



Was löst Unterversorgung bei den Mitarbeitenden im Pflegedienst aus? - ein moralisches und berufspolitisches Dilemma

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

- **Was verursacht Ihnen Stress in der täglichen Praxis?**

- **Bitte nehmen Sie sich eine Karte mit einer Frage!** Gehen Sie umher, suchen Sie sich eine Person, **lesen Sie die Frage vor, geben Sie Ihre Antwort!**
- **Die andere Person liest Ihre Frage** auf Karte vor und gibt Ihnen eine Antwort!
- Tauschen Sie die Karten, **suchen Sie sich neuen Gesprächspartner!**
- Usw. in mehreren Runden!
- **Bis ich Stopp sage!**
- **Danach:** Sammeln wir die Ergebnisse!

- Wenig umfassend untersucht
- Physische Belastungen, u.a. auch wegen weniger o. nicht angemessener Hilfsmittel
- Hohe emotionale Belastung wegen direkter u. intensiver Kontakte
- Belastungen durch ungünstige Arbeitsorganisation
- Arbeitsverdichtung
- Ökonomisierungstendenz als Belastung (Kunden*innenakquise, Tourenplanung)
- Teilzeitbeschäftigung; ggf. weitere Beschäftigung erforderlich
- Erwartungshaltung u. Qualitätsansprüche d. Angehörigen, Pflegebedürftigen
- Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten*innen

(Bischoff 2017)

- **Ergebnisse** aus qualitativer Untersuchung von Bischoff 2017 in Region Oldenburg/Bremen:
 - Mehrbedarf pflegerischer Versorgung erkennen, aber wegen organisatorischer Vorgaben u. Nicht-Finanzierung nicht durchführen können
 - Diskrepanz zwischen pflegerischem Bedarf u. pflegerischen Leistungen, die finanziert werden
 - Unterversorgung erkennen u. nicht beheben können
 - Einschränkung des Handlungsrahmens professioneller Pflege wegen Finanzierung der Leistungen
 - Abhängigkeit von Bescheiden der Kostenträger
 - Tourenplanungen, die von ökonomischen Zwängen abhängen

- **Ergebnisse** aus qualitativer Untersuchung von Bischoff 2017 in Region Oldenburg/Bremen:
 - Zeitaufwand für Versordnungen/Rezeptierungen, Wohlwollen der verordnenden Ärzte*innen abhängig
 - Pflegerische Expertise von niedergelassenen Ärzten*innen oft nicht anerkannt
 - Organisation der Versorgungszeiten mit hoher Arbeitsdichte u. engen Zeitkorridoren
 - Fortwährende Anhebung des Arbeitstempos
 - Hohe Zeittaktung entspricht nicht Bedürfnissen d. Kunden*innen nach Gesprächen o. erforderliche Zeit, die ein/e Kunde*in benötigte (aber nicht gegeben werden kann) (Zeit einhalten müssen)

Was ist moralisches Stressempfinden?

- Pflegefachperson weiß, was sie fachlich zu tun hätte, wird aber aufgrund der Rahmenbedingungen davon abgehalten, diese Maßnahmen/Interventionen/Prozesse durchzuführen
- Eine Person erkennt, moralische Verpflichtung, beurteilt Kontext, in dem etwas durchgeführt werden soll und entscheidet sich, aufgrund der umgebenden Zwänge, diese nicht durchzuführen
- In der Folge verspürt die Person, dass sie moralisch nicht richtig gehandelt hat
- Verstoß gegen berufliche Integrität



Konsequenzen

Was ist moralisches Stressempfinden?

- **Konsequenzen u.a.:** Frustration, Traurigkeit, Wut, Ärger, Rachegefühle, Schuldgefühle, Unsicherheitsgefühle, körperliche Symptome (hoher RR, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit etc. (Badolamenti et al. 2017)
- Gefühl der Machtlosigkeit
- Qualität der Pflege verschlechtert sich
- Patienten*innensicherheit verschlechtert sich
- Arbeitszufriedenheit erhöht sich
- Burnout-Gefahr steigt
- Ggf. werden Bedarfe pflegerischer Versorgung ignoriert (Badolamenti et al. 2017)

Was verursacht moralisches Stressempfinden?

- Hoher Workload
- Bei nicht ausreichendem Schlüssel, hoher Arbeitsdichte werden pflegerische Aufgaben nicht mehr durchgeführt
- **z.B.:** psychosoziale Versorgung, Planung u. Dokumentation, Gespräche, Anleitung, Beratung

(Ausserhofer 2014)

- Gratifikationskrisen
- Moralisches Stressempfinden
- Problematische Arbeitsorganisation

Was verursacht moralisches Stress-empfinden?

- Hoher Workload
- Problematische Arbeitsorganisation
- Höhere Gefahr Gratifikationskrisen
- Pflegeberuf als Sackgasse – fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Konkurrenzdenken u. Ängste
- Geistige Unterforderung
- Geringe Partizipation in Entscheidungen
- Geringe Autonomie
- Rollenkonflikte & moralisches Stressempfinden
- Höhere Wechselbereitschaft bei unter 35-jährigen (Zimmer 2011; Siegrist 2011; Faller & Reinboth 2011; iga Report 17)

- **Erlebte Belastungen** im Kontext, dass im Pflegeethos zentralen, aber unsichtbaren Anteile guter Pflegepraxis nicht unterstützt, sondern behindert werden, in der Organisation keine Anerkennung finden und in der Dokumentation keinen Platz haben (Senghaas-Knobloch 2014:28)
- **unsichtbare Aufgaben z.B.:**
 - Gewährleistungs- u. Vermittlungsaufgaben für andere Funktionsgruppen (z.B. Röntgenbilder für Ärzte holen, Laborgänge etc.)
 - gute Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden u. Pat.
 - Emotionsarbeit

Welche Folgen haben diese Bedingungen?

„Wenn die Zeit- und Effizienzvorgaben am industriellen Verrichtungsprinzip orientiert sind und wenig mit dem berufsspezifisch gebotenen Personenbezug zu tun haben, stehen viele Pflegekräfte in einem alltäglichen Stressfeld, das sie krank machen kann, besonderes durch Erschöpfungserkrankungen. Aber nicht nur hohe Krankenzahlen können die Folge sein, auch das Ethos guter Pflege ist gefährdet.“ (Senghaas-Knobloch 2014:29)

- Bei Rationierung d. Personals und nicht angemessenen Pat.-Personalschlüssel werden bestimmte pflegerische Maßnahmen nicht mehr durchgeführt
- Politik, Betreiber, Kassen, Gesellschaft möchten qualitativ hochwertige Pflege, aber nicht mit entsprechenden Rahmenbedingungen unterstützen

Welche Folgen haben diese Bedingungen?

- **Bsp. Altenpflegerin:** 32 ältere Menschen, 3 Pflegekräfte im Frühdienst, jeder musste jeden Tag geduscht werden in einem Zeitraum von 2 Stunden mit wenig Zeit u. angemessener Partizipation
- gute Pflege gefährdet in Situationen, in denen Pflegendе kaum Raum für professionelle Handlungsweisen haben
- *„Wer sich inhumanen Organisationsbedingungen ausgesetzt sieht, wird unter Umständen hart gegenüber dem Gegenstand seiner Arbeit, auch wenn es Menschen sind.“ (Senghaas-Knobloch 2014:31)*

Anforderungs-Kontroll-Modell (n. Karasek & Theorell 1990)



■ Abb. 28.1 Job-Strain-Modell. (Nach Karasek & Theorell, 1990; © Perseus Books Group, Basic Books 1990)

Welche Lösungen benötigen wir? Was kann getan werden?

Was kann getan werden?

Aus der Ärzte-Onlinezeitung vom 01.05.2018

Leitartikel „Die Hilfe für die Pflege braucht Hilfe“

- *„Bleibt ein letzter Funken Hoffnung: Gibt es – jenseits monetärer Anreize – noch eine intrinsische Motivation, als Teilzeitkraft mehr zu arbeiten oder gar in den Beruf zurückzukehren?“*
- *„Diese Frage richtet sich an Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Führungskräfte in der Pflege – politisch kann sie kaum beantwortet werden . Falscher Ansatz – Überforderung der Ressourcen.“*

Warum ist dieser Ansatz falsch?

Aus welchen Gründen muss dieser Ansatz kritisch reflektiert werden?

- Pflegerische Berufe sind hochgradig intrinsisch motivierte Berufe
- Hohes Berufsethos
- Moralisches Stressempfinden entwickelt sich bei Pflegekräften
- Zusammenhang zwischen ethischem Klima i.d. Einrichtung, Unterstützung von Organisationen f. Pflegekräfte u. Zufriedenheit bzw. Bereitschaft zu gehen (Hashisch 2017)
- Skizzierten Rahmenbedingungen führen zum „Verbrauch der Ressourcen“
- **D.h.:** es ist erforderlich, an diversen Stellen Lösungen zu entwickeln, um Ressourcen zu unterstützen, fördern
- **Im Grunde:** Verhältnisprävention, Organisationsentwicklung

Wie kann BGM & BGF für ambulante Pflege gestaltet werden, um moralisches Stressempfinden zu vermeiden?

Gesundheitsförderung & Prävention – BGM & BGF für Pflegeberufe

Mögliche Maßnahmen – Ansatzpunkte:

- a) Beseitigung/Verringerung von Belastungen
- b) Verfügbare Ressourcen ausbauen

Durch:

- *Organisationale Ressourcen*: Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum, Partizipationsmöglichkeiten
- *Soziale Ressourcen*: Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner, andere Personen
- *Personale Ressourcen*: Gesundheitsbewusstsein, Selbstmanagementfähigkeit, Konfliktfähigkeit, günstige Bewältigungsstile

(Zimmer 2011:309f)

Gesundheitsförderung & Prävention – BGM & BGF für Pflegeberufe

In Langzeitpflege folgende Möglichkeiten:

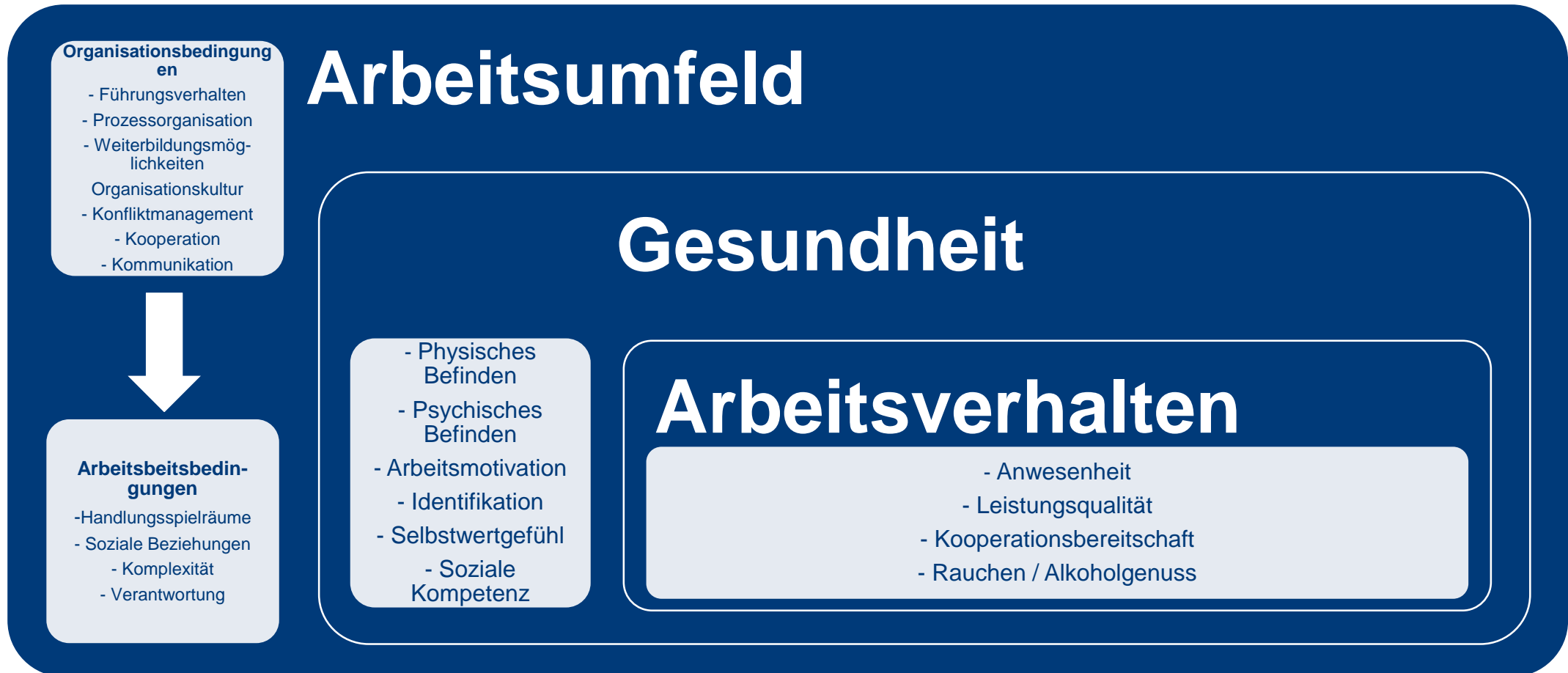
- *Arbeitsbedingungen* verändern durch Dienstregelungen und entsprechende Absprachen, transparente Kommunikationsregelungen...
- *Unterstützung der MA* im Umgang mit Anforderungen u. Belastungen
- *Möglichkeiten*, Fähigkeiten u. Kompetenzen einsetzen zu können, erweiterte Tätigkeitsspielräume ermöglichen; lernförderliche Arbeitsgestaltung (Autonomie, Selbstgestaltung)
- *Institutionelle Ressourcen*: Einsatz von Hilfsmitteln, Einfluss der MA auf Arbeitsabläufe, soziale Unterstützung durch das Team
- *Individuelle Ressourcen*: berufliche Handlungskompetenzen erweitern bspw. durch Qualifizierungsmaßnahmen

(Zimmer 2011)

- Systematische Personalentwicklung (z.B. Qualifikations-, Kompetenzentwicklung)
- Alternative Arbeitszeitmodelle
- **BGM mit Themen:** Work-Family-Balance, Work-Life-Balance
- Maßnahmen der Organisationsentwicklung (Dienstplangestaltung, Arbeitspausen, Arbeitszeiten)
- Mitarbeiter/innen an Entscheidungsprozessen partizipieren
- Ursachen & Gründe von Präsentismus, Absentismus erkunden u. Maßnahmen einleiten
- Age-Management in den Pflegeberufen
- Demografiemanagement
- Professionalisierung Führungsebene (z.B. Leadershipstile u.wm.)

- Befragungen zeigen, dass Mitarbeiter BGM als wertschätzend empfinden, wenn sie an Ausgestaltung konkreter Maßnahmen beteiligt werden,
 - Orientierung an Mitarbeiterinteressen stattfindet
 - Betriebliche Interessen als hilfreich u. nicht als Druck empfunden werden
- (Fuchs-Frohnhofen & Bessing 2012)
- Führungsstile Einfluss auf Patientenoutcomes in Langzeitpflege
 - Empowerment, bessere Arbeitsbedingungen, positive Arbeitsgruppe, angemessene Kommunikation, Unterstützung, unterstützende Managementstile, Anerkennung etc. Einfluss auf Qualität d. Versorgung
- (André et al. 2013)

- **D.h.** modernes Personalmanagement muss Maßnahmen der BGM u. BF in Unternehmenszielen, Unternehmensentscheidungen und Organisationsprozesse einbinden
 - **Führungskräfte „produzieren“ Gesundheit durch:**
 - Gestaltung von Arbeitsaufgaