organisationalen Ressourcen,
- Zusammenhänge von beruflicher Gesundheit und sozialen Ressourcen,
- Zusammenhänge von beruflicher Gesundheit und personalen Ressourcen
- Zusammenhänge von beruflicher Gesundheit und Berufszufriedenheit.

6. Durchführung und Methodik der Befragung

6.1 Methodik, Ablauf und Durchführung der Befragung

Die Studie wurde in Form einer quantitativen Erhebung als Vollbefragung aller Pfarrerrinnen und Pfarrer der EKKW im aktiven Dienst durchgeführt. Da bedingt durch die derzeit in sehr unterschiedlichem Umfang umgesetzte Pfarrstellenreduzierung die Ermittlung einer repräsentativen Stichprobe (z.B. bestimmte Kirchenkreise) kaum möglich erschien. Das war auch der Grund für die Wahl einer quantitativen Befragung; eine qualitative Erhebung, etwa durch standardisierte Interviews, hätte den zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Rahmen gesprengt.

Um nicht nur einen Ist-Stand zu erheben, sondern auch Entwicklungslinien aufzeigen zu können, wurden Fragen-Sets aus der Studie von 2003 in den Fragebogen übernommen.

Der Fragebogen nimmt den SALSA-Fragebogen (Salutogenetische, subjektive Arbeitsanalyse) von Udris und Rimann⁵⁷ auf und entwickelt ihn für die spezifischen Bedingungen des Pfarrberufs weiter.

⁵⁶ Vgl. Geissler 2011, der sich hier auf Überlegungen von Denise Rousseau bezieht.

⁵⁷ Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation (S.

Verwendet wurden die Bereiche B und D des Fragebogens, wobei die Items B 46-55 ausgelassen, andere leicht umformuliert wurden.

Der SALSA-Fragebogen ist hinreichend praxiserprobt; die Reliabilitätswerte der einzelnen Items liegen im Bereich von $\alpha = .50$ bis $\alpha = .90$ (Cronbachs Alpha)⁵⁸. Erhoben werden Arbeitsmerkmale, wie z.B. Ganzheitlichkeit der Tätigkeit, Arbeitsbelastung, Über- oder Unterforderung, Sozialklima und soziale sowie organisationale Ressourcen.

Daneben werden bereits bewährte Items aus vorangegangenen Pfarrer/innen-Befragungen (s.o.) aufgenommen, die sich in der Arbeitszufriedenheitsforschung und der Work-Life-Balance-Forschung bewährt haben.

Die einzelnen Tools sind hinreichend praxiserprobt. Daher wurde insgesamt auf eine Reliabilitätsprüfung verzichtet.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 65 zumeist geschlossene Fragen mit insgesamt 358 Items in unterschiedlichen Skalen zu folgenden Bereichen:

- Berufliche Situation
- Berufsbilder und Kompetenzen
- Organisationale, soziale und personale Ressourcen
- Privatbereich und Freizeit
- Gesundheit und Krankheit
- Daten zur Person.

In einem Pre-Test innerhalb der Pfarrvertretung als repräsentativer Stichprobe ist der Fragebogen vor dem Versand auf Verständlichkeit, Doppelungen, Unklarheiten oder Widersprüche getestet worden. Hier wurde auch der Zeitaufwand gemessen, der zum Ausfüllen notwendig ist (30 bis 45 Minuten). Nach Auswertung des Pre-Tests wurde der Fragebogen noch geringfügig verändert.

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS. In bestimmten Bereichen wurden die Ergebnisse mit den Ergebnissen der Befragung von 2003 verglichen, um bestimmte Entwicklungen aufzeigen zu können.

Zur Überprüfung der Validität und Repräsentativität der Befragung wurden Personaldaten zu Alter, Geschlecht, Stellenumfang und Tätigkeit (Funktion oder Gemeinde) vom Personalreferat als Vergleichsgrößen zur Verfügung gestellt.

Aus Kostengründen und nach Beratung durch die EDV-Abteilung des Landeskirchenamtes fiel die Entscheidung zur Durchführung der Befragung als online-Erhebung im Intranet der Landeskirche und mittels eines pdf-gestützten Fragebogens über die Website der Pfarrvertretung.⁵⁹ Der pdf-Fragebogen konnte auch ausgedruckt und händisch ausgefüllt und anonym per Post versendet werden. Über das Intranet nahmen 244 Kollegen/innen an der Befragung teil; den pdf-gestützten Fragebogen im Internet nutzen 78 Personen und die Option zum Ausdrucken nutzen zwei der Befragten.

Die Befragung wurde im Zeitraum vom 1. Februar bis 15. April 2013 durchgeführt. Alle 963 Pfarrerinnen und Pfarrer der Landeskirche wurden durch ein Rundschreiben zur Teilnahme an der Studie eingeladen, nachdem im Vorfeld über verschiedene Kanäle die Befragung angekündigt worden war. Das Anschreiben enthielt einen individuellen, achtstelligen Zugangscode, der es ermöglichte, den Fragebogen auch in mehreren Sitzungen auszufüllen. Aus Datenschutzgründen wurde darauf verzichtet, den Code mit persönlichen Daten zu verbinden (Pseudonymisierung). Auf diese Weise konnte die Anonymität der Ergebnisse sichergestellt werden. Vorsorglich wurden 30

281-298). Zürich, 1997. Der Fragebogen steht im Internet als kostenloser Download zur Verfügung unter: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/udris_juni_8_salsa_gesundhzirkel_.pdf

⁵⁸ Reliabilität meint die Zuverlässigkeit der „Messinstrumente“ einer Befragung. Der Reliabilitätswert Cronbachs Alpha gibt dabei das Maß der Zuverlässigkeit an.

