

ARBEITSBEDINGTE BELASTUNGEN UND RESSOURCEN IN DER PFLEGE

Sandra Schulz, Cornelia Schade, Stefan Wolfram (Hrsg.)

Vorwort

Die Belastungen, mit denen Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden, sind ebenso komplex wie vielfältig: Sie reichen von Zeit- und Leistungsdruck über fehlende Pausen bis hin zum Umgang mit Sterben und Tod. Die Serious Game-basierte Lernumgebung „Stress-Rekord“ hat das Ziel, Führungskräfte für diese und weitere berufsbedingte Belastungen im Pflegealltag zu sensibilisieren sowie gegebenenfalls zu einer Änderung ihres Führungsverhaltens anzuregen. Die als browserbasiertes Lernspiel konzipierte Anwendung kombiniert unterhaltssames Spielerleben mit der Aneignung und Anwendung von Wissen sowie Fähigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Mit Hilfe der Lernanwendung erlangen Führungskräfte in der Pflege spielerisch die notwendigen Kompetenzen, um arbeitsbedingte Belastungen der Pflegekräfte frühzeitig zu erkennen und ihre Mitarbeitenden handlungs- und bedarfsoorientiert zu unterstützen.

Das Lernspiel entstand im Rahmen des Projektes „Stress-Rekord – Serious Game-basierte Informations- und Lernumgebung zum Abbau von physischen und psychischen Belastungen bei Pflegekräften“, welches durch Mittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde.

Um den Prozess der Wissensaneignung zu unterstützen und das Verständnis für arbeitsbedingte Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften zu verstärken, entstand, begleitend zur Lernanwendung „Stress-Rekord“, dieses Nachschlagewerk. Nach einer umfassenden Literaturrecherche wurden insgesamt 34 Belastungen abgeleitet. Deren Auswirkungen sowie konkrete Beanspruchungsfolgen werden in diesem Buch in einzelnen Artikeln anschaulich erklärt. Ebenso beinhaltet dieses Buch eine Sammlung von zehn für die Pflege relevanten Ressourcen, welche berufsbedingten Belastungen entgegenwirken können und ebenso in kurzen Artikeln erläutert werden. Zum besseren Verständnis sollen im Folgenden kurz die zentralen Begrifflichkeiten dieses Buches erklärt werden:



Belastungen sind, ohne Wertung, als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse zu verstehen, welche von außen auf die Mitarbeitenden einwirken. Die Beanspruchung ist eine unmittelbare, subjektive Folge der Belastung des Einzelnen (vgl. Rohmert, 1975, S. 710). Sie lässt sich in physische und psychische Beanspruchungen unterteilen (vgl. Wicherz 2019) und kann sich, abhängig von den jeweiligen kurz- bzw. langfristigen Voraussetzungen sowie den individuellen Bewältigungsstrategien, in negativen oder positiven Folgen ausdrücken (vgl. Rohmert, 1975, S. 710). Negative Beanspruchungsfolgen oder auch Stressoren sind demzufolge das Ergebnis eines Ungleichgewichts zwischen den externen Anforderungen und den eigenen, vorhandenen Möglichkeiten, diese zu bewältigen (vgl. Lohmann-Haislah et al. 2012, S. 14).

Ressourcen sind Merkmale, die den Umgang mit Stressoren unterstützen (vgl. Lohmann-Haislah et al., 2012, S. 13). Ressourcen werden auch als die „[...] einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten gesundheitsschützenden und -fördernden Kompetenzen und äußereren Handlungsmöglichkeiten“ (Richter, 2010, S. 185) beschrieben. Zu beachten ist jedoch, dass persönliche oder unternehmensbezogene Gegebenheiten negative Folgen auslösen können, was wiederum bewirken kann, dass eine Ressource eher als Belastung mit negativen Beanspruchungsfolgen wahrgenommen wird. Ressourcen können also von einem Merkmal, was den Umgang mit Stressoren fördert, zu einem Stressor werden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 13). Ressourcen, die in diesem Buch behandelt werden, sind beispielsweise Arbeitszufriedenheit, Berufswahlzufriedenheit, Unterstützung durch die Führungskraft sowie Aufgabenvielfalt.

Das vorliegende Buch sowie die darin enthaltene Sammlung arbeitsbedingter Belastungen und Ressourcen in der Pflege richtet sich an alle Interessierten aus Wissenschaft und Praxis, insbesondere an Führungskräfte aus der Pflegebranche und soll einen Beitrag zum besseren Verständnis der Belastungssituation in der Pflege leisten.

Dr. Sandra Schulz, Cornelia Schade, Stefan Wolfram

BELASTUNGEN

Nach einer umfassenden Literaturrecherche wurden insgesamt 34 Belastungen abgeleitet. Deren Auswirkungen sowie konkrete Beanspruchungsfolgen werden im Folgenden in einzelnen Artikeln anschaulich erklärt. Belastungen sind, ohne Wertung, als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse zu verstehen, welche von außen auf die Mitarbeiter*innen einwirken. Die Beanspruchung ist eine unmittelbare, subjektive Folge der Belastung des Einzelnen (vgl. Rohmert, 1975, S. 710).

Arbeitsklima

Nadine Schaarschmidt

Belastung vs. Ressource

Eine unzureichende sogar fehlende Kommunikation im Team oder mit dem/der Vorgesetzten gilt als schwerwiegende Belastung mit weitreichenden Folgen für die psychische und physische Gesundheit der Pflegekraft. Darüber hinaus können sowohl die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten als auch das Arbeitsklima als Ressource gedacht werden, d. h. sie bilden ein Mittel zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012)¹.



Belastung

z.B. zu hoher Zeit- und Termindruck



Ressource

z.B. fehlende soziale Unterstützung/Anerkennung durch die Führungskraft

Abbildung 1 stellt das vereinfachte Stress-Modell von Lohmann-Haislah dar (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 18). Das Modell verdeutlicht, wie die soziale Unterstützung als Kompensator für bestehende Belastungen oder Anforderungen wirken kann. Bei einem dauerhaften Fehlen der Ressource können langfristige Beanspruchungsfolgen wie z.B. Bluthochdruck, Depression auf die Betroffenen wirken (vgl. ebd., S. 18).



Kurzfristige Beanspruchungsfolgen

z.B. Cortisol/Adrenalinausschüttung, Unruhe, Angst



Langfristige Beanspruchungsfolgen

z.B. Erschöpfung, Bluthochdruck, Depression

Zahlen und Fakten

Es lassen sich unerwartete Ergebnisse aus verschiedenen Studien feststellen:

Im BGW-Pflegereport (2007)² wird berichtet, dass bei ambulanten Pflegediensten (im Vergleich zu Pflegeheimen) folgende Aspekte als besonders gut erlebt werden:

- Gute Führungsqualität
- Soziale Unterstützung von dem/der Vorgesetzten
- Soziale Unterstützung vom Kollegium
(nur jüngere Pflegekraft < 50)
- Gute zwischenmenschliche Beziehungen (vor allem ältere Pflegekraft: >50) (vgl. BGW-Pflegereport, 2007, S. 25).

In einem Bericht der DAK-BGW (2006)³ zur ambulanten Pflege wird deutlich, dass die spezifische Arbeitssituationen in der häuslichen Pflege nur von einer Minderheit der Befragten problematisch gesehen wird:

- Lediglich 23 % fühlen sich oft als Einzelkämpfer
- Nur 25 % würden sich eindeutig mehr Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen wünschen.
- Immerhin 70 % schätzen das Klima unter Kolleginnen und Kollegen als vertrauensvoll und unterstützend ein (vgl. ebd., S. 47).

Des Weiteren kam der DAK-BGW Gesundheitsreport zu dem Ergebnis, dass auch die Beziehung zum/zur direkten Vorgesetzten von 51 % der Teilnehmenden positiv gesehen wird. Sie empfinden Arbeitserleichterung durch die Unterstützung des/der Vorgesetzten, nur 15 % werden durch unklare oder widersprüchliche Vorgaben behindert. 68 % erfahren durch ihre Führungskraft persönliche Anerkennung. Lediglich knapp 15 % der Studienteilnehmenden verneinen diese Frage (vgl. ebd., S. 48).

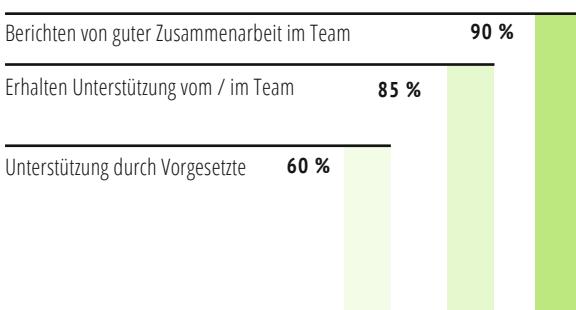
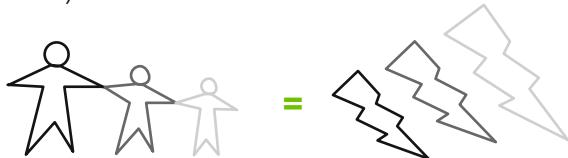


Abbildung 2 stützt sich auf das Ergebnis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigtenbefragung 2011/2012 (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 82). Die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams wird dabei von 90 % der Befragten als positiv eingeschätzt. Unterstützung bzw. Hilfe durch den/die Vorgesetzte erhalten 60 % der Teilnehmenden. Um den positiven Effekt der Unterstützung durch den/der direkten Vorgesetzten zu nutzen, ist diese Ressource zu stärken.

Beanspruchungsfolgen

Besonders Personen mit hohen Beanspruchungsfolgen verfügen über wenige Ressourcen.

Am deutlichsten wird dies hinsichtlich fehlender Hilfe bzw. Unterstützung von dem/der direkten Vorgesetzten. Von den vier untersuchten Ressourcen zeigt die fehlende Unterstützung durch die Führungskraft hinblickend auf die resultierenden Beanspruchungsfolgen für psychische sowie physische Beschwerden den größten Effekt. Bei muskuloskelettaLEN Beschwerden (Beschwerden die, den Bewegungsapparat einschränken) steht diese Ressource an zweiter Stelle (vgl. ebd., S. 103).



Abnehmende Unterstützung durch Kollegen/innen und Vorgesetzte

Anstieg der Beschwerden wie muskuloskelettale, psychov vegetative Beschwerden und Erschöpfung

Abbildung 3 veranschaulicht, dass sich die Beschwerden oder Erschöpfungsarten (Beanspruchungen) bei abnehmenden Ressourcen ausweiten. Es zeigte sich, dass ein Mangel an Ressourcen einen Einfluss auf kurzfristige Stressfolgen hat (vgl. DAK-BGW, 2006, S. 104).

Personen ohne psychov vegetative Beschwerden geben bspw. in 12 % der Fälle an, selten oder nie Hilfe bzw. Unterstützung von dem/der direkten Vorgesetzten zu erhalten. 25 % der Personen, die mit mehr als einer Psychov vegetativen Beschwerde leben, erhalten selten oder nie Hilfe bzw. Unterstützung von ihrem/ihrer direkten/direkten Vorgesetzten/Vorgesetzte. Die Befragten mit einem ausgezeichnetem bis sehr gutem Gesundheitszustand (13 % der Studienteilnehmenden) erfahren auch selten bis nie Unterstützung vom direkten Vorgesetzten (vgl. ebd., S. 103). Eine genannte Beanspruchungsfolge durch das selbständige Arbeiten ohne direkte Verfügbarkeit von Kolleginnen und Kollegen ist ein deutlich höherer Verantwortungsdruck (vgl. ebd., S. 27).

Erläuterungen

1

Basis der Studie sind Daten, die mittels einer telefonischen, computerunterstützten Befragung (CATI = Computer Assisted Telephone Interview) durch TNS Infratest Sozialforschung bei rund 20000 Erwerbstägen in Deutschland im Zeitraum von Oktober 2011 bis März 2012 erhoben wurden. Als Grundgesamtheit galten alle in Deutschland erwerbstägen Personen ab 15 Jahren. Die Befragten wurden in unterschiedliche Berufsgruppen eingeteilt, wovon hier nur die Ergebnisse der Gesundheitsberufe dargelegt sind.

2

Die Basis dieses Berichts ist eine Situationsanalyse der stationären und ambulanten Altenpflege, sowie das BGW-Betriebsbarometer. Die Situationsanalyse beruht auf den Erhebungen, Studien und Befragungen der BGW in den letzten Jahren. Das Betriebsbarometer basiert auf Mitarbeiterbefragungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Dabei sind Fragen zur Arbeitszeit, Arbeitsaufgaben, zum Unternehmen und Arbeitsschutz enthalten. Insgesamt konnten im Betriebsbarometer die Daten von 603 Pflegekräften ausgewertet werden.

3

Basis der Studie ist eine schriftliche Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppen „Krankenschwester/-pfleger“, „Helper in der Krankenpflege“ und „Sozialarbeiter, -pfleger“, unter die auch die Altenpfleger fallen. Für die Analysen wurden nur Antworten von Beschäftigten berücksichtigt, welche zum Zeitpunkt der Befragung (Januar 2005) einer pflegenden Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst nachgingen.

Arbeitsunterbrechungen

Elena Dumont

Zahlen und Fakten

Häufige Arbeitsunterbrechungen entstehen durch stetig neue Anforderungen und Forderungen an die Pflegenden. Störungen im Arbeitsablauf treten beispielsweise durch andere Personen, Telefonanrufe und weitere unvorhergesehene Ereignisse auf. Arbeitsunterbrechungen wurden als eine der stärksten Belastungsquellen in der stationären Pflege identifiziert (vgl. Glaser & Höge, 2005)¹.

In der ambulanten Pflege stellen Unterbrechungen als Aspekt der Arbeitsorganisation beim Ausführen einer Arbeitstätigkeit ebenfalls eine relevante psychische Belastungsquelle dar. Sie stehen in ursächlichem Zusammenhang zum Ausmaß von arbeitsbedingtem Stress und gesundheitlichen Beschwerden (vgl. DAK-BGW, 2006, S. 40 f.)².

44 % der Befragten geben laut Lohmann-Haislah (2012)³ an, häufig von Arbeitsunterbrechungen betroffen zu sein. (vgl. S. 34) Weiterhin beschweren sich 27 % der Führungskräfte in der Pflege, welche häufig in ihrer Arbeit unterbrochen werden, über acht oder mehr Gesundheitsbeschwerden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 126).

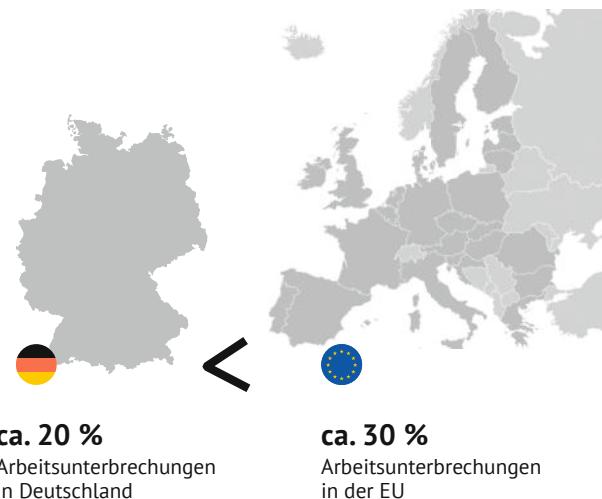


Abbildung 4 stellt den Vergleich Deutschland und Europa (-27-Durchschnitt) dar. Davon geben 22 % der in Deutschland Beschäftigten jedoch an, sehr oft bis ziemlich oft in ihrer Arbeit unterbrochen zu werden, während in Europa 32 % der Beschäftigten sehr oft unterbrochen werden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 37).

Interessant ist laut Lohmann-Haislah (2012) außerdem der Aspekt, dass vor allem Arbeitsunterbrechungen die mittlere Altersgruppe betreffen, sowie vermehrt Frauen von Arbeitsstörungen berichten (vgl. ebd., S. 48f.).

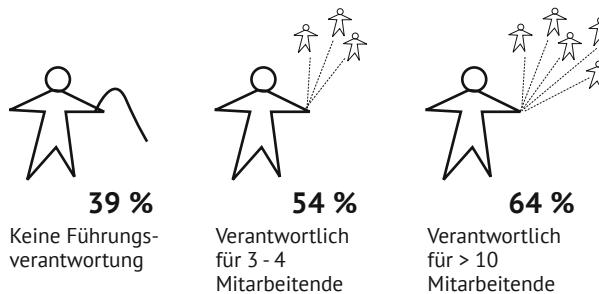


Abbildung 5 konkretisiert das Arbeitsverhalten von Beschäftigten mit Führungsverantwortung. Weiterhin geben 64 % der Beschäftigten mit Führungsverantwortung, also mehr als 10 unterstellte Mitarbeitende, an, bei der Arbeit gestört bzw. unterbrochen zu werden. Im Vergleich dazu werden nur 39 % der Beschäftigten ohne Führungsverantwortung bei der Arbeit gestört bzw. unterbrochen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 125).

Beanspruchungsfolgen

Folgende Reaktionen auf wiederkehrende Arbeitsunterbrechungen werden beschrieben (vgl. ebd., S. 48).

- Die aktuelle Aufgabe wird sofort unterbrochen und die neue Aufgabe begonnen.
- Die aktuelle Aufgabe wird gleichzeitig mit der neuen Aufgabe ausgeführt (Multitasking).
- Auf die Arbeitsunterbrechung wird nach einer Verzögerung reagiert.
- Die Arbeitsunterbrechung sowie die damit verknüpfte Aufgabe werden delegiert.

Studien zeigen, dass eine sofortige Unterbrechung die höchste Fehlerquote bedingt und damit öfter zu negativen Konsequenzen führt als eine leicht verzögerte Reaktion. Beathge et al. (2012)⁴ meinen, dass schon Sekunden der Verzögerung zur besseren Ausführung der Aufgabe führen können. Das heißt, Unterbrechungen zwischen Teiltätigkeiten führen zu weniger Fehlern als Unterbrechungen innerhalb der Teilaufgabe (vgl. Baethge et al., 2012, S. 49).

Laut Lohmann-Haislah (2012) ist die Einführung von störungsfreien Arbeitszeiten sinnvoll, um den Leistungs- und Termindruck zu vermindern. Außerdem kann die berufliche Erreichbarkeit und E-Mail Flut eingedämmt werden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 112).

Erläuterungen

1

Glaser und Höge (2005) haben eine Bestandsaufnahme der prototypischen Vorhaben zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege vorgenommen und die allgemeine Pflegesituation dargestellt. Unterstützt wurden sie durch Dr. Jürgen Kopske (BAuA) und Dr. Gabriele Richter (BAuA).

2

Basis der Studie ist eine schriftliche Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppen „Krankenschwester/-pfleger“, „Helfer in der Krankenpflege“ und „Sozialarbeiter, -pfleger“, unter die auch die Altenpfleger fallen. Für die Analysen wurden nur Antworten von Beschäftigten berücksichtigt, welche zum Zeitpunkt der Befragung (Januar 2005) einer pflegenden Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst nachgingen

3

Basis der Studie sind Daten, die mittels einer telefonischen, computerunterstützten Befragung (CATI = Computer Assisted Telephone Interview) durch TNS Infratest Sozialforschung bei rund 20000 Erwerbstägigen in Deutschland im Zeitraum von Oktober 2011 bis März 2012 erhoben wurden. Als Grundgesamtheit galten alle in Deutschland erwerbstägigen Personen ab 15 Jahren. Die Befragten wurden in unterschiedliche Berufsgruppen eingeteilt, wovon hier nur die Ergebnisse der Gesundheitsberufe dargelegt sind.

4

Der Artikel befasst sich mit dem Risikofaktor Arbeitsunterbrechungen, dessen Auswirkungen und Folgen, sowie den besten Lösungen. Beispielhaft wird der Gesundheitszirkel als Methode im Team beschrieben.

Dienst- und Tourenplanung

Elena Dumont

Zahlen und Fakten

Laut dem DAK-BGW (2006)¹ arbeiten die meisten Befragten in geteilten Diensten (35 %) oder in Wechselschicht (33 %), was sie vor besonders hohen Anforderungen stellt. Circa 28 % der Befragten arbeiten ausschließlich im Frühdienst, während knapp 5 % im reinen Spätdienst beschäftigt sind (vgl. DAK-BGW, 2006, S. 37).



Schicht- und Nachtdienst sowie Überstunden werden als eine wesentliche Belastung wahrgenommen, die physische sowie psychische Auswirkungen mit sich ziehen können. Eine Langzeitstudie zur Schichtarbeit in der Altenpflege der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2006)² verdeutlicht, dass 80 % der Pflegekräfte in Schichtdienst, mit und ohne Nachtdienst bzw. in unregelmäßigen Tagdiensten arbeiten. Der Einfluss von Pflegenden auf die Dienstplangestaltung ist außerdem nur gering bis meist gar nicht möglich. Oft werden die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes nicht eingehalten, sodass vor allem Leitungskräfte und examinierte Pflegekräfte häufig länger arbeiten.

Ungefähr zwei Drittel der Befragten leisten im Durchschnitt 15 Überstunden innerhalb eines Monats. Im Jahr 2002 wurden in der stationären Altenpflege beispielsweise neun Millionen Überstunden angesammelt, was einer Arbeitsleistung von 20.000 Vollzeitkräften entspricht (vgl. BGW, 2006, S. 15f.)².

Abbildung 6 verdeutlicht das Verhältnis der Personalplanung unter Berücksichtigung von arbeitsintensivem Tagen. Viele der befragten Tageskliniken (41 %) schaffen es nicht, arbeitsintensive Tage bereits bei der Planung abzusehen und vorsorglich mehr Personal zu organisieren (vgl. Glaser et al., 2013, S. 87). Lediglich ein Drittel kann teilweise die Mehrarbeit durch mehr Personal rechtzeitig kompensieren.

Negative Auswirkungen einer Dienstplangestaltung

Interessant ist die Ausgabe der Dienstpläne, die in über zwei Dritteln der befragten Tageskliniken mindestens einen Monat