



Arbeitsplatz Pflegeheim

Editorial

Teil I: Kurs auf eine Bestandsaufnahme

Arbeitsplatz Pflegeheim: Empirie

Bewohnerschaft und Beschäftigte

Die Pflege demenziell veränderter Menschen

Die Rolle der examinieren Fachkraft von morgen - endet der ganzheitliche Anspruch bei Funktionalität?

Teil II: Intervention

Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Projekt DemOS

Interview mit dem DemOS- Interventions-/ Evaluationsteam

Teil III: Konzepte

Arbeitsbelastung und Arbeitsbeanspruchung

Stress und Stresstheorien

Burnout

INHALT

I. KURS AUF EINE BESTANDSAUFNAHME	Editorial	1
	01 Einleitung	
	<i>Gabriele Kreutzner</i>	3
	02 Arbeitsplatz Pflegeheim: Empirie. Voraussetzungen und Befunde	
	<i>Gabriele Kreutzner</i>	7
	03 Bewohnerschaft und Beschäftigte: Strukturbezogene Erkenntnisse	
<i>Gabriele Kreutzner</i>	26	
04 Die Pflege demenziell veränderter Menschen		
<i>Gabriele Kreutzner</i>	31	
05 Die Rolle der examinierten Fachkraft von morgen – endet der ganzheitliche Anspruch bei Funktionalität?		
<i>Christian Müller-Hergl</i>	41	
II. INTERVENTION	06_1 Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen	
	<i>Gabriele Kreutzner</i>	60
	06_2 DemOS: Demenz – Organisation – Soziales:	
<i>Gabriele Kreutzner</i>	63	
06_3 „Wenn es MitarbeiterInnen in der Arbeit gut gehen soll, dann müssen die Arbeitsbedingungen stimmen“. Interview mit dem Interventions-/Evaluationsteam von DemOS		
<i>Gabriele Kreutzner</i>	66	
III. KONZEPTE	07 Arbeitsbelastung und Arbeitsbeanspruchung – eine Begriffsklärung	
	<i>Gabriele Kreutzner</i>	75
	08 Stress und Stresstheorien	
<i>Martina Seiler</i>	78	
09 Burnout		
<i>Gabriele Kreutzner</i>	87	
	Literatur- und Autorenverzeichnis	94

EDITORIAL

Können Sie sich noch erinnern, wie das Wort des Jahres 2011 lautete? Nein, Burnout war es nicht. Es war STRESSTEST. In der Begründung der von der Gesellschaft für deutsche Sprache eingesetzten Jury hieß es, der ursprünglich aus dem medizinischen Bereich stammende Begriff sei 2011 oft gefallen und habe sich in sprachlicher Hinsicht als sehr produktiv erwiesen: „Nicht nur Banken wurden auf ihre Belastbarkeit getestet, auch etwa das Bahnprojekt Stuttgart 21, die grün-rote Landesregierung in Baden-Württemberg und deutsche Atomkraftwerke wurden Stresstests unterzogen“.

Die Übertragung des Stress-Begriffs vom Menschen auf seine Hervorbringungen mag sprachlich gesehen durchaus „produktiv“ sein – sie ebnet aber auch den nicht unerheblichen Unterschied zwischen dem Menschen und seinen Hervorbringungen ein. Damit wird Belastbarkeit zu einem übergreifenden, gleichsam absoluten Wert. Was die Menschen angeht, so fühlt sich eine große Zahl werktätiger Personen (aber auch von Arbeitslosigkeit betroffener ebenso wie privat Tätiger) von den Anforderungen der modernen Welt dauerhaft unter Druck gesetzt. Und zumindest in Bezug auf die Arbeitswelt empfinden sie dies nicht nur subjektiv so, sondern sind es auch. In jüngster Zeit kommt eine ganze Reihe von Studien, darunter die vor kurzem veröffentlichte 5. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen, zu dem Ergebnis, dass psychische und soziale Belastungen der Beschäftigten insgesamt zugenommen haben.

Vor diesem Hintergrund richtet diese Ausgabe von *de* den Blick auf die MitarbeiterInnen in der Altenpflege und geht der Frage nach, wie es um die Belastungen am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ bestellt ist. Damit konzentrieren wir uns auf einen Bereich, von dem es heißt, hier seien im Unterschied zu den meisten anderen Feldern Anstiege bei den Beschäftigtenzahlen weiterhin möglich – und angesichts der demographischen Entwicklung auch nötig. Gleichzeitig ist jedoch die demographische Entwicklung einer der Gründe dafür, dass eine Verbesserung der Personalsituation, insbesondere bei

den Fachkräften, nicht wirklich in Aussicht steht.

Wir haben versucht, folgende Fragen in den Blick zu nehmen: Wie sieht es mit den arbeitsbezogenen Belastungen für die pflegenden MitarbeiterInnen in den Heimen aus? Was sind die Dinge und Faktoren, die sie am stärksten belasten? Und was hilft ihnen womöglich dabei, ihre Energien zu mobilisieren und immer wieder zu versuchen, ihre Arbeit möglichst gut zu verrichten?

Anders als in den bisherigen Ausgaben von *dess_orientiert* haben wir uns auf die Situation in Deutschland konzentriert. Wo sich Fragen aufgetan haben, für die noch keine situativ angepassten Antworten vorlagen und –liegen, haben wir den Blick auf Forschungsarbeiten aus anderen gesellschaftlichen Kontexten gerichtet. Dabei haben wir vieles gelernt und hoffen, dass es uns gelingt, dieses Wissen in angemessener Form weiterzugeben. So es eine Quintessenz unseres Lernprozesses gibt, dann diese: Wenn wir uns dafür stark machen, eine bessere Versorgung und mehr Wohlergehen für Menschen mit Demenz zu erreichen, müssen wir uns auch für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen derjenigen engagieren, die für sie sorgen.

Eine letzte Anmerkung: Zu den Besonderheiten dieser Ausgabe gehört auch, dass sie einen stärker theoretisch ausgerichteten Teil bietet, der LeserInnen darin unterstützen soll, sich komplexe Konzepte wie „Stress“ und „Burnout“ näher zu erschließen. Nicht nur in dieser Hinsicht schuldet diese Ausgabe von *dess-orientiert* Dr. Martina Seiler sehr viel mehr, als ihre Nennung als Autorin preisgibt. Besonderer Dank geht an Ulrike Fischer, die die Entstehung dieser Ausgabe wie immer umsichtig unterstützt und begleitet hat.

Gabriele Kreutzner

01 EINLEITUNG

Die Entscheidung, uns im Rahmen einer Ausgabe von *de*ss_orientiert mit der Situation professionell Pflegenden an ihrem Arbeitsplatz auseinanderzusetzen und das Augenmerk dabei vor allem auf die psychischen Belastungen zu richten, war – natürlich – von Anfang an mit einem besonderen Interesse am Thema Demenz verknüpft. Hieraus ergab sich, um die Herausforderungen nicht überbordend zu lassen, eine Konzentration auf die Betrachtung der stationären Langzeitversorgung. Wie die empirische Forschung (*insbesondere durch MUG IV, Schneekloth & Wahl 2007*) bestätigt, hat sich in Bezug auf die Bewohnerschaft der Pflegeheime in den letzten beiden Jahrzehnten ein struktureller Wandel vollzogen. Im Vergleich zu den privaten Zusammenhängen, in denen auf Hilfe angewiesene und kranke ältere Menschen leben, sind BewohnerInnen von Pflegeheimen älter, physisch und psychisch beeinträchtigt und häufig sozial und familiär isolierter (*Schneekloth & Wahl 2009, 16, unter Bezugnahme auf MUG IV Daten*). Ähnlich wie in anderen Ländern hat dieser Trend sich seit Mitte der 90er Jahre zunehmend verstärkt. Vor allem ist der „Anteil jener mit schwerwiegenden und komplexen Konstellationen an psychisch-somatisch-sozialen Funktionseinbußen“ lebenden BewohnerInnen in den vergangenen 20 Jahren „bedeutsam angestiegen“ (*ebenda*).

Stationäre Langzeitpflege meint heute zumeist die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz

Stationäre Langzeitpflege meint heute zumeist, obwohl keineswegs ausschließlich, Pflege und Begleitung demenziell veränderter Menschen – mit weiterhin steigender Tendenz. Unter diesen Vorzeichen drängt sich die Frage auf, inwieweit der Strukturwandel in der Bewohnerschaft zu den psychischen Belastungen am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ beiträgt – und was dem gegebenenfalls entgegengesetzt werden kann.

Sich allein auf diesen potentiellen Stressor zu konzentrieren hätte jedoch bedeutet, ein verzerrtes Bild der Situation am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ zu zeichnen. Mithin lautete die Aufgabe, den Umgang mit demenziell veränderten BewohnerInnen im Kontext weiterer belastender wie möglicherweise auch entlastender Momente und Faktoren zu betrachten. Hier sind die übergreifenden Veränderungen

zu beachten, die in der Expertensprache als „Arbeitsverdichtungen“ gehandelt werden, was eine Intensivierung der vom Einzelnen zu erbringenden Arbeit meint. Zu den Auswirkungen dieser und weiterer Veränderungen in der Arbeitswelt kamen aktuell diejenigen zu Wort, die unter diesen „verdichteten“ Bedingungen ihre Arbeit verrichten: Im März dieses Jahres veröffentlichte der Deutsche Gewerkschaftsbund die Ergebnisse einer 2011 unter 6 083 abhängig Beschäftigten durchgeführten Repräsentativumfrage zum Thema Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung. Von den Befragten gaben 52 % an, sehr häufig oder oft gehetzt arbeiten zu müssen. 63 % stehen unter dem Eindruck, seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten zu müssen. 34 % fällt es nach eigenen Aussagen schwer, nach der Arbeit abzuschalten; 37 % müssen auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken. Und: 49% gehen mindestens zwei Mal im Jahr auch dann zur Arbeit, wenn sie sich richtig krank fühlen (*DGB 2012*). Den Ergebnissen der Umfrage lässt sich die Beobachtung zur Seite stellen, dass die Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Belastungen seit Jahren im Steigen begriffen sind. Psychische Erkrankungen rangieren mit 9,3 % inzwischen auf Platz vier der häufigsten Verursacher von Krankheitstagen – hinter Muskel- und Skeletterkrankungen (24,2 %), akuten Verletzungen (12,9 %) und Atemwegserkrankungen (12 %). Alles in allem ist „seit 1994 bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen ein Anstieg der psychischen Erkrankungen von mehr als 100 Prozent, bei den Arbeitsunfähigkeitstagen um nahezu 90 Prozent zu verzeichnen“ (*Badura et al. 2011*).

UMBRÜCHE UND UMSTRUKTURIERUNGEN IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE

In der stationären Langzeitpflege sind wir mit einer Reihe von Umbrüchen und Umstrukturierungen konfrontiert. Stichworte hierzu sind:

- mit der Ökonomisierung der Pflege verbundene strukturelle Veränderungen
- der demographische Wandel in seiner Auswirkung auf Pflegebedarfe
- die Einführung der Pflegeversicherung
- der demographische Wandel in seinen Auswirkungen auf die Mitarbeiterstruktur in der Pflege
- Fachkräftemangel u. a.

VORSTELLUNG DER BEI- TRÄGE DES ERSTEN TEILS

Dass all diese Entwicklungen und Umbrüche im Rahmen eines in seinen Möglichkeiten limitierten Monitoring nicht umfassend gearbeitet werden können, versteht sich. Was auf den kommenden Seiten geboten werden kann ist nicht mehr, aber auch nicht weniger als die Anstrengung, sich einen Überblick über die Situation am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ zu verschaffen. Als Einstieg dient ein Versuch, über eine synoptische Betrachtung themenbezogener empirischer Studien in der Bundesrepublik Aussagen über wesentliche Belastungen am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ zu treffen.

Interesseleitend ist dabei der Versuch einer Zusammenschau, der davon absieht, die in ihrer theoretischen Grundlegung und methodischen Verfahrensweise höchst unterschiedlichen Studien miteinander vergleichen zu wollen. Der zweite Beitrag stellt vorhandene Erkenntnisse über strukturbezogene Merkmale der Bewohnerschaft einerseits und der pflegenden Mitarbeiter andererseits dar, die in einem Zusammenhang mit tendenziell gestiegenen Anforderungen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz Pflegeheim stehen. Ein Ergebnis der im ersten Beitrag vorgenommenen synoptischen Betrachtung sind widersprüchliche Befunde zur Demenz als Stressor am Arbeitsplatz Pflegeheim. Um die Bedeutung des Umgangs mit demenziell veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern für Pflegende genauer auszuleuchten, sondiert Artikel drei hierauf bezogene internationale Studien. „Die Rolle der examinierter Fachkraft von morgen“ baut auf zentralen Erkenntnissen einer solchen Betrachtungsweise auf. Dieser von Christian Müller-Hergl verantwortete Beitrag ist mit der Intention verbunden, eine Debatte um die Situation in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz bzw. um die Verbesserung der dortigen Situation für Unterstützungsbedürftige wie Unterstützer anzuregen bzw. diese zu forcieren. Der erste Teil schließt mit einem kurzen Fazit.

VORSTELLUNG TEIL ZWEI

Im zweiten Teil stellen wir eine umfangreiche Intervention vor, mit der die Hoffnung verknüpft ist, dass sie Wege zur Verbesserung der Situation am „Arbeitsplatz Pflegeheim“ aufzeigen bzw. entsprechende Angebote unterbreiten wird. Im Kontext des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen wurde im Jahr 2009 der Förderschwerpunkt „Demografischer Wandel in der Pflege“: Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften aufgelegt. Das Modellprogramm wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt. Ein erster Beitrag stellt die drei Modellprojekte vor, die vom 16.11.2009 bis zum 15.11.2012 im Rahmen dieses Förderschwerpunkts durchgeführt werden. Dem folgt eine Kurzvorstellung des Modellprojekts DemOS, das von Demenz Support Stuttgart im Rahmen des Förderschwerpunkts verantwortet wird. Kernstück des Projekts ist eine in acht Einrichtungen jeweils maßgeschneidert angebotene Intervention, die inzwischen abgeschlossen ist. Über erste Erfahrungen dieser intensiven Auseinandersetzung mit den Realitäten des Arbeitsplatzes Pflegeheim berichten Thomas Herrmann, Christina Kuhn und Martina Seiler, die für die Durchführung der Intervention (*Kuhn, Herrmann*) sowie der Evaluation (*Seiler*) verantwortlich zeichnen. Ein Hinweis auf die Produkte, mit deren Hilfe die Projektergebnisse an die Praxis weitergegeben werden, rundet die Präsentation dieses Ansatzes zur Entwicklung einer guten Praxis ab.

VORSTELLUNG TEIL DREI

Teil III stellt zentrale Begriffe bzw. Konzepte der Debatte um psychische Arbeitsbelastungen vor: Arbeitsbelastung (und –beanspruchung), Stress und Burnout. Während sich die Abklärung des Begriffs Arbeitsbelastung recht überschaubar gestaltet, bedarf die Auseinandersetzung mit dem Konzept des Stressses einer tieferen Einlassung in die Materie. Hierzu bietet der Beitrag von Martina Seiler einen kenntnisreichen Ein- und Überblick.

Die Anmerkungen zum Burnout-Konzept sind weniger umfassend angelegt. Sie zielen vielmehr darauf ab, einem zum Modewort zerfaserten Etikett den notwendigen Grad an begrifflicher Schärfe zurück zu geben. Wir haben uns entschlossen, zu diesem Zweck ein Positionspapier in den Mittelpunkt zu stellen, das kürzlich (März 2012) von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde herausgegeben und auf einem öffentlichen Symposium vorgestellt wurde. Besonderes Gewicht kommt dem Papier u.a. auch dadurch zu, dass es die Burnout-Thematik aus einer bio-psychosozialen Perspektive beleuchtet und Zuständigkeiten für Abbau und Vermeidung arbeitsbedingter psychischer Über- und Fehlbelastungen klar benennt.

Gabriele Kreutzner

02 ARBEITSPLATZ PFLEGEHEIM: EMPIRIE.

VORAUSSETZUNGEN UND BEFUNDE

Was lässt sich über Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz gesichert sagen? Vorauszuschicken ist zunächst einmal, dass eine Vielzahl empirischer Studien nicht zwischen den mit teils unterschiedlichen Zielgruppen korrelierenden verschiedenen „Pflegesettings“ – Krankenhaus, ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege – differenzieren. Selbst das Berufsbild Altenpflege wird häufig nicht eigens ausgewiesen bzw. unter anderen Berufsgruppenarten subsumiert. In kontinuierlich wiederholten nationalen Auswertungen zur gesundheitlichen Situation wie etwa dem Fehlzeitenreport wird nur eine Untergruppe aus den Reihen der Pflegenden untersucht – in diesem Fall sind es die „Helfer in der Krankenpflege“. Empirisch bislang wenig untersucht sind auch die besonderen Anforderungen, die sich der Pflege alter Menschen heute stellen. Das gilt auch und insbesondere für demenzielle Veränderungen. Obwohl Demenz in der Forschung seit längerem als eine besondere Belastungsquelle benannt wird, gibt es bislang nur wenige Studien, die sich eigens mit diesem Aspekt befassen. Mit international vorliegenden Studien zu dieser Thematik setzt sich der vierte Beitrag dieses Teils auseinander.

PROBLEME DER „DATENLAGE“

Eine zweite, unmittelbar mit der ersten verknüpfte Schwierigkeit besteht darin, dass ein Großteil der Daten, die zur Situation in der Pflege vorliegen, nicht nach den unterschiedlichen Settings unterscheidet. Generell ist die Situation im Krankenhaus insbesondere durch die „Pflege-Thermometer“-Studien des Deutschen Instituts für Angewandte Pflegeforschung (dip) am besten untersucht. Die Studien werden seit 2001 mit wechselnden thematischen Schwerpunkten durchgeführt, haben sich seit dem Jahr 2004 jedoch schwerpunktmäßig auf den Krankenhausbereich konzentriert.

Im Folgenden werden Daten und Ergebnisse aus ausgewählten, im letzten Jahrzehnt erschienenen größeren bundesdeutschen Studien vorgestellt. Aufgrund zum Teil sehr unterschiedlicher Erkenntnisinteressen, disziplinärer Fragestellungen und methodologischer Zuschnitte verbietet sich ein direkter Vergleich zwischen

den jeweils ermittelten Daten. Da es jedoch in Deutschland trotz wiederholt formulierter Forderungen bis heute keine kontinuierliche Pflegeberichterstattung gibt, bietet eine durch Hinzuziehung weiterer Studien kontextualisierte Synopse eine der wenigen Möglichkeiten, sich einer Bestandsaufnahme zur Lage in der stationären Langzeitpflege nachvollziehbar anzunähern. Vergleichend werden u. a. die Überblicksstudie Compliment (Bertermann 2008) und die Machbarkeitsstudie im Auftrag von BMAS und BAuA (Metz et al. 2009) herangezogen.

DATEN UND EINSICHTEN ZUR ARBEITSBELASTUNG UND ZU ARBEITSBEDINGTEM STRESS:

DAS BGW-DAK STRESS-MONITORING (NOLTING ET AL. 2001) UND DIE NEXT-STUDIE (SIMON ET AL 2005)

BGW- DAK STRESS - MONITORING (2001)

Um ein angemessenes Bild der spezifischen Arbeitssituation in der stationären Langzeitpflege zu entwerfen, ist es hilfreich, diese in einer vergleichenden Perspektive mit anderen beruflichen Tätigkeiten betrachten zu können. Einen solchen vergleichenden Blick auf das Ausmaß von Stressreaktionen und die Verbreitung stressverursachender Arbeitsbedingungen in der Altenpflege ermöglicht das sogenannte Stress-Monitoring des BGW-DAK aus dem Jahr 2001. Die auf einer schriftlichen Befragung basierende Erhebung nahm 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten in den Blick, in denen Versicherte von BGW und DAK besonders stark vertreten waren. Zu diesen zählt auch die Gruppe der in der Altenpflege tätigen Personen. Ein Hemmschuh der Studie (im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit übergreifenden statistischen Daten) bestand im Berufsgruppenschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit. Dort wird dieser Personenkreis der Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger, Heimleiter und Sozialpädagogen zugeordnet. Für das BGW-DAK Stress-Monitoring wurden die in der Altenpflege Tätigen auf Basis der Angaben der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer als eigenständige Berufsgruppe extrahiert¹. Für das Interesse an der stationären Altenpflege ist anzumerken, dass die Studie den gesamten Bereich der institutionellen Altenpflege (ambulant und stationär) ins Auge fasst.

	Autoren/ Institution	Kurzkennung (Titel, Stichwort)	Forschungsrichtung/ Disziplin	Fokus / Fragestellung	Zentrale Erkenntnisse / Befunde
2001	Nolting et al.	bgw/dak Stress-Monitoring	Gesundheits- und Sozialforschung	Vergleich von Berufen mit stark Stress verursachenden Arbeitsbedingungen	Pflege am unteren Ende der Skala (quantitativ und qualitativ)
2003	Weidner et. al. (dif)	Pflege-Thermometer (Altenpflege)	Pflegewissenschaft	Situation in der Altenpflege: „Dampfkessel“, steigender Druck 613 Einrichtungen (repräsentativ)	Belastungen steigen wg. - Strukturwandel Bewohner - Strukturwandel - Gesundheitswesen - Steigende Erwartungen - BW - Auflagen Gesetzgeber (Qualitätsmanagement)
2004	FfG (Dortmund)	NRW-Studie	Gesundheits- und Sozialforschung / Gerontologie	Ausgangspunkt: These von hoher Personalfuktuation als Indikator von Arbeitsunzufriedenheit. Ausdifferenzierende Untersuchung von Arbeitsunzufriedenheit als „multidimensionales Konstrukt“	Belastungen v.a. durch - „zu wenig Zeit für den einzelnen BW“ - „zu wenig Personal“ - - „ständiger Zeitdruck in allen Tätigkeiten“ - „zu viele Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben“
2005	Simon et al.	Deutsche NEXT-Studie (Nurses Early Exit)	Pflegewissenschaft	Alle Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege in NRW adressiert. Rücklauf v. 1907 MA (27%). Analyse von <u>Ressourcen</u> (Ausgleich von Belastungen)	Ressourcen: Kontrollmöglichkeiten; Handlungsspielräume; Vielseitigkeit; Ganzheitlichkeit der Arbeit; soziale Rückendeckung
2008	Glaser, Lampert, Weigel	Bayern-Studie (Teilstudie im Rahmen der BELUGA- Studie)	Arbeitswissenschaft / Arbeitspsychologie	Arbeitsbelastungen im Vergleich der verschiedenen Pflegesettings Bestandsaufnahme zu Belastung und Gesundheit in Altenheimen [im Rahmen der Entwicklung eines Screening-Verfahrens zur Analyse psychischer und physischer Belastungen (BELUGA-Studie)]	Hohe Belastung im Bereich der stationären Altenpflege Belastungen durch - Physische Faktoren - Verletzungs- und Erkrankungsrisiken - Zeitdruck - bewohnerbez. Stress

Jahr	Autoren/ Institution	Kurzbezeichnung (Titel, Stichwort)	Forschungsrichtung/ Disziplin	Fokus / Fragestellung	Zentrale Erkenntnisse / Befunde
seit 1999	Badura et al.	Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK	Sozial- und Gesundheitswissenschaften	Fehlzeiten	Thematische Schwerpunkte wechseln
2004/05	BGW-Daten KRISTA Studie 2007	Kreuz-Interventionsstudie in der Altenpflege (bzw. Krista- Kreuz-Studie)	Sozial- und Gesundheitswissenschaften	Befragung 2004/5: 2 162 Pflegekräfte in 110 Einrichtungen (ambulant und stationär) zu Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand; 22,8% > 50 Jahre	Deutlich höherer Anteil unter den Älteren, die Gesundheitszustand als gut einschätzen; Vitalität und Arbeitsfähigkeit wird von diesen vergleichsweise („wie zu Ihren besten Zeiten“) geringer eingeschätzt.
2008/09	BdFK, Tackenberg, Knüppel und Wagner	BdFK Online-Erhebung	Pflegewissenschaft	Meinungsumfrage zum Status Quo im Pflegealltag Arbeitszufriedenheit	Große Unzufriedenheit mit der Situation am Arbeitsplatz

Synopse: Studien zum Thema Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege

Unter Heranziehung des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse (Prümper, Hartmannsgruber und Frese 1995, KFZA zitiert nach Nolting 2001,6) wurden die folgenden zehn Faktoren abgefragt, die laut Studie

Aussagen über mögliche arbeitsbedingte Stressoren ermöglichen:

- (1) Handlungsspielraum (+)
- (2) Vielseitigkeit der Arbeit; (+)
- (3) Ganzheitlichkeit der Arbeit (+)
- (4) Zusammenarbeit (+)
- (5) Qualitative Arbeitsbelastung (-)
- (6) Quantitative Arbeitsbelastung (-)
- (7) Arbeitsunterbrechungen (-)
- (8) Umgebungsbelastungen (-)
- (9) Information und Mitsprache (+)
- (10) Betriebliche Leistungen (+)

Grundsätzlich wird hier nach positiven (+) und negativen (-) Faktoren getrennt, wobei hohe Werte bei den negativen Faktoren ein hohes Ausmaß an Stressförderung kennzeichnen, während sich hohe Werte bei den positiven Faktoren als stressvermindernd auswirken. Diese Annahme findet sich auch in anderen Erklärungsansätzen wieder, nur dass die entsprechenden Faktoren dort als Ressourcen bezeichnet werden (vgl FfG- Studie 2004 weiter hinten).

Unterm Strich schneidet die Altenpflege von allen untersuchten Berufsgruppen mit am schlechtesten ab und erweist sich als einer der mit den größten Belastungen verbundenen Berufe. Altenpfleger/innen sind nicht nur eine von acht Berufsgruppen, die in besonders starkem Maße unter Stress leiden, sondern sie stehen an der Spitze der in starkem Maße unter Stress leidenden Berufsgruppen. Altenpfleger/innen schneiden auch bei den meisten positiv konnotierten Faktoren unter den Arbeitsbedingungen etwas schlechter ab als der Durchschnitt. In Bezug auf die QUANTITATIVE ARBEITSBELASTUNG und auf ARBEITSUNTERBRECHUNGEN landen Altenpflegerinnen auf dem zweitschlechtesten und bei den QUALITATIVEN ARBEITSBELASTUNGEN auf dem drittschlechtesten Platz aller Berufsgruppen.

BGW-DAK STRESS-MONITORING (NOLTING ET AL. 2001) BGW-DAK 2001

ERGEBNISSE FÜR

- Belastetheit
= Spitzenwert (-) aller 23 Berufsgruppen
- Psychosomatische Beschwerden:
(+ 44% über Bundesdurchschnitt)
- Psychische Gesundheit
(Wert 88; Bundesdurchschnitt = 100)
- Physische Gesundheit
(Wert = 96; Bundesdurchschnitt = 100)
- Betroffenheit von Arbeitsunfällen
(+ 7%; Bundesdurchschnitt = 100)

VERGLEICH DER ARBEITSBELASTUNG IN UNTERSCHIEDLICHEN PFLEGESETTINGS: DIE DEUTSCHE NEXT-STUDIE (SIMON ET AL. 2005)

Ein Vergleich der Belastungen in unterschiedlichen Pflegesettings ist in aller Regel nur mit Einschränkungen möglich, da vorliegende Erhebungen jeweils unterschiedliche Inhalte abfragen und andere Instrumente einsetzen. Dieses Manko konnte mit der deutschen NEXT-Studie (Simon et al. 2005) behoben werden. Hier werden die Belastungen in unterschiedlichen Settings der pflegerischen Langzeitversorgung (Alten-/Pflegeheim; ambulante Dienste; Psychiatrie; Intensiv- und Normalstation) gleichzeitig erhoben und miteinander verglichen.

NEXT 2005

*Arbeitsplatz Pflegeheim:
Quantitative Belastungen im
Vergleich der Settings hier
am größtem*

Im Vergleich zeigte sich, dass die Pflegenden in der stationären Langzeitpflege mit Blick auf quantitative Arbeitsanforderungen, körperliche Belastungen und emotionale Anforderungen jeweils mit Abstand die höchsten Werte aufwiesen. Lediglich beim Kontakt mit unfreundlichen und aggressiven Nutzerinnen lag der von den im Alten-/bzw. Pflegeheim Tätigen erreichte Wert leicht unter der im psychiatrischen Setting ermittelten Spitzenquote von 70,3 (Alten-/Pflegeheim: 69,1). Für die quantitativen Arbeitsanforderungen im Alten-/ bzw. Pflegeheim wird unterstrichen, dass diese sich im internationalen Vergleich in Deutschland als besonders hoch erwiesen haben (*Hasselhorn et al. 2003 zitiert nach Simon 2005, 53 et al.*). In dieser Hinsicht weist die Studie einen Zusammenhang zwischen hohen quantitativen Anforderungen und zunehmendem Burnout, steigenden Fehlzeiten und einer sich erhöhenden Absicht nach, den Beruf zu verlassen und mahnt angepasste Organisationsformen für die stationäre Pflege an (*Simon et al. 2005, 54*).

AUSSAGEN ZU STRUKTURELLEN TRENDS UND EINSCHÄTZUNGEN ZU DEN ENTWICKLUNGEN IN DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE: DAS PFLEGE-THERMOMETER (WEIDNER ET AL. 2003)

WARNSIGNALE IN DIP
2003: PFLEGEHEIME ALS
DRUCKKESSEL – UNTER
ZUNEHMENDEN DRUCK

Erste – behutsame – Warnsignale mit Blick auf die Personalsituation versandte die Pflege thermometer-Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) aus dem Jahr 2003. Das vorausgegangene erste Pflege-Thermometer (*Weidner et al. 2002*) hatte im Bereich Personalwesen in der Altenpflege „erhöhte Temperatur mit steigender Tendenz“ diagnostiziert. Wie die Erhebung aus dem Jahr 2003 feststellt, sind „die Prozesse in der stationären Altenhilfe [...] inzwischen jedoch „unter zunehmenden Druck“ geraten (Weidner et al. 2003, 5). Grundlage dieser repräsentativen bundesweiten Studie sind Daten aus 613 Einrichtungen. Sie zeichnet das Bild der stationären Pflegeeinrichtungen als „Druckkessel“. Konstatiert wird insbesondere eine unter dem Begriff der ARBEITSVERDICHTUNG gefasste Zunahme an Arbeit und Anforderungen. Diese betrifft die folgenden Bereiche:

- Ein weiterhin ZUNEHMENDER ANTEIL DEMENZIELL VERÄNDERTER BEWOHNERINNEN. 36,5 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass bei ihnen der Anteil von BewohnerInnen mit einer Demenz bei mehr als 50 % liegt. Erhöhte Anforderungen ergeben sich aber auch durch ZUNEHMENDE GERONTOPSYCHIATRISCHE PROBLEME wie etwa Altersdepressionen und Alterspsychose. Die befragten Einrichtungen rechneten in beiden Bereichen für die Zukunft mit weiteren Anstiegen.
- Veränderungen in den Anforderungen erwarten die befragten Einrichtungen auch aufgrund der grundlegenden STRUKTURELLEN VERÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN. Hierzu müssen Stichworte wie die Fallpauschalen als Finanzierungsgrundlage im Krankensektor, frühere Entlassungen und sich hieraus ergebende höhere Anforderungen an Behandlungspflege im Bereich der stationären Altenpflege genügen (die Studie spricht lediglich Erwartungen aus).
- Die teilnehmenden Einrichtungen sehen sich außerdem mit STEIGENDEN ERWARTUNGEN SEITENS DER BEWOHNERINNEN in Bezug auf die gebotene Betreuung konfrontiert: 77 % beschreiben einen deutlichen Anstieg der Erwartungen im Vergleich zum Vorjahr. Auch wenn die Studie betont, dass es sich hierbei lediglich um eine Einschätzung handelt, wird dies als Indiz für einen Trend hin zur „Kundenorientierung“ gewertet.
- Und schließlich wird auf zunehmende Anforderungen verwiesen, die sich „aus AUFLAGEN DES GESETZGEBERS HIN-

SICHTLICH QUALITÄTSSICHERNDER UND BÜROKRATISCHER ERFORDERNISSE UND DER ALLGEMEINEN ERHÖHUNG DER PFLEGERISCHEN LEISTUNGEN FÜR DIE BEWOHNER“ ergeben. Mit Blick auf den zu bewältigenden Pflegeaufwand gaben 78 % der Einrichtungen an, dass bei ihnen im Befragungsjahr Höherstufungen beantragt und überwiegend auch bewilligt worden seien. Ihrer Einschätzung nach wird der tatsächliche Mehraufwand durch die Höherstufungen jedoch nicht aufgefangen.

Wie das Pflege-Thermometer 2003 feststellt, kann die Summe der erhöhten Anforderungen aufgrund fehlender Möglichkeiten nicht durch Neueinstellungen abgedeckt werden. Die Option, durch Heranziehung nicht-qualifizierter Mitarbeiterinnen Abhilfe zu schaffen, erbringt nach Einschätzung der Autoren nur partiell Entlastung. Die dip-Forscher weisen auf eine steigende Zahl von Überstunden hin (genannt werden 9 Millionen Überstunden, was sich in mehr als 5 000 Vollzeitstellen übersetzen lässt), die häufigere und längere Krankheitsausfälle bei den Mitarbeitern nach sich ziehen dürften: „Die bestehenden Arbeitsplätze werden seitens des Personals trotz wachsender Belastungen überwiegend gehalten. Eine Mehrbelastung durch Arbeitsverdichtung muss dabei von den Beschäftigten in Kauf genommen werden“ (Weidner et al. 2003, 5). Als Entlastungsfaktoren werden die Senkung der Fachkraftquote sowie eine Ausweitung der Beschäftigung auf nicht fest angestellte Aushilfen genannt. Mit Blick auf die Entwicklung seit 2003 ist auch der Hinweis auf den steigenden Aufwand für die Personalgewinnung auf Seiten des Managements interessant.

LANDESWEITE STUDIEN (1): NORDRHEIN-WESTFALEN. „STATIONÄRE ALTENPFLEGE. PERSONALSTRUKTUREN, ARBEITSBEDINGUNGEN, ARBEITSZUFRIEDENHEIT“ (FfG 2004)

FfG 2004

Diese von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG) am Institut für Gerontologie der Universität Dortmund erstellte Studie wurde im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Allen Einrichtungen der Altenpflege in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege wurden entsprechende Fragebögen zugesandt. Bei einem Rücklauf von 27 % konnten die Antworten von 1 907 in der stationären Langzeitpflege beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgewertet werden.

Zentraler Ausgangspunkt ist der Befund einer hohen Personalfuktuation im Bereich Altenpflege. In der Forschung ist dieser mit der These verknüpft, dass eine hohe Personalfuktuation (bzw. eine hohe Fluktuationsneigung) oftmals eine Folge mangelnder Arbeitszufriedenheit und insbesondere eine Folge BELASTENDER ARBEITSBEDINGUNGEN darstelle (so etwa Becker & Meifort, 1997, zitiernach

Ffg 2004, 75; vgl. auch Berger/Zimber 2004, 43). Das Thema Arbeitszufriedenheit findet in der Bundesrepublik erst seit den 70er Jahren Beachtung, als in der Industriesoziologie und verwandten Feldern Forschungen zum Thema Humanisierung der Arbeit (HdA) Konjunktur hatten. In der Pflege rückte diese Fragestellung dann Ende der 80er Jahre ins Blickfeld.

THEMA ARBEITSZUFRIEDENHEIT IM ZENTRUM

Kennzeichnend für den Bereich Pflege (generell) ist, dass Arbeitszufriedenheit oftmals indirekt über die Arbeitsbedingungen erfasst wird. Die Autoren der FfG-Studie unterstreichen, dass insbesondere auf Deutschland bezogene Untersuchungen die Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit von PERSONELLEN UND ORGANISATORISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN BZW. BELASTUNGEN in den Pflegeeinrichtungen nahelegen (*FfG 2004, 76*). Von Pflege-MitarbeiterInnen selbst werden dabei an erster Stelle ZEITDRUCK und PERSONALMANGEL als primäre Belastungsfaktoren genannt (*Berger 1999; Heinemann-Knoch, 1997; Becker & Meifort 1997; Zimber & Weyerer 1998 zitiert nach Ffg 2004, 76*). Die FfG-Studie verweist zudem auf eine weitere Forschungsarbeit, derzufolge Pflege-MitarbeiterInnen aufgrund der Fülle an Belastungen zu den erheblich belasteten Erwerbstätigen zählen (*Voges 2002*). Weiterhin wird auf bis dato erschienene Arbeiten verwiesen, die neben den ARBEITSBEDINGUNGEN auch die BEANSPRUCHUNGSSITUATION erfassen und die das Burnout-Syndrom beim Pflegepersonal als „eine gravierende Folge berufstypischer Belastungen in der Altenpflege“ einschätzen (*Ffg 2004; genannt werden Gusy 1995; Kempe et al., 1991; Landau et al. 1991; Zimber & Weyerer 1998*).

ARBEITSZUFRIEDENHEIT ALS MULTIDIMENSIONALES KONSTRUKT: INTERNATIONALER FORSCHUNGSSTAND

Die FfG-Studie nimmt außerdem eine Sichtung der international vorliegenden theoretischen Befassungen mit dem Thema Arbeitszufriedenheit als „multidimensionales Konstrukt“ vor. Aufgrund der engen Verflechtungen von Arbeitszufriedenheit mit den Aspekten Arbeitsbedingungen, -belastungen und -beanspruchungen wurden vorliegende Ansätze und Instrumente zu sämtlichen Dimensionen gesichtet und auf dieser Basis ein Fragebogen entwickelt, der wie bereits erwähnt sämtlichen Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege in NRW zugeht.

Bedingt durch das zugrunde liegende Konzept wurde im Fragebogen u.a. danach gefragt, ob bestimmte, tendenziell negative Arbeitsbedingungen im Arbeitsalltag der Pflegenden eher auftreten bzw. eher nicht auftreten und, falls sie auftreten, ob dies von ihnen als belastend empfunden wird oder nicht. Eine überwiegende Mehrheit stimmte zu, dass sie in ihrer Tätigkeit mit einer Reihe von – eher negativen – Merkmalen konfrontiert sind, die insbesondere die Arbeitsorganisation und Arbeitsabläufe betreffen. Die am häufigsten genannten Aspekte waren hier „zu wenig Personal“, „ständiger Zeit-

druck bei allen Tätigkeiten“ und „zu viele Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten“.

Unter dem Aspekt „Umgang mit Bewohnerinnen und Angehörigen“ wurden Merkmale abgefragt, die auch als Ausdruck schwieriger Arbeitsbedingungen verstanden werden können. Unter diesen erzielte das Merkmal „zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner“ die bei weitem größte Zustimmung von allen Punkten (91,1 %); drei Viertel der Befragten fühlen sich hiervon stark belastet (FfG 2004, 108).

strukturell und organisational bedingte Faktoren belastender als Konfrontation mit Leiden und Tod

Als häufig vorkommend angegebene erschwerende Umstände wie „zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner“, „zu wenig Personal“ und „ständiger Zeitdruck bei allen Tätigkeiten“ werden von den Pflegenden als die größten Belastungsfaktoren wahrgenommen. Im Vergleich dazu fällt der häufig genannte hohe Aufwand an Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten als belastender Faktor hinter die genannten zurück. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch ein sichtbar werdendes Muster, wonach für die Altenpflege typische und der emotionalen Bewältigung bedürftige Aspekte wie etwa die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod sehr viel seltener als belastend benannt werden als strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen geschuldete Faktoren.

ARBEITSZUFRIEDENHEIT:
RESSOURCEN ALS POTENTIAL
ENTLASTENDE FAKTOREN

ARBEITSZUFRIEDENHEIT. Mit Hilfe einer gesonderten Fallstudie in zehn stationären Einrichtungen wurde zu ermitteln versucht, welche Faktoren sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Die zugrunde liegende These (*integratives Stressmodell nach Cohen-Mansfield, 1995*) ist die, dass mittels derartiger, als Ressourcen wirkender Faktoren die vorhandenen Belastungen zumindest teilweise kompensiert werden können. Die Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit wurde mittels einer von Bruggemann (1974) entwickelten Typologie erfasst. Es wurden fünf Einrichtungen mit einer besonders hohen Arbeitszufriedenheit mit fünf Häusern verglichen, für die schlechte Werte vorlagen. Alles in allem erwies sich etwa die Hälfte aller MitarbeiterInnen als wirklich zufrieden mit ihrer Arbeit (26 % stabilisierte Arbeitszufriedenheit; 24,8 % progressive stabilisierte Arbeitszufriedenheit). Bei 28,5 % zeigte sich eine resignative Arbeitszufriedenheit; 8,3 % wiesen eine fixierte Arbeitsunzufriedenheit auf und 12,3 % waren mit ihrer Arbeit konstruktiv unzufrieden. Ein ähnlicher Vergleich wurde auch zwischen Pflegenden mit und ohne Burnout aus verschiedenen Settings durchgeführt. Hier stellten sich die Arbeitsbedingungen der Pflegenden ohne Burnout als geprägt durch einen vergleichsweise geringen Zeit- und Verantwortungsdruck, genügend Handlungsspielräume, wenig externe Kontrolle, hohe Wertschätzung und Anerkennung, gute Verhältnisse im Team, zufriedenstellende Arbeitszeiten, ausreichende Bezahlung und Weiterbildungsangebote dar.

Ressourcen: Kontrollmöglichkeiten, Handlungsspielräume, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit der Arbeit, soziale Rücken- deckung

Insgesamt bestätigt die Studie aus der Forschungsliteratur bekannte Ressourcen wie Kontrollmöglichkeiten, Handlungsspielräume, die Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit der Arbeit sowie soziale Rücken- deckung als Faktoren, die in positiver Weise Einfluss auf das Belas- tungs- und Stresserleben nehmen können.

GESUNDHEIT

GESUNDHEITSSITUATION. Im Hinblick auf die Gesundheitssitua- tion kommt die Studie zu dem Schluss, dass trotz der deutlichen Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege 45 % aller Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als zufriedenstel- lend einschätzen. Weitere 33 % nehmen ihren Gesundheitszustand als „gut“ und 6,7 % als „sehr gut“ wahr. Als schlecht empfinden 14,7 % ihren Gesundheitszustand. Gleichwohl geben 33 % der Be- fragte an, dass sie sich große Sorgen um ihre Gesundheit machen (*FfG 2004, 115f*). Generell wird der allgemeine Gesundheitszustand mit zunehmendem Berufsalter als schlechter eingeschätzt (*FfG 2004, 117*).

LANDESWEITE STUDIEN (2): BAYERN. „ARBEIT IN DER STATIO- NÄREN ALTENPFLEGE. ANALYSE UND FÖRDERUNG VON AR- BEITSBEDINGUNGEN, INTERAKTION, GESUNDHEIT UND QUALITÄT (GLASER, LAMPERT & WEIGL 2008)

GLASER, LAMPERT,
WEIGEL 2008

Eine zweite große, sich ebenfalls auf ein Bundesland (Bayern) kon- zentrierende Studie wurde im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeits- schutz und Arbeitsmedizin (BAuA) am Lehrstuhl für Psychologie an der TU München (*Glaser et al. 2008*) erstellt. Bei der oben genannten Veröffentlichung handelt es sich um den Abschlussbericht des aus mehreren Komponenten bestehenden Projekts BELUGA – BELas- tungsanalyse Und Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Ziel des Projekts war es, „Screeningverfahren zur Ana- lyse psychischer und physischer Belastungen zu entwickeln, eine Bestandsaufnahme zu Belastung und Gesundheit in Altenheimen durchzuführen (*Bayern - Studie*), Gestaltungsmaßnahmen abzulei- ten sowie exemplarisch zu erproben“ (*Glaser et al. 2008, 8*). Kern der Studie ist eine Untersuchung in 111 Einrichtungen der Altenpfle- ge in Bayern, an der sich laut Abschlussbericht 1848 Pflegekräfte beteiligten. Im Unterschied zu der Untersuchung in NRW wurden in der bayernweiten Studie alle Trägerarten berücksichtigt.

„BAYERN- STUDIE“
= BESTANDSAUFNAHME ZU
BELASTUNG UND GESUND-
HEIT IN ALTENHEIMEN

Die Befunde zu ARBEITSBELASTUNGEN UND -BEANSPRU- CHUNGEN sind in konzentrierter Form in der Bestandsaufnahme zu finden. Dieser war eine exemplarische Pilotstudie zu psychi- schen und physischen Belastungen in der stationären Altenpflege vorgeschaltet, die unter Verwendung unterschiedlicher Methoden (Mitarbeiterbefragung, Schichtbeobachtung) in einer Altenpflege- einrichtung modellhaft durchgeführt wurde. Ziel des Einsatzes einer Methodenkombination war es, eine validere Beurteilung der Belas-

tungen mittels objektiver, personenunabhängiger Fremdbeurteilung und durch Selbstbeobachtungen anhand des Belastungsscreenings vornehmen zu können.

Belastung durch:

1. *Physische Faktoren*
2. *Verletzungs-/Erkrankungsrisiken*
3. *Zeitdruck*
4. *bew. bez. Stressoren*

Im Hinblick auf die Belastungssituation in der stationären Altenpflege kommt die Hauptuntersuchung des BELUGA-Projekts zu folgenden Ergebnissen: Die Rangliste der meistgenannten Arbeitsbelastungen wird von zwei physischen Faktoren angeführt: an erster Stelle steht der Faktor „Heben, Tragen und Lagern“ mit einem Wert von 3,59 von 5,0 erreichbaren Punkten, gefolgt vom Faktor „Verletzungs- und Erkrankungsrisiko“. Es folgen (3) Arbeitsunterbrechungen; (4) Zeitdruck und (5) bewohnerbezogene Stressoren. Auf Platz 6 finden sich dann organisationale Stressoren (2,76), gefolgt von (7) Informationsdefiziten (2,43) sowie (8) sozialen Stressoren.

Dem Themenbereich PSYCHOPHYSISCHE GESUNDHEIT stellen die Autoren der Studie eine von ihnen als unumstritten eingestufte Position voraus, derzufolge Tätigkeiten „im direkten Personenkontakt“ für die Beschäftigten ein erhöhtes Risiko in sich bergen, eine Burnout-Symptomatik zu entwickeln (*nach Cherniss, 1980; Schaufeli & Buunk, 2003; zitiert nach Glaser et al. 2008, 76*). Bei solchen als „dialogisch“ apostrophierten Tätigkeiten besteht, Maslach, Schaufeli & Leiter (*2001 zitiert nach Glaser 2008, 76*) zufolge ein enger Zusammenhang zwischen einer Erkrankung an Burnout und den Bedingungen der Arbeitswelt. Diese seien oftmals durch kundenbezogene Belastungen wie etwa „schwieriges Kundenverhalten“ oder diffizile Anforderungen wie die Bewältigung von Emotions- und Gefühlsarbeit verknüpft (*Glaser et al. 2008, 76 ebenda*).

Mit der BGW/DAK Studie aus dem Jahr 2001 kann laut Glaser et al. für die Altenpflege ein psychisches Gesundheitsrisiko als nachgewiesen gelten. Zur Erfassung der psychophysischen Gesundheit werden drei Indikatoren mittels unterschiedlicher Skalen abgefragt (*zitiert nach Glaser S. 76*): 1) Irritation, auf Basis der von Mohr 1991 entwickelten Skala; 2) Burnout, gemessen mittels der deutschen Fassung des Maslach-Burnout Inventories (MBI-D) mit den Indikatoren „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „persönliche Erfüllung“ sowie (3) der physische und psychische Gesundheitsstatus mittels einer verschlankten Version des von Bullinger und Kirchberger entwickelten Fragebogens zu diesem Themenkomplex (SF-12).

Insgesamt kommt die „Bayern-Studie“ im Bereich des psychophysischen Gesundheit zu sehr positiven Ergebnissen: Mit Blick auf den physischen Gesundheitszustand der befragten Beschäftigten ergeben sich keine signifikanten Abweichungen von der bundesdeutschen Norm (*ermittelter Wert der „Bayern-Studie“: 48,62 im Vergleich zum durchschnittlichen Normwert von 49,03 nach Bullinger & Kirchberger, 1998*). Ähnliches gilt für die psychische Gesundheit,

die im Bundesdurchschnitt einen Wert von 52,24 erreicht und in der „Bayern-Studie“ 48,62 beträgt. Mit Blick auf die psychophysische Beanspruchung insgesamt warten die Autoren mit einem „erfreulichen Zwischenfazit“ auf: „Keiner der erhobenen Indikatoren ist besonders negativ ausgeprägt. Weder erleben die Pflegekräfte eine auffällige Ausprägung an Irritation, noch finden sich nennenswerte Hinweise auf ein fortgeschrittenes Burnout-Syndrom. Insgesamt bewegt sich der körperliche wie auch der psychische Gesundheitsstatus im Normbereich.“ (Glaser, Lampert & Weigl 2008, 78).

VERGLEICH DER REPRÄSENTATIVEN ERHEBUNGEN FFG 2004 UND GLASER ET AL. 2008; ERGEBNISSE ZUR ARBEITSSITUATION IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE MIT AKZENT AUF ARBEITSBELASTUNGEN.

Lassen sich der Zusammenschau der (tendenziell) chronologisch geordneten, heterogenen Studien irgendwelche Tendenzen und Erkenntnisse entnehmen? Und wenn ja, welches sind diese? Um diese Frage beantworten zu können, werden nochmals die beiden großen landesweiten Studien mit Blick auf ihre belastungsbezogenen Hauptergebnisse herangezogen und durch weitere Daten ergänzt.

- **PHYSISCHE BELASTUNGEN**

Die erste Beobachtung betrifft die disziplinär und interessenbezogene Ausrichtung der beiden Studien: Ausgangsfragestellung der FfG-Studie war die Personalfluktuationsproblematik, ihre Ausrichtung von einem pflegewissenschaftlichen Hintergrund bestimmt. Die BELUGA-Studie zielt auf die Entwicklung eines Erhebungsinstruments ab und ist von einem arbeitswissenschaftlichen und arbeitspsychologischen Hintergrund geprägt. Dies dürfte den dort stärkeren Akzent auf den physischen Belastungen begründen, die auch durch andere Studien belegt sind. Über hohe physische Anforderungen hatten auch in der deutschen NEXT-Studie zahlreiche Befragte geklagt: im stationären Bereich fühlten sich 49,7 % von ihnen belastet.

Demografischer Faktor: Alterung der MitarbeiterInnen in stationärer Langzeitpflege am stärksten ausgeprägt

Das Thema erweiternd und vertiefend lassen sich die Ergebnisse aus weiteren Studien (insbes. AOK-Studie, Küsgen, 2005; zitiert in BGW-Pflegereport 2006 u.a.) heranziehen. Der BGW-Pflege-Report spricht zudem einen bzw. zwei weitere in unserem Zusammenhang bislang nicht thematisierte Aspekte an: die schwierige Situation der Pflege mit Blick auf künftige MitarbeiterInnen und die zu verzeichnende Alterung des Pflegepersonals. Am stärksten ausgeprägt ist diese in Pflegeheimen: dort sind 23 % der MitarbeiterInnen über 50 Jahre alt (ambulante Pflege: 16,2 % > 50 Jahre). Der Bericht bezeichnet dies als ein Paradox, da die körperliche Belastung im Bereich der stationären Langzeitpflege am stärksten ist. Auch die quantitativen Arbeitsanforderungen sind in Übereinstimmung mit anderen Studien als dort am höchsten zu sehen, wogegen die dor-

tigen Entwicklungsmöglichkeiten im Vergleich als am geringsten eingeschätzt werden. Die gleichwohl relativ gute Bildung an den Arbeitsplatz bzw. die Einrichtung erklärt sich laut Report über die Ressource „zwischenmenschliches Klima“, das in der stationären Langzeitpflege vergleichsweise gut sei. Unter Berufung auf die NEXT-Studie wird jedoch auch unterstrichen, dass in der Altenpflege mehr Erschöpfung und Burnout seitens der Pflegenden anzutreffen sei als im Krankenhaus.

Physische Belastungen in stationärer Langzeitpflege überdurchschnittlich ausgeprägt

Zurück zu den physischen Belastungen im Bereich der stationären Langzeitversorgung: In der Zusammenschau von Studien lässt sich eine Übereinstimmung darüber finden, dass die dort tätigen Pflegemitarbeiter zu den überdurchschnittlich stark gefährdeten Arbeitnehmern zählen (BGW 2006). Laut einer AOK-Erhebung (Küsgens 2005) äußert sich dies in Form einer überdurchschnittlichen Zahl an Krankmeldungen und längeren Ausfallzeiten (Küsgens 2005, zitiert in BGW 2006, 13).

(BGW-KRISTA-KREUZ STUDIE)

Ältere beurteilen eigene gesundheitliche Situation deutlich positiver

Für die physische Belastungssituation der MitarbeiterInnen besonders bedeutsam sind Daten zu den über 50jährigen MitarbeiterInnen: unter ihnen findet sich ein hoher Anteil an Wirbelsäulenerkrankungen (BGW-Krista Kreuzstudie 2004/05). Die Kreuz-Studie wartet auch mit einer interessanten Selbsteinschätzung der Pflegemitarbeiter auf: bei den Älteren ist der Anteil, der die eigene gesundheitliche Situation als gut einschätzt, deutlich höher als bei den Jüngeren. Insgesamt schätzen sich 81% der Jüngeren (< 50) und 63 % der Ältern (> 50) als „so vital und arbeitsfähig wie zu ihren besten Zeiten“ ein (BGW 2007, 35).

Jüngere sind häufiger krank, Ältere über längere Zeit

Und ein weiteres Muster wird erkennbar: bei den Arbeitsausfallszeiten liegt die Mehrheit der Fälle bei den ArbeitnehmerInnen unter 29 Jahren. Im Unterschied dazu steigt die Dauer eines krankheitsbedingten Arbeitsausfalls über die Lebensjahre hinweg kontinuierlich an. Jüngere sind also deutlich häufiger (dafür kürzer) krank, während Ältere sich seltener krank melden, tendenziell jedoch über längere Zeit hinweg ausfallen, so sie einmal erkranken. Dies deckt sich mit Beobachtungen aus anderen Studien, z. B. denen des Fehlzeitenreports 2011. Dort findet sich außerdem der Hinweis, dass psychische Erkrankungen mit steigendem Lebensalter häufiger vorkommen und zu den langwierigsten Erkrankungen zählen.

In Bezug auf die häufigsten Erkrankungsarten bei Pflegemitarbeitern in Altenpflegeeinrichtungen dürften die Erkenntnisse des BGW-Reports wenig überraschen.

1. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	(am häufigsten im Alter von 40 bis 49 Jahren)	
2. Atemwege		
3. Psychiatrische Erkrankungen	bis 29 Jahre	10,7%
	30 – 39 Jahre	7,2%
	40 – 49 Jahre	8,6 %
	50+	14,0

Die häufigsten Erkrankungsarten bei Pflegemitarbeiterinnen (BGW 2007)

WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN PSYCHISCHEN UND PHYSISCHEN BESCHWERDEN

Unter Verweis auf die AOK-Studie (Küsgens 2005 zitiert nach BGW 2006, 13) unterstreicht der BGW-Report eine weitere Besonderheit der gesundheitlichen Situation pflegender MitarbeiterInnen in der stationären Langzeitversorgung: die Wechselwirkungen zwischen psychischen und physischen Beschwerden und die Belastungsfolgen, die sich in einer Einrichtung durch erkrankte MitarbeiterInnen ergeben. Der psychische Gesundheitszustand von Mitarbeitern der Altenpflege wird von der AOK-Studie um zwölf Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt eingestuft. Psychosomatische Beschwerden werden von Pflegemitarbeitern laut AOK-Studie um 45 % häufiger geäußert. Dem fügt der Report die Erklärung hinzu, dass Beschäftigte, die sich hohem Stress ausgesetzt fühlen, am stärksten unter psychosomatischen Beschwerden leiden. Außerdem wurden Pflegekräfte um 62 % häufiger aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben als die übrigen Versicherten. Diese Ausfälle ziehen Überstunden für die Kolleginnen und Kollegen nach sich, was dann wieder zu Mehrbelastungen und gesundheitlichen Risiken führt – eine sich aufwärts schraubende Belastungsspirale. Hervorgehoben wird auch die Wechselwirkung zwischen psychischen Belastungen und der physischen Gesundheit: die AOK Studie setzt den physischen Gesundheitszustand ihrer in der Altenpflege tätigen Versicherten vier Prozent unter dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung an. Laut Auswertungen der BGW sind psychische Belastungen zudem eine Ursache für die dem BGW gemeldete hohe Zahl an Hauterkrankungen. Verwiesen wird auch auf den Zusammenhang zwischen hohen psychischen Belastungen und Wirbelsäulenleiden sowie Muskelbeschwerden, der durch andere Studien belegt wird (BGW 2006, 13).

- Psychische Belastungen in ihrer Beziehung zu Arbeitsintensität/-menge, Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalten. Um der Fragestellung nach den psychischen Belastungen weiter auf die Spur zu kommen, kehren wir nochmals zu den beiden Bundesland-Studien zurück. Legt man eine grundsätzliche Unterscheidung zwi-

schen Arbeitsmenge, Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalten zugrunde und berücksichtigt zudem die entsprechenden Ergebnisse der NEXT-Studie, so ergeben sich folgende Gruppierungen:

KATEGORIE	TOP-NENNUNGEN VON BELASTUNGEN
[Arbeitsintensität]	Ständiger Zeitdruck [inklusive NEXT-Studie]
Arbeitsmenge	zu wenig Personal [inklusive NEXT-Studie]
Arbeitsorganisation	Verantwortung für zu viele BewohnerInnen; Privatleben leidet unter Arbeitszeiten [inklusive NEXT-Studie: 44,1 % sehen Konflikt] ; Freizeitgestaltung durch die Arbeitszeiten behindert; häufige, kurzfristige Dienstplanänderungen; Probleme wegen Abwesenheiten, Personalwechsel, Arbeitsplatzunsicherheit; Zusatzaufwand (Tätigkeiten wg. ungünstigen Umständen neu beginnen, wiederholen müssen); widersprüchliche Aufträge (Aufgaben, für die man nicht zuständig ist, die nicht zum gewünschten Ergebnis führen; Informationsdefizite [inklusive NEXT-Studie: häufig unzureichende oder fehlende Informationen, 35,2 %]
Arbeitsinhalte	zu wenig Zeit für einzelnen BW; zu viele Verwaltungs- und Dokumentations-tätigkeiten; Heben und Tragen; BW-bezogene Stressoren (Umgang mit Demenz, Depression, Sterben); NEXT-Studie: hohe Zahlen für Kontakt mit Tod, Krankheit, menschlichem Leiden in der stationären Versorgung; 79,1 % der Befragten] Ebenfalls hohe Belastung durch Emotionsarbeit: Umgang mit unfreundlichen und aggressiven BewohnerInnen: 69,1 % Arbeitsunterbrechungen

Arbeitsbelastungen:

TOP- Nennungen nach unterschiedlichen Kategorien

Der Stressor STÄNDIGER ZEITDRUCK, der hier einer eigenen Kategorie zugeordnet wird, dürfte am ehesten als Synergie aus verschiedenen Faktoren zu verstehen sein. Bei diesem Belastungsfaktor besteht zwischen allen drei Studien (*FfG 2004, Glaser et al. 2008 und Simon et al. 2005*) große Übereinstimmung: Zeitdruck rangiert jeweils im oberen Bereich der genannten Belastungsfaktoren, wobei sich die jeweiligen Listen/Nennungen ansonsten jeweils deutlich anders gestalten. Großen Zeitdruck konstatieren auch zwei Drittel der im Rahmen der AOK-Studie (*Küsgen 2005*) befragten Pflegemitarbeiter.

- ARBEITSMENGE

Der Belastungsfaktor zu wenig Personal kommt sowohl in der FfG-Studie als auch in der NEXT-Studie zum Tragen – und zwar jeweils an prominenter Stelle. In der NEXT-Studie stehen die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung mit 65,4 % wiederum an der Spitze der untersuchten drei Pflegesettings. ZU WENIG PERSONAL wird auch in weiteren Studien an prominenter Stelle als Stressor genannt: so etwa im BGW-Pflegereport 2006 oder bei Fuchs (2008). Im Rahmen der AOK-Studie (*Küsgen 2005, zitiert nach BGW 2006*) ist knapp die Hälfte der befragten Pflegekräfte der Ansicht, dass zu viel Arbeit bewältigt werden muss. Auch hier wird auf den hohen Zeitdruck (siehe oben) verwiesen: zwei Drittel sehen dies als Belastung an.

- ARBEITSORGANISATION

Die unter Arbeitsorganisation aufgeführte Liste der Belastungsfaktoren ist lang und stimmt weitgehend mit Nennungen aus zahlreichen weiteren Studien überein. Für eine Einordnung und Generalisierung der Ergebnisse der beiden bundeslandesweiten Erhebungen ist es hilfreich, einer weitere, im Jahr 2008 durchgeführte größere Erhebung heranzuziehen.

ONLINE-ERHEBUNG DES DBFK 2008/2009

Die Hinweise auf arbeitsorganisatorisch bedingte Stressoren aus den bislang vorgestellten Studien werden durch eine Meinungsumfrage des DBfK, des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe aus dem Jahr 2008/09 zur Situation in der Pflege gestützt. An dieser Online-Umfrage beteiligten sich 3048 PflegemitarbeiterInnen. Auch wenn hier deutliche Unterschiede zu den anderen Studien in Rechnung zu stellen sind, die sich aus der Methode Online-Befragung ergeben: die Auswertung erbringt ein wenig erbauliches Bild zur Einschätzung der Arbeitssituation durch beruflich Pflegende. Teilnehmende aus Pflegeheimen stellten einen Anteil von 19,5 % aller Befragten. Unter diesen berichteten 50,8 % von einer abnehmenden Pflegequalität in ihrem Arbeitsumfeld während der vorangegangenen 12 Monate. 81,8 % halten die Personalausstattung in ihrer Arbeitssitu-

ation für unangemessen (deutlich mehr als im ambulanten Bereich). 65 % würden die eigenen Angehörigen, Freunde und Bekannte nicht im eigenen Arbeitsbereich versorgen lassen. Diese Aussagen lassen auf eine geringe Arbeitszufriedenheit schließen, was durch die Aussage ergänzt wird, dass man über die Aufgabe des Arbeitsplatzes nachdenke. Dies gaben 37,6 % der Befragten an, die im Pflegeheim tätig sind, wobei 28,2 % als Grund eine unangemessene Personalausstattung nannten. Als generell „behindernde Faktoren“ werden folgende genannt: unangemessener Personaleinsatz, schlechter Informations- und Kommunikationsstil; schlecht organisierte Freiräume (Pausen); mangelnde Unterstützung durch Servicekräfte. Wie in der Auswertung konstatiert wird, sind dies allesamt Schwachpunkte, die unmittelbar durch Verbesserungen der Arbeitsabläufe zu steuern und, den Autoren der Studie folgend, durch einen entsprechenden Ressourceneinsatz mit vertretbaren Aufwänden beseitigbar wären. (vgl. DBfK 2009)

„Luft“ für Verbesserung bei der Arbeitsorganisation, insbesondere mit Blick auf Vereinbarkeit und Mitbestimmung

Auch wenn die Benennungen etwas variieren und die Akzente bei den genannten Items jeweils etwas anders gesetzt werden, zeigt sich auf die Organisationsstruktur und auf organisationale Abläufe bezogen eine große Übereinstimmung zwischen den Studien. Folglich dürfte sich den Einrichtungen selbst in diesem Bereich ein beachtlicher Spielraum für Verbesserungen bzw. für den Abbau von Belastungen bieten. Dies betrifft zum einen arbeitsablaufbezogene Mängel wie etwa Informationsdefizite, Zusatzaufwände, widersprüchliche Aufträge oder auch Belastung durch Verantwortung für zu viele Bewohner seitens einer MitarbeiterIn. Und zum anderen betrifft dies das Thema Arbeitszeitgestaltung mit Blick auf die Work-Life-Balance sowie die Einbeziehung der MitarbeiterInnen und ihrer Wünsche bei der Dienstplangestaltung. Da das Thema Einbeziehung/Mitbestimmung der MitarbeiterInnen zudem eine Ressource bzw. einen potentiellen Entlastungsfaktor darstellt, scheinen sich hier gute Chancen für Verbesserungen in der Einrichtung zu bieten. Offen bleiben muss dabei, inwiefern eine stärker auf MitarbeiterInnen-Einbeziehung bzw. Mitbestimmung ausgerichtete und auf mittel- und langfristige Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit ausgerichtete Personalpolitik mit der jeweils herrschenden Organisationskultur kompatibel ist.

- ARBEITSINHALTE

In der Kategorie ARBEITSINHALTE findet sich das heterogenste Spektrum an genannten Belastungsfaktoren: zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner; zu viele Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten; zu viel Heben und Tragen; Arbeitsunterbrechungen; bewohnerbezogene Stressoren: Umgang mit Demenz, Depression, Leiden und Sterben. Die genannten Faktoren unterscheiden sich sehr stark nach Qualität und Ausrichtung. Hinter dem Item zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner lässt sich eine – fachlich fundierte – Haltung vermuten, die Kontakt und Beziehung als zeitintensive, gleichwohl zentrale Dimensionen pflegerischen Handelns identifi-

ziert. Es handelt sich zudem um eine fachliche Einstellung, die von den Ergebnissen der internationalen Lebensqualitätsforschung gestützt wird: die Qualität der Beziehungen wird hier insbesondere in Verbindung mit einem hohen Grad an Beeinträchtigungen als zentrale Größe für das Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen gesehen.

Belastungen durch ZU VIELE VERWALTUNGS- UND DOKUMENTATIONSTÄTIGKEITEN beziehen sich auf Anforderungen, die verbindlich vorgeschriebenen Regelungen und damit EXTERNEN bzw. STRUKTURELLEN, nicht durch die Einrichtung veränderbaren Ursachen zuzuweisen sind. ZU VIEL HEBEN UND TRAGEN bezieht sich auf die bereits erwähnten erheblichen physischen Belastungen, die oft als „berufstypisch“ bezeichnet werden, in der stationären Langzeitversorgung weit verbreitet sind. ARBEITSUNTERBRECHUNGEN werden generell als ein hoher Belastungsfaktor gewertet (so auch BGW 2006). Sie dürften unterschiedlichen Ursachen geschuldet sein und sich zumindest teilweise auf das Konto von Mängeln in der Arbeitsorganisation verbuchen lassen. Ein wesentlicher Grund für das Auftreten solcher Unterbrechungen dürfte jedoch auch darin liegen, dass Pflege im Lebensalltag einer Gruppe auf Hilfe angewiesener, mit Beeinträchtigungen und Erkrankungen konfrontierter Menschen angesiedelt ist und auf die teilweise nicht planbaren Anforderungen dieses Alltags reagieren muss. Dies leitet unmittelbar zu einem weiteren Belastungsfaktor über, nämlich den der Situation der zu begleitenden Menschen geschuldeten Besonderheiten und den damit verbundenen Anforderungen. Mit Blick auf diesen Belastungsfaktor bzw. die hier ausdifferenzierbaren unterschiedlichen Belastungsfaktoren scheint sich unter Einbeziehung der deutschen NEXT-Studie eine deutliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der Einzelstudien aufzutun. Während bewohnerbezogene Stressoren in der BELUGA-Studie einen Platz im Mittelfeld einnehmen (Rang 5), rangieren der Kontakt mit Tod, Krankheit und menschlichem Leiden in der deutschen NEXT-Studie auf einem der vorderen Plätze (79,1 % der Nennungen). Eine gleichfalls prominente, wenngleich etwas niedrigere Nennungshäufigkeit erreicht die Belastung durch den Umgang mit aggressiven oder unfreundlichen BewohnerInnen (69,1 % der Befragten). Bevor wir uns der Frage zuwenden, inwieweit Befinden und Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner einen markanten Belastungsfaktor darstellen, wollen wir die in der stationären Altenpflege bestehenden Belastungen und Beanspruchungen nochmals aus einem anderen, eher strukturellen und historischen Blickwinkel betrachten.