⁵⁹ Die pdf-gestützte Erhebung war nötig, um Pfarrern/innen im Funktionsdienst die Teilnahme zu ermöglichen, die noch nicht alle über einen Intranet-Zugang verfügen

Anschreiben mit Code mehr als erforderlich gedruckt und in verschlossenen Blanko-Umschlägen kuvertiert, um gegebenenfalls bei Verlust des Anschreibens einen neuen Zugangscodes zu versenden. Der Datenschutz und die Anonymität der Befragung waren also in allen Phasen der Befragung zu 100 Prozent gewährleistet.

Bis Ende Februar hatten rund 220 Personen an der Befragung teilgenommen. Aus Gründen des Datenschutzes und der Anonymität wurde Anfang März 2013 erneut die gesamte Zielgruppe in einem Erinnerungsschreiben kontaktiert. Dadurch nahmen weitere ca. 100 Personen an der Befragung teil, so dass die Teilnahme schließlich bei 324 Personen lag; das entspricht 33,6% der angeschriebenen Pfarrerinnen und Pfarrer.

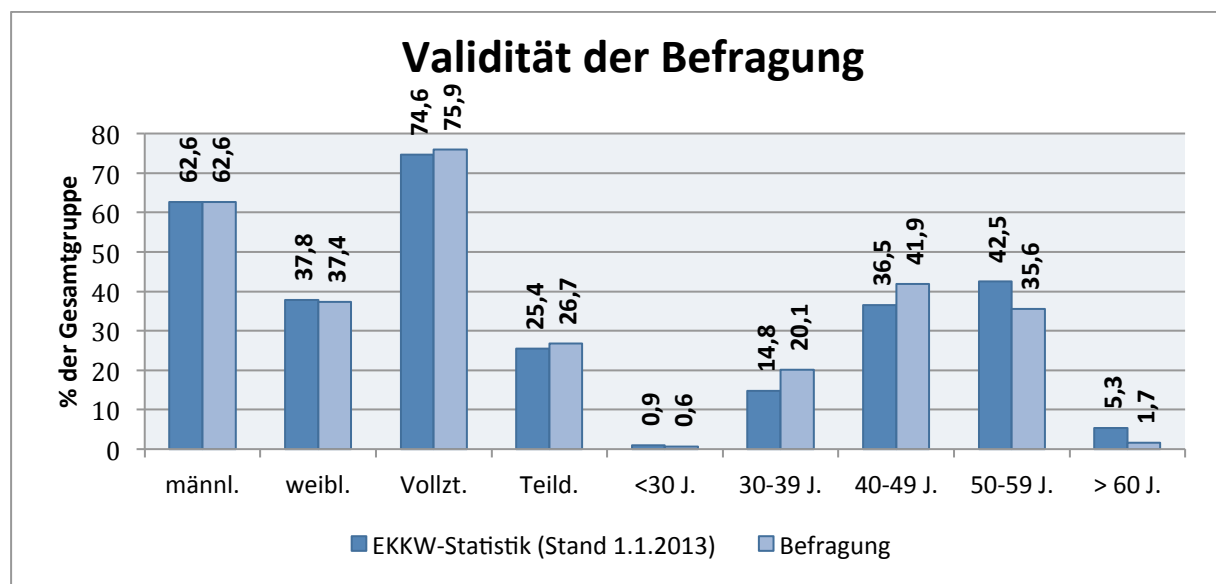
Im April und Mai 2013 wurden die Datensätze zusammengeführt und aufbereitet, um sie mit SPSS statistisch auswerten zu können. Von Mai 2013 an erfolgte die Auswertung.

6.2 Validität und Repräsentativität der Ergebnisse

Jede empirische Untersuchung unterliegt der Frage nach der Zuverlässigkeit des erhobenen Datenmaterials. Wie weit lassen sich die Ergebnisse verallgemeinern und auf alle potenziell Antwortenden übertragen?

Bei einer Vollbefragung wie dieser rechnet man allgemein mit einer Rücklaufquote von ca. 25%. An der vorliegenden Studie nahmen 324 Personen teil; das entspricht 33,6% der Grundgesamtheit (963 Pfarrerinnen und Pfarrer im aktiven Dienst). Schon aufgrund dieser relativ guten Beteiligung kann davon ausgegangen werden, dass aus der Befragung repräsentative Ergebnisse ableitbar sind.

Zur Überprüfung der Validität wurden bestimmte Basisdaten der Befragten, wie z.B. Alter, Geschlecht oder Tätigkeit mit der Personalstatistik der EKKW verglichen (s. Schaubild).



Bezüglich der Geschlechter-Verteilung und der Anteile von Vollzeit-Beschäftigten und im Teildienst Beschäftigten gibt es keine nennenswerten Unterschiede zur Personalstatistik.

In der Altersverteilung bestehen merkliche Unterschiede zwischen den Befragungsteilnehmern und der gesamten Pfarrerschaft der EKKW. Die Jüngeren und die mittlere Altersgruppe ist im Vergleich zur Personalstatistik leicht überrepräsentiert, während umgekehrt die Älteren bei der Gruppe der Teilnehmenden leicht unterrepräsentiert ist. Dieser Unterschied ist vermutlich auf die höhere Technik-Affinität (online-Befragung) der jüngeren Altersgruppen zurückzuführen. Vergleicht man

einzelne Ergebnisse der aktuellen Befragung mit Ergebnissen der Befragung von 2003 jeweils in Abhängigkeit zum Alter der Befragten sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen. Es ist also davon auszugehen, dass die unterschiedliche Altersverteilung das Untersuchungsergebnis nicht verfälscht, und die Ergebnisse der vorliegenden Studie somit repräsentativ und valide sind.