Gabriele Kreutzner

03 BEWOHNERSCHAFT UND BESCHÄFTIGTE: STRUKTURBEZOGENE ERKENNTNISSE

Auch wenn die schwierige Datenlage keine harte „Evidenz“ an die Hand gibt, so deutet doch vieles darauf hin, dass in der Pflege allgemein, und vor allem in der stationären Langzeitpflege, die psychischen Anforderungen in den vergangenen Jahren stark angestiegen sind. Hierfür werden in der Fachliteratur zwei miteinander zusammenhängende Erscheinungen angeführt: erstens unter dem Stichwort Ökonomisierung die übergreifenden Veränderungen, die auf die Pflege durch deren Umgestaltung in einen Pflegemarkt und die Einführung der Pflegeversicherung (1996) als gesetzliches Steuerungsinstrument eingewirkt haben und weiter einwirken. Und zweitens der sich zeitgleich vollziehende strukturelle Wandel der Bewohnerschaft in den Einrichtungen der institutionellen Langzeitpflege. Eingebettet ist die Wechselbeziehung zwischen beiden Entwicklungen in einen übergreifenden Transformationsprozess in der Arbeitswelt, der in der Literatur mit unterschiedlichen Etiketten belegt wird. Nachdem der Beitrag von Christian Müller-Hergl sich mit den Auswirkungen der Ökonomisierung der Pflege beschäftigen wird, können wir uns auf einige Anmerkungen zu strukturellen Befunden mit Blick auf die Bewohnerschaft und Daten bzw. besondere Merkmale der Beschäftigungssituation im Bereich der stationären Altenpflege konzentrieren.

ARBEITSVERDICHTUNG/
ANFORDERUNGSINTEN-
SIVIERUNGEN AUFGRUND
EINER VERÄNDERTEN BE-
WOHNERSTRUKTUR

Beginnen wir mit den Veränderungen in der Bewohnerstruktur: diese sind insbesondere durch die MUG IV Studie gut belegt (*bmfj 2007; für einen Überblick über die demenzbezogenen Daten und Erkenntnisse vgl. beispielsweise Schäufele et al., 2008*). In der Forschungsliteratur besteht weiter Konsens darüber, dass die gestiegenen bewohnerseitigen Anforderungen zwar stark mit dem Thema Demenz verknüpft sind, sich aber keineswegs in der Zunahme demenzieller Veränderungen erschöpfen. Schäffer/Wingefeld (2008) sprechen von einer „Problemakkumulation“ in den stationären Pflegeeinrichtungen durch ein Mehr an kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen (u.a. massiv vorhandene depressive Stimmungslagen, Angstzustände, aber auch soziale Isolation u.a.) und Verhaltensauffälligkeiten. Ebenfalls an

Bedeutung gewonnen haben die palliative Versorgung und die Sterbebegleitung. Zugespißt formuliert sind die gestiegenen Anforderungen in den Einrichtungen auf die Bewältigung der Spät- und Endstadien chronischer (und psychischer) Krankheit und der Pflege am Lebensende ausgerichtet (ebenda). Pflege hat „in keinem anderen Versorgungsbereich derart vielschichte Bedarfslagen zu bewältigen“ (Schäffer/Wingenfeld 2008). Den Autoren zufolge werden die real existierenden strukturellen, konzeptionellen und personellen Rahmenbedingungen den bestehenden Anforderungen nicht gerecht (ebenda).

EINFÜHRUNG VON MODERNISIERUNGSSTRATEGIEN, VERDICHTUNG EXTERNER KONTROLLE UND BÜROKRATISIERUNG

Auch mit Blick auf die Auswirkungen der vorgenommenen Modernisierungen und die Verdichtung externer Kontrollen kann man dem zitierten Beitrag von Schaeffer/Wingenfeld folgen. Dieser leitet aus den massiv gewandelten Anforderungen an das pflegerische Tun das Erfordernis einer Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitversorgung ab, das von der real vorfindlichen Situation nicht eingelöst wird. Wie die Autoren betonen, werden die in den Einrichtungen für die Qualitätskontrolle verfügbaren Ressourcen durch die Notwendigkeit aufgesogen, die Anforderungen externer Qualitätsprüfverfahren (MDK, Heimaufsicht) zu erfüllen. Die damit verbundenen bürokratischen Aufwände (Dokumentationsleistungen, z.T. EDV-gestützt) stellen je nach individuellen Voraussetzungen (formale Bildung bzw. entsprechende Qualifikationen und/oder entsprechendes Know-how) insbesondere für un- und angelernte PflegemitarbeiterInnen eine nicht unerhebliche (durch Studien belegte, vgl. z.B. Ffg 2004) Belastung dar. Für die Pflegepraxis heißt dies, dass aufwändige Qualitätsanforderungen erfüllt werden, die jedoch einen Zuwachs an „gelebter Qualität“ (so Schaeffer & Wingenfeld 2008) vermissen lassen. Auf diese Weise werden PflegemitarbeiterInnen u.a. auch der Chance beraubt, eine positive Bestätigung ihrer Anstrengungen und somit eine Anerkennung und Stärkung ihrer Wirksamkeit zu erfahren (vgl. hierzu auch den Beitrag von Christian Müller-Hergl).

ARBEITSVERDICHTUNGEN AUFGRUND DER PERSONALSITUATION

Eine im Januar diesen Jahres erschienene, vom Deutschen Pfliegerat in Auftrag gegebene Studie von Simon (2012) hat die Debatte über die Personalsituation in der Pflege und insbesondere über das Thema Fachkräftemangel neu belebt. Das Thema Personal- und Fachkraftsituation ist für die Belastungsproblematik natürlich von zentraler Bedeutung: MitarbeiterInnen betrachten die vorhandene Personaldecke häufig als zu dünn bzw. meinen, dass zu wenig Personal vorhanden ist, was als belastend bewertet wird. Eine empirisch verlässliche Gesamteinschätzung der Entwicklung der Personalsituation in den Heimen, die das Verhältnis von Personal und zu bewältigender Gesamtheit an Arbeitsanforderungen er-

schließt, liegt in der Form nicht vor. Insofern müssen wir uns an dieser Stelle auf ein paar – hoffentlich erhellende – Hinweise beschränken.

FACHKRAFTSITUATION: OFFIZIELLE VERLAUTBARUNGEN

Offizielle Verlautbarungen wie etwa die im dreijährigen Turnus erscheinenden Berichte zur Pflegeversicherung blenden das Thema Personal- bzw. Fachkräftemangel aus. Der dritte Bericht (2005) macht die Aussage, dass trotz personeller Engpässe auf regionaler Ebene (etwa in den Ballungszentren) kein personeller Mangel an Pflegefachkräften bestehe. Dem vierten Bericht (2008) zufolge war der Zuwachs bei den Beschäftigten stärker als bei den von ihnen versorgten Pflegebedürftigen (*laut Bericht + 71 000 Beschäftigte seit 2001*). Und im jüngsten, fünften Bericht (Januar 2012) werden die bekannten Zahlen der offiziellen Statistik zur Personalsituation zitiert. Hinweise zu den gegebenen bzw. nicht gegebenen personellen Voraussetzungen für eine angemessene Entwicklung der „Pflegeinfrastruktur“, welche die Einsetzung des Steuerungsinstruments Pflegeversicherung begründet, unterbleiben.

EXPERTENAUSSAGEN

Eine andere Sprache spricht die vom Deutschen Pflegerat in Auftrag gegebene Studie von Simon (2012). Deren erstes, vieldiskutiertes Ergebnis besteht in der Einschätzung, dass die offiziellen Beschäftigtenzahlen deutlich zu hoch angesetzt sind. Wie der Bericht weiter darstellt, ist es im Bereich der stationären Altenpflege zwischen 1999 und 2009 zu einer Steigerung um 133 400 Stellen gekommen, was einem Zuwachs um 45,4% entspricht (*Simon 2012, 55*). Im Bereich der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter entspricht dies einem Zuwachs von 80,2% (103 500 Stellen). Dies bedeutet, dass die häufig zitierte Steigerung der Beschäftigtenzahlen in den Pflegeheimen größtenteils auf das Konto einer Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung zu verbuchen ist (*Simon 2012, 55*).

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: ANGABEN ZUR PERSONALSITUATION

Zieht man die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zu Rate, so stellt man fest, dass Auswertungen aufgrund der konzeptionellen Anlage der Statistiken schwierig bzw. nicht möglich sind. Eine neuere Veröffentlichung der Bundesagentur für Arbeit zur Situation in den Gesundheits- und Pflegeberufen (Stand: Dezember 2011) gibt mit Blick auf die Fachkräftesituation folgende Einschätzung ab:

„Die Besetzung offener Stellen im Gesundheitssektor, insbesondere bei Ärzten, Kranken- und Gesundheitspflegekräften sowie Altenpflegefachkräften fällt zunehmend schwerer. Fachkräfteengpässe zeigen sich nahezu in allen Bundesländern“ (BfA 2011, 3).

Im März 2012 erteilte die Pressestelle der Bundesagentur auf Anfrage folgende Auskunft:

„Im Bereich der Altenpflege zeigt sich ein akuter Fachkräftebedarf an examinierten Altenpflegekräften, wohingegen auf Helferebene kein Arbeitskräftemangel besteht.“

Mai 2012: 13 832 offene Stellen im Bereich Pflege, davon 9 827 Fachkraftstellen

Im Mai erreichten uns dann die aktuellsten Daten der Bundesagentur: Die Anzahl der OFFENEN STELLEN im Bereich ALTENPFLEGE (unspezifiziert, Kennziffer 821) betrug im April 13 832, was einer Zunahme um 10,6 % seit April 2011 entspricht. Mit Blick auf die FACHKRÄFTE (ohne Spezialisierung, Kennziffer 82102) war ein Anstieg um 6,6 % auf insgesamt 9 827 OFFENE STELLEN zu verzeichnen.

VERÄNDERUNGEN IN DER ZUSAMMENSETZUNG DER PFLEGETEAMS

Die Problematik psychischer Belastungen aufgrund des Mangels an (Fach)Pflegerkräften wird auch dadurch beeinflusst, dass sich die Zusammensetzung der Teams in den Einrichtungen in den letzten Jahren wesentlich verändert hat. Zum einen ist die Zahl der AltenpflegehelferInnen (im Vergleich zu den Fachkräften) deutlich angestiegen. Und zum anderen werden Teams heute vermehrt durch AlltagsbegleiterInnen nach § 87b sowie ehrenamtliche HelferInnen ergänzt. Bislang liegt lediglich eine kleine Verlaufsstudie vor, die sich der besonderen Situation der AlltagsbegleiterInnen im Vergleich mit ausgebildeten MitarbeiterInnen annimmt. Bei diesen als zu Beginn äußerst motiviert eingestuften MitarbeiterInnen zeigten sich nach sechs Monaten bedenkliche Veränderungen bezüglich ihrer Einschätzung eigener Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, vor allem aber auch im Hinblick auf die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz und auf das Thema Führung (Kwiatkowski 2011). Diese empirische Ersteinschätzung gibt Anlass zu der Frage, ob und inwieweit Einrichtungen auf die auf sie einwirkenden personalstrukturellen Veränderungen hinreichend vorbereitet und eingestellt sind und welche Konsequenzen sich hieraus insgesamt und für die Aufgabenzuschnitte und Kompetenzanforderungen seitens der Fach- und Leitungskräfte ergeben (vgl. hierzu den Beitrag von Christian Müller-Hergl).

„TEILZEITISIERUNG“ ALS FLEXIBILISIERUNGS- UND EINSPARUNGSMASSNAHME

Wie oben erwähnt geht die oft zitierte Steigerung der Beschäftigtenzahlen in den Pflegeheimen zu 80 % auf das Konto der Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung. Laut Simon (2012) stieg die Teilzeitquote von 40,6 % (1999) auf 54,5 % (2009). Ebenfalls beachtenswert ist der relativ hohe Anteil an Teilzeitstellen mit einem geringen zeitlichen Umfang: 2009 wiesen 35,5% der Teilzeit-Arbeitsverhältnisse einen Umfang von weniger als 50 % auf. Und

immerhin 12,6 % dieser Stellen fallen in den Bereich einer geringfügigen Beschäftigung.

Zuwachs an Stellen insgesamt	1999 – 2009	+ 133 400	+ 45 %
Zuwachs an Teilzeibesetzten	1999 – 2009	+ 103 500	+ 80,2 %
Anstieg Teilzeitquote	1999 – 2009	40,6 (1999) 54,4 % (2009)	+ 13,8 %

Zuwachs von Teilzeitarbeit in der Pflege (Simon 2012, 55)

Vor diesem Hintergrund weist Simon auch die häufig vorgebrachte Argumentation zurück, der hohe Anteil an Teilzeitstellen hänge mit dem Umstand zusammen, dass die Pflege nach wie vor ein von weiblichen Arbeitnehmern dominierter Bereich (85%) sei und Teilzeitarbeit aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung dem Wunsch der Arbeitnehmerinnen entspreche. Dem setzt die Studie entgegen, dass die Teilzeitquote vor allem auf ein verändertes Angebot seitens der Einrichtungen und „eine durch Unterbesetzung verursachte chronische Überlastung des Pflegepersonals“ zurückzuführen sei (Simon 2012, 67). Unter Verweis auf die Forschungsliteratur unterstreicht der Autor, dass „die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen seit mehreren Jahren zunehmend in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als Maßnahme zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes und letztlich zur Einsparung von Personalkosten eingesetzt“ wird (Simon 2012, 55). Diese Einschätzung lässt sich durch eine (von den Fallzahlen her kleine) Teilauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2007/08 für den Bereich Altenpflege (Fuchs 2008) untermauern. Für unseren Zusammenhang besonders bedeutsam sind hier die Aussagen zu den Arbeitszeitwünschen: Die in Vollzeit Beschäftigten möchten mehrheitlich die tatsächlich geleistete Zahl an Arbeitsstunden in Richtung der vertraglich vereinbarten Wochenstundenzeit reduzieren (im Schnitt um 4,5 Wochenstunden), während der Wunsch bei den Teilzeitbeschäftigten in Richtung einer Erhöhung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit um 5 Wochenstunden tendiert. Angesichts solcher Befunde muss die Frage erlaubt sein, ob hier nicht die Organisationen mit ihrer Personaleinsatzplanung in der Pflicht stünden, die ArbeitnehmerInnen gegenüber häufig angemahnte Tugend der Flexibilität ihrerseits zugunsten des Wohlergehens und der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen einzulösen.

Gabriele Kreutzner

04 DIE PFLEGE DEMENZIELL VERÄNDERTER MENSCHEN: STRESSOR UND QUELLE VON ZUFRIEDENHEIT

In der Literatur wird seit längerem diskutiert, dass Pflegende die Betreuung demenziell veränderter Menschen häufig als belastend empfinden (z.B. Brodaty et al. 2003; Zimmerman et al. 2005). Als Hauptgrund werden insbesondere die mit dem Krankheitsbild assoziierten Verhaltensweisen ausgemacht. Von der Forschung bislang weniger beachtet, doch insbesondere mit Blick auf eine sich verändernde Bewohnerschaft ebenfalls von Bedeutung ist die Umsorgung von Personen, deren demenzielle Veränderungen sehr weit fortgeschritten sind und bei denen ein besonders hoher Pflegebedarf (im pflegewissenschaftlichen Sinn) besteht (Buchinger 2009). Als Risikofaktoren stehen jedoch zweifelsohne die so genannten „herausfordernden Verhaltensweisen“ im Zentrum der Aufmerksamkeit, für die in der englischsprachigen Literatur eine große Anzahl verschiedenartiger Bezeichnungen im Umlauf sind, die auf unterschiedlichen theoretischen Modellen basieren (vgl. hierzu Edvardsson et al. 2009).

HERAUSFORDERNDES VERHALTEN ALS STRESSOR

Stellvertretend für Studien, die sich für die mit solchen Verhaltensweisen verknüpften subjektiven Belastungen interessieren, soll hier eine australische Studie (Region Tasmanien) vorgestellt werden, in deren Rahmen von insgesamt 770 PflegemitarbeiterInnen (sowohl Fachkraft- als auch Assistenz-Ausbildung) ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden (Cubit et al. 2007). Ziel war festzustellen, wie oft sich in der Wahrnehmung Pflegender bei demenziell veränderten BewohnerInnen herausfordernde Verhaltensweisen (hier bezeichnet als BOCs, behaviors of concern) zeigen. Hieran wurde die Aufgabe geknüpft, eine Rangordnung derartiger Verhaltensweisen in Bezug auf a) ihre („störende“) Auswirkung auf die alltäglichen Abläufe in der Einrichtung und b) das Ausmaß der durch sie hervorgerufenen subjektiven Belastungen seitens der pflegenden MitarbeiterInnen zu erstellen. AM HÄUFIGSTEN kommen laut Aussagen der StudienteilnehmerInnen vor: sich ständig wiederholende Handlungen oder ständiges Fragen (Rang 1); Umherwandern oder aufdringliches

Verhalten (Rang 2) sowie verbal herausforderndes Verhalten (Rang 3). Die den Tagesablauf in der Einrichtung am meisten störenden Verhaltensweisen waren verbal herausforderndes Verhalten (Rang 1); Umherwandern oder aufdringliches Verhalten (Rang 2) und sich ständig wiederholende Handlungen oder ständiges Fragen (Rang 3). Als die Verhaltensweisen, die sie persönlich am stärksten belasten, identifizierten die Befragten: körperliche Gewalt (Rang 1), verbal herausforderndes Verhalten (Rang 2) und Umherwandern oder aufdringliches Verhalten (Rang 3). Die Ergebnisse decken sich mit Befunden älterer Studien, denen zufolge verbal herausforderndes Verhalten bei demenziell veränderten BewohnerInnen in stationären Altenpflegeeinrichtungen häufig zu verzeichnen ist (*Cohen-Mansfield et al. 1990*), aggressives bewohnerseitiges Verhalten zu einem erhöhten Stresserleben bei Pflegenden beiträgt (*Rodney 2000*) und sexuell unangemessenes Verhalten im Vergleich zu anderen herausfordernden Verhaltensweisen relativ selten vorkommt (*Harris & Wier 1998*).

ALTER UND LÄNGE DER BETRIEBSZUGEHÖRIGKEIT ALS RELEVANTE FAKTOREN

In der Studie von Cubit et al. (2007, *siehe oben*) gaben 84 % der Befragten an, mehr als ein Mal täglich mit „sich ständig wiederholenden Handlungen oder ständigem Fragen“ konfrontiert zu sein. Beim Umherwandern bzw. aufdringlichen Verhalten traf dies auf 69 % der Befragten zu und für verbal herausforderndes Verhalten auf 61 % der Befragten. Mit Blick auf körperlich aggressive Verhaltensweisen stellten die Autoren eine signifikante Bedeutung des Faktors Alter fest: die unter Vierzigjährigen sahen sich häufiger mit körperlich aggressivem Verhalten konfrontiert als die älteren MitarbeiterInnen. Und auch die Länge der Betriebszugehörigkeit erwies sich als ein bedeutsamer Faktor: Die Häufigkeit, in der sie sich bewohnerseitig mit physisch aggressivem Verhalten konfrontiert sahen, war bei denjenigen signifikant geringer, die seit mehr als fünf Jahren in ihrer derzeitigen Einrichtung tätig waren.

BEWOHNERSEITIG „HERAUSFORDERNDES“ VERHALTEN PFLEGESEITIGE BELASTUNG: STIMMT DIE DENKFIGUR?

Wenn die Annahme zutrifft, dass zwischen bewohnerseitig herausforderndem Verhalten und seitens der Pflegenden erlebter Belastung ein einseitig gerichteter Ursache-Wirkungszusammenhang besteht, dann müsste auch gelten, dass sich Pflegende in einem Setting, in dem BewohnerInnen ein hohes Maß an „herausfordernden“ Verhaltensweisen zeigen, belasteter fühlen bzw. ein höheres Maß an Stress empfinden als in Settings, in denen solche Verhaltensweisen weniger prominent sind.

Demenzspezifische versus integrative Pflegesettings

Dass diese Annahme in ihrer einseitigen Gerichtetheit nicht greift, wird 1999 durch eine (relativ kleine) Studie ersichtlich, die den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und verbal herausforderndem Verhalten in demenzspezifischen (SCUs) und integrativen Settings in der stationären Langzeitversorgung untersucht (*Middleton et al. 1999*). Obwohl sie bewohnerseitigen verbal herausfordernden Verhaltensweisen stärker ausgesetzt waren, fühlten sich Pflegemitarbeiterinnen in den SCUs subjektiv weniger belastet als Pflegende in den traditionellen Wohnbereichen. Die Autoren setzen dies in Zusammenhang mit der Unterstellung bzw. Nicht-Unterstellung einer böartigen Absicht seitens der BewohnerInnen und mit unterschiedlichen Auffassungen von körperlicher Gewalt als einem zur Pflegearbeit gehörenden Problem. Pflegende in den SCUs berichteten deutlich häufiger (doppelt so oft) von körperlichen An- bzw. Übergriffen, betrachteten diese jedoch mehrheitlich als Teil des Umgangs mit demenziell veränderten BewohnerInnen. Die Studie unterstreicht die Bedeutung einer demenzspezifischen Qualifizierung und demenzspezifischen Wissens auf Seiten der MitarbeiterInnen, um die Lebensqualität für BewohnerInnen und Pflegende in Wohnbereichen zu erhöhen, wo sich herausforderndes Verhalten zeigt.

Eine größere Studie aus dem Jahr 2005 (*Morgan et al. 2005*), in der 355 Pflege-AssistentInnen in einer ländlichen Region in Kanada befragt wurden, war ebenfalls dem Aspekt der herausfordernden Verhaltensweisen in unterschiedlichen stationären Settings gewidmet. Die MitarbeiterInnen in den SCUs berichteten über signifikant weniger herausfordernde Verhaltensweisen als ihre Kolleginnen, die in einem traditionellen, integrativen Setting arbeiteten. Wenn ihnen derartige Verhaltensweisen begegneten, fühlten sie sich zudem weniger durch diese belastet. Außerdem wurde festgestellt, dass sich die Pflegehelferinnen in den SCUs während der Pflege weniger häufig mit aggressiven Verhaltensweisen seitens der BewohnerInnen konfrontiert sahen. Darüber hinaus erwiesen sich die Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen in den SCUs weniger hoch als in den traditionellen integrativen Pflegesettings. In den SCUs berichteten die Pflegehelferinnen, die eine höhere Anzahl von Stunden pro Woche arbeiteten, von mehr körperlichen An- bzw. Übergriffen, fühlten sich jedoch von herausfordernden Verhaltensweisen weniger belastet als ihre Kolleginnen in den traditionellen Settings.

DAS DENKMODELL KOMPLEXER WECHSELWIRKUNGEN: WOHLBEFINDEN GEHT MIT WOHLBEFINDEN EINHER

Dass bewohnerseitiges Verhalten nicht einseitig als Verursacher von Stress und Arbeitsbelastung zu verstehen ist, zeigt eine Studie, die *Edvardsson et al. (2009)* in 40 Wohnbereichen für Menschen mit Demenz in Schweden durchführten. Die Autoren greifen auf ein

Studie von Edvardsson et al. 2009

eingeführtes Modell zur Erklärung von Arbeitsbelastungen (Karasek & Theorell 1990 zitiert nach Edvardsson et al. 2009) zurück und gehen davon aus, dass HOHE ARBEITSANFORDERUNGEN in Verbindung mit einem geringen Grad von KONTROLLE über die eigene Arbeit und GERINGER SOZIALER UNTERSTÜTZUNG ein höheres Gesundheitsrisiko bei den Pflegenden nach sich zieht. Unter Arbeitsanforderungen fasst das Modell Arbeitstempo, -intensität und erforderliches Können; Kontrolle über die Arbeitssituation bezieht sich auf Redundanz bzw. die Freiheit zu entscheiden, was man tut und wann man dies tut. Unter sozialer Unterstützung wird generell Unterstützung am Arbeitsplatz und ein gutes (verstehendes, freundliches) Arbeitsklima gefasst. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht dabei der Bezug zwischen den Merkmalen der Arbeit einerseits und der Prävalenz von Verhaltenssymptomen andererseits. Im Ergebnis stellen die ForscherInnen folgendes fest:

1. In Settings mit einer vergleichsweise GERINGEREN ARBEITSBELASTUNG ist die PRÄVALENZ VON VERBAL HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN signifikant GERINGER und

2. wo Pflegende das ARBEITSKLIMA als POSITIV und freundlich wahrnehmen, sind signifikant WENIGER WEGLAUFTENDENZEN UND REGRESSIVE VERHALTENSWEISEN festzustellen. Wie sich zeigte, wiesen BewohnerInnen in Settings mit als hoch empfundener Belastung geringere Fähigkeiten a) zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens und b) in Bezug auf die Fähigkeit auf, sich selbständig zu bewegen.

Relevanz demenzspezifischen Wissens

Die Hypothese, dass dort eine höhere Prävalenz von Verhaltenssymptomen anzutreffen ist, wo Pflegende das eigene Wissen als eher unzureichend einschätzen, wurde durch die Daten nicht bestätigt. Wie die AutorInnen betonen, besteht ein gewisser Widerspruch zwischen ihren Ergebnisse zur Relevanz (bzw. Nicht-Relevanz) des Faktors Wissen zu vorausgegangen Studien. Diese konnten eine höhere Arbeitszufriedenheit bei Pflegenden nachweisen, die sich als für den Umgang mit Menschen mit Demenz gut ausgebildet sehen (Zimmerman et al. 2005) bzw. stellten fest, dass ein Training der Pflegenden das Wohlbefinden von BewohnerInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen verbesserte (Lintern et al. 2000). Wie Edvardsson et al. unterstreichen, bedarf es hierzu weiterer und (theoretisch) differenzierterer Untersuchungen, die unterschiedliche Arten von Wissen unterscheiden und genauer identifizieren, welche davon für die Praxis vorgeordnete Relevanz besitzen (vgl. zu diesem Punkt den Beitrag von Christian Müller-Hergl und Teil 2/ DemOS). Die Studie betont zudem die Bedeutsamkeit der gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Arbeit im Team (work-based discussions). Mit solchen Diskussionen vergrößert sich laut Berg et al. (1994) auch die Kreativität und verringert sich das Ausmaß an Burnout bei Pflegenden. Außerdem lassen sich dadurch das Sich

Geborgen Fühlen (comfort) und die Kooperation im Team verbessern (Hallberg et al. 1994). Beide Befunde sehen Edvardsson et al. durch ihre Studie bestätigt: die Auseinandersetzung mit sich in der Arbeit stellenden ethischen Konflikten trägt zum Wohlbefinden der PflegemitarbeiterInnen bei. Unterm Strich stellen die AutorInnen einen Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden der Pflegenden und dem der BewohnerInnen her. Die Beziehung zwischen pflege-seitiger Belastung und bewohnerseitiger Prävalenz herausfordernder Verhaltensweisen stellt hier eher ein (mit Blick auf eine mögliche Gerichtetheit durch die Studie nicht auflösbare) Henne-Ei Dilemma dar.

*Wechselwirkung zwischen
Versorgungsqualität und
Belastungsempfinden*

Mit den theoretischen Vorannahmen wie auch den Ergebnissen der Studie von Edvardsson et al. harmonieren auch die Befunde einer Untersuchung von Baldelli et al. (2004). Diese entdeckten im Rahmen einer Interventionsstudie, in der demenziell veränderte Personen ein spezifisches Rehabilitationsprogramm erhielten, dass mit dieser Verbesserung der Versorgungssituation auch eine Verbesserung bei den Burnoutwerten der Pflegenden einherging. Ähnliches stellte sich in einer Studie von Haberstroh et al. (2009) heraus. Hier erbrachte die Evaluation eines spezifischen Kommunikationstrainings für Altenpflegerinnen, dass die Intervention sowohl bei den BewohnerInnen, als auch bei den PflegemitarbeiterInnen Effekte zeigte. Während das Training deren soziale Kompetenz erhöhte und die psychische Beanspruchung reduzierte, ließen sich bei den demenziell veränderten BewohnerInnen Verbesserungen ihrer Lebensqualität nachweisen.

ZUFRIEDENHEIT MIT DER DEMENZSPECIFISCHEN PFLEGE – VERGLEICH VON PFLEGESETTINGS

Die Rolle der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen mit der Qualität der Pflege, die sie unter den in ihrer Arbeitsumgebung gegebenen Umständen umsetzen können, wird in einer Studie von Te Boekhorst et al. (2008) genauer unter die Lupe genommen. Untersucht wird sie im Kontext einer vergleichenden Betrachtung von Burnout-Erscheinungen in Demenz-Wohngruppen und traditionellen Versorgungsformen. Wie sich herausstellte, lag in den Demenzwohngruppen die Zufriedenheit mit der Betreuung und Pflege der BewohnerInnen höher und fielen die Burnout-Werte niedriger aus. Dies begründen die Autoren damit, dass in den Wohngruppen mehr Kontrolle, Aufmerksamkeit und soziale Unterstützung durch KollegInnen vorhanden ist. Damit gibt die Studie u.a. auch Anlass zu der Annahme, dass die Arbeit in kleinen Wohngruppen aufgrund psychosozialer Arbeitsmerkmale positive Effekte auf das Wohlbefinden der Pflegenden hat.

Werner et al. (2010) untersuchten die Arbeitsbedingungen von 55 MitarbeiterInnen in sieben Demenz-Wohngemeinschaften und von

82 MitarbeiterInnen in neun stationären Einrichtungen. Wie sich herausstellte, waren 57 % der MitarbeiterInnen der Wohnbereiche in institutionellen Pflegesettings psychisch belastet, während dies in den Wohngemeinschaften nur auf 26 % der MitarbeiterInnen zutraf. Fast die Hälfte der Teilnehmenden aus den Heimen sahen eine Belastung darin, für zu viele BewohnerInnen zuständig zu sein; dies war in den Wohngemeinschaften lediglich bei 8 % der Befragten der Fall. Anzumerken ist hierzu jedoch, dass bei diesem Ergebnis die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unterschiedliche Gruppengröße keine Berücksichtigung fand. Und auch die Anzahl der Krankmeldungen gab einen Hinweis darauf, dass der subjektiv empfundene Gesundheitszustand der in einer Demenz-WG Arbeitenden deutlich besser ist als jener der MitarbeiterInnen im institutionellen Heimsetting: Nur 15 % der WG-MitarbeiterInnen hatten in den drei Monaten vor der Befragung einen Tag gefehlt, während dies in der Vergleichsgruppe im Heim 33 % waren. Bei diesen Ergebnissen sollte jedoch beachtet werden, dass die beiden Settings aufgrund wahrscheinlich differenter Personalschlüssel nicht völlig vergleichbar sein dürften.

Unzufriedenheit mit der Pflege von Menschen mit Demenz als Risikofaktor für einen Berufsausstieg

Unzufriedenheit mit der demenzbezogenen Pflege hat noch eine weitere und ebenfalls sehr bedeutsame Dimension: Sie ist der am meisten genannte Grund dafür, aus dem Beruf auszusteigen! In einer Überblicksstudie (*Vernooij-Dassen et al. 2009*) stellte sich heraus, dass die häufigste Ursache dafür, den Beruf zu verlassen, die mangelnde Zufriedenheit mit der Arbeit ist. Zwei wesentliche Ursachen dafür sind zu wenig Anerkennung und die Unzufriedenheit mit der unter den gegebenen Umständen verwirklichtbaren Qualität der Pflege. Aufgrund dieser Ergebnisse befürchteten die Autoren einen künftigen Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflege von Menschen mit Demenz in Holland und anderen europäischen Ländern (*siehe hierzu auch Christian Müller-Hergl*).

ZUFRIEDENHEIT MIT DER PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ: ARBEITSBEZOGENE RISIKOFAKTOREN

In der Forschung ist insgesamt ein Übergang von einer relativ simplen, auf herausfordernde Verhaltensweisen fokussierten Wirkung zu komplexeren theoretischen Modellen zu verzeichnen. Wo zunächst davon ausgegangen wurde, dass demenziell veränderte BewohnerInnen mit herausfordernden Verhaltensweisen einen Belastungs- bzw. Risikofaktor für die Pflegenden darstellen, wird dies allmählich von der Annahme komplexer Wechselwirkungen abgelöst (*vgl. hierzu auch das Modellprojekt DEMOS in Teil II*). Ein solches anspruchsvolleres theoretisches Grundkonzept liegt auch einer aktuellen Studie zugrunde, die von einem Wissenschaftlerteam an der Universität Wuppertal verantwortet wird (*Schmidt et al. 2011*) und in deren Zentrum die Zufriedenheit mit der Pflege demenziell

*Studie von:
Schmidt, Palm, Dichter &
Hasselhorn 2011*

veränderter Menschen auf Seiten der Pflegenden steht. Wie aus der Literatur (s.o.) bekannt, kann Zufriedenheit mit der verwirklichtbaren Pflegequalität für Pflegenden eine wertvolle Ressource darstellen, Unzufriedenheit jedoch zu einem bedeutenden beruflichen Stressor werden. Die Neuland betretende Untersuchung des Wuppertaler Teams ist eine Sekundäranalyse von Daten der sogenannten 3Q-Studie, welche dem Zusammenhang von Personal-, Bewohner- und betriebswirtschaftlichen Indikatoren in Altenpflegeeinrichtungen nachging. Als Datenbasis für die „Zufriedenheitsstudie“ dienten die Aussagen von 813 Pflegenden (Fach- und Hilfskräften) in 53 Einrichtungen (insgesamt 1989 Pflegenden angesprochen, Rücklauf 45 %). Die Untersuchung war auf Einrichtungen eines kirchlichen Trägers beschränkt; es handelt sich um eine nicht randomisierte Studie.

Entscheidend ist nun, dass das Forscherteam arbeitsbedingte Risikofaktoren in den Blick nimmt und die Frage aufwirft, ob sich durch Verbesserungen bei diesen Faktoren die Zufriedenheit Pflegenden steigern ließe. Zu verdeutlichen ist an dieser Stelle, dass die hier dargestellte Diskussion über Zufriedenheit NICHT mit dem in der Arbeitspsychologie eingeführten Konzept von Arbeitszufriedenheit (etwa im Sinne der diese Tradition begründenden Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg) zu verwechseln ist. Worum es in der Studie des Wuppertaler Teams wie auch in den von ihr herangezogenen Arbeiten aus anderen Ländern geht, ist die Zufriedenheit mit der erreichbaren Pflegequalität in der Sorge für Menschen mit Demenz im Kontext des eigenen Arbeitsumfelds.

Ausgangspunkt ist der Befund von Hasselhorn, Schmidt und Müller (2008 zitiert nach Schmidt et al., 86), dass Pflegenden mit der körperlichen Pflege in ihrer Einrichtung in einem hohen Maß zufrieden sind und die Zufriedenheit bei Pflegenden in Bezug auf die Demenzversorgung am geringsten ist. In der Sekundäranalyse ergab sich, dass 42 % der befragten PflegemitarbeiterInnen mit der Qualität der Pflege von Menschen mit Demenz in ihrer Einrichtung unzufrieden sind (10,4% sehr unzufrieden, 31,5 % unzufrieden); 58,1 % gaben hingegen an, hiermit zufrieden (44,2 %) bis sehr zufrieden (13,9 %) zu sein. Zu unterstreichen ist an dieser Stelle der Hinweis der Autoren, dass bei den Ergebnissen große Unterschiede zwischen den Einrichtungen zu berücksichtigen sind. Im Schnitt wurden 84 Bewohner in einer Einrichtung betreut; die demenzbezogene Prävalenzrate lag, ebenfalls im Schnitt, bei 50 %. Mit Blick auf Ergebnisse hier zunächst einmal die Befunde, die keine Zusammenhänge nachweisen konnten: Es war kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an mit einer Demenz diagnostizierten BewohnerInnen (Prävalenz) und dem Ausmaß an Zufriedenheit mit der Pflege feststellbar. Ebenso wenig konnten signifikante Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter und Länge der Betriebszugehörigkeit ermittelt werden. Und last, but not

least konnte kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Pflege demenziell veränderter Bewohner und den emotionalen Anforderungen als mögliche Risikofaktoren sowie mit Blick auf fehlende Entwicklungsmöglichkeiten festgestellt werden.

ENTSCHEIDEND FÜR DIE ZUFRIEDENHEIT MIT DER PFLEGE SIND ARBEITSBEDINGTE FAKTOREN, NICHT DIE VERHALTENSWEISEN DER BEWOHNERINNEN

Insgesamt bestätigt die Studie die These von Edberg et al. (2008), dass nicht herausfordernde Verhaltensweisen über die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Pflege von Menschen mit Demenz entscheiden, sondern Faktoren, die sich auf die Arbeitsbedingungen beziehen. Wenn keine Möglichkeit besteht, BewohnerInnen in ausreichender Qualität zu versorgen, kann dies zu einer erlebten Belastung werden.

AM STÄRKSTEN MIT ZUFRIEDENHEIT ASSOZIIERT: QUANTITATIVE ANFORDERUNGEN, FÜHRUNGSQUALITÄT UND SOZIALE INTERAKTION MIT ANDEREN BERUFSGRUPPEN

Als stärkster Prädiktor für Unzufriedenheit mit der demenzbezogenen Pflege stellten sich die quantitativen Arbeitsanforderungen heraus. Wo Pflegendе sich hohen quantitativen Anforderungen ausgesetzt sahen, erhöhte sich das Unzufriedenheitsrisiko um den Faktor 5,2; bei mittleren quantitativen Anforderungen war das Unzufriedenheitsrisiko immer noch um den Faktor 2,7 erhöht.

Bei als gut eingeschätzter Führungsqualität zeigte sich bei den Befragten eine höhere Arbeitszufriedenheit. Wie die Forschung belegt (Stordeur et al. 2005), hat das Leitungspersonal wesentlichen Einfluss auf Arbeitsorganisation und Arbeitsablauf und nimmt in den Feldern Personalplanung und Personalentwicklung wie auch für das zielorientierte Gesamtkonzept der Einrichtung eine Schlüsselrolle ein (MDS 2009). Bei einer als gering empfundenen Führungsqualität steigt das Risiko einer Unzufriedenheit mit der demenzbezogenen Pflege.

Laut Wuppertaler Team wurde der Beruf/Familie-Konflikt bislang in der Forschung nicht als Belastungsfaktor beschrieben, gleichwohl bereits als relevanter Problembereich analysiert (Palm et al. 2007; Simon, Kümmerling & Tackenberg 2005). Die Studienergebnisse stimmen mit für die Pflege insgesamt geltenden Befunden überein, wonach der Konflikt zwischen Privat- und Berufsleben einen zeitabhängigen und einen psychischen Aspekt aufweist. Im Hinblick auf den zeitabhängigen Aspekt können Be- und Überlastungen durch Überstunden und unregelmäßige Arbeitszeiten entstehen.

*Quantitative Anforderungen
– mit Abstand stärkster
Prädiktor für Unzufriedenheit*

*Höhere Zufriedenheit bei
guter Führungsqualität –
als schlecht empfundene
Führung ist Risikofaktor*

*Belastungsfaktor Work-Life
Balance*

Für die Pflege von Menschen mit Demenz halten die Autoren die psychische Komponente für besonders relevant und verweisen darauf, dass Probleme mit nach Hause genommen und vor Ort nicht abschließend geklärt werden. Ggf. können sich hierdurch auch ethisch-moralische Belastungen ergeben. Als Lösungsansatz ziehen sie Empfehlungen des Medizinischen Dienstes heran, die Supervision und/oder kollegiale Beratung als festen Bestandteil der Pflege vorschlagen (MDS 2009).

*Interaktion mit anderen
Berufsgruppen*

Beim letzten Faktor ist das Erfordernis einer guten Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team angesprochen, die im Zusammenhang der Studie als Prädiktor für Zufriedenheit bestätigt wird.

*Unzufrieden sind vor allem
Fachkräfte und Pflegende in
Leitungsfunktionen*

Signifikante Unterschiede fanden sich in Bezug auf die Qualifikation und berufliche Stellung der Teilnehmenden. Die besser Ausgebildeten und Pflegende mit Leitungsaufgaben erwiesen sich als häufiger unzufrieden als Pflegehelferinnen. Wie die Autoren meinen, ist der Befund, dass höher Qualifizierte tendenziell unzufriedener mit der erreichbaren Pflegequalität sind, nicht überraschend: diese Mitarbeitergruppe stelle höhere professionelle Ansprüche an die Arbeit und sich selbst. Betont wird, dass Pflegenden die Möglichkeit gegeben werden muss, ihr Wissen und ihre Ansprüche in der Praxis umzusetzen.

Wie das Wuppertaler Autorenteam resümierend unterstreicht, sollte die Zufriedenheit mit der Pflege von Menschen mit Demenz als ein bedeutsamer Aspekt in der Auseinandersetzung um Arbeitsbelastungen mehr Beachtung finden. Präventive Ansätze zur Steigerung der Zufriedenheit sollten speziell in diesem Bereich ansetzen. Betont wird außerdem das Erfordernis, Pflegende stärker in Entscheidungen zur Versorgung einzubinden und ihnen mehr Möglichkeiten zu geben, ihr Wissen einzubringen.

FAZIT

Vor rund zweieinhalb Jahren trat ein Team der Demenz Support die Arbeit im Projekt DEMOS mit der Erkenntnis an, dass gute Pflege zufriedene Pflegende braucht. Diese Erkenntnis wird durch die Forschung zunehmend untermauert und verfeinert. Den Wuppertaler Forschern ist zuzustimmen, dass weitere forschungsbezogene Anstrengungen erforderlich sind. Aber schon jetzt kann gelten: Zufriedenheit mit dem eigenen Tun ist als ein Schlüssel zur Lösung der beträchtlichen Probleme im Bereich der stationären Versorgung alter Menschen zu sehen, die schon heute mehrheitlich demenzielle Veränderungen aufweisen. Diese Art von Zufriedenheit dürfte oftmals sehr viel bessere Arbeitsbedingungen voraussetzen als diejenigen, mit denen Pflegende in ihrem konkre-

ten Alltag konfrontiert sind. Zentrale Risikofaktoren, welche diese Art von Zufriedenheit gefährden, können als im Kontext weiterer, anders gelagerter Studien hinreichend gesichert gelten: quantitative Arbeitsanforderungen, Führungsqualität, Balance zwischen Privat- und Arbeitsleben (work-life balance) sowie eine möglichst gute Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb des größer gewordenen Kreises derer, die an der Versorgung und Unterstützung von BewohnerInnen beteiligt sind.

Die neue Orientierung in der Forschung ist, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, nicht so zu verstehen, als würden bestimmte Verhaltensweisen von BewohnerInnen keine Belastungen hervorrufen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass andere, arbeitsbedingte Kontextfaktoren im Rahmen einer auf Pflegequalität und Mitarbeiterzufriedenheit ausgerichteten Organisation prioritär zu verändern sind. Zusätzlicher Klärung bedarf zudem, welche Faktoren für welche MitarbeiterInnen die bedeutendsten sind. Im Rahmen unseres Monitoring der Forschungsliteratur sind wir bislang beispielsweise an keiner Stelle auf das Thema Entlohnung eingegangen (weil es als Faktor in der Forschung wenig Erwähnung findet), das insbesondere für MitarbeiterInnen mit geringen Qualifikationsvoraussetzungen, die dazu noch in Teilzeit arbeiten, von nicht unerheblicher Bedeutung sein dürfte. Es ist kein Zufall, dass eine große Initiative zur Verbesserung der (front line care, direkten) Pflege im US-amerikanischen Kontext mit dem Titel BETTER JOBS BETTER CARE auch und insbesondere Kriterien wie die Bezahlung in den Blick gerückt (und an dieser strukturellen Hürde auch ihre Grenzen erfahren) hat. Zufriedenheit mit dem eigenen beruflichen Tun dürfte nicht zuletzt davon abhängig sein, ob ich mich als Person mit meinem Wissen, meinen Erfahrungen und Fähigkeiten in mein Arbeitsumfeld einbringen kann und dort anerkannt und gefördert werde, ohne dabei überfordert zu werden (vgl. hierzu auch den Beitrag von Christian Müller-Hergl in dieser Ausgabe).

Gabriele Kreutzner

05 DIE ROLLE DER EXAMINIERTEN FACHKRAFT VON MORGEN – ENDET DER GANZHEITLICHE ANSPRUCH BEI FUNKTIONALITÄT?

SZENARIO 1

PFLEGE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ: DEUTSCHLAND, 2020 – SZENARIO 1

Der bürokratisch-technologische Komplex hat die in die Lebenswelt eingebetteten Aufgaben der Pflege von Menschen mit Demenz fast vollständig kolonialisiert (Habermas) und fast alle Frei- und Gestaltungsräume in den professionellen Tätigkeiten auf ein Minimum reduziert.

Ausdruck der Kolonialisierung ist die Spaltung zwischen einer kleinen Gruppe akademisierter Pflegeexperten, die nach außen und innen die Unterwerfung des Bereichs Pflege durch Regelsysteme vorantreiben (Pflege als geschlossene Situation), aber nur geringe Klientenkontakte haben, und einer Pflege und Betreuung durchführenden Gruppe von Personen mit einem prekären Hintergrund, die sich mehrheitlich aus MigrantInnen aus anderen Kulturen bilden. Beide Gruppen sprechen verschiedene „Sprachen“, haben andere Ziele, erleben sich, die Klienten und ihre Aufgabe anders und leben weitgehend aneinander vorbei (Gröning 2000).

Examierte Kräfte sind selten geworden; in einem Wohnbereich von 30 Klienten ist am Tag höchstens eine examinierte Kraft anwesend. Stellen von Wohnbereichsleitungen sind kaum mehr zu besetzen. Examierte sind zu „Fachangestellten für Pflegeplanung und -management“ mutiert. Pflege und Betreuung sind getrennt: Betreuungsexperten sind für Tagesgestaltung und Wohlbefinden zuständig. Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist nach außen hin „smart“ geworden: Regelmäßige Assessments erwecken den Eindruck, Risiken und Störungen zuverlässig und rechtzeitig zu erkennen.

Gezielt werden Klienten Umgebungen zugeführt, die mit einem Mix von Medikamenten, Tagesstruktur und Animation unter

Zuhilfenahme von zunehmend virtuellen Betreuungsformen, geprägt vom Höflichkeitsstigma und Designeremotionalität (Werner & Heinik 2008) größtmögliche Konfliktfreiheit zu garantieren scheinen: positive Situationen werden zuverlässig und regelmäßig produziert, positive Emotionen der Klienten sind das Produkt, Angehörige – so vorhanden – die Kunden. Letzteren werden „ordentliche“ Demenz (lounge standard residents) vorgeführt. Demenz ist nicht besiegt, präsentiert sich aber entschärft und gemanagt, gewissermaßen light and easy. Hinter diesem Schein, der Verantwortliche und Öffentlichkeit in dem ruhigen Gewissen wiegt, alles sei bestens bestellt, verbirgt sich eine andere, nur mühsam verhüllte Realität.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Studien, die sich mit der Rolle, den Aufgaben und der Situation der Pflegenden im Arbeitsfeld Gerontopsychiatrie und speziell Demenz befassen. Aus diesen Studien können Folgerungen für die Rahmenbedingungen gezogen werden, unter denen die Rolle der examinierten Fachkraft mit einem relativ ganzheitlichen Aufgabenfeld gelingen könnte.

Die einzelnen Studien bedürften methodisch einer differenzierten Würdigung: nicht alle sind von methodisch hoher Qualität und nicht ohne Weiteres auf den bundesrepublikanischen Kontext übertragbar. Darauf wird hier jedoch zugunsten der Thesenentwicklung verzichtet. Am Ende wird ein weiteres Szenario entwickelt, das die obige Szene ergänzt und weiterführt.

ERSTER ASPEKT: BURNOUT UND GEWALT

BURNOUT: 3 FAKTOREN

Im Kontext von Demenz ist Burnout erst in jüngster Zeit untersucht worden. Die hierbei (*nach Maslach und Jackson*) berücksichtigten Dimensionen sind 1. emotionale Erschöpfung; 2. Depersonalisation sowie 3. ein reduziertes Gefühl für Leistung und Erfolg.

Die hier herangezogene Studie von Duffy et al. (2009) rückt drei Faktoren ins Zentrum der Aufmerksamkeit: 1. Interaktionsqualität; 2. Selbstwirksamkeit und 3. Organisation.

1.) Interaktion: dual level social exchange model

Die Interaktionsqualität ist in der Regel durch Wechselseitigkeit (Reziprozität) in den Beziehungen gekennzeichnet (social exchange theory). Im Falle eines Burnout liegt eine zweifache Belastung vor: 1. Pflegende investieren mehr Energie in die Beziehung zu Klienten, als sie von diesen zurückbekommen (Asymmetrie) und 2. enttäuschte Erwartungen bezüglich der Organisation führen zum reduzierten Austausch mit KollegInnen und Leitung (dual level social exchange model).

2.) (Rolle von)
Selbstwirksamkeit

Ein zweiter, wesentlicher, mit Burnout in Zusammenhang stehender Faktor betrifft die empfundene Selbstwirksamkeit (perceived self-efficacy) Pflegender, d. h. die Gewissheit, mit einer Situation gut zurechtzukommen. Untersuchungen bei pflegenden Angehörigen wie auch bei professionell Pflegenden belegen, dass positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen Stimmung und Gesundheit positiv beeinflussen. Sie vermitteln den Eindruck von Erfolg/Leistung und wirken damit der dritten Burnout-Dimension (dem reduzierten Gefühl für Leistung und Erfolg) entgegen.

3.) Organisation: Rollenkonflikte, Rollenunklarheit

Ein dritter Burnout-Faktor betrifft die Organisation, insbesondere die Ebenen Rollenkonflikte und Rollenunklarheit. Beide tangieren negativ die Bindung an die Organisation: zu hohe Arbeitslast bei unklaren bzw. zu komplexen, unübersichtlichen Aufgaben führt zur Distanzierung und trägt zum Burnout bei.

In der Studie von Duffy et al. (2009) stellte sich die empfundene Selbstwirksamkeit als wichtigster Faktor heraus: es konnte ein signifikanter Zusammenhang derselben mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation aufgezeigt werden; je höher die letzteren, desto niedriger die Einschätzung der Selbstwirksamkeit.

In weiteren Analyseschritten (Regressionsanalyse) zeichneten sich weitere Zusammenhänge ab: Je jünger die Pflegepersonen waren, desto höher die emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Je besser die Wechselseitigkeit im Austausch mit KollegInnen, desto geringer stellte sich die emotionale Erschöpfung dar. Der wichtigste vorhersagende Faktor (predicator) dagegen ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung sagt alle drei Ebenen von Burnout voraus, also: je geringer die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, desto höher die emotionale Erschöpfung, die Depersonalisierung und desto niedriger das Kompetenzzempfinden. Positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen („ich kann das“) können arbeitsbezogene Belastungen (Rollenunklarheit, Rollenkonflikte) und Burnout abpuffern.

BURNOUT UND GEWALT

Eine weitere Studie zu einem verwandten Thema untersucht den Zusammenhang von Burnout und Gewalt in der Pflege (*Shinan-Altman & Cohen 2009*). Ausgangspunkt hierfür sind in Studien identifizierte Stressoren für Pflegende: 1. Rollenkonflikte und Rollenunklarheit (unklare Aufgaben, fehlende Koordination), 2. Arbeitsüberlastung (Schichtdienste, schlechte Personalbesetzung, doppelte oder geteilte Schichten), 3. geringe Autonomie bzw. geringe Einfluss/Kontrollmöglichkeiten. – Eben diese Faktoren machen die Hauptursachen von Burnout aus mit den erwähnten drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung (z. B. andere wie ein Objekt behandeln) und reduziertes Gefühl von Leistung und Erfolg. Studien

*Chronologische Überlastung
fördert Duldungsbereitschaft
gegenüber Gewalt*

belegen, dass Burnout mit schlechterer Pflege- und Behandlungsqualität einhergeht: je unzufriedener Pflegenden mit den Arbeitsbedingungen sind, desto negativer sind die Haltungen gegenüber Klienten und desto eher kommt es zu Misshandlungen.

Die Studie von Shinan-Altman und Cohen belegt eine hohe Bereitschaft, Misshandlungen von Menschen mit Demenz stillschweigend zu dulden. Je größer die wahrgenommenen Rollenkonflikte, Rollenunsicherheit und Arbeitsüberlastung (und Burnout), desto ausgeprägter die Duldungsbereitschaft gegenüber Gewalt; je ausgeprägter die Rollenunsicherheit, desto geringer die Einfluss- bzw. Kontrollmöglichkeiten; je geringer die letzteren, desto höher der Burnout.

Arbeitsbezogene Stressoren und Burnout erzeugen Misshandlungen billigend in Kauf nehmende Haltungen: die Aufgabe der HelferInnen, für alte und pflegeabhängige Personen in einer stressbelasteten Umgebung mit vielfach sich überschneidenden, komplexen, teilweise widersprüchlichen Anforderungen Sorge zu tragen, bildet insgesamt den Hintergrund für Haltungen, die Misshandlungen billigend in Kauf nehmen und damit zu tatsächlichen Misshandlungen beitragen (vgl. Jenull & Brunner 2009). Dies gilt besonders dann, wenn Wünsche, Anliegen und Bedürfnisse zu Tage treten, die mit der (angestregten) Ablauforganisation nicht kompatibel sind (Sormunen et al. 2007).

Veränderung der Arbeitsbedingungen gefordert

Abschließend betonen die Autoren: Ohne Veränderung der Arbeitsbedingungen werden sich Misshandlungen nicht reduzieren lassen. Dies bedeutet auch die Notwendigkeit einer deutlich höheren Personalausstattung, eine Klärung und Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten sowie eine deutlich bessere Bezahlung.– Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer Studie (Ayalon 2010), nach der mit dem Ausmaß des kulturellen Abstandes der MigrantInnen (in der Pflege) die Bereitschaft, für westliche Verhältnisse unangemessene Gewaltanwendung zu bejahen, zunimmt. HelferInnen aus nicht-westlichen Kulturen zeigten sich eher einverstanden, alte Menschen einzuschließen und allein zu lassen, eine Puppe wegzunehmen und mit Gewalt Nahrung zu verabreichen. Umgekehrt beurteilten Haushaltshilfen die Anbringung eines Armbandes mit Daten zur Person als schwierig, eine Praxis, der alte Menschen und deren Angehörige eher zustimmten. Im Umgang mit herausforderndem Verhalten fanden es Haushaltshilfen eher als alte Menschen und deren Angehörige akzeptabel, alte Menschen einzuschließen, sie von Familienfeiern fernzuhalten, sie anzuschreien, die Puppe wegzunehmen, auf wiederholte Fragen nicht zu antworten und sie zum Essen zu zwingen (Ayalon 2010, siehe auch weiter unten).

In einer weiteren Studie wird erneut der Zusammenhang zwischen funktional bestimmter Arbeit zusammen mit geringer Bestimmungsmacht und schlechter Beziehungsarbeit (Interaktionsqualität) offen-

bar (Ward 2008 et al.).

In dieser umfassenden, videogestützten Analyse von Interaktionen werden Themen offenbar wie

- DAS FUNKTIONALE THEATER

(Klienten verbringen nur 10 % des Tages mit Kommunikation, Kontakte zu MitarbeiterInnen 2,5 % des Tages, davon sind 77 % aufgaben/funktionsorientiert mit wenig Mitwirkungsmöglichkeiten der Klienten): Trotz sehr unterschiedlicher Klienten läuft die Kommunikation und Interaktion seitens der Pflegenden standardisiert und ohne große Unterschiede ab, in der Regel dominiert durch die zu erledigende Aufgabe. Beide Seiten scheinen dabei – wie in einem Theater – feste Rollen einzunehmen und selten davon abzuweichen. Die Autoren sprechen vom „Mantra der Dementenarbeit: aus dem Bett, waschen, anziehen, ‚füttern‘ (feed), Toilette, ins Bett zurück.“ Nur einige wenige Szenen gehen mit Wärme und Zärtlichkeit und damit auch mit erkennbarem Wohlbefinden einher. Pflegende betonen die Bedeutung des Badens: dies sei die einzige Zeit, in der sie Gelegenheit zu einer persönlichen Kommunikation haben.

- CARE SPEAK

Trotz verzweifelten Bemühens der Klienten nach Kontakt sind alle Interaktionen durchdrungen von funktionaler Orientierung und minimaler Kommunikation, einem begleitend-direktivem Sprachstil aus einer Mischung von Befehl und Ermutigung, die dem Klienten kaum Gelegenheit bietet, sich einzubringen. Er erfährt bei jedem Pflegenden kommunikativ dasselbe: „ja, das machst du richtig Maria, nein, den Fuß hier nach links; ja, schön hast du das gemacht...“ (vgl. auch den elderspeak: Williams et al. 2009).

Priorität funktional bestimmter Outcomes auf Kosten der Beziehungsarbeit

Viele Pflegende berichten von einem enormen Druck, der die Priorität funktional bestimmter Outcomes auf Kosten der Beziehungsarbeit erzwingt. Pflegende meinen, sie haben keine große Bestimmungsmacht über das, was sie tun.

Beziehungsstiftende, emotionale Kommunikation werde versucht, sei aber angesichts des Zeit- und Arbeitsdrucks mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Ein Aspekt dieser Arbeit wird mit der ewig lächelnden Persona (Maske, äußeres Erscheinungsbild) beschrieben, die man um der Klienten aber auch um der Einrichtung willen glaubt aufrecht erhalten zu müssen (Designeremotionalität, Höflichkeitsstigma). Der Aufrechterhaltung von „Ordnung“ kommt hohe Bedeutsamkeit zu.

Produkt/outcome orientiert: Präsentation wohnzimmer-tauglicher Leiber

Zu dieser Ordnung gehört auch die „Präsentation ordentlicher Leiber“ im Sinne eines „lounge-standard resident“ (etwa: wohnzimmer-tauglicher Bewohner). Daran werde die Leistung gemessen, sowohl von den Pflegenden selbst, als auch von Kollegen, Leitung, Ange-

hörigen und Aufsichtsbehörden. Aus der Sicht der Autoren kommt dem ordentlichen Leib symbolischer Wert zu, quasi als Ersatzhandlung für mangelnde Beziehung und Kontakt oder gar als Wiedergutmachung für Kontaktverweigerung: Dies gelte für professionell Pflegende genauso wie für Angehörige. Der Primat des „wohnmertauglichen Bewohners“ dient dazu, andere Bedürfnisse der Klienten auszublenden.

Pflegende erwerben in ihrer beruflichen Sozialisation über die Aneignung der Fachsprache einen Tunnelblick, der die Wahrnehmung steuert. Sprache und Wahrnehmung sind auf Kontrolle und Aufgabenorientierung ausgerichtet. Die in diesem Kontext stattfindenden Interaktionen gestalten sich hoch standardisiert und erzeugen eine sich selbst erhaltende/ reproduzierende Routine (unter der Pflegende dann auch wieder leiden). Personzentrierte Ansätze werden nicht gelebt (höchstens geglaubt); stattdessen ist der Umgang mit Menschen mit Demenz Ausdruck einer eng biomedizinischen Sicht der Demenz bzw.: praktisches Handeln und personzentriertes Denken stehen unverbunden nebeneinander. Pflege hat wenig mit den sozialen und psychischen Bedürfnissen ihrer Klienten zu tun, sondern strukturiert sich um ein Wertesystem, in dem die Aufrechterhaltung einer (bürgerlichen) Ordnung den zentralen Stellenwert einnimmt.

ZUSAMMENFASSUNG:

Mangelnde Selbstwirksamkeit wirkt sich aus in schlechterer Interaktionsqualität mit Klienten. Geringer Austausch mit KollegInnen, emotionale Erschöpfung und Depersonalisation hängen mit mangelhafter Selbstwirksamkeit zusammen.

Rollenkonflikte, Rollenunsicherheit/unklarheit und Arbeitsüberlastung bedingen eine schlechtere Interaktionsqualität, mitunter Gewalt, insgesamt eine professionelle Deformation der Kommunikations- und Interaktionsqualität. Es fällt auf, dass ein hohes Maß von Regulierung dennoch mit Rollenunklarheit/-unsicherheit einhergeht: die getroffenen Regelungen scheinen sich als wirklichkeitsfremd zu erweisen. Schlechte Interaktionsqualität und Gewalt kann gesteigert werden durch kulturelle Fremdheit und mangelndes Wissen.

THESE:

Je geschlossener die Pflegesituationen, je festgelegter die Abläufe, desto höher die arbeitsbezogenen Stressoren und desto geringer die Freiheits- und Handlungsspielräume. Handelnde Personen erleben sich nicht mehr als selbstwirksam, sondern als fremdgesteuert. Dabei scheint Orientierung wichtig zu sein (Rollenunklarheit/-unsicherheit), nicht aber in Form von Regelungen, die zu geschlossenen Situationen führen. Also: Je lückenloser die Vorgaben, je dichter und

durchgreifender das Reglement, desto schlechter die Interaktionsqualität. Je mehr Kontrolle, Risikovermeidung, Aufrechterhaltung von Ordnung im Mittelpunkt der betrieblichen Identität stehen („museale Pflege“), desto unerträglicher wird die Situation für Pflegende und Klienten. Verhindert werden „mikroethische Entscheidungsräume“ der Pflegenden, die als Ausdruck einer gelingenden Pflegesituation gelten können (Örulv & Nikku 2007, Böhle et al. 1997). Danach ist es legitim, dass Pflegende trotz Leitlinien und Planungen zu individuell unterschiedlichen, aber situativ passenden Lösungen kommen.

ZWEITER ASPEKT: ORGANISATION UND WOHLBEFINDEN

Eine Studie aus Norwegen (Testad et al. 2010a) untersucht die Zusammenhänge zwischen organisationalen, psychosozialen, mitarbeiter- und bewohnerabhängigen Faktoren mit Gesundheit und Wohlbefinden von professionell Pflegenden in Pflegeheimen. Psychosoziale, insbesondere aber organisationale Faktoren (u. a. Anforderungen der Arbeit, Erwartungen, Kontrolle und Wirksamkeit, Vorhersagbarkeit von Situationen, Organisationskultur, soziale Interaktion, Leitung) wiesen deutliche Zusammenhänge mit Gesundheit und Wohlbefinden auf, nicht dagegen agitiertes Verhalten der Klienten.

LEITUNG UND FÜHRUNG

Unterstützung und Befähigung, (eingeschätztes) fachliches Können (mastery), inklusive die Passung zwischen Anforderung und Erfolg und die Qualität der Rückmeldungen) und Kontrollierbarkeit (von Arbeitssituationen inklusive Autonomie und Teilhabe) entscheiden maßgeblich darüber, wie gesund und wohl sich MitarbeiterInnen fühlen. Die Kombination von geringer Kontrollierbarkeit und hohen Anforderungen geht mit geringem Wohlbefinden und schlechterer Gesundheit einher (vgl. Jenull & Brunner 2009). Kontrollierbarkeit und Können hängen hierbei inhaltlich sehr vom Leitungsverhalten ab. Insbesondere für PflegehelferInnen spielt die unmittelbare Unterstützung durch Leitung bei der Bewältigung von psychisch belastenden Situationen eine entscheidende Rolle.

„MORALISCHER STRESS“ ALS LÄNDERÜBERGREIFENDES PHÄNOMEN (DREI-LÄNDER-STUDIE)

Auf ähnliche Ergebnisse verweist eine Drei-Länder-Studie (Australien, Schweden, Vereinigtes Königreich, Edberg et al. 2008) zum Thema moralischer Stress. Hierunter wird verstanden, dass Pflegende zwar wissen, was sie tun sollen, aufgrund von institutionellen Rahmenbedingungen aber fast nie das Richtige zu tun in der Lage sind. Die Erfahrungen der Pflegenden aus den drei Ländern stellten sich als bemerkenswert ähnlich heraus. Alle Pflegenden bemühten sich, das Beste für die Klienten zu bewirken, ihr Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu erhöhen.

*übergreifend/ strukturell:
Mangelnde Anerkennung der
Pflege von Menschen mit
Demenz*

Eben dieses Prinzip stellte sich als die Hauptquelle allen Belastungserlebens heraus, da Umgebungsfaktoren eine Umsetzung des Prinzips regelhaft verunmöglichen. Die Autoren unterscheiden zwischen Belastungen 1. aufgrund von Umweltfaktoren und 2. aufgrund der Versorgungsbeziehung zum Klienten selbst. Unter Umweltfaktoren wird Bezug genommen auf ‚das System‘ (der Mangel an Ressourcen und zunehmender Ärger und Apathie/ Resignation unter den Pflegenden), auf andere Pflegende und deren mangelnde Kenntnis bezüglich Demenz, und auf das gesellschaftliche Umfeld, das vermittele, demenzkranke Menschen zu pflegen sei bewunderungswürdig aber auch ‚das Letzte‘. Anerkennung fehlt von allen Seiten. Bezüglich der Versorgungsbeziehung selbst wirkt sich belastend aus, wenn es nicht gelingt, den Kranken ‚zu erreichen‘ und die Kommunikationsbarriere unüberbrückbar erscheint. Oft seien die Bedürfnisse nicht zu ermitteln und man müsse das Leiden hinnehmen, ohne helfen zu können. Besonders belastend ist dies im Zusammenhang mit der persönlichen Hygiene des Kranken, wenn dieser gegen seinen Willen und mit Gewalt versorgt werden müsse. Die Autoren betonen, wie gleichartig die angesprochenen Belastungsfaktoren in allen drei Ländern ausgefallen sind. Grundlegend ist überall der Konflikt zwischen dem, was man weiß, das was man tun müsste und der überall gleichen Beobachtung, dass die Systeme die Umsetzung dieses Wissens verhindern. Pflegende haben eine immer geringere Kontrolle über ihre Arbeit und werden in zunehmend engeren Handlungskorridoren eingebunden (vgl. *Isfort et al. 2010, Jenull & Brunner 2009*). Auffällig ist des Weiteren, dass die Problematik im Umgang mit herausforderndem Verhalten eine weitaus geringere Rolle spielt als hätte vermutet werden können. Hier wirkte belastend der Umstand, trotz nachhaltigen Bemühens den Klienten beim besten Willen nicht verstehen zu können und ihn seinem Leiden überlassen zu müssen.

BERUFSFLUCHT AUS AR-
BEITSFELD DEMENZ
(INTERNATIONALE STUDIE)

Eine internationale Studie zur Berufsflucht von Pflegenden aus dem Arbeitsfeld Demenz (*Vernooij-Dassen et al. 2009*) entwickelt folgendes Szenario: In den westlichen Industrienationen werden Dienstleistungen und Personalbesetzungen in der Regel nur in Zeiten ökonomischen Wachstums erweitert. Aufgrund der zu diesen Zeiten vorhandenen beruflichen Alternativen wählen weniger Menschen einen Pflegeberuf. In Zeiten ökonomischer Stagnation spitzen sich die beruflichen Belastungen zu mit der Folge zunehmender Abwanderung höher qualifizierter Personen in andere Berufe oder Funktionen. Insgesamt ist mit einer zunehmenden personellen Verknappung insbesondere im Bereich qualifizierter Pflegekräfte zu rechnen. In Zeiten ökonomischen Wachstums nimmt der Personalwechsel (in der Pflege) zu, parallel dazu sinken die Messwerte (Parameter) der Pflegequalität nach unten (vgl. *Sloane et al. 2007*). Die zunehmende Konkurrenz (Marktprinzip) zwischen Dienstleistungen im Pflegebereich wirkt sowohl den Möglichkeiten der fachlichen Kooperation wie auch der Qualitätssteigerung entgegen.

Verknappung von Fachkräften

gen. In diesem Zusammenhang nimmt das Qualifikationsniveau der Pflegenden ab: immer mehr angelernte Kräfte übernehmen komplexe Aufgaben mit der Folge sinkender Pflegequalität.

Das negative Image der Einrichtungen ist äußerlich davon geprägt, dass in allen Industrienationen die fachlichen Vorgaben und Standards bei weitem nicht erfüllt werden; intern bezweifeln die Pflegenden aufgrund der Personalbesetzungen die Qualität der Arbeit und sind trotz erheblicher Anstrengungen durchweg mit den Ergebnissen nicht zufrieden: Pflegeorganisation, Teamarbeit, Kommunikation mit der Leitung werden als ungenügend beurteilt und führen zu bedenklichen Ergebnissen sowohl für Pflegenden wie für Klienten (*vgl. Isfort et al. 2010, Pflege thermometer: Zunahme der Mängel im patientennahen Bereich, Zusammentreffen von hoch belasteten älteren Pflegenden und einer wachsenden Anzahl immer bedürftigerer Patienten, nur jede dritte Kraft geht davon aus, dass notwendige Maßnahmen auch durchgeführt werden*).

exit interviews (NL)
Ausstiege vermeidbar

ARBEITSUNZUFRIEDENHEIT

Interviews mit Pflegenden, anlässlich des Berufsausstiegs („exit interviews“), durchgeführt vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, haben gezeigt, dass 64 % aller Personen aus Gründen aussteigen, die vermeidbar gewesen wären: schlechter Kontakt mit Leitung (13 %), Unzufriedenheit mit der Pflegequalität (12 %), ungenügende Perspektiven für die eigene Karriere (12 %) und unzureichende Personalentwicklung (10 %). Im Vergleich mit weiteren europäischen Studien zeigt sich, dass die Arbeitsunzufriedenheit insbesondere durch schlechte Personalentwicklung, unzureichende Personalführung sowie Personalmangel zu erklären ist. Das Belastungserleben per se ist nicht entscheidend, wenn dies durch positive Aspekte kompensiert wird: Haltungen der Einzelnen, des Teams, mehr Hoffnung und gute Personalführung führen zu besseren Ergebnissen. Wenn es gelingt, die Arbeit „intrinsisch erfreulich“ (intrinsic pleasure) zu gestalten und sie mit sozialen Anreizen (Belohnungen, Personalentwicklung) zu verbinden, dann ist die Arbeitszufriedenheit in der Regel hoch und die Wahrscheinlichkeit eines Berufsausstiegs gering.

ABSOLUTES MUSS:
PERSONALENTWICKLUNG

Die Arbeitslast weiter anzuheben wird zum vermehrten Ausstieg führen; der Einsatz von immer mehr Immigranten (*Rosa 2008*) führt zu vielen Kommunikationsproblemen und kulturell bedingten Konflikten, insbesondere im Feld der Demenz (Prinzipien der regressionsfreundlichen Umgebung, die bei vielen Immigranten kulturell auf Ablehnung stößt: siehe oben). Die Möglichkeiten der Delegation haben sich weitgehend erschöpft, da bereits fachlich anspruchsvolle Aufgaben flächendeckend an angelernte Personen delegiert werden. Insgesamt bleibt keine Alternative zur Personalentwicklung (human resource development) mit den zentralen Aufgaben der Qualifizierung, Karriereentwicklung, Teambildung und Personalführung, um bereits qualifizierte Personen zu motivie-

Gebot: Qualifizierte Kräfte halten!

Schlüssel:

Arbeitszufriedenheit

ren, das Berufsfeld nicht zu verlassen.

In diesen Personen besteht das größte und wichtigste „Kapital“ des Gesundheitssektors. Die Autoren rechnen damit, dass das vorherrschende Marktsystem die Pflegequalität weiter verschlechtern wird. Insgesamt bildet die Arbeit an der Arbeitszufriedenheit den Schlüssel, um die Arbeitsmarktprobleme im Pflegesektor allgemein und in der Demenz im besonderen langfristig zu bewältigen.

Nachhaltigkeit von Qualifizierung/ Weiterbildung nur durch zusätzliche Implementierung, Rollenentwicklung und Praxisbegleitung

In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass Fort- und Weiterbildungen selten einen nachhaltigen Effekt haben, wenn sie nicht von Rollenentwicklungen und Implementierungsbemühungen begleitet werden. In der Regel ist der Effekt selbst gründlicher Anstrengungen nach sechs Monaten verschwunden (z. B. Kuske et al. 2009, McCabe et al. 2007, zusehrend Moyle et al. 2010) auch dann, wenn der Zuwachs an Wissen bleibt. Burnout-Raten bleiben gleich – egal ob geschult oder nicht (Visser et al. 2007). Fortgebildete MitarbeiterInnen sind weniger bereit, Organisations- und Leitungsversagen zu entschuldigen und durch freiwilligen Mehreinsatz zu kompensieren. Können sie dann das Gelernte nicht umsetzen, ist die Frustration nach der Fortbildung größer als vorher (Coogler et al. 2007). Auffällig: Je höher die Mitarbeiter die eigene Kompetenz einschätzen, desto geringer bewerten sie die Möglichkeiten, diese Kompetenzen auch einzusetzen und Veränderungen umsetzen zu können. Inhaltliche Trainings müssen von Bemühungen begleitet sein, MitarbeiterInnen zu vermitteln, psychosoziale Interventionen im tatsächlich gegebenen Arbeitsfeld auch anzuwenden. Zudem müssen Trainings in regelmäßigen Abständen wiederholt, aufgefrischt werden, da ansonsten ihr Effekt verblasst.

Wohlbefinden und Organisation: quantitative Dimension

Die Frage nach Wohlbefinden und Organisation ist allerdings nicht nur eine qualitative, sondern auch eine quantitative Frage. Eine jüngst veröffentlichte explorative Pilotstudie vergleicht den Schweregrad der Agitiertheit, den Umfang psychotroper Medikation und die Personalausstattung in Pflegeheimen in drei Ländern (Vereinigtes Königreich, Norwegen und Österreich; (Testad et al. 2010b). In Österreich wurde das höchste Ausmaß von Agitiertheit festgestellt. Höhere Personalausstattung ging – nach Berücksichtigung verschiedener beeinflussender Faktoren – mit der niedrigsten Agitiertheitsquote und mit weniger psychotropen Drogen einher. Neuroleptika (psychotrope Drogen) wurden am häufigsten in England und in Österreich eingesetzt. Die Personalsituation in Norwegen ist im Vergleich zu England und Österreich deutlich besser (mehr als doppelt so gut). Die Zahlen legen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Gabe von Psychopharmaka, herausforderndem Verhalten und Personalausstattung nahe. Zwar wiesen Personen in England nicht mehr Agitiertheit als Personen in Norwegen auf, allerdings erhielten dort die Personen die doppelte Menge an Psychopharmaka. Dies legt den Schluss nahe, dass

*Drei-Länder-Studie (vgl.)
Höhere Personalausstattung
- weniger Agitiertheit und
weniger Neuroleptika*

eine niedrige Personalausstattung (in England) durch Gabe von Psychopharmaka kompensiert wurde, um bezüglich herausforderndem Verhalten auf mit Norwegen vergleichbare Zahlen zu kommen. Eine Erhöhung der Personalausstattung ermöglicht, Agitiertheit zu reduzieren, ohne auf Psychopharmaka zurückgreifen zu müssen.

ZUSAMMENFASSUNG:

Organisationale Faktoren, ergänzend zu oder erklärend für Rollenunsicherheit/-unklarheit und Rollenüberlastung (Anforderungen, Erwartungen, Einwirkungs- & Kontrollmöglichkeiten, Vorhersehbarkeit der Abläufe, soziale Interaktion, Organisationskultur, Leitung/Führung) wirken sich deutlich auf Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden der Mitarbeitenden aus. Insbesondere die Kombination von geringer Kontrollierbarkeit/ Einwirkungsmöglichkeiten, mangelnder Vorhersehbarkeit von Arbeitssituationen, zugleich aber engen Handlungsspielräumen (Gestaltbarkeit) und hohen Anforderungen weisen eine neurotisierende Qualität auf, verschlechtern Wohlbefinden und physische und psychische Gesundheit. Es zeichnen sich Evidenzen dafür ab, dass niedrige Personalausstattung international mit schlechterer Versorgungsqualität verbunden ist. Diese organisationalen Kontexte erzeugen einen Zustand andauernden, wohl auch zermürbenden moralischen Stresses, dem gemäß versucht wird, das Beste zu leisten und erfahren wird, dass man eben damit an den Systemen scheitert. Als besonders bedenklich ist zu beurteilen, dass der moralische Stress mit höherer Qualifikation eher zunimmt und die Einschätzung verdichtet, die erworbenen Kompetenzen nicht einsetzen und Veränderungen nicht bewirken zu können. In nahezu allen westlichen Industriestaaten (vielleicht mit Ausnahme Norwegens und Dänemarks) wird mit einer Zuspitzung beruflicher Belastungen, einem Absenken des Qualifikationsniveaus und einem Absinken der Pflege- und Versorgungsqualität gerechnet: die Nichterfüllung von Standards wird zum flächendeckenden Regelfall, der – obwohl skandalisiert – den unvermeidlichen und ewig reproduzierten Aspekt der organisationalen, finanziellen und politisch gewollten Systemzusammenhänge bildet. Das Ziel, Arbeit erfreulich und attraktiv zu gestalten, erfordert – im Minimum – ein deutlich anderes Personalmanagement, eine andere Form von Team- und Leitungsarbeit, ein intelligentes Human Resources Management, um vorhandenen Kräfte zu halten.

THESEN:

*Zentral für Arbeitszufriedenheit:
Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitern*

- Der Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraumes der Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit Demenz kommt ein hoher Stellenwert bezüglich Arbeitszufriedenheit zu. Anzustreben ist eine Form der Vermittlung von Orientierung, die

nicht in Listen, Verfahrensanweisungen, Protokollen und engen Arbeitsvorgaben münden, sondern sich eher in einer Verminderung von Bürokratie und einem Zuwachs von Entscheidungs- und Handlungskompetenz manifestiert. Pflegende benötigen ein klares Aufgaben- und Rollenbild, entwickelt unter Zuhilfenahme von Orientierung schaffenden Leitfäden und Rahmenempfehlungen, damit sie tendenziell Arbeitsprozesse vorhersehen und kontrollieren können (Selbstwirksamkeit); dies bedarf einer Aushandlung und ggf. Relativierung der vor Ort zu verhandelnden Ansprüche und Anforderungen, so dass Pflegende den Eindruck gewinnen, anhand der Aufgaben- und Rollenprofile den Anforderungen auch gerecht zu werden. Arbeitszufriedenheit speist sich aus der Erfahrung, das Richtige und Gute auch wirksam tun zu können („intrinsisch erfreulich“). Diese Vermittlung kann nicht wiederum formal und bürokratisch (also eben nicht über Qualitätshandbücher mit Verfahrensanweisungen), sondern muss dialogisch und teambezogen erfolgen. Regelungen, Orientierungen, Ansprüche und Anforderungen ergeben sich aus einem gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozess.

Personalentwicklung zentral:

- Hierarchien verflachen
- zur Selbstorganisation befähigen

- Leitung/Führung muss der Personalentwicklung zentralen Stellenwert einräumen: dies impliziert u. a. neben der Reduktion von Hierarchie (Verstärkung der Bezugspflege, Verzicht auf WBLs, Ambulantisierung) die systematische Befähigung zur Selbstorganisation und -steuerung, die Schaffung eines Klimas beständiger Entwicklung und beständigen Lernens, die Ermöglichung fachlichen und fallbezogenen Austausches, eine enge Verbindung von Wissenserwerb und Implementierung, eine hohe Projektprozesskompetenz, eine enge Begleitung der Teams bei der Integration von Aufgaben in Abläufe und Arbeitsorganisation. Leitung benötigt Kompetenzen im konstruktivistisch verstandenen Lernen: dies als aktiven, anregenden, anwendungsbezogenen, ergebnisoffenen Prozess zu gestalten durch Projekte und offene Lernumgebungen. Leitung konzentriert sich weniger auf Ergebnisse, sondern auf Lern- und Entwicklungsprozesse, welche die Ergebnisse wesentlich bestimmen.
- Die zunehmende Markt- und damit Profitorientierung zusammen mit einer knappen Personalausstattung erzeugt im Rahmen vorgegebener Handlungs- und Ergebnismenormen einen neurotisierenden Druck in die Einrichtungen hinein. Ohne grundsätzliche Veränderung dieses Systemzusammenhangs – so lassen die Studien vermuten – können die erwünschten Veränderungen in Richtung „offene Situation“, Prozessorientierung und Lernentwicklung nur in geringem Umfang greifen (*siehe weiter unten*).
- Möglichkeitsräume, Handlungsalternativen, Situationsphantasie zu entwickeln sind wichtiger als Ziele und Planungen. Planungen sind nur dort wesentlich, wo gezielt am prozeduralen Gedächtnis

als Ressource angeknüpft wird (Cohen-Mansfield & Jensen 2006) oder wo Sicherheitsbelange relevant sind. Für die Kommunikations- und Interaktionsqualität ist entscheidend, eben nicht immer dasselbe zu tun (Ward et al. 2008): ein in jeder Hinsicht gleichbleibender Ablauf (Musik immer am Mittwoch, eine feste Sitzordnung, jeden Morgen Gedächtnistraining und Balanceübungen: Aktivitätenkalender) kann eher als Ausdruck schlechter Qualität gewertet werden (Buettner & Fitzsimmons 2003).

Aufgabe von Aufsichtsbehörden: Förderung von Lern- und Entwicklungsprozessen

- Dies impliziert, dass die wesentliche Aufgabe von Aufsichtsbehörden nicht darin bestehen kann, festgelegte Outcomes einzufordern („Trinkprotokolle“, Schmerzassessments), sondern Lern- und Entwicklungsprozesse in Institutionen durch Prozessbeobachtungen und -rückmeldungen zu befördern. Aufsichtsbehörden und deren Mitarbeiter sind als Entwicklungsagenturen für Lernprozesse und Lernbegleitung umzubauen. Da dies vermutlich nicht geschehen wird, ist umgekehrt zu befürchten: Je höher der Regelungsdruck (immer mehr vom Selben), desto schlechter die Versorgungsqualität (der verdeckte und offene Widerstand gegen die Kolonialisierung wächst, z. B. durch Abwanderung von Fachkräften). Die Bedeutung der Pflegeplanung und -dokumentation für die Bewertung von Einrichtungen ist deutlich zurückzunehmen: konkret – Pflege und Betreuung muss für gut befunden werden können trotz mangelhafter Planung. Angemessene Kommunikation mit Menschen mit Demenz – verbal und non-verbal – und eine plausibel nachvollziehbare Lern- und Prozessentwicklung sollten stattdessen systemisch die zentralen Kategorien in der (externen und internen) Qualitätsbewertung von Einrichtungen bezüglich Demenz werden.

DRITTER ASPEKT: ADVANCED NURSING PRACTICE (ANP)

(Künftige) Rolle und Aufgaben von Fachpflegenden

Das Konzept der „erweiterten und vertieften Pflegepraxis“ (Spirig) umfasst eine Rollen- und Aufgabenvorstellung von Fachpflegenden, die mit einer größeren Spezialisierung, einem höheren Bildungsgrad (in der Regel akademischer Abschluss), aber immer noch im direkten Praxisbezug Pflege und Forschung, Theorie und Praxis, Innovation und Implementierung miteinander verbinden. Sie sollen bilden, erziehen, beraten, interdisziplinär/multidisziplinär arbeiten und dabei eine integrierende, vermittelnde Funktion ausüben (Seidl 2004). In der Literatur zum Thema Demenz und ANP tauchen primär patientenorientierte und funktionale Themen auf: ANPs werden tätig im Feld der Schmerzen, der Ernährung und künstlichen Ernährung, in Sterbesituationen, in der Angehörigenberatung, sie nehmen Überleitungsfunktionen wahr, entwickeln Interaktionsstrategien bei weit fortgeschrittener Demenz, beraten bezüglich Vermeidung von Fixierungen, sind Teil eines ‚Dementia Personal Disease Management‘- Programms und werden als Casemanager tätig. Was

in diesen Beschreibungen in der Regel eher fehlt: die team-, mitarbeiter- und organisationsbezogenen Aufgaben und Kompetenzen. Zudem konzentrieren sich die beschriebenen Aufgaben auf besonders herausfordernde Situationen, nicht aber auf Umgang und Alltag: dort aber, in der alltäglichen Kommunikation und Interaktion, besteht der größte Förderungs- und Entwicklungsbedarf.

Es erscheint zur Zeit unrealistisch, diese Rolle als Regelaufgabe der examinierten Fachkraft flächendeckend anzustreben. Dennoch ist es anhand der geschilderten Zusammenhänge wahrscheinlich, dass sich immer mehr examinierte Pflegekräfte genötigt sehen werden, sich – zusätzlich zu den oben genannten Aspekten - zu Coaches, Beratern und Mentoren ihrer angelernten KollegInnen zu entwickeln (*Müller-Hergl 2000, 2003*). Coaching inklusive fallbezogener Supervision im Zusammenhang mit Planungsinstrumenten haben sich auch in anderen Studien als „Kernprozesse des Wandels“ und der Entwicklung erwiesen (*Berg et al. 1994*). Diese Rolle wird in der Implementierungsliteratur auch mit facilitator (Erleichterer) oder coordinator (Koordinator) umschrieben (*Austrom et al. 2006*): die Person arbeitet im direkten Klientenbezug mit einer eher fachlich akzentuierten Führungskompetenz für eine kleine Gruppe von KollegInnen, die sie bei der Umsetzung von Interventionen begleitet (*Dewing & Traynor 2005, McCormack & Garbett 2003, Antrobus & Kitson 1999*).

DAS ROLLENPROFIL UMFASST U. A.:

- Durchführung von Assessments
- Begleitung in der Entwicklung von Pflegeplänen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
- Durchführung von Fallbesprechungen
- Anleitung, Begleitung und Beratung im Kontakt
- Integration von Pflege und Betreuung
- Vorleben und „Modellieren“
- kleine und kleinste Projekte zur Entwicklung von Kompetenzen
- Durchführung gezielter Rückmeldungen an Einzelne und an das Team
- betriebsinterne Fortbildungen
- Qualitätssicherung und Vernetzung mit dem psychiatrischen Versorgungssystem

Der Coach trägt dazu bei, wichtige Interventionen nachhaltig zu implementieren, unterstützt den Lern- und Entwicklungsprozess aus dem Team heraus, ist Bindeglied zwischen Konzept und Realität, fördert die Entwicklung einer „offenen Situation“, die sich fortschreitend auf eine fördernde Lebenswelt für psychisch veränderte alte Menschen hinbewegt. In diesem Rahmen kann der Coach gewon-

nene Kompetenzen ein- und umsetzen, sich vermehrt mit ihrer/seiner Aufgabe identifizieren, Handlungsspielräume nutzen und subjektiv die Bedeutung ihrer/seiner Aufgabe erfahren. Als Folge bleibt die gewonnene Kompetenz der Einrichtung dem ambulanten Pflorgeteam erhalten und vermittelt sich in das Gefüge der Gesamtorganisation hinein.

Dies müsste auch das Rollenbild darstellen, auf das Ausbildung hinwirkt: Examierte Fachkräfte sind zu Fachleuten für Anleitungs- und Bildungsprozesse zu qualifizieren – aus Fachkräften werden Fachberater. Bislang ist dies in den Ausbildungsordnungen nicht zu erkennen.

Es ist wichtig, den Klientenbezug zu erhalten und examinierte Pflegekräfte nicht zu Fachangestellten für Pflegeplanung und Management, also zu Verwaltungsmitarbeitern, mutieren zu lassen: aus der Sorgehaltung gewinnen sie ihre Primärmotivation. Damit einher geht die Notwendigkeit, Pflege und Betreuung nicht gänzlich zu trennen. Erste Untersuchungen legen nahe, dass im Rahmen der Regelungen zu § 87b die Überforderung der Pflegenden zunimmt, der Tätigkeitsspielraum kleiner wird, das Sozialklima als belastender erlebt wird als bei Betreuungskräften; zudem lässt die Unterstützung durch Leitung deutlich nach. Betreuungskräfte sehen ihre berufliche Zukunft eher positiv und erleben einen sich vielfältig entwickelnden Tätigkeitsspielraum (*Kwiatkowski 2010*). Es ist als Fehlentwicklung zu betrachten, die erfreulicheren Aspekte der Beziehungsarbeit von der Pflege abzuspalten (also zu funktionalisieren): gerade der ungeplante, spontane, aus der Situation heraus erfolgende Kontakt – auch außerhalb der primär pflegerischen Notwendigkeiten – wird mit der „Zeit“ verbunden, die dem Pflegenden für den Klienten häufig fehlt.

THESEN:

- Examierte Pflegefachkräfte werden in einem hohen Maß autonom und eigenverantwortlich die Pflege für eine Gruppe von Klienten durchführen und planen/strukturieren. Ihnen ist eine Gruppe von nichtexamierten KollegInnen und BetreuerInnen zugeordnet, für die sie eine Coachingfunktion wahrnehmen. Auf die Rolle der Wohnbereichsleitung wird verzichtet.
- Bisherige Pflege- und Wohnbereichsleitungen bilden ein Berater- und Begleiterteam für die Bezugspflegenden: sie helfen ihnen, die Arbeit zu strukturieren, Interventionen zu implementieren, eigenständig den Arbeitsauftrag zu bewältigen. Dabei achten sie auf den Spiel- und Freiheitsraum und betreiben die Förderung der Autonomie und Eigenstrukturierung: sie sind weniger Vorgesetzte als Berater ihrer Bezugspflegenden (Beraterteam).

- Unterschiedliche ‚Kulturen‘ im Umgang mit Menschen mit Demenz sind – in umschriebenen Grenzen – erlaubt und erwünscht. Leitung verzichtet darauf, bestimmte Vorstellungen bezüglich Ausstattung und Milieu, Personaleinsatzplanung und Dienstzeiten, Pausenregelungen, Sitzordnungen, Farbgebungen, Ablaufplanungen, Essenszeiten etc. einseitig festzulegen. Motivation wächst mit der Erfahrung, dass der eigenen Beitrag auch dann respektiert wird, wenn er der Leitung nicht passt (*Zoutewelle-Morris 2006: profound regard for the innate creativity of staff*).

pioneer network

- Ganzheitliche Pflege und Betreuung der Klienten beginnt mit einer personenzentrierten Führung und Leitung und damit mit Machtverzicht. Das in den USA sehr erfolgreiche Netzwerk „pioneer network“ vertritt drei zentrale Prinzipien, von denen eines lautet: erhöhe die Resonanz- (also: Sprach-)fähigkeit von ‚front-line-staff‘. Anstelle der schnellen Umsetzung tritt die geduldige Nachdrücklichkeit in der Entwicklung von Prozessen, eine Abkehr der Prozesssteuerung auf äußerliche, schnell erkennbare Merkmale, ein Verzicht auf die Machbarkeit guter Versorgung (Abkehr von Prinzipien „residentiellen Wohnens“), eine Fokussierung auf Prozesse, nicht auf Ergebnisse. Je zentraler die Vorgaben und je einheitlicher der Rahmen, desto mehr schwindet Entscheidungsspielraum und damit die Möglichkeiten individueller Lösungen (*Morgan et al. 2005*).

- Pflegende im Arbeitsfeld Demenz beziehen ihre Hauptmotivation aus der Fürsorge, der Kümmerarbeit, dem Kontakt in und außerhalb der funktional bestimmten Pflege. Pflegefachkräfte müssen diesen Kontakt in befriedigendem Maße leben, die Verantwortung für Strukturarbeit aber auch in den eigenen Arbeitsalltag einbauen können. Eben dazu werden sie vom zentralen Beraterteam begleitet. Bewohner- und mitarbeiterbezogene Arbeiten gehören im gleichen Maße zur Rolle der Bezugspflegekraft.

keine Trennung von Pflege und Betreuung

- Pflege und Betreuung dürfen nicht getrennt werden: Insbesondere spontane, nicht geplante, situativ sich ergebende Formen der Betreuung tragen wesentlich dazu bei, dass Pflegende die Arbeit erfreulich erleben. Dazu muss ausreichend Zeit vorhanden sein.

- Rahmenbedingungen sind so zu schaffen, dass sie für Bewohner und Mitarbeitende möglichst stressreduzierend ausfallen: möglichst homogene Gruppen in Bereichen mit nicht mehr als 12 Klienten (Familienähnlichkeit), zunehmend in quartiersbezogenen Wohngruppen außerhalb der Heimumgebung.

Die Grundkonstrukte und Regelkreise gegenwärtigen Pflegeverständnisses, besonders in der stationären Pflege (aber nicht nur da), sind angesichts des Themas Demenz in Zweifel zu ziehen. Die Spaltung in einen zweckrationalen, männlich konnotierten Überbau

auf der einen und einen beziehungsorientiert-ganzheitlich, femininen, an Intuition orientierten Unterbau führt zu falschen Antinomien (*zum theoretischen Verständnis dieser falschen Antinomie von Intuition vs. Zweckrationalität als Ergebnis prekärer Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Kapital- und Habitusformen vgl. Roth 2007*). Zweckrationales Handeln ist mit der Verwandlung von Menschen in Sachen inklusive einer geplanten Fertigungslogik verbunden, um ein vorhersehbares Produkt zu erzeugen: der zivilisierte Leib und die kontrollierte Psyche von – dann vorzeigbaren – Menschen mit Demenz. Dieses mit Vermeidungen einhergehende funktionale Arbeitsverständnis erlaubt keinen (inneren und äußeren) Raum für Gefühls- und Beziehungsarbeit, sondern buchstabierte sich nach betriebswirtschaftlicher Effizienz. – Die beziehungsorientierte Identifikation der Pflegenden mit den Merkmalen der Situationsoffenheit, des Machtverzichtes und des gemeinsamen Lebens dagegen führt tendenziell zur Abschottung (durch „Nestbau“) von den strukturierenden, und damit erwachsenen Anteilen, erfährt diese dann als fremdgesteuert und, injiziert durch den Kader, verlagert diese Anteile auf die Wohnbereichsleitung, die dies dann stellvertretend besorgt (und oft kollabiert, weil sie diese Substitution nicht mehr leisten kann). Diese wechselseitige „Positionierung“ erzeugt Regelkreise in der institutionellen Kommunikation und Interaktion, die sich gut mit Zwang und Abwehr beschreiben lassen und in einem „institutionalisierten Gefühl“ der Resignation, Stagnation, Depressivität, des Gefangenseins münden. Je mehr die Einrichtungen versuchen, Demenz in den Griff zu bekommen, zu kontrollieren und zu beherrschen, desto größer wird die Abwehr durch die Pflegenden und die Verlorenheit der Alten: ein sich ewig wiederholender, selbst erhaltender Regelkreis. Auf der Metaebene „positioniert“ sich die Einrichtung dann ähnlich depressiv wie ihr eigener Unterbau als „Opfer“ und macht kontrollierende Instanzen einseitig zu „Tätern“. Letztere verhalten sich systemkonform und belasten die Einrichtungen mit zuweilen widersprüchlichen, oft willkürlichen, abstrakten, nicht am konkreten Entwicklungsstand einer Einrichtung orientierten Auflagen und Normen, welche die Einrichtungen als fremdgesteuert, von mächtigen Anderen injiziert erfahren (Bsp. Biographiebögen erstellen in 3 Monaten). – In den Strukturen der Arbeit steckt demnach nicht nur eine Abwehr gegen Demenz, sondern eine systemische Dynamik, welche Resignation und berufliche Tiefenerschöpfung der Pflegenden zuverlässig (re) produziert.

Langfristig gilt es, Pflege in gänzlich anderen Kategorien und Rahmenbedingungen zu denken, in denen Planung, Kontrolle, Sicherheit, Verfahrensregelungen einen ganz anderen Stellenwert bekleiden und unter dialogischem und entwicklungsbezogenem Vorbehalt stehen. Regelungen sind Ergebnisse offener, fachlich eng begleiteter Prozesse, die situativ und kontextbezogen sehr unterschiedlich ausfallen können, in denen Beratung einen zentralen

Stellenwert einnimmt – nicht nur innerhalb der Einrichtung, sondern auch bezüglich der sie begleitenden Dienste (eher Akkreditierung von Lernprozessen als MDK-Begutachtung). Ziel der Systeme ist die Förderung der Fachlichkeit und Autonomie der Pflegenden, die strukturbezogene und beziehungsbezogene Anteile auf je unterschiedliche, aber fachlich verantwortete Weise miteinander verbinden. Dieses konstruktivistische Lernen dauert, ist eher ergebnisoffen, wird den Leitungen und Aufsichtsbehörden nicht immer gefallen. Man muss Menschen ihre Erfahrungen machen lassen. Regelungen sind nicht abstrakt verfügt, sondern gemeinsam erarbeitet worden. Wie sie in den Alltag eingefügt werden und wer Verantwortung dafür übernimmt, wird gleichfalls gemeinsam erarbeitet. Lokale Regelungen gehen tiefer und werden eher befolgt als verfügte behördliche Bescheide. Über die Coachingdienste ist der Leitung transparent, wie die verschiedenen Bereiche das machen und welchen Reifegrad in der Selbstorganisation sie erreichen. Dies wird um so besser zu erzielen sein, desto kleiner, dezentraler und quartiersbezogener die Einheiten angesetzt sind: je größer die Einrichtung ist, desto eher macht man auch aus dem Vielen das Eine (ex pluribus unum). Und eben dies, die „Fertigungssteuerung“ durch „einheitliche Prozessvorgaben“ funktioniert in der Arbeit mit Menschen nicht.

Aus dem „ex pluribus unum“ wird eines Tages das „e unum plures“.

SZENARIO 2

PFLEGE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ: DEUTSCHLAND, 2020 – SZENARIO 2:

Examinierte Pflegekräfte zusammen mit den ihnen zugeordneten MitarbeiterInnen (inklusive § 87b) bilden die Kernzelle der Organisation. Sie sind für 8-12 BewohnerInnen zuständig und organisieren die Tagesabläufe weitgehend selbständig. Diese Kernzellen werden täglich begleitet von BeraterInnen/ PflegeexpertInnen, die sie ihnen in der Integration pflegerischer, betreuender und strukturierender Arbeitsanteile helfen. Unter Wahrung spezieller Expertisen arbeiten die Kernzellen querschnittskompetent, d. h. auch die Fachkraft führt jeden Tag einige Pflegen durch und hat jeden Tag einen kleinen Anteil an Betreuung außerhalb der Pflege. Jeder Mitarbeitende ist in unterschiedlichem Maße an strukturierenden Aufgaben (Planung, Dokumentation) beteiligt; allerdings gibt es mindestens eine Beraterin, die spezifische linguistische Fähigkeiten mitbringt, um die Planungen und Dokumentationen nach dem Stand der fachlichen Erwartungen zu finalisieren: es

hat sich bei dem hohen Anteil an MirgantInnen, aber auch bei dem nicht unerheblichen Anteil von MitarbeiterInnen mit Grenzen in der Lernfähigkeit, als illusorisch erwiesen, diese Kompetenz von jeder Mitarbeiterin/Fachkraft zu verlangen.

Die Kernzellen haben eine hohe Autonomie bezüglich des Tagesablaufs, der Gestaltung des Interieurs, der Integration von Pflege und Betreuung, der Setzung von Prioritäten innerhalb eines Rahmens personzentrierter Pflege und Betreuung. Aufgabe der Beratenden Dienste ist es, die Gruppen in ihrer Autonomie und Fachlichkeit zu fördern. Jede Gruppe hat ihren eigenen Lernbedarf; Fall- und Fachbesprechungen verhelfen der Gruppe dazu, Wissen und Fertigkeiten mit den konkreten Alltagssituationen zu verbinden. Grundlage von Regelungen bilden nicht Verfahrensweisungen, sondern Austausch- und Beratungsprozesse.

Jede Gruppe ist beständig – durch äußeres Feedback und Beratung – in Projekten involviert. Deren Fortgang wird durch die BeraterInnen durch nachdrückliche Geduld und liebenswürdige Hartnäckigkeit begleitet. Umsetzungen von Projektprozessschritten wird täglich nachgefragt.

Aufgaben und Abläufe werden in der Kleingruppe gemeinsam reflektiert und festgelegt: dadurch ergibt sich für den einzelnen Mitarbeiter eine hohe Rollenklarheit und -sicherheit. Die kleine Arbeitsgruppe trägt dazu bei, Arbeitsvorgänge überschauen und vorhersehen zu können. Die familiäre Atmosphäre in den Kernzellen trägt dazu bei, die Pflege zu individualisieren und stereotypen Umgangsformen entgegen zu wirken.

Die Einrichtung hat folglich recht unterschiedliche Gruppen mit verschiedenen Milieus, Abläufen, Kulturen, Gewohnheiten, Routinen. Diese Unterschiedlichkeit in den Binnenmilieus wird als Qualitätsmerkmal herausgestellt. Das Bemühen um Vereinheitlichung von Vorgängen wird als Fehler angesehen. Die Integration von verbindlichen Vorgaben wird je unterschiedlich durch die BeraterInnen in den Kernzellen begleitet.

Christian Müller-Hergl, Universität Witten/ Herdecke

06_1 DAS MODELLPROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG ARBEITSBEDINGTER ERKRANKUNGEN

Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen wurde 1993 durch das damalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) auf den Weg gebracht. Heute wird es in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) weitergeführt.

SEIT 1993 WERDEN FÖRDERGELDER FÜR MODELLVORHABEN BEREITGESTELLT, DIE

- zur Aufklärung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen
- aus neuen arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen Konzepte für die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen entwickeln,
- sie in der betrieblichen Praxis erproben und
- als „Beispiele guter Praxis“ für die nachhaltige Praxisanwendung bereitstellen.

Mit der Ausschreibung im Jahr 2000 war eine grundlegende Neuausrichtung des Programms verbunden. Mit dieser sollte versucht werden, die aus dem tiefgreifenden Wandel der Arbeitswelt resultierenden Herausforderungen an den Arbeitsschutz zu bewältigen. Generell gesprochen kommt es in nahezu allen Beschäftigungsbereichen zu gravierenden Veränderungen der Arbeitssituationen und der arbeitsbezogenen Belastungen und Beanspruchungen. Ein Indikator für die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen sind beispielsweise die Folgekosten arbeitsbedingter Erkrankungen, die durch körperliche Belastungen entstehen. In Deutschland werden diese für das Jahr 1998 mit mindestens 28,4 Milliarden Euro veranschlagt (*Forschungsbericht Fb 946 „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland“*). Darüber hinaus entstehen erhebliche Kosten aus den Folgen arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen.

DER FÖRDERSCHWERPUNKT „DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DER PFLEGE“:

MODELLE FÜR DEN ERHALT UND DIE FÖRDERUNG DER ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT VON PFLEGEKRÄFTEN

Der jüngste Förderschwerpunkt nimmt die Situation im Bereich Pflege in den Blick und legt folgende Überlegungen bzw. Erkenntnisse zugrunde: Mit der nach wie vor steigenden Lebenserwartung erhöht sich auch die Zahl (chronisch) kranker und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft. Für das Gesundheits- und Pflegesystem insgesamt wie auch diejenigen, die professionell Pflegearbeit leisten, bedeutet dies, dass sie sich auf ein weiteres Anwachsen der Anforderungen einstellen müssen. Dieser Entwicklung steht ein zahlenmäßig zurückgehendes und älter werdendes Erwerbspersonenpotenzial gegenüber. Schon heute ist die Pflege vielfach durch unregelmäßige Arbeitszeiten, ein hohes Arbeitspensum und besondere physische und psychische Belastungen gekennzeichnet. Häufig führen diese hohen Belastungen zu pflegeberufstypischen Erkrankungen wie etwa Haut-, Muskel-, Skelett- oder Infektionserkrankungen. Prognosen zufolge wird sich diese Entwicklung fortsetzen, so dass sich pflegetypische Berufskrankheiten und das Burn-Out Syndrom in der Pflege noch weiter ausbreiten werden.

Im Vordergrund des Förderschwerpunkts des Programms „Demografischer Wandel in der Pflege“ stehen deshalb der Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften unter besonderer Berücksichtigung der gegenwärtigen und zu erwartenden demografischen Entwicklungen.

Grundlage für die Ausrichtung des FÖRDERSCHWERPUNKTS war eine 2009 erstellte Machbarkeitsstudie, die auf drängende Handlungs- und Gestaltungsbedarfe verwies. Darüber hinaus knüpfte man an die Beobachtung an, dass praxistaugliche und systematische Herangehensweisen für die konkrete Umsetzung entsprechender Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen häufig fehlen. Daher wurden im Förderschwerpunkt I (2009) ganzheitliche Ansätze für den Erhalt und die Förderung der arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Pflegeberuf gefördert.

Ziel des Förderschwerpunkts ist u. a. die Erarbeitung praxisorientierter Handlungsanleitungen, die Pflegeeinrichtungen und beruflich Pflegende über den demografischen Wandel und die damit verbundenen Risiken und Möglichkeiten informieren, praxisgerechte Konzepte und Herangehensweisen vorstellen und zur nachhaltigen Umsetzung betrieblicher Maßnahmen motivieren. Der Förderschwerpunkt wird durch das BMAS gefördert und von der BAuA fachlich begleitet. Als weitere Organisation begleitet die

Gesellschaft für Soziale Unternehmensberatung mbH (GSUB) das Vorhaben.

In der Zeit vom 16.11.2009 bis zum 15.11.2012 werden im Förderschwerpunkt „DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DER PFLEGE“ die drei Modellvorhaben gefördert: BidA, demoGAP und DemOS. DemOS wird von Demenz Support Stuttgart gGmbH durchgeführt und soll im nächsten Beitrag etwas ausführlicher vorgestellt werden.

HIER ZUNÄCHST EINE KURZE VORSTELLUNG DER BEIDEN ANDEREN MODELLVORHABEN:

- BidA: BALANCE IN DER ALTENPFLEGE. Ein Pilotprojekt zum Nachweis der Wirksamkeit eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements in Einrichtungen der Altenpflege. EVANGELISCH-LUTHERISCHES DIAKONIEWERK NEUENDET-TELSAU K.d.Ö.R. www.balance-altenpflege.de

Das Projekt BidA verfolgt das Ziel, die Wirksamkeit eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements für Mitarbeitende nachzuweisen, indem es ein solches Gesundheitsmanagement in drei Einrichtungen der Altenpflege der Diakonie Neuendettelsau einführt. BidA geht davon aus, dass sich die Gesundheit der Mitarbeitenden durch folgendes Maßnahmenbündel verbessern lässt: persönliche Sensibilisierung, Qualifizierung und Motivation der Beteiligten, Einführung eines „persönlichen Gesundheitsbudgets“ als innovatives Anreiz- und Steuerungssystem, Entwicklung praxistauglicher Handlungshilfen. Die Maßnahmen orientieren sich am individuellen Bedarf und an den Vorlieben der Mitarbeitenden.

- demogAP: Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege. Nachhaltige und breitenwirksame Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung einer langen Beschäftigungsfähigkeit in Pflegeberufen. TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN; www.demogap.de

demogAP entwickelt eine praktische und anwendungsorientierte Handlungshilfe, die den Pflegeeinrichtungen eine systematische und ganzheitliche Förderung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter ermöglicht. Zu diesem Zweck werden existierende Instrumente zur Erfassung des Handlungsbedarfs und vorhandener Konzepte zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie deren Anpassung an die Pflege aufbereitet. Durch einen breit angelegten Transfer in die Praxis werden die speziellen Anforderungen der einzelnen Einrichtungstypen wie Krankenhaus, ambulante oder stationäre Pflege berücksichtigt und Erfolgs- und Hemmfaktoren identifiziert.

Gabriele Kreutzner

06_2 DEMOS: DEMENZ – ORGANISATION – SELBST- PFLEGE.



PROJEKTTEAM DEMOS (von links nach rechts):
Dr. Martina Seiler (Evaluation);
Thomas Herrmann (Intervention);
Beate Radzey (Projektbegleitung und Beratung);
Christina Kuhn (Projektleitung; Intervention);
Dr. Gabriele Kreuzner (Öffentlichkeitsarbeit)

DemOS ist ein Interventionskonzept zur demenzspezifischen Qualifizierung und Prozessbegleitung in stationären Altenhilfeeinrichtungen. Durchgeführt wird es von DEMENZ SUPPORT STUTTGART GMBH. DemOS stellt folgende Fragen:

Was kann für die Pflege der Pflegenden von Menschen mit Demenz getan werden? Wie lässt sich dafür sorgen, dass sie auch langfristig an ihren Beruf gebunden und in der Lage bleiben, diesen auszuüben? Für DemOS ist klar: Es müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die eine gute Pflegequalität ermöglichen und die berufliche Zufriedenheit erhöhen.

DemOS zielt darauf ab, durch mehrdimensionale Interventionsmaßnahmen die Pflegebedingungen zu optimieren. Konkret verfolgt das Interventionsprogramm von DemOS fünf wesentliche, übergeordnete Ziele:

- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei Pflegenden
- Verminderung des Burnout-Risikos
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit
- Erhöhung der Lebensqualität der Bewohner
- Verbesserung des sozialen Klimas

Das INTERVENTIONSKONZEPT von DemOS basiert auf auf drei Bausteinen:

1. ANALYSE DER AUSGANGSSITUATION:

Erhebung der Basisdaten; Erfassung der Potenziale der Einrichtung; Sondierung möglicher Probleme vor Ort; Ermittlung des Handlungsbedarfs.

2. QUALIFIZIERUNG:

Mit den Basismodulen „Demenz“ sowie „Organisation und Selbstpflege“ werden MitarbeiterInnen wie BewohnerInnen in den Blick genommen. Die Qualifizierung erfolgt als „Inhouse-Schulung“ mit kurzen Unterrichtseinheiten; der Akzent liegt auf der Selbsterfahrung und Aktivität der Lernenden. Die Arbeit am Fall zielt auf eine hohe Praxisrelevanz der Qualifikation.

3. PROZESSBEGLEITUNG VOR ORT:

Eine konstante AnsprechpartnerIn aus dem Interventionsteam stellt die zielorientierte Durchführung des Programms in Form moderierter Arbeitsgruppen und eines Trainings „on the job“ sicher.

Die Analyse der Ausgangssituation ermöglicht es, die Intervention auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung zuzuschneiden. Die Analyseergebnisse werden vor Beginn einer Intervention in der Einrichtung vorgestellt und diskutiert. Hierauf aufbauend wählen die beteiligten MitarbeiterInnen bestimmte Qualifizierungsmodule aus, die ihren derzeitigen Bedürfnissen am besten entsprechen. Gleiches gilt für die Prozessbegleitung, die ebenfalls „maßgeschneidert“ auf aktuell bestehende Hürden und Herausforderungen zugeschnitten werden.

Das Interventionsprogramm von DemOS wurde in acht Einrichtungen durchgeführt. Vier davon arbeiten mit einem integrativen Ansatz und vier sind als Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz konzipiert. Die Laufzeit einer Intervention betrug jeweils fünf Monate, wobei immer zwei Einrichtungen parallel auf den Weg geschickt wurden. Da alle beteiligten Einrichtungen in den Genuss einer auf sie abgestimmten Intervention kommen sollten, musste

mit einem sogenannten Wartekontrollgruppendesign gearbeitet werden. Dies bedeutete u. a., dass während der Intervention nicht über erste Eindrücke oder vorläufige Erkenntnisstände berichtet werden konnte, um die Studie nicht zu beeinflussen. Inzwischen ist die Intervention in allen acht Einrichtungen abgeschlossen und es liegen erste Auswertungen zu den Fortbildungen und der Prozessbegleitung vor.

DeSSorientiert hat dies zum Anlass genommen, um mit dem Interventions- und Evaluationsteam über seine Erfahrungen über Arbeit und Arbeitsbelastungen in der stationären Langzeitpflege zu sprechen. Die Ergebnisse dieser Reflexion dokumentiert der folgende Beitrag.

DemOS wird seine Ergebnisse in Form von Handreichungen und Arbeitsmaterialien an die Praxis weitergeben:

- Eine Broschüre „Für alle Fälle ...“ soll Pflegende auf kritische Situationen vorbereiten, für derartige Situationen sensibilisieren und zu deren Verhinderung beitragen;
- Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen bietet Unterstützung bei der Analyse der Ausgangssituation, Hilfe für ein Selbst-Management sowie die Vorstellung des Qualifizierungsansatzes für Mitarbeiterinnen
- Kurzfilme mit Umsetzungsbeispielen sorgen für Veranschaulichung, erleichtern den Einstieg und fördern die Motivation.

Gabriele Kreutzner

06_3 „WENN ES MITARBEITERINNEN IN DER ARBEIT GUT GEHEN SOLL, DANN MÜSSEN DIE ARBEITSBEDINGUNGEN STIMMEN“

– INTERVIEW MIT DEM INTERVENTIONS-/EVALUATIONSTEAM VON DEMOS

DESS_ORIENTIERT: Frau Kuhn, DemOS sagt: Gute Pflege sorgt für mehr Arbeitszufriedenheit – und umgekehrt braucht sie Mitarbeiterinnen, denen es in ihrer Arbeit gut geht. Was waren für Sie die größten Herausforderungen bei dem Bemühen, die Pflegenden in den Blick zu nehmen?



CHRISTINA KUHN: In der Vergangenheit haben wir uns dafür stark gemacht, dass eine gute Pflege von Menschen mit Demenz mit einem personenzentrierten Ansatz verbunden ist. Das erfordert von vielen Pflegenden einen Perspektivenwandel. Die Arbeit von Demenz Support war darauf ausgerichtet, diesen Blickwechsel mit Hilfe unterschiedlicher Formen der Lernbegleitung zu unterstützen. Gleichzeitig war uns immer bewusst, dass diese notwendige Veränderung nur im Kontinuum eines wertschätzenden Führungsstils und einer neuen Einrichtungskultur gelingen kann. Unsere Erfahrungen in der Praxis haben uns gelehrt, dass das keine Selbstverständlichkeit ist. Wir hatten also eine konkrete Vorstellung davon, welchen Weg es einzuschlagen gilt, damit Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen ein „Zuhause“ finden. Es ging uns darum, Pflegenden auf diesen Weg mitzunehmen. Wir haben den personenzentrierten Ansatz mit DemOS also nicht verändert, aber wir haben uns im Projekt konsequent an der Position von Pflegenden orientiert und uns auf ihren Bahnen bewegt. Wir entwickeln das „Programm“ gemeinsam mit den Pflegenden, greifen die Themen für Fortbildungen oder Arbeitsgruppen auf, die Pflegenden als eine Erweiterung ihrer Kompetenzen betrachten oder die eine Arbeitserleichterung im Pflegealltag schaffen. Das fordert mehr Flexibilität und Gelassenheit auf unserer Seite, denn die ersten Schritte gehen immer ins Ungewisse.

Wenn es Mitarbeiterinnen in der Arbeit gut gehen soll, dann müssen die Arbeitsbedingungen stimmen. Im Rahmen von DemOS haben wir Faktoren wie Bezahlung, gesellschaftliche Anerkennung etc. ausgeklammert und die konkreten Arbeitsbedingungen angeschaut, die wir in Pflegeheimen antreffen. Wir haben die Pausenräume in Augenschein genommen und nach der Pausengestaltung gefragt.

Wir haben die betriebliche Gesundheitsförderung erfasst und uns die Einrichtungskultur in Bezug auf Anerkennung und Wertschätzung angeschaut. Wir haben nach Beschäftigungsmodellen gefragt und haben feststellen müssen, dass die Teilzeitbeschäftigung inzwischen mindestens zwei Seiten hat: Zum einen kann sie für Mitarbeiterinnen mit eingeschränkten Möglichkeiten (Kinder, pflegebedürftige Familienmitglieder) ein Angebot sein, sich in den Arbeitsmarkt Pflege zu integrieren. Und zum anderen ist sie ein ökonomisches Kalkül, das sich an Arbeitsspitzen orientiert und mit reduzierten Dienstzeiten ausschließlich der wirtschaftlichen Betriebsführung verpflichtet ist. Im besten Fall treffen beide Interessen aufeinander und ergänzen sich. Die arbeitspsychologische mit einer pflegewissenschaftlichen Perspektive samt den dazu gehörenden Aspekten wie Versorgungsform, Betreuungskonzepte, Pflegedokumentationssysteme, Umgang mit Menschen mit Demenz etc. zu verknüpfen, das war zu Beginn des Projektes durchaus eine Herausforderung.

DESS_ORIENTIERT: Wenn Sie auf die Arbeit der letzten Monate im Kontext von DemOS und der intensiven Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation im Pflegeheim zurückblicken – was waren Ihre stärksten Erfahrungen? Welche Probleme standen bei den Pflegenden, mit denen Sie gearbeitet haben, im Vordergrund?

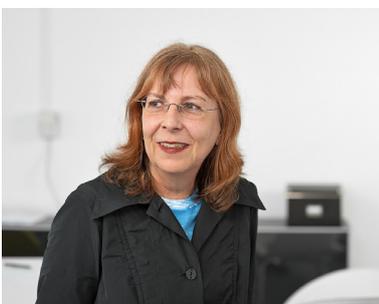
CHRISTINA KUHN: Die stärksten Erfahrungen sind immer die Überraschungen und jede Einrichtung hält eine Überraschung bereit. Das ergibt einen bunten Blumenstrauß unterschiedlicher Eindrücke. In einer Einrichtung waren wir mit einem hohen Anteil von Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund konfrontiert. Es waren ca. 20 unterschiedliche Nationalitäten aus fast allen Kontinenten vertreten. Sprachliche Barrieren erschwerten den Austausch unter den Kolleginnen und wir haben nach Methoden gesucht, um die Sprachbarrieren zu überbrücken. Andernorts traten Team- und Leitungskonflikte an die Oberfläche oder Mitarbeiterinnen wechselten den Arbeitsplatz. Es gab bewegende Momente in den Fortbildungen, die sich durch große Offenheit und Ehrlichkeit auszeichneten. Und es gab auch emotionale Einbrüche, die mitunter zum Balanceakt werden, wenn individuelle Reaktionen in einer Gruppe aufzufangen sind. Wir haben Arbeitsgruppen begleitet, deren Arbeitsdrang einem Feuerwerk an Ideen und Tatkraft glich und andere, die mit angezogener Handbremse um Lösungen gerungen haben. Die unterschiedlichen Berufsgruppen, die sich in einem Wohnbereich treffen und den Pflegealltag gestalten, erleben sich nicht immer als ein gemeinsames Team. Es ist noch nicht allzu lange her, dass Pflegefach- und Pflegehilfskräfte und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen ein Team stellten. Inzwischen hat sich diese Gruppe um Alltagsbegleiterinnen, Betreuungskräfte nach § 87b oder Servicemitarbeiterinnen erweitert. Oft fehlt es an Strukturen,

wie in dieser neuen Melange ein gemeinsamer Austausch organisiert werden kann, wer welche Informationen für wen bereit hält und wie.

Für viele Pflegende stellt die häufig anzutreffende Reduzierung der Übergabe ein großes Problem dar. Die Informationsweitergabe zwischen den Schichten übernehmen die Fachkräfte und ein gemeinsamer Austausch im Kolleginnenkreis findet entweder 14-tägig in einer Fallbesprechung oder bei einer Teambesprechung statt. Doch um Teamzusammenarbeit zu fördern braucht es Begegnungsräume in der Arbeitszeit.

Ein weiterer Quell großer Unzufriedenheit ist die stets fehlende Zeit, um Bewohnerinnen etwas Gutes zu tun (ein Spaziergang, ein Gespräch, eine Handmassage etc.). Pflegende beenden ihren Dienst im Wissen, dass sie genau dieses heute nicht umsetzen konnten und wahrscheinlich morgen auch keine Zeit dafür finden werden. Sie bemerken die Defizite und das Fehlende überlagert alle guten Interventionen und erfolgreich umgesetzten Maßnahmen. Hier besteht meiner Ansicht nach ein großer Handlungsbedarf, Pflegenden ihre Erfolge sichtbar und bewusst zu machen.

DESS_ORIENTIERT: Frau Seiler, Sie haben die Interventionen in den acht Einrichtungen wissenschaftlich begleitet. Sie haben die Teilnehmenden mit der Evaluation vertraut gemacht und das ordnungsgemäße Verteilen, Ausfüllen und den Rücklauf der Fragebögen gesichert. Sie haben aber auch kurze Gruppengespräche zur Einschätzung der Intervention durch die Teilnehmenden durchgeführt. Die Gesamtauswertung des quantitativen Teils der Evaluation wird noch etwas Zeit brauchen, aber Ihre ersten Auswertungen deuten darauf hin, dass das mit der Intervention verbundene Fortbildungsangebot von DemOS bei den Teilnehmenden auf ein positives Echo gestoßen ist. Was ist von den Pflegenden ganz besonders positiv aufgenommen worden?



MARTINA SEILER: Die TeilnehmerInnen loben in allen acht Einrichtungen den maßgeschneiderten Ansatz, den DemOS verfolgt, also gemeinsam mit den Betroffenen Problemfelder herauszufinden und dann vor Ort an Lösungsmöglichkeiten zu arbeiten bzw. Barrieren zu identifizieren, die die Problemlösung behindern. Besonderes Interesse haben die TeilnehmerInnen dabei an den sogenannten „kleinen Lösungen“ gezeigt, so etwa an Tipps, die man ohne großen Aufwand und Planung umsetzen kann. Das Spektrum ist hier vielfältig – beispielsweise ging es um die Reduzierung des Bestecks bei den Mahlzeiten, damit die Suppe nicht erfolglos gegabelt, sondern sicher gelöffelt werden kann. Wenn ein Bewohner z. B. das Trinkglas nicht aus der Hand geben möchte, dann kann ein anderer interessanter Gegenstand im Tausch die Interaktion unterstützen. Bewohner, die generell die Handhabung

von Essbesteck nicht mehr sicher beherrschen, erhalten fingerfertige Speisenkomponenten (in Absprache mit der Küche), die ihre Selbständigkeit aufrecht erhalten.

DESS_ORIENTIERT: Damit sind wir mitten in der konkreten Interventionsarbeit. Herr Herrmann, Sie haben in den letzten Monaten intensiv mit Pflegenden in den Einrichtungen gearbeitet. Sie haben nicht nur gemeinsam mit Ihnen Wissen erarbeitet, sondern auch auf die persönliche Arbeitsplatzsituation geschaut und darauf, was sich verbessern lässt. Wie die ersten Auswertungen zeigen, haben die Mitarbeiterinnen dem DemOS-Team dafür gute Noten ausgestellt. Andererseits klingt aber auch an, dass Mitarbeiterinnen Schwierigkeiten dabei sehen, das in den Fortbildungen und Arbeitsgruppen Gelernte in ihren Arbeitsalltag umzusetzen. Wo liegen – nach Ihrer Erfahrung mit DemOS – die größten Schwierigkeiten im Hinblick auf die Implementation? Welchen Beitrag müssen in diesem Zusammenhang Leitungs- und Führungskräfte leisten?



THOMAS HERRMANN: Eine Schwierigkeit im Hinblick auf die Implementierung der Ergebnisse aus Fortbildung, Arbeitsgruppe und Praxisbegleitung war es, dass die zumeist positive Wirkung der Intervention in den Sog des Alltags gerissen wurde. Die Kommunikationsstrukturen für den Transfer neuer Informationen und die Vermittlung von Wissen im Team sind im Pflegealltag begrenzt. So finden Teambesprechungen 14-tägig oder 4-wöchig statt und der Informationstransfer ins Team ist beeinträchtigt, weil die Zeitintervalle zu groß sind oder die Tagesordnungspunkte den Zeitraum ausfüllen. Eine gelingende Implementierung braucht Personen, die sich zuständig fühlen oder mindestens eine Person, die ein Thema „zieht“ - das ist für die Einführungsphase entscheidend. Wenn es nicht gelingt, Veränderungsprozesse auf mehrere Schultern zu verteilen oder wenn Maßnahmen nicht vom Team getragen werden, dann erschöpft sich die Energie und die Frustration engagierter Mitarbeiterinnen steigt. Es hat sich auch gezeigt, dass erfolgreich eingeführte Veränderungsmaßnahmen dennoch „wach“ gehalten werden müssen – Mitarbeiterwechsel, der Sog der Gewohnheiten etc. sind Risiken für Veränderungsprozesse.

Der Beitrag einer Führungskraft im Implementierungsprozess ist es, immer wieder an das Thema zu erinnern und Ergebnisse von den Mitarbeiterinnen einzuholen. Es braucht eine Person, die Themen präsent hält und in unterschiedlichen Intervallen solange auf die Tagesordnung setzt, bis sich eine Gewohnheit entwickelt hat. Ebenso förderlich ist die Mitarbeit der Leitungsperson in der Arbeitsgruppe, damit die betriebliche Abstimmung gelingt. Leitungs- und Führungskräfte flankieren das Engagement und die Partizipation ihrer Mitarbeiter indem sie für die Einrichtung wichtige

Themen auf die Agenda setzen und gleichzeitig kreative Prozesse begleiten. Bestenfalls ist das Thema Implementierung von Wissen und Gelerntem aus Fortbildungen oder Arbeitsgruppen in den Organisationsentwicklungsprozess integriert.

DESS_ORIENTIERT: In Bezug auf die Fortbildung macht mich das Thema Selbstpflege besonders neugierig – das war ja auch ein stark nachgefragtes Qualifizierungsangebot. Den ersten Auswertungen nach wurde hier auch ein Bedarf nach „mehr davon“ angemeldet. Und es wurde eine Erwartung erkennbar, die dahin geht, dass man Tipps bekommt, wie sich Selbstpflege – überspitzt ausgedrückt – eben mal so nebenbei bewerkstelligen lässt. Entsprechen diese Eindrücke dem, was Sie in den Fortbildungen und Arbeitsgruppen erfahren haben?

THOMAS HERRMANN: Der Bedarf an Selbstpflege scheint bei den Mitarbeiterinnen tatsächlich hoch zu sein. Das belegen auch viele Gespräche mit den Mitarbeiterinnen selbst. Wahrzunehmen, wie es mir als einzelne Mitarbeiterin eigentlich geht, war daher der erste Ansatzpunkt in der Intervention. Hierdurch wurde für die Mitarbeiterinnen erstmals deutlich, wie vielfältig ihre Belastungen sind, welchen persönlichen Anteil sie daran haben und was sie bereits als selbstverständlich hingenommen haben. Einige Einrichtungen, die wir im Projekt DemOS begleitet haben, stellen ein Spektrum an Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung. Es werden Inhouse-Kurse der Krankenkassen für Rückentraining organisiert oder es gibt eine breitgefächerte trägerinterne Angebotspalette auch im Hinblick auf Selbstpflege oder Stressmanagement. Diese Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung werden von Mitarbeiterinnen aber kaum oder wenig in Anspruch genommen, weil der Wunsch, nach Schichtende möglichst rasch den Arbeitsplatz bzw. das Arbeitsumfeld zu verlassen, überwiegt. Selbstpflegeangebote – so die Erfahrung im Projekt – sind für Mitarbeiterinnen eher attraktiv, wenn es um den „Verwöhnaspekt“ geht. Wellness- und Wohlfühlangebote wie ein gesundes Frühstück oder eine Massage werden gut akzeptiert, weil sie den Aspekt des „für sich Gutes tun“ treffen. Aber alles, was irgendwie mit Anstrengungen verbunden ist und aktive oder zusätzliche Arbeit verlangt, wird nicht als Selbstpflege verstanden.

DESS_ORIENTIERT: Frau Seiler, die Gruppengespräche haben Ihnen auch einen Eindruck von den wichtigsten Belastungen vermittelt, denen Pflegenden sich in Ihrer tagtäglichen Arbeit ausgesetzt fühlen. Haben sich hier Gewichtungen erkennen lassen? Welches sind für die beteiligten Pflegenden die stärksten Belastungen bzw. Stressoren?

MARTINA SEILER: Bei der Frage nach den Belastungen bei der Arbeit gibt es keine Zweifel, was den Tenor der Antworten anbelangt. Es sind sich alle einig, dass die sehr dünne Personaldecke verbunden mit einem wachsenden Anspruch an die Pflege- und Betreuungsqualität zu einem enormen Arbeitsdruck geführt hat, der es fast unmöglich erscheinen lässt, sich auf die Zunahme an demenzkranken Bewohnern adäquat einzustellen. Es ist nicht nur die rein quantitative Zunahme an demenzkranken Bewohnern, sondern auch der zunehmende Schweregrad der Erkrankung und die damit oft verbundene Zunahme an herausfordernden Verhaltensweisen. Davon sind vor allem MitarbeiterInnen in integrativen Einrichtungen betroffen, die neben allen anderen Problemen sich noch zusätzlich zwischen den Bewohnern mit und ohne Demenz hin und her gerissen fühlen. Diese MitarbeiterInnen haben dann auch noch oft nur geringe Kenntnisse zum Thema Demenz.

DESS_ORIENTIERT: *Gab es Aussagen, die Sie besonders überrascht haben?*

MARTINA SEILER: „Das was ich zum Thema Demenz erfahren und gelernt habe, war für mich sehr hilfreich, vorher war alles Chinesisch“. Diese Aussage einer ungelernten Hilfskraft ist kein Einzelfall und macht deutlich, welch erschreckendes Defizit zum Thema Demenz in den Einrichtungen vorhanden ist, vor allem in integrativen Einrichtungen.

DESS_ORIENTIERT: *Schauen wir uns DemOS einmal ganz konkret mit Blick auf das Thema Belastungen an. Frau Kuhn, welches sind aus Ihren Erfahrungen mit DemOS die größten Stressoren für Pflegende am „Arbeitsplatz Pflegeheim“?*

CHRISTINA KUHN: Da würde ich als erstes Teamkonflikte nennen. Ein klärendes Gewitter kann zu einem Neuanfang führen, aber verdeckte Teamkonflikte schwelen vor sich hin und vergiften die Arbeitsatmosphäre. Die Zusammenarbeit wird anstrengend, Fehler werden nicht kommuniziert und anstatt sich zu unterstützen wird der kollegiale Kontakt vermieden. Gleichzeitig befindet sich das Team wie in einem Kokon, die Form wird nach außen gewahrt und die Prozesse im Inneren bleiben für Außenstehende also auch für Führungskräfte verborgen. Die Kreativität und Experimentierfreudigkeit für Aktivierungsangebote sinkt, weil sich eine Kultur der Geringschätzung breit macht und gute Impulse abgeblockt werden. Es bilden sich Untergruppen und eine konzeptionelle Weiterentwicklung ist ein Kraftakt für alle Beteiligten und mit viel Ärger und Unmut verbunden.

Eine weiterer Stressor sind herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz, wenn Pflegenden das Handlungsrepertoire

fehlt. Das Gefühl der Hilflosigkeit entsteht aus der Überforderung und der Handlungsunfähigkeit. Hier können Pflegende ihr Spektrum erweitern und sich gegenseitig durch Fallbesprechungen oder kollegiale Beratung stützen. Als besondere Belastung wird lautes Rufen oder Schreien von Bewohnerinnen wahrgenommen. Dies stellt mit Sicherheit ein Umweltreiz dar, dem sich weder andere Bewohnerinnen noch Pflegende entziehen können. Aber auch für diese Bewohnerinnen gilt es, durch Fallbesprechungen Maßnahmen zu entwickeln, die dieses Verhalten abschwächen.

In spezialisierten Wohnbereichen für Menschen mit Demenz beschreiben Pflegende, dass sie eine permanente Aufmerksamkeit aufbringen müssen, um alle Bewohnerinnen im Blick zu behalten. Das wird als hilfreich und notwendig erachtet, um weitsichtig Verhaltensweisen erkennen und frühzeitig intervenieren zu können. Dieser hohe Aufmerksamkeitslevel ist sicherlich mit einem erhöhten Adrenalin Spiegel verbunden, der nach Abfall mit einer großen Ermüdung einhergeht. So wird von einigen Mitarbeiterinnen beschrieben, dass sie nach Dienstende zuerst eine mehrstündige Auszeit brauchen, um wieder auf Normalnull zu kommen und ansprechbar zu sein.

Im Gegenzug beschreiben Pflegende in gemischten Wohnbereichen, dass die Konflikte zwischen Menschen ohne und mit Demenz eine große Belastung darstellen. Pflegende werben als Schlichterinnen um Verständnis für Menschen mit Demenz und sehen gleichzeitig, dass Bewohnerinnen ohne Demenz ihre Ansprüche auf Privatheit verteidigen und ebenfalls ein Anrecht auf Lebensqualität haben. Pflegenden ist bewusst, dass sie in diesem Versorgungskonzept nur begrenzte Einflussmöglichkeiten haben, um auf die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz einzuwirken und dass diese Konflikte zum Tagesgeschäft gehören. Generell handeln Pflegende oft als Vermittler zwischen den Bewohnerinnen, gegenüber Angehörigen, Ärzten, Therapeuten und Prüfer/innen von MDK und Heimaufsicht und befinden sich dabei nicht selten in einer Rechtfertigungsrolle – alles ohne Erschwerniszulage.

DESS_ORIENTIERT: DemOS unterbreitet einer Einrichtung einen auf ihre spezielle Situation zugeschnittenen Lösungsansatz. Frau Kuhn: Wie beurteilen Sie nach den Erfahrungen in den Einrichtungen diesen Interventionsansatz? Was sind seine Stärken? Gibt es Änderungs- oder Nachbesserungsbedarfe?

CHRISTINA KUHN: Der Interventionsansatz ist richtig, auch wenn wir in der Begleitung der acht Praxispartner eine „Läuterung“ erfahren haben. Zu Beginn eines Begleitungsprozesses zeigen uns die Pflegenden die „Baustellen“ auf, die den Arbeitsalltag erschweren. Da besteht die Gefahr, zu vieles in einem begrenzten

Zeitraum bearbeiten zu wollen, auch wenn eine Prioritätenliste vorliegt. Wir haben in den ersten beiden Einrichtungen gelernt: weniger ist mehr. Die Stärke dieses maßgeschneiderten Ansatzes ist es, dass Pflegende teilweise zum ersten Mal erleben, dass sie mitbestimmen und mitgestalten können. Dass es um sie geht und nicht darum, dass von ihnen etwas verlangt wird. Das bedeutet auch, dass sich z. B. Zeitpläne für Umsetzungsschritte konsequent an den Vorgaben der Pflegenden orientieren und etwas mehr Zeitpuffer eingebaut werden. Eine weitere Stärke ist die Bearbeitung der Themen, die akut und dringend sind. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung ist erst dann machbar, wenn die Bremsklötze entfernt sind. Änderungs- und Nachbesserungsbedarfe im Hinblick auf das Interventionsprogramm betreffen die Projektlaufzeit und die stärkere Einbindung von Führungskräften. Die Begleitung eines Pflegeheims sollte sich auf ein Jahr ausdehnen und monatlich einen Termin für Fortbildung oder Arbeitsgruppe vorsehen. Damit wäre genügend Luft zwischen den einzelnen Terminen, damit alle organisatorischen Aufgaben zu bewältigen sind. Für die Einbindung von Führungskräften sehen wir zwei Aspekte: 1. die Auseinandersetzung mit dem Thema Partizipation und Teamentwicklung und 2. eine aktive Beteiligung an der Projektsteuerung durch Zielformulierung und -überprüfung und die Integration von Themenschwerpunkten in den Organisationsentwicklungsprozess.

DESS_ORIENTIERT: Herr Herrmann, um die Problemzentrierung ein wenig auszugleichen: Welche Stärken haben Sie bei den Pflegenden erlebt? Welche positiven Ansatzpunkte gilt es künftig zu nutzen?

THOMAS HERRMANN: Pflegende sind durchaus bereit, Verantwortung und Initiative zu übernehmen, sofern Leitungs- und Führungspersonen Mitarbeiterpartizipation wirklich ernst nehmen. Jede Form der entgegengebrachten Wertschätzung wird da positiv vermerkt. Auch das Vertrauen, das eine Leitungsperson in das Engagement und den Gestaltungswillen der Mitarbeiterinnen setzt, wird positiv bewertet. Hilfreich und unterstützend kann hier sicher auch eine praxisnahe und vertrauensvolle Lernbegleitung sein, die den Mitarbeiterinnen zu ungeahnter Kreativität verhelfen kann.

Die Pflegenden im Projekt DemOS mit denen wir zusammengearbeitet haben, haben eine sehr gute Beobachtungsgabe und Wahrnehmungskompetenz gezeigt. Diese Grundlage galt es zu nutzen, um die entsprechenden Veränderungen anzubahnen. Ebenso hilfreich war es, den Pflegenden genügend Zeit und Raum neben ihrer Arbeit bereitzustellen (Anm.: die Fortbildungen wurden jeweils ganztags angeboten, d.h. die erforderliche Arbeitszeit war damit abgegolten), um sich der eigenen Stärken bewusst zu werden. So dieses Zeit und Raumkonto, wie im Projekt geschehen, den Mitarbeiterinnen eingeräumt wird, entwickelt sich eine hohe

Reflexionskompetenz.

In den zumeist spezialisierten Wohnbereichen sind wir auf eine große empathische Fähigkeit gestoßen, Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu erkennen. Das Engagement für IHRE Bewohnerinnen war bei allen Mitarbeiterinnen stark ausgeprägt, auch wenn dies zum Teil in Überfürsorglichkeit mündete. Gleichzeitig hat sich in allen Wohnbereichen, die wir begleiten durften, ein Teamgeist gezeigt, der deutlich gemacht hat, wie wichtig gute Zusammenarbeit im Team von jedem einzelnen Mitarbeiter bewertet wird. Dies zeigt sich dann, wenn z. B. bei Krankheitsfällen eine Vertretung gesucht wird. Die Kolleginnen vor Ort lässt man nicht hängen und die gute Versorgung der Bewohnerinnen ist ein weiteres Anliegen. Dieser Teamgeist ist auch dann noch zu spüren, wenn die Zusammenarbeit durch Irritationen und Konflikte beeinträchtigt ist.

DESS_ORIENTIERT: Frau Seiler, die positiven Reaktionen auf DemOS freuen uns natürlich alle. Wenn Sie an die Gruppengespräche zurückdenken: Gab es auch Wermutstropfen, die dem ersten positiven Eindruck beigemischt waren?

MARTINA SEILER: Den sehr positiven Bewertungen der Intervention durch die TeilnehmerInnen steht das Ergebnis gegenüber, dass sich weder die Berufs- noch die Arbeitszufriedenheit durch die Maßnahme verbessert haben. Dies klingt zunächst paradox, ist aber durchaus nachvollziehbar. In den Gruppengesprächen wird deutlich, dass man sehr viele Dinge erfahren und gelernt hat - „man erfährt wieder, was man alles besser machen kann“ -, aber man hat weder das entsprechende Personal noch die Zeit, diese Dinge auszuprobieren und in den Arbeitsalltag zu integrieren, „und das ist frustrierend“. Für uns bedeutet dies, dass einer Intervention hinsichtlich der Möglichkeit, nachhaltige Veränderungen zu erzielen, klare Grenzen gesetzt sind. Es sind in erster Linie die strukturellen Bedingungen, die diese Grenzen setzen und die unserer Einschätzung nach deutlicher ins Blickfeld gerückt werden müssen, um Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege nachhaltig zu reduzieren.

Gabriele Kreutzner

07 ARBEITSBELASTUNGEN UND ARBEITSBEANSPRUCHUNGEN

– EINE BEGRIFFSKLÄRUNG

BELASTUNG: BEGRIFF

Der Begriff der ARBEITSBELASTUNG ist durch seine ingenieurwissenschaftliche Herkunft und Ausrichtung gekennzeichnet. Nach DIN EN ISO 6385:2004 (Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen) bezeichnet er

...die Gesamtheit der äußeren Bedingungen und Anforderungen im Arbeitssystem, die auf den physiologischen und/oder psychologischen Zustand einer Person einwirken.

Im Unterschied zur BELASTUNG, die als EINWIRKUNGSGRÖSSE verstanden wird, wird mit dem Begriff der BEANSPRUCHUNG die AUSWIRKUNG einer Belastung bezeichnet. Der Beziehung zwischen beiden Begriffen liegt dabei eine mechanische Vorstellung zugrunde. Sowohl Belastung als auch Beanspruchung sind – im Unterschied zu ihrer umgangssprachlichen Verwendung – GRUNDSÄTZLICH ALS NEUTRALE BEGRIFFE zu verstehen.

Bei den Belastungen wird – in QUANTITATIVER Hinsicht – zwischen unterschiedlichen Belastungsgrößen unterschieden. In QUALITATIVER Hinsicht unterscheidet man zwischen BELASTUNGSFAKTOREN.

VON DER BELASTUNG ZUR BEANSPRUCHUNG

In Bezug auf BEANSPRUCHUNGEN basiert das mechanische Modell auf der Annahme, dass diese nicht ausschließlich von der Höhe der Belastung und der Dauer ihrer Einwirkung abhängt, sondern auch von DEN JEWEILIGEN EIGENSCHAFTEN, FÄHIGKEITEN UND FERTIGKEITEN DER PERSON, die eine bestimmte Arbeit ausführt.

PSYCHISCHE BELASTUNG

Auch der – wiederum zunächst einmal neutral zu verstehende – Begriff der PSYCHISCHEN BELASTUNG besitzt eine nach DIN festgelegte Bestimmung (nach DIN EN ISO 10075-1 (1a) und bezeichnet dort

die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.

Einflüsse, die ARBEITSBEDINGT auf die Person einwirken, sind:

- die Arbeitsaufgabe
- die Arbeitsumgebung (physikalisch wie sozial)
- die Arbeitsorganisation und der Arbeitsablauf
- die Arbeitsmittel sowie
- der Arbeitsplatz

Analog dazu versteht man nach der gleichen DIN-Norm unter psychischer BEANSPRUCHUNG

die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien.

Psychischen Beanspruchungen wird eine Doppelrolle zugeschrieben: sie können sich grundsätzlich positiv (anregend) wie auch negativ (beeinträchtigend) auswirken.

KURZFRISTIGE AUSWIRKUNGEN

psychische Beanspruchungen können sein:

- Aufwärmung oder Aktivierung (in anregender Hinsicht) oder
- Ermüdung, ermüdungsähnliche Zustände oder Stress (in beeinträchtigender Hinsicht).

Anmerkung: In der Alltagssprache wird Stress häufig synonym mit psychischer Belastung verwendet. Zu beachten ist jedoch, dass 1. die wissenschaftliche Verwendung des Begriffs Stress diesen anders fasst (vgl. den Artikel von M. Seiler) und 2. nicht alle psychischen Belastungen zu Stress führen. Stress auslösende psychische Belastungen werden als Stressoren bezeichnet. Erst die Reaktion auf Stressoren wie Zeitdruck, Informationsmangel, häufige Störungen und Unterbrechungen oder auch widersprüchliche Anweisungen, etwa durch Vorgesetzte, sollten mit dem Begriff (=) Stress belegt werden.

*Stress auslösende psychische Belastungen
= Stressoren*

LANGFRISTIGE AUSWIRKUNGEN

PSYCHISCHE BEANSPRUCHUNGEN können sein

in positiver Hinsicht	in negativer Hinsicht
Übung	allgemeine und psychosomatische Störungen und Erkrankungen (z.B. Verdauungsbeschwerden; Herzbeschwerden; Kopfschmerzen)
Weiterentwicklung körperlicher und/ oder geistiger Fähigkeiten Wohlbefinden	Ausgebranntsein (Burnout)
Gesunderhaltung	Fehlzeiten; Fluktuation; Frühverrentung

In Anlehnung an JOIKO 2010

Gabriele Kreutzner

08 STRESS UND STRESS- THEORIEN

Seit der österreichisch-kanadische Mediziner Hans Selye in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts sein „Allgemeines Adaptationssyndrom“ beschrieben und damit die moderne Stressforschung begründet hat, sind Tausende von Studien zum Thema durchgeführt worden. Mehr noch: das Phänomen hat Einzug in unseren Alltag gehalten. Heutzutage hat jedermann Stress, was nicht selten positiv konnotiert wird, im Sinne von: „Ich bin eine wichtige Person“. Gibt man bei Google das Stichwort Stress ein, so liefert die Internetsuchmaschine 205 Millionen Treffer. Diese Unübersichtlichkeit wird noch dadurch gesteigert, dass Stress mal als Reiz und mal als Reaktion, mal als negative Situation und mal als freudiges Ereignis aufgefasst wird. Um eine gewisse Struktur zu erhalten und die Vielzahl vorliegender Daten und Ergebnisse einordnen und interpretieren zu können, wird im Folgenden ein Überblick über die wichtigsten Stress-Theorien gegeben.

1 DIE ANFÄNGE IN DEN 1930ER JAHREN: DAS BIOLOGISCH-PHYSIOLOGISCHE MODELL VON SELYE

Stress: eine (uniforme) Reaktion des Körpers auf jede, auch seelische Belastung (Beanspruchung)

Hans Selye beobachtete bereits während seines Studiums 1926 bei Patienten stereotype Reaktionen auf belastende Situationen. Er fragte sich, warum Patienten mit höchst unterschiedlichen Krankheiten so viele einheitliche Symptome zeigen. Egal, ob eine Person einen schweren Blutverlust oder einen Herzinfarkt erlitten hatte oder an Krebs erkrankt war: sie verlor ihren Appetit, ihre Muskelkraft und ihren Tatendrang. Zudem nahm sie meist auch ab und sah krank aus. Selye nannte diese Symptome zunächst „Syndrom des Krankseins“, später übernahm er den Begriff Stress (engl. Druck, Kraft; von lat. stringere: anspannen) aus der Physik und entwickelte ein BIOLOGISCH-PHYSIOLOGISCHES MODELL, wonach unterschiedliche, schädigende, aber auch angenehm erlebte Einflüsse das gleiche reizunspezifische Syndrom

hervorrufen. Der Organismus kann den Stress bewältigen (coping), allerdings verfügt der Körper nur über einen begrenzten Umfang an adaptiver Energie. Jedes Coping geht zu Lasten nachfolgender Bewältigung und hat negative Effekte. Stress ist bei Selye eine Anpassungsreaktion, die aber mit mehreren Risiken verbunden ist (Überreaktion, Erschöpfung) und als ein Ursachenkomplex für die Entwicklung von Krankheiten angesehen wird.

Die Schwächen dieses Ansatzes sind offensichtlich. So hat man bis heute kein Reaktionsmuster des Organismus gefunden, das in dem Sinne unspezifisch wäre, dass es bei unterschiedlichen Reizen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und bei verschiedenen Personen tatsächlich regelmäßig in völlig gleicher Weise auftritt. Die von Selye angenommene Unspezifität beinhaltet außerdem, dass angenehm (Eustress) wie unangenehm (Disstress) erlebte Ereignisse die Stressreaktion auslösen. Ob aber Ärger oder Freude diese Reaktion hervorgerufen haben, kann weder für den Betroffenen noch für die Forschung gleichgültig sein.

2 DIE 1960ER JAHRE: DIVERSIFIZIERUNG DER ANSÄTZE

2.1 DER ANSATZ DER LIFE-EVENT-FORSCHUNG (1960ER JAHRE)

Stress als Reiz (interne und externe Auslöser)

Dieser Einwand trifft auch auf den zweiten Ansatz, die LIFE-EVENT-FORSCHUNG, zu. Holmes & Rahe (1967) beschäftigten sich mit den von Selye vernachlässigten Stressreizen. Für sie ist Stress eine unabhängige Variable, die sich auf das Geschehen in der Außenwelt bezieht und mit einer STRESSREAKTION beantwortet wird. Aufgrund einer internationalen Erhebung zur stressinduzierenden Wirkung verschiedener wichtiger Lebensereignisse erstellten sie eine Liste von STRESSOREN (INNERE UND ÄUSSERE REIZEREIGNISSE), und zwar hinsichtlich ihrer Wichtigkeit. In dieser Liste sind neben Ereignissen wie TOD DES PARTNERS, SCHWERE KRANKHEIT, VERLUST DES ARBEITSPLATZES etc. auch solche Ereignisse wie HEIRAT, GEBURT EINES KINDES etc. enthalten. Diese Ereignisse unterscheiden sich offensichtlich bezüglich des aktiven Beteiligtseins der betroffenen Person am Eintreten der Ereignisse. Darüber hinaus dürften sich auch die zugrunde liegenden Emotionen in qualitativer Hinsicht erheblich unterscheiden. Dies bedeutet, dass im Rahmen dieses reizorientierten Ansatzes die unterschiedlichsten Reaktionen einheitlich als Stressreaktionen definiert werden. Problematisch ist zudem, dass viele Reize erst durch die SUBJEKTIVE BEDEUTUNG ALS STRESSOR wirksam werden können. Wie schon im Falle des biologisch-physiologischen Modells wird auch hier die Bedeutung jeder Art von psycho-

logischer Vermittlung implizit geleugnet. Ein weiterer wesentlicher Einwand bezieht sich auf das Fehlen eines Modells, nach dem die Bedeutung unterschiedlicher Reizkombinationen, die ja alltäglich sind, eingeschätzt werden kann. Denn nicht nur zentrale (kritische) Lebensereignisse dürften in Bezug auf Stress bedeutsam sein. Vielmehr darf angenommen werden, dass auch eine Häufung von alltäglichem Ärger, kleinen Sorgen und Frustrationen in der Familie oder am Arbeitsplatz eine Stressreaktion nach sich zieht. Solche kleinen, alltäglichen Unannehmlichkeiten werden in der Literatur Mikrostressoren oder daily hassles genannt. Am Arbeitsplatz sind es fast immer die alltäglichen Ärgernisse (wie Unterbrechungen, fehlendes Arbeitsmaterial etc.), die für die Stressgenese wichtiger sind als große und seltene Ereignisse.

2.2 DIE ORGANISATIONSPSYCHOLOGISCHE STRESSFORSCHUNG

STRESS ALS ROLLENKONFLIKT

Stress als Rollenkonflikt

Ein weiterer Ansatz, die ORGANISATIONSPSYCHOLOGISCHE STRESSFORSCHUNG, geht auf die Forschungsarbeiten von Kahn und seinen MitarbeiterInnen (1964) zurück. Diese Forschergruppe beschäftigte sich mit dem Einfluss, den Organisationen auf das Individuum haben können. Ausgangspunkt ist die Rollentheorie, wonach jeder Position in einer Organisation eine Reihe von Tätigkeiten zugeordnet ist, die im weitesten Sinne durch eine Stellenausschreibung umrissen werden. Parallel dazu bestehen Rollenerwartungen von den Inhabern anderer Positionen innerhalb und außerhalb der Organisation an den Rollenträger, also Erwartungen von Vorgesetzten, Kollegen, Untergebenen und gegebenenfalls von Kunden, Klienten oder Patienten. Diese Erwartungen, die die Rollensender an den Positionsinhaber haben, definieren die zugewiesene Rolle, und das, was davon beim Rollenträger ankommt, ist die empfangene Rolle. Beide Rollen, zugewiesene und empfangene, müssen keineswegs identisch sein, da Rollenerwartungen oft nicht explizit gemacht und nicht unmissverständlich kommuniziert werden, und der Rollenträger die Erwartungen häufig in verzerrter Weise wahrnimmt.

Für die Entstehung von Rollenstress sind in erster Linie zwei Faktoren verantwortlich: der Rollenkonflikt und die Rollenunklarheit (Rollenambiguität). Bei AltenpflegerInnen können sich solche Rollenkonflikte dadurch ergeben, dass die Einrichtungsleitung ausschließlich Leistungen im pflegerischen Bereich einfordert, die BewohnerInnen aber individuelle Zuwendung und Aktivierung wünschen. Ein Person-Rollen-Konflikt tritt in Altenpflegeheimen häufig dann auf, wenn PflegeschülerInnen während eines Praktikums „frischen Wind“ einbringen möchten, von den MitarbeiterInnen des

Teams aber abgebremst werden. Kahn (1964) untersuchte, welche Auswirkungen rollenbedingter Stress für die betroffenen Personen hat, und fand, dass Personen in konfliktträchtigen Rollen häufiger interne Konflikte erleben, mit ihrer Arbeit unzufriedener sind, ein verringertes Vertrauen in Vorgesetzte haben und die Kommunikation gegenüber dem Rollensender einschränken. Außerdem haben diese Personen ein vermindertes Selbstwertgefühl, erleben häufiger intrapersonale Spannungen und haben geringere positive Gefühle für andere im Rollengefüge.

2.3 DIE KOGNITIVE STRESSTHEORIE NACH LAZARUS

STRESS ALS SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG EINER ÜBERFORDERUNG ODER BEDROHUNG

Stress als subjektive Einschätzung einer Überforderung oder Bedrohung

Ein wesentlicher Forschungsimpuls ging von der KOGNITIVEN STRESSTHEORIE von Lazarus (1966) aus. Ausgangspunkt ist die BEZIEHUNG ZWISCHEN PERSON UND UMWELT, die als PSYCHISCH VERMITTELT UND AKTIV GESTALTET angesehen wird. Es findet eine aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt statt, wobei die subjektive Wahrnehmung und Bewertung die entscheidende Grundlage der Stressgenese darstellt. Ob und wie stark ein Reiz als Stressor wirkt, hängt davon ab, wie er von der betroffenen Person wahrgenommen und verarbeitet wird. Der Grad der potentiellen Bedrohung durch einen potentiellen Stressor wird durch die INDIVIDUELLE INTERPRETATION der Stressquelle bestimmt. Aber auch die individuelle EINSCHÄTZUNG DER VERFÜGBAREN BEWÄLTIGUNGSFÄHIGKEITEN spielt bei der Stressgenese eine zentrale Rolle.

Die Interpretationen der Person hängen vom gesamten Kontext ab, der Aspekte der physischen und sozialen Umwelt und individuelle Persönlichkeitsvariablen wie z. B. Motive, Einstellungen, frühere Erfahrung und die Wechselwirkung dieser Aspekte beinhaltet. Außerdem werden sie vom persönlichen WAHRNEHMUNGSSTIL beeinflusst. Ob ein Ereignis als stressend interpretiert wird, hängt davon ab, ob es als Schädigung/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung bewertet wird. Wird es als stressend interpretiert, kann es auf vielfältige Weise beantwortet werden. Diese BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN (COPING) lassen sich kategorial als Verhaltens-, physiologische oder kognitive Reaktionen differenzieren; sie können einzeln oder in verschiedenen Kombinationen auftreten. Die Wirksamkeit einer Coping-Strategie hängt vom Kontext ab, in dem der Stress auftritt sowie von den individuellen Bewältigungskapazitäten.

Lazarus & Launier (1981) gehen bei ihrem Stressmodell von einer TRANSAKTIONALEN MENSCH-UMWELT-BEZIEHUNG aus, was

den wesentlichen Unterschied zu den vorausgegangenen Ansätzen darstellt, bei denen die Annahme einer INTERAKTIONALEN Beziehung zugrunde liegt. Bei den interaktionalen oder REIZ-REAKTIONS-ANSÄTZEN wird nach Beziehungen zwischen unabhängigen Person- und Umweltvariablen gesucht, die als stabile Merkmale von Personen und der Umwelt angesehen werden und deren statistische Interaktion als gleichbedeutend mit einem aktuellen Interaktionsprozess angesehen wird. Demgegenüber werden bei transaktionalen Ansätzen die Person- und Umweltmerkmale nicht statisch und unabhängig voneinander, sondern IN WECHSELSEITIGER BEZIEHUNG zueinander stehend und dynamisch konzipiert. So kann man zum Beispiel die stressrelevante Beziehung „Bedrohung“ nicht ausschließlich in Bezug auf die Person oder die Umwelt beschreiben, sondern man muss beide Seiten in die Analyse einbeziehen. Die Einschätzung einer Situation als bedrohlich kann daraus entstehen, dass einer Person die externe Anforderung sehr hoch erscheint und sie ihre Bewältigungsfähigkeiten als zu gering einschätzt. Bedrohung kann aber auch das Resultat einer niedrigen Anforderungsbewertung bei gleichzeitig als zu gering eingeschätzten Bewältigungsfähigkeiten sein. Bei diesem Ansatz findet ein fortlaufender Anpassungsprozess zwischen Individuum und der soziophysischen Umwelt statt, bei der sich die Person- und Umweltvariablen und ihre Beziehung ständig ändern. Eine anfänglich als Bedrohung bewertete Beziehung kann sich beispielsweise im weiteren Verlauf in eine positiv-günstige verändern. Der Mensch wird als DENKENDES UND AKTIV HANDELNDES SUBJEKT betrachtet, das seine Umwelt selbst aufsucht und gestaltet, und ZUGLEICH ALS OBJEKT, das dieser UMWELT AUSGESETZT ist. Die Autoren betonen zwar, dass die Person-Umwelt-Transaktion durch DYNAMIK und VERÄNDERUNG gekennzeichnet ist, die bei der Untersuchung von Stress berücksichtigt werden müssen. Gleichzeitig weisen sie jedoch darauf hin, dass diese Transaktion auch durch STABILITÄT und BESTÄNDIGKEIT charakterisiert ist. Der KERNGEDANKE ihrer Theorie besagt, dass das STRESSGESCHEHEN KOGNITIV VERMITTELT ist, d.h. es beinhaltet Wahrnehmung und Denken der betroffenen Person und damit auch relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale, wie kognitive Stile, verdrängte bzw. abgewehrte Wunschvorstellungen, Überzeugungssysteme oder verminderte Intelligenz, die die Art und Weise beeinflussen, in der die Person die Beziehung zu ihrer Umwelt bewertet.

DER GANZHEITLICH-KONZEPTIONELLE ANSATZ VON MOOS UND SCHÄFER

Der GANZHEITLICH-KONZEPTIONELLE ANSATZ von Moos & Schaefer (1987) basiert wie die Stress- und Copingtheorie von Lazarus auf der Annahme, dass neben objektiven Merkmalen der Arbeitsanforderungen und der soziophysischen Umwelt vor allem

die subjektive Wahrnehmung dieser Merkmale für das menschliche Erleben und Verhalten von Bedeutung ist. Die Art der SUBJEKTIVEN WAHRNEHMUNG hängt dabei von objektiven Merkmalen und von Persönlichkeitscharakteristika der Individuen ab. Moos (1974b; 1974a) beschrieb zunächst das psychosoziale Klima einer Institution anhand der Umweltwahrnehmung der Beteiligten, die er drei Dimensionen zuordnete:

- Beziehungsdimensionen: aktives Einbezogensein, erlebte Unterstützung, Spontanität
- Dimensionen der Person-Orientierung: Autonomie, praktische Orientierung, Persönlichkeitsorientierung, Ärger und Aggression
- Dimensionen der Systemerhaltung und der Systemveränderung: Ordnung und Organisation, Information, Kontrolle durch das Personal.

In der Weiterentwicklung dieses Ansatzes haben Moos & Schaefer (1987) einen ganzheitlich-konzeptuellen Ansatz ausgearbeitet, der die KRANKENHAUSUMWELT aus Sicht des Pflegepersonals theoretisch erfasst und die Entwicklung eines Erhebungsinstruments für einen empirischen Zugang ermöglicht. Die Autoren nennen ihre Perspektive „SOCIAL-ECOLOGICAL“ (also sozialökologisch) in Abhebung zum Begriff der „HUMAN ECOLOGY“ (Humanökologie) der sogenannten Chicago School in der Soziologie, um die SUBJEKTZENTRIERUNG ihres Ansatzes hervorzuheben. Ihr Interesse gilt der subjektiven Umweltwahrnehmung und -bewertung und deren soziokulturellen Bedingtheit. Diese SOZIALÖKOLOGISCHE PERSPEKTIVE lässt sich mit entsprechenden Modifikationen auch auf die SITUATION VON ALTENPFLEEGEEINRICHTUNGEN anwenden.

Im Modell von Moos & Schaefer (1987) besteht das Umweltsystem (Abbildung 1, Panel I) zum einen aus organisatorischen und arbeitsbezogenen Faktoren, zum anderen aus nichtarbeitsbezogenen Stressoren und sozialen Ressourcen, die aus anderen Lebensbereichen der Person stammen (Familie, Nachbarschaft etc.). Das personale System (Panel II) enthält arbeitsbezogene Faktoren wie Arbeitstyp und Berufsrolle und soziodemografische Charakteristika und Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwert, Intelligenz und Wertorientierungen der Person. Beide Systeme beeinflussen sich gegenseitig, ebenso wie arbeits- und nichtarbeitsbezogene Faktoren innerhalb der beiden Systeme in wechselseitiger Abhängigkeit voneinander stehen.

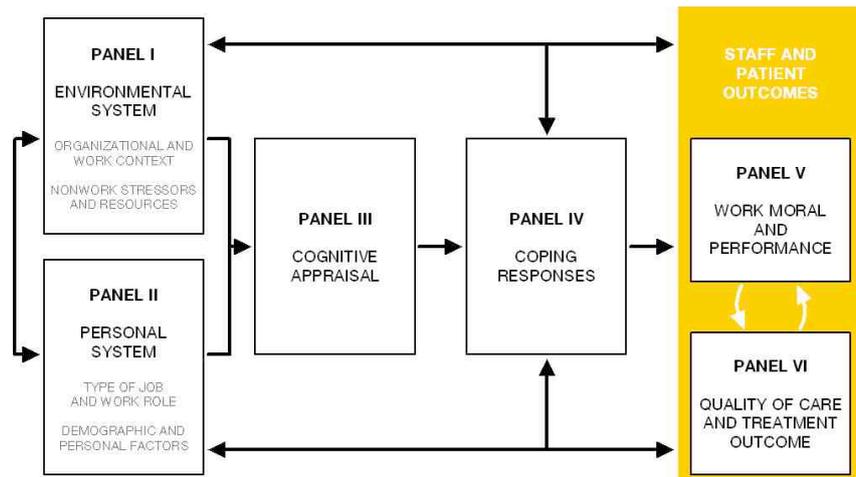


Abb. 1: Modell von Moos & Schäfer (1987), S. 100

Abbildung 1 macht deutlich, dass das Arbeitsergebnis (Panel V und VI) nicht nur vom personalen und Umweltsystem (Panel II und I), sondern auch von kognitiven Bewertungen (Panel III) und Coping-Reaktionen (Panel IV) abhängt. Kognitive Bewertung und Coping sind Ergebnisse einer Transaktion zwischen personalem und Umweltsystem oder anders ausgedrückt: kontextuelle und persönliche Faktoren beeinflussen die kognitive Bewertung, von der wiederum die Coping-Strategie und deren Effektivität abhängt. Dies ist aber nicht als ein zeitlich aufeinander folgender, klar gegliederter Prozess zu verstehen, sondern TRANSAKTIONAL, wobei das Feedback an jeder beliebigen Stelle beginnen kann.

Die Autoren gehen davon aus, dass die Arbeitsmoral und die Leistungen des Pflegepersonals direkten Einfluss auf die Qualität der Pflege und die Behandlungsergebnisse (Panel VI) haben, ebenso wie Faktoren aus den personalen- und Umweltsystemen. Beide Systeme haben aber auch einen indirekten, kognitiv vermittelten Einfluss auf die Arbeitsergebnisse. So kann der organisatorische Kontext das soziale Klima und damit die Arbeitsmoral und Pflegequalität beeinflussen. Dieser ENGEN WECHSELSEITIGEN BEZIEHUNG zwischen QUALITÄT DER PFLEGE UND BETREUUNG auf der einen Seite und BERUFSSZUFRIEDENHEIT DES PFLEGEPERSONALS im weitesten Sinne auf der anderen Seite gehen heute SKANDINAVISCHES UND ANGLOAMERIKANISCHE FORSCHER nach. Schwedische Studien legen die Annahme nahe, dass die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte davon abhängt, welche Betreuungs- und Pflegequalität sie unter den jeweils gegebenen Umständen leisten können. „BETTER JOBS – BETTER CARE“, so heißt ein großes Forschungs- und Interventionsprogramm, das in den USA durchgeführt wurde. Dieser Titel verdeutlicht, welche Bedeutung man dem Wohlergehen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort beimisst.

Moos & Schaefer konzeptualisieren die Arbeitsumwelt als aus vier Domänen zusammengesetzt und klassifizieren die relevanten Umweltvariablen in folgender Weise:

- physische und architektonische Faktoren
- organisatorische Struktur und Betriebspolitik
- suprapersonale Faktoren (die Gesamtcharakteristika der Individuen eines Settings) und
- das soziale Klima.

Für Moos & Schaefer (1987) handelt es sich bei Krankenhäusern und ähnlichen Institutionen um (offene) Systeme, bei denen viele verschiedene Variablen interagieren. Abbildung 2 zeigt die wechselseitige Beeinflussung dieser Domänen und macht deutlich, dass Veränderungen in einer Domäne direkte oder indirekte Auswirkungen auf die anderen haben.

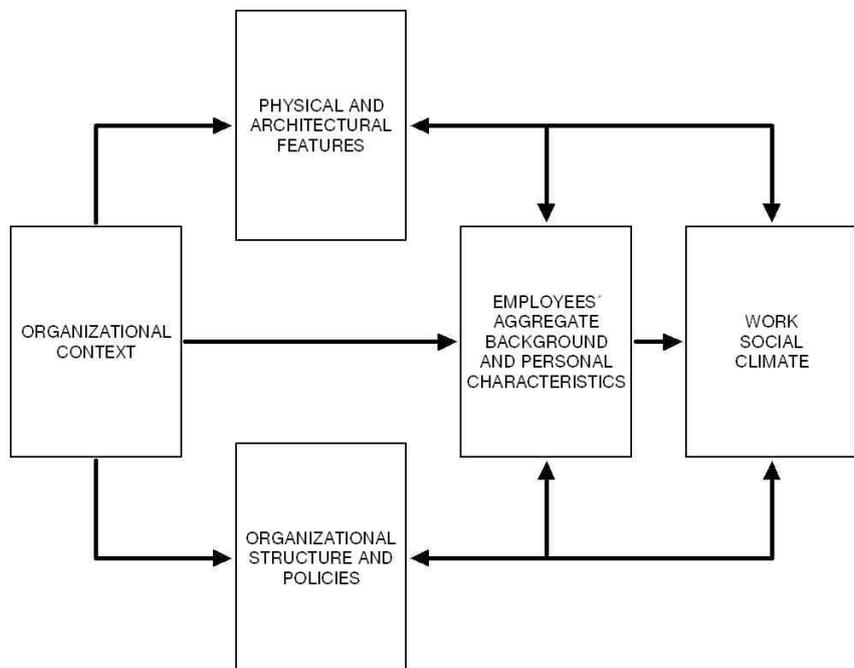


Abb. 2: Modell der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Domänen. Nach Moos & Schäfer (1987), S. 105

So kann die physische Umwelt das soziale Klima direkt verändern (indem z. B. ein Gemeinschaftsraum angeboten wird, der die Kohäsion fördern kann) oder indirekt zur Veränderung organisatorischer Faktoren führen (z. B. größere räumliche Distanz zwischen verschiedenen Behandlungseinheiten kann Pflegekräfte zu Flexibilität und Autonomie ermuntern). Jeder dieser Prozesse ist reziprok.

Diese sozioökologische Perspektive scheint geeignet zu sein, sich den konzeptuellen Faktoren der Arbeitsumwelt in Altenpflegeheimen

zu nähern und Ergebnisse aus unterschiedlichen Disziplinen integrieren zu können. Sie berücksichtigt physische und soziale Aspekte der Umwelt „Altenpflegeheim“ und deren Effekte. Ein weiterer Vorteil des Ansatzes besteht darin, dass die physischen und architektonischen Faktoren der Arbeitsumwelt und deren Wechselwirkung mit der sozialen und organisatorischen Struktur explizit berücksichtigt werden.

Dieser Ansatz liegt einem laufenden Interventionsprojekt der Demenz Support zugrunde, das im zweiten Teil dieser Ausgabe eingehender vorgestellt wird.

Martina Seiler

09 BURNOUT

Wenn heute in der Fachdiskussion wie auch den allgemeinen Medien über arbeitsbezogene psychische Belastungen debattiert wird, ist ein Begriff allgegenwärtig: Burnout. So hat etwa die Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* eines ihrer neueren Themenhefte ganz dem Phänomen gewidmet. Gleiches gilt für *SPIEGEL WISSEN*, wo Burnout zum „Volksleiden der vernetzten, beschleunigten Welt“ avanciert. An dieser Stelle kann und soll kein vollständiger Überblick über die ausufernde Burnout-Forschung geboten werden. Stattdessen stellen wir einen knappen Abriss zum Konzept und dessen Entwicklung vor und stellen ein aktuelles Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in seinen Grundzügen vor. Es bildet einen fachlichen State of the Art ab, der als Grundlage jeder Auseinandersetzung mit arbeitsbedingten psychischen Entlastungen als hilfreich erscheint.

1. DIE WISSENSCHAFTLICHE AUSEINANDERSETZUNG UM BURNOUT

KONZEPT/ENTWICKLUNG. In den Fokus der Forschung rückt das Phänomen in den siebziger Jahren. US-amerikanische Wissenschaftler beschreiben eine durch die berufliche Tätigkeit hervorgerufene emotionale Erschöpfung bei Klienten aus dem psychosozialen Berufsfeld. Den ersten wissenschaftlichen Artikel über Burnout veröffentlicht der US-amerikanische Psychoanalytiker HERBERT FREUDENBERGER im Jahr 1974. Kurz darauf erscheint ein demselben Phänomen gewidmeter Beitrag der Sozialpsychologin CHRISTINA MASLACH (1976).

Heute kann das Konzept auf eine rasante Karriere zurückblicken. Den Bereich seiner ursprünglichen Verortung hat es längst überschritten. Zwar wird das Phänomen nach wie vor im Kontext beruflicher Belastungen und Überbeanspruchungen diskutiert, doch hat man Burnout mittlerweile in allen erdenklichen gesellschaftlichen Bereichen und Lebenssituationen entdeckt (vgl. als Beleg das erwähnte Heft von *SPIEGEL WISSEN*). Mit einer derartigen

Ausweitung geht dem Konzept jedoch seine analytische Schärfe verloren.

Hinzu kommt, dass wir es beim Burnout nicht mit einer Krankheit mit klar definierten Symptomen und Ursachen zu tun haben. In der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD, derzeitige Fassung ICD-10) ist Burnout nicht explizit als Diagnose ausgewiesen, obwohl das Phänomen dort als „Ausgebranntsein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 erfasst ist. Burnout ist also nicht als eigenständige Erkrankung eingestuft. Das bedeutet, dass eine Krankschreibung und/oder weitere Behandlungen aufgrund des alleinigen Vorliegens einer Burnout-Symptomatik nicht möglich ist.

SYMPTOMATOLOGIE UND DEFINITION(EN). Die Symptomatologie des Burnout-Syndroms erweist sich mithin als äußerst uneinheitlich. In der Literatur werden sehr heterogene Symptome genannt, die sich auf verschiedene Ebenen beziehen (körperliche, psycho-physiologische, emotionale, kognitive, individuelle und soziale Maße) und das Dilemma des theoretischen Konstrukts verdeutlichen, das sich auch in den unterschiedlichen Definitionsversuchen widerspiegelt. Weit verbreitet ist die DEFINITION von PINES, ARONSON & KAFRY (1985): „Überdruß und Ausbrennen sind Zustände körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung. Die Betroffenen fühlen sich verausgabt, hilflos, hoffnungslos und emotional erschöpft. Sie entwickeln negative Einstellungen zu sich selbst, zu ihrem Beruf, zu anderen Menschen und zum Leben ganz allgemein“ (S. 25).

Die gerade im Bereich Pflege äußerst einflußreichen Arbeiten von CHRISTINA MASLACH und SUSAN E. JACKSON betrachten Burnout als SYNDROM AUS EMOTIONALER ERSCHÖPFUNG, DEPERSONALISIERUNG UND REDUZierter LEISTUNGSFÄHIGKEIT, das insbesondere bei Personen auftreten kann, die mit Menschen arbeiten. Unter emotionaler Erschöpfung wird das Gefühl verstanden, ausgelaugt und überbeansprucht zu sein, das durch den Kontakt mit anderen Menschen zustande kommt. Depersonalisierung meint eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion den Klienten/Patienten gegenüber. Und die reduzierte Leistungsfähigkeit bezieht sich auf das Gefühl zunehmenden Kompetenzverlustes. Enzmann & Kleiber (1989) verstehen unter Burnout eine „spezifische Reaktion auf Fehlbeanspruchungen in psychosozialer Praxis bzw. eine spezifische Reaktion auf stresshafte, emotional beanspruchende Arbeit mit anderen Menschen“ (S. 37). Auch sie verstehen darunter ein Syndrom von Befindlichkeitsbeeinträchtigungen, das sich in den drei genannten Aspekten von Maslach & Jackson (1981) äußert.

Auf den Punkt gebracht handelt es sich beim Burnout aus Sicht der Experten mithin um eine körperliche, emotionale und geistige

Erschöpfung in Folge beruflicher Überlastung, die zumeist durch nicht bewältigten Stress ausgelöst wird.

2. ZUM DERZEITIGEN DISKUSSIONS- BZW. ERKENNTNISSTAND: POSITIONSPAPIER DER DGPPN

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat Anfang März 2012 ein Positionspapier vorgelegt, das sich ausführlich mit dem Erkenntnisstand zum Phänomen Burnout aus fachlicher Sicht auseinandersetzt und eine Bewertung des umstrittenen Begriffs vornimmt. Vor dem Hintergrund der eigenen ausführlichen Sichtungen schätzen wir das Papier als tragfähige Grundlage für weitere Auseinandersetzungen und Forschungen auch im Bereich Pflege ein. Außerdem stellt es einen produktiven Ausgangspunkt für die weiterführende Diskussion bereit. Aus diesem Grund wird seiner Darstellung ein entsprechend breiter Raum eingeräumt.

POSITIONEN. Das Positionspapier hebt insbesondere auf drei Aspekte der Debatte um das Phänomen Burnout ab: (1) die begriffliche Verwässerung in der öffentlichen wie auch der fachlichen Auseinandersetzung; (2) die Frage nach den Konsequenzen der öffentlichen Wahrnehmung von Burnout im ausufernden Sinn eines Modebegriffs und schließlich (3) die Frage nach der Zuständigkeit in Bezug auf Bekämpfung und Vermeidung von Burnout.

(1) BEGRIFF

Wie das Papier unter Veweis auf die bereits erwähnten Setzungen der ICD-10 verweist ist nicht jede Krise oder Erkrankung, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung auftritt, als Burnout zu verstehen.

(2) BEEINFLUSSUNG DER ÖFFENTLICHEN WAHRNEHMUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN DURCH DEN MEDIENHYPE UM DAS PHÄNOMEN BURNOUT

Aus Sicht der DGPPN führen die medienöffentlichen Auseinandersetzungen zu einer sozialen Akzeptanz von Burnout. Gleichzeitig halten sie jedoch die gesellschaftlichen Vorbehalte und Abwertungen gegenüber psychischen Erkrankungen wie etwa Depressionen aufrecht. Aus Sicht der DGPPN wird Burnout sozial breit akzeptiert, weil die medialen Darstellungen das Phänomen zu einer „Erkrankung der Leistungsträger und ‚Starken‘“ stilisieren – hiervon zeugen die zahlreichen Coming-Outs von Personen aus den Reihen der Medienprominenz. Dem steht eine Positionierung des Begriffs Depression gegenüber, der mit einer „Erkrankung der (anlagebedingt) ‚Schwachen‘ ver-

knüpft“ werde (DGPPN 2012, 1).

(3) ZUSTÄNDIGKEITEN

Klare Worte findet das Papier auch in Sachen Zuständigkeiten. Es weist die Erwartung an das Gesundheitssystem als falsch zurück, Burnout-Beschwerden und deren gesamtgesellschaftliche Folgen wie etwa den Anstieg psychisch bedingter Krankheitstage und Frühberentungen vorzubeugen und zu beheben. Die DGPPN sieht vielmehr die Sozialpartner und die Politik in der Pflicht, um „der postulierten Überforderung einer steigenden Zahl von Berufstätigen mit negativen Konsequenzen für ihre psychische Gesundheit entgegenzuwirken“ (S.2). Diese „postulierte Überforderung“ auf Seiten der Berufstätigen wird wenige Wochen später durch die DGB-Studie zu „Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung“ aus Sicht der Betroffenen empirisch erhärtet (zu den Hauptergebnissen vgl. die Einleitung zu Teil I).

DIFFERENZIERUNG. Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Papiers besteht in dem Versuch, die im Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Übereinstimmung mit der ICD 10 zu differenzieren. Für die DGPPN greift eine isolierte Betrachtung des Burnout-Beschwerdebilds zu kurz. Zu berücksichtigen sind stattdessen die „dynamischen Zusammenhänge arbeitsplatzbezogener und individueller Auslöserbedingungen mit eventuellen, gegebenenfalls bestehenden Krankheiten“ (S. 4).

Hier unterscheidet das Papier im Zusammenhang mit Burnout vier zentrale Momente:

(1) EINE VORÜBERGEHENDE ARBEITSÜBERFORDERUNG

Außerhalb des Gewöhnlichen liegende Anforderungen im Arbeitsleben können gesundheitliche Folgen wie etwa vegetative Stress-Symptome (Angespanntheit, verminderte Schlaffähigkeit oder ein Erschöpfungsgefühl) nach sich ziehen. Sind diese zeitlich begrenzt und bilden sich in kurzen Erholungsphasen zurück, so sollte nicht von Burnout gesprochen werden. Es handelt sich um im Arbeitsleben routinemäßig vorkommende Belastungen, die nicht in die Nähe von Krankheitszuständen gerückt werden sollten.

(2) BURNOUT ALS LÄNGERFRISTIGE ARBEITSÜBERFORDERUNG

Bei einem über Wochen oder Monate anhaltenden Zustand, in dessen Rahmen kurze Erholungsphasen (etwa an den Wochenenden) die Erschöpfung nicht zurück-

gehen lassen und die vegetative Symptomatik, gefühlte Leistungsminderung und fehlende kritische Distanz zur Arbeit anhalten, sollte von einem Burnout gesprochen werden (S. 4). Das Papier verweist darauf, dass sich hinter einer subjektiv erlebten Arbeitsüberforderung ein breites Ursachenspektrum verbergen kann. Hier unterscheidet das Papier zwischen

- a) arbeitsplatzbezogenen Faktoren wie etwa einem real unbewältigbaren Anfall von Arbeit, mangelnder Anerkennung durch Vorgesetzte und/oder einer fehlenden Abgrenzung zum Privatleben und
- b) individuellen Faktoren wie etwa stark überhöhten Ansprüchen, mangelnden Erholungsphasen, Perfektionismus oder mangelnder Qualifikation.

Laut Papier beabsichtigt die WHO auch in der in Vorbereitung befindlichen ICD-11 am bisherigen Vorgehen festzuhalten. Das bedeutet, dass erstens auch künftig „die vielfältigen Burnout-Beschwerden keiner einheitlichen Diagnose bzw. Krankheit“ zugeordnet und somit auch keine neue Krankheitsdiagnose eingeführt werden wird (S. 5). Zweitens wird in der ICD-11 voraussichtlich die Empfehlung ausgesprochen, „die Kennzeichnung von Burnout als Anlass zur Kontaktaufnahme mit Gesundheitsdiensten fortzuführen“. Dieser Strategie stimmt die DGPPN als „konsequent und sinnvoll“ zu.

(3) BURNOUT-BESCHWERDEN ALS AUSLÖSER PSYCHISCHER ODER SOMATISCHER ERKRANKUNGEN

Bei längerfristigen Arbeitsüberforderungen können von der ICD anerkannte Erkrankungen wie Depression, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, chronisches Schmerzsyndrom, Tinnitus oder chronische Infektionskrankheiten auftreten. Die vom Papier hierzu formulierten Empfehlungen betreffen die ärztliche und fachärztliche Dokumentationspraxis (systematische Zusatz-Codierung der Z-Ziffern). Diese lassen sich so verstehen, dass arbeitsbedingte Belastungen als krankheitsauslösender Faktor in der ärztlichen Praxis bislang nicht hinreichend Beachtung finden.

(4) KRANKHEIT ALS URSACHE BURNOUT-ÄHNLICHER BESCHWERDEN

Einen völlig anderen Sachverhalt bilden burnout-ähnliche Beschwerden, wenn hinter diesen die Früh-Symptomatik einer sich herausbildenden spezifischen Erkrankung steht. Als typische Beispiele benennt das Papier Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Schilddrüsenerkrankungen, eine beginnende Demenz, Psychosen, Depressionen, chronische

Insomnie, chronische Schmerzsyndrome, Infektionskrankheiten, Krebs oder andere Tumorerkrankungen. Hieraus ergibt sich die Forderung, dass vor der Feststellung eines Burnout (und der Z 73 Zusatzcodierung) eine genaue medizinische Diagnostik erfolgen müsse (S. 6).

ERKLÄRUNGSANSÄTZE. Mit Blick auf Erklärungsansätze verweist die DGPPN explizit auf das bio-psychoziale Krankheitsmodell und unterscheidet zwischen drei möglichen, unterschiedlichen BEDINGUNGSFAKTOREN:

1. biologische Risikokonstellationen;
2. (individual-) psychologische Bedingungsfaktoren;
3. arbeitsplatzbezogene Bedingungen sowie
4. gesellschaftliche Bedingungen.

Bezüglich der biologischen Risikofaktoren befindet man sich derzeit noch im Stadium von Vermutungen. Die Erwähnung wird durch das Argument gerechtfertigt, dass solche Prädispositionen bei Depressionen bestens belegt seien. Zu den (individual-) psychologischen Bedingungsfaktoren ergeht der Verweis auf eine begrenzte empirische Evidenz (*Hinweise auf Burisch 2010; Hillert & Marwitz 2006, zitiert nach DGPPN 2012,8*). Mit Bezugnahme zum Thema Burnout in der Pflege mag die hierfür angeführte Argumentation (überhöhte Bedeutung des Berufs in Bezug auf Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung) nicht recht überzeugen. Im Kontext der Auseinandersetzung mit arbeitsplatzbezogenen Bedingungsfaktoren ist der Hinweis auf die aktuell diskutierten permanenten Veränderungen und Neuanforderungen in der Arbeitswelt interessant, mit denen Werktätige heutzutage konfrontiert sind. Das Papier verweist auf die lange Reihe der von Arbeits- und Organisationspsychologen aufgelisteten Risikofaktoren: eingeschränkte Tätigkeits- und Handlungsspielräume; ein Übermaß an Verantwortlichkeit; Rollenambiguität; problembeladenes Klientel; mangelnde Transparenz am Arbeitsplatz; mangelndes Feedback; übermäßige Überwachung/Kontrolle und Leistungserwartungen; mangelnde Einflussmöglichkeiten und geringe Aufstiegschancen (*vgl Burisch 2010; Fengler & Sanz 2011, zitiert nach DGPPN 2012,9*). Die übrigen genannten Risikofaktoren, die sich auf den Arbeitsplatz beziehen, weisen mit Ausnahme einer zunehmenden Belastung durch zusätzliche Maßnahmen externer Kontrolle (etwa zu Zwecken der Qualitätssicherung) und ggf. auch dem Argument steigender Anforderungen durch computergestütztes Arbeiten keine wirkliche Passung zu pflegebezogenen Arbeitsplätzen auf. Für die weitere Auseinandersetzung wäre es lohnend, die analytischen Bemühungen zu vertiefen, die sich mit den gesellschaftlichen Bedingungen dieser Entwicklungen auseinandersetzen. Lohnend scheint insbesondere eine genauere Betrachtung der These einer

Ablösung des Gesellschaftsmodus der „Disziplinargesellschaft“ durch das Diktat der Leistungsgesellschaft (unter Verweis auf Ehrenberg 2008 und Han 2010, zitiert nach DGPPN 2012,9).

Ein weiterer wichtiger Hinweis des Papiers betrifft die Existenz einer Vereinbarung der Sozialpartner zum Thema psychosozialer Stress am Arbeitsplatz innerhalb der Europäischen Union. In den meisten EU-Staaten sind inzwischen entsprechende gesetzliche Regelungen zum Schutz vor gesundheitsgefährdendem psychischem Stress getroffen worden. Derartige Regelungen stellen psychische Belastungen medizinischen Risiken durch Umweltfaktoren wie Lärm, Licht, Vibration, Toxine etc. gleich. In der Bundesrepublik wurden entsprechende Regelungen bislang nicht erlassen, so dass lediglich bei einer Minderheit der Betriebe Gefährdungsbeurteilungen auch bezüglich psychischer Stressoren erfolgen (Verweis auf Kamp und Pickhaus 2011, zitiert nach DGPPN 2012,11). Hier bezieht die DGPPN ein weiteres Mal klar Stellung und unterstreicht, dass psychosozialen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt ein deutlich höherer Stellenwert (als bisher) zugestanden werden muss.

Gabriele Kreutzner

LITERATURVERZEICHNIS:

Antrobus, S.; Kitson, A. (1999): Nursing leadership: influencing and shaping health policy and nursing practice. In: Journal of Advanced Nursing 29(3), 746-753.

Austrom, M. G.; Hartwell, C.; Moore, P.; Perkins, A. J.; Damush, T.; Unverzagt, F. W.; Boustani, M.; Hendrie, H. C.; Callahan, C. M. (2006): An integrated model of comprehensive care for people with Alzheimer's disease and their caregivers in a primary care setting. In: Dementia 5(3), 339-352.

Ayalon, L. (2010): The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. In: Aging & Mental Health 14(4), 411-415.

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Marco, K. (2011): Führung und Gesundheit - Fehlzeiten-Report 2011. Berlin: Springer.

Baldelli, M. V.; Fabbo, A.; Costopulos, C.; Carbone, G.; Gatti, R.; Zucchi, P. (2004): Is it possible to reduce job burnout of the health care staff working with demented patients? In: Archives of Gerontology and Geriatrics(Suppl. 9), 51-56.

Berg, A.; Hansson, U. W.; Hallberg, I. R. (1994): Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. In: Journal of Advanced Nursing 20(4), 742-749.

Berger, G.; Zimmer, A. (2004): Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege : Wege zur Stärkung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/innen. Kiel/Heidelberg: Christian-Albrechts-Universität Kiel & DAFA Institut Kiel; Qualifizierung, Personal- und Organisationsentwicklung Heidelberg.

Berger, G. (1999): Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In: Zimmer, A.; Weyerer, Siegfried (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege: Perspektiven für Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe, 138-152.

Bertermann, B. (2008): COMPLIMENT: COMPetence Development and Age Diversity: Länderbericht Deutschland. Dortmund: Institut für Gerontologie. www.complimentproject.org/begood/

file_db.php?id=1

BfA (2011): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit. <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf>
- Download vom 10.5.2012

BGW (2006): Aufbruch Pflege: Moderne Prävention für Altenpflegekräfte - BGW-Pflegereport 2006. Hamburg: BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. <http://www.bgw-online.de>

BGW (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Bödeker, W.; Friedel, H.; Röttger, C.; Schröer, A. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland. Fb 946. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Bödeker, W.; Friedrichs, M. (2011): Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland - Gutachten. In: Kamp, Lothar; Pickshaus, Klaus (Hrsg.): Regelungslücke psychische Belastungen schließen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 69-85.

Böhle, F.; Brater, M.; Maura, A. (1997): Pflege als situatives Handeln. In: Pflege 10(1), 18-22.

Brodsky, H.; Draper, B.; Low, L. F. (2003): Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. In: Journal of Advanced Nursing 44(6), 583-590.

Buchinger, S. (2009): Oasen sind für Pflegekräfte sehr belastend: Untersuchung zu Arbeitsbedingungen. In: Die Schwester Der Pfleger 48(6), 84-86.

Buettner, L. L.; Fitzsimmons, S. (2003): Activity calendars for older adults with dementia: what you see is not what you get. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 18(4), 215-226.

Cohen-Mansfield, J.; Jensen, B. (2006): Do Interventions Bringing Current Self-care Practices Into Greater Correspondence With Those Performed Premorbidly Benefit the Person With Dementia? A Pilot Study. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 21(5), 312-317.

Cohen-Mansfield, J.; Werner, P.; Marx, M. S. (1990): The Spatial Distribution of Agitation in Agitated Nursing Home Residents. In: Environment and Behavior 22(3), 408-419.

Coogle, C. L.; Parham, I. A.; Young, K. A. (2007): Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 22(4), 251-260.

Cubit, K.; Farrell, G.; Robinson, A.; Myhill, M. (2007): A survey of the frequency and impact of Behaviours of Concern in dementia on residential aged care staff. In: Australasian Journal on Ageing 26(2), 64-70.

DBfK (2009): Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? - Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin: DBfK-Bundesverband. http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus____.pdf - Download vom 18.4.2012

DGB (2012): Arbeitshetze - Arbeitsintensivierung - Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage - Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2011. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit GmbH. <http://www.dgb.de/themen/++co++ad39a36c-77e0-11e1-45c7-00188b4dc422> - Download vom 28.3.2012

DGPPN (2012): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. http://www.dgppn.de/file-admin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf - Download vom 8.3.2012

Dewing, J.; Traynor, V. (2005): Admiral nursing competency project: practice development and action research. In: Journal of Clinical Nursing 14(6), 695-703.

Duffy, B.; Oyebode, J. R.; Allen, J. (2009): Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. In: Dementia 8(4), 515-541. Edberg, A. K.; Bird, M.; Richards, D. A.; Woods, R.; Keeley, P.;

Davis-Quarrell, V. (2008): Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. In: Aging & Mental Health 12(2), 236-243.

Edvardsson, D.; Sandman, P. O.; Nay, R.; Karlsson, S. (2009): Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. In: Journal of Nursing Management 17(1), 59-65.

Enzmann, D.; Kleiber, D. (1989): Helfer-Leiden: Streß und Burn-out in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger.
Eurofound (2012): Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/82/en/1/EF1182EN.pdf>
- Download vom 25.5.2012

FfG (Hrsg.) (2004): Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund: FfG Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.; Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.

Freudenberger, H. J. (1974): Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues 30(1), 159-165.

Fuchs, T. (2008): Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen - Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/2008. Berlin: Ver.di. http://www.verdi-news.de/download/dgb-index_altenpflege_end.pdf - Download vom 23.5.2012

Glaser, J.; Lampert, B.; Weigl, M. (2008): Arbeit in der stationären Altenpflege: Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Griener, R.; Brauchle, G. (2010): Die Bedeutung allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen im Kontext beruflicher Belastung, Mitarbeitergesundheit sowie Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Pflegenetz 2010. Hall in Tirol: UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH. http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Peer_Review/Selbstwirksamkeit_Griener_Brauchle.pdf - Download vom 4.4.2012

Gröning, K.; Lietzau, Y. (2010): Gewalt gegen ältere Menschen. In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 361-367.

Gröning, K. (2000): Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Demenzen. In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 83-96.

Gröning, K. (2004): Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Demenzen. In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 83-96.

Haberstroh, J.; Neumeyer, K.; Schmitz, B.; Pantel, J. (2009): Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42(2), 108-116.

Hallberg, I. R.; Welander Hansson, U.; AXELSSON, K. (1993): Satisfaction with nursing care and work during a year of clinical supervision and individualized care. Comparison between two wards for the care of severely demented patients. In: Journal of Nursing Management 1(6), 297-307.

Harris, L.; Wier, M. (1998): Inappropriate Sexual Behavior in Dementia: A Review of the Treatment Literature. In: Sexuality & Disability 16(3), 205-217.

Holmes, T. H.; Rahe, R. H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. In: Journal of Psychosomatic Research 11(2), 213-218. Isfort, M.; Weidner, F.; Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V. H.;

Gehlen, D. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., www.dip.de.

Jenull, B.; Brunner, E. (2009): Macht Altenpflege krank? Eine qualitative Studie zu Arbeitserfahrungen und Gesundheitsverhaltensweisen bei Pflegekräften. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 22(1), 5-10.

Joiko, K.; Schmauder, M.; Wolff, G. (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A45.html> - Download vom 27.2.2012

Kahn, R. L. (1964): Organizational stress. New York: Wiley.

Kamp, L.; Pickshaus, K. (2011): Regelungslücke psychische Belastungen schließen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/p_mbf_regellungsluecke.pdf - Download vom 8.3.2012

Kuske, B.; Luck, T.; Hanns, S.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C.; Behrens, J.; Riedel-Heller, S. G. (2009): Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. In: International Psychogeriatrics 21(2), 295-308.

Kwiatkowski, B. (2010): Auswirkungen bei der Betreuung von in der Alltagskompetenz eingeschränkten Bewohnern auf Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI in Pflegeheimen im Vergleich zu examinierten Pflegefachkräften. In: Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler - German Journal for Young Researchers 2(2), 35-46.

Kwiatkowski, B. (2011): Belastungssituationen bei Betreuungskräften gemäß § 87b SGB XI in der stationären Altenpflege. In: Pflegezeitschrift 64(5), 286-290.

Lazarus, R. S. (1966): Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.): Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern; Stuttgart; Wien: Huber, 213-259.

Lintern, T.; Woods, B.; Phair, L. (2000): Before and After Training: A Case Study of Intervention. In: Journal of Dementia Care(Jan/Feb), 15-17.

Maslach, C. (1976): Burned-out. In: Human Behavior 9, 16-22.

Maslach, C.; Jackson, S. E. (1981): The measurement of experienced burnout. In: Journal of Organizational Behavior 2(2), 99-113.

McCabe, M. P.; Davison, T. E.; George, K. (2007): Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. In: Aging & Mental Health 11(5), 505-519.

McCormack, B.; Garbett, R. (2003): The characteristics, qualities and skills of practice developers. In: Journal of Clinical Nursing 12(3), 317-325.

MDS (Hrsg.) (2009): Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).

Metz, A.-M.; Kunze, D.; Hamann, L.; Gehltomholt, E.; Urbach, T. (2009): Demografischer Wandel in der Pflege - Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften - Machbarkeitsstudie. Potsdam: Kompetenzzentrum Mensch, Gesundheit, Arbeit e. V. http://www.komega.de/files/02_abschlussbericht_mbs_pflege.pdf - Download vom 14.3.2012

Middleton, J. I.; Stewart, N. J.; Richardson, J. S. (1999): Care-giver distress. Related to disruptive behaviors on special care units versus traditional long-term care units. In: Journal of Gerontological Nursing 25(3), 11-19.

Moos, R. H.; Schaefer, J. A. (1987): Evaluating Health Care Work Settings: A Holistic Conceptual Framework. In: Psychology and Health 1, 97-122.

Moos, R. H. (1974): Evaluating treatment environments: A social ecological approach. New York: Wiley.

Moos, R. H. (1974): The social climate scales: An overview. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Morgan, D. G.; Stewart, N. J.; D'Arcy, C.; Cammer, A. L. (2005): Creating and sustaining dementia special care units in rural nursing homes: the critical role of nursing leadership. In: Nursing Leadership 18(2), 74-99.

Morgan, D. G.; Stewart, N. J.; D'Arcy, C.; Forbes, D.; Lawson, J. (2005): Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12(3), 347-358.

Moyle, W.; Hsu, M. C.; Lieff, S.; Vernooij-Dassen, M. (2010): Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. In: International Psychogeriatrics 22(7), 1097-1106.

Müller-Hergl, C. (2003): Focus on the change agent. In: Journal of Dementia Care 11(6), 8-10.

Müller-Hergl, C. (2000): Personen - Programme - Prozeduren: Perspektiven einer Weiterbildung für Demenzpflege und Gerontopsychiatrie im Praxisverbund. In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 117-134.

Newerla, A. (2012b): Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Münster: Lit Verlag. Im Druck.

Newerla, A. (2012a): Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege. Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz - eine empirische Studie. Kurzfassung der Dissertation. Marburg: Philipps-Universität - unveröffentlichtes Manuskript.

Nolting, H. D.; Genz, H. O.; Kordt, M. (2001): BGW-DAK Stress-

Monitoring 2001. Hamburg: BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; DAK Gesundheitsmanagement. <http://www.vkm-baden.de/infothek/stress.pdf> - Download vom 21.5.2012

Örülv, L.; Nikku, N. (2007): Dignity work in dementia care: Sketching a microethical analysis. In: *Dementia* 6(4), 507-525.

Palm, R.; Schmidt, S.; Bartholomeyczik, S. (2007): Work-Family-Conflict bei Pflegenden im Krankenhaus: Sekundäranalyse einer Teilstichprobe aus dem Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“. In: *PrinterNet* 9(5), 314-320.

Pines, A. M.; Aronson, E.; Kafry, D. (1985): Ausgebrannt - vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rodney, V. (2000): Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. In: *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 172-180.

Rosa, E.; Lussignoli, G.; Sabbatini, F.; Chiappa, A.; Di, C. S.; Lamanna, L.; Surrente, B.; Zanetti, O. (2008): The immigrant paid caregivers' role in the care of patients with severe dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(3), 331-333.

Roth, G. (2007): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: *Berliner Journal für Soziologie* 17(1), 77-96.

Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In: *Pflege & Gesellschaft* 13(4), 293-305.

Schäufele, M.; Lode, S.; Hendlmeier, I.; Köhler, L.; Weyerer, S. (2008): Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, S. G.; Palm, R.; Dichter, M.; Hasselhorn, H. M. (2011): Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen. In: *Pflege* 24(2), 85-95.

Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Berlin/München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; TNS Infratest Sozialforschung; Abteilung für Psychologische Altersfor-

schung, Universität Heidelberg; Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.) (2012): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart: Kohlhammer.

Seidl, E. (2004): Advanced Nursing Practice. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2004(3), 20-23.

Shinan-Altman, S.; Cohen, M. (2009): Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. In: The Gerontologist 49(5), 674-684.

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H. M.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Wuppertal: Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de> - Download vom 8.12.2011

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009 - Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover: Fachhochschule Hannover. <http://www.deutscher-pflegerat.de/> - Download vom 24.5.2012
Simon, M.; Kümmerling, A.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H. M.;

Müller, B. H. (2005): Keine Frage des Geschlechts: Konflikte zwischen Arbeit und Familie in der Pflege. In: Pflegezeitschrift 58, 498-501.

Sloane, P. D.; Miller, L. L.; Mitchell, C. M.; Rader, J.; Swafford, K.; Hiatt, S. O. (2007): Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement? In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 22(5), 369-377.

Sormunen, S.; Topo, P.; Eloniemi-Sulkava, U.; Raikkonen, O.; Sarvimaki, A. (2007): Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. In: Aging & Mental Health 11(3), 246-255.

Stordeur, S.; D'hoore, W.; van der Heijden, B.; Di Bisceglie, M.; Laine, M.; van der Schoot, E.; Next-Studiengruppe. (2005): Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Berufsaustieg bei Pflegepersonal. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 30-48.

te Boekhorst, S.; Willemse, B.; Depla, M. F.; Eefsting, J. A.; Pot, A. M. (2008): Working in group living homes for older people

with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. In: *International Psychogeriatrics* 20(5), 927-940.

Testad, I.; Mikkelsen, A.; Ballard, C.; Aarsland, D. (2010):

Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(8), 789-797.

Testad, I.; Auer, S.; Mittelman, M.; Ballard, C.; Fossey, J.;

Donabauer, Y.; Aarsland, D. (2010): Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(7), 725-731.

Vernooij-Dassen, M. J.; Faber, M. J.; Olde Rikkert, M. G.;

Koopmans, R. T.; van Achterberg, T.; Braat, D. D.; Raas, G. P.; Wollersheim, H. (2009): Dementia care and labour market: The role of job satisfaction. In: *Aging & Mental Health* 13(3), 383-390.

Visser, S. M.; McCabe, M. P.; Hudgson, C.; Buchanan, G.; Davison, T. E.; George, K. (2008):

Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. In: *Aging & Mental Health* 12(1), 47-55.

Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf: Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Ward, R.; Vass, A. A.; Aggerwal, N.; Garfield, C.; Cybyk, B.

(2008): A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. In: *Ageing & Society* 28(5), 629-651.

Weidner, F.; Isfort, M.; Zinn, W.; Messner, T. (2002):

Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer%25202003%2520Online.pdf> - Download vom 19.8.2011

Weidner, F.; Isfort, M.; Messner, T.; Zinn, W. (2003):

Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln/Bermuthshain: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Forschungsgruppe Metrik. <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer%25202003%2520Online.pdf> - Download vom 19.11.2011

Werner, B.; Bauer, M.; Dreßler, T.; Eckl, J.; Geis, L.; Grom, T.; Hengstler, J.; Hug, A.; Heyne-Kühn, M.; Knopp, C.; Mehlig, S.; Trümper, M.; Verwold, A.; Wabnitz, S. (2010): Psychische Belastungen und Beanspruchungen Pflegender in der Schwerstpflege: Mitarbeiterinnen in den Versorgungssettings segregative Wohnbereiche für Demenzkranke in der stationären Altenpflege und in Demenz-Pflegewohngemeinschaften im Vergleich. Auftraggeber: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, gefördert von der Bundesinitiative „Daheim statt Heim“. <http://www.bi-daheim.de/EndberichtNeuStand24-6-10.pdf> - Download vom 3.3.2011

Werner, P.; Heinik, J. (2008): Stigma by association and Alzheimer's disease. In: *Aging & Mental Health* 12(1), 92-99.

Williams, K. N.; Herman, R.; Gajewski, B.; Wilson, K. (2009): Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care. In: *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 24(1), 11-20.

Zimber, A.; Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenpflege : Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. KDA vorgestellt. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Zimmerman, S.; Williams, C. S.; Reed, P. S.; Boustani, M.; Preisser, J. S.; Heck, E.; Sloane, P. D. (2005): Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. In: *The Gerontologist* 45 Spec No 1, 96-105.

Zoutewelle-Morris, S. (2006): Making person-centred care happen: a view from Holland. In: *Journal of Dementia Care* 14(5), 25-28.

AUTORENVERZEICHNIS:

KREUTZNER, GABRIELE

Kultur- und Medienwissenschaftlerin, zuständig für den Bereich Informationstransfer und Öffentlichkeitsarbeit der Demenz Support Stuttgart; gemeinsam mit Beate Radzey verantwortliche Redakteurin von „DeSS orientiert“. Mit dem Thema Demenz ist sie seit den Anfängen der Demenz Support Stuttgart befasst und in diesem Feld auch als Publizistin und Übersetzerin tätig. Außerdem ist sie im geschäftsführenden Vorstand des bundesweiten Netzwerks Aktion Demenz e.V. engagiert.

MÜLLER-HERGL, CHRISTIAN, DIPL.-THEOL., B.PHIL.

Christian Müller-Hergl, renommierter Pflegewissenschaftler, examinierter Krankenpfleger und Diplom-Theologe, arbeitet seit vielen Jahren im Bereich Demenz. Er ist ausgebildeter DCM-Trainer, als solcher strategic lead der DCM-Ausbildung in Deutschland und verfügt über langjährige Erfahrung im Bereich der gerontopsychiatrischen Fort- und Weiterbildung. Christian Müller-Hergl ist hauptberuflich als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Dialog- und Transferzentrum Demenz der Universität Witten tätig.

DR. SEILER, MARTINA

Der Arbeitsschwerpunkt der promovierten Diplom-Psychologin und erfahrenen Sozialforscherin liegt auf der Beziehung zwischen Mensch und gebauter bzw. gestalteter Umwelt. Auf ihrem Hintergrund in der Ökopsychologie aufbauend verfügt sie über langjährige Erfahrung im Themenbereich Senioren, Geriatrie/Gerontologie und Altersversorgung. Bei Demenz Support Stuttgart verstärkt Martina Seiler das Team des Modellprojekts DemOS, in dessen Rahmen sie für die Evaluation verantwortlich zeichnet.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Demenz Support Stuttgart gGmbH
Zentrum für Informationstransfer
Hölderlinstraße 4
D 70174 Stuttgart

REDAKTION

Beate Radzey & Gabriele Kreutzner
unter Mitarbeit von Ulrike Fischer

Tel: 0711 / 99 787 10

Fax: 0711 / 99 787 29

Mail: info@demenz-support.de

Web: www.demenz-support.de

ISSN 1863-6136

LAYOUT UND SATZ

Ina Woelk

© 2012 Demenz Support Stuttgart gGmbH,
Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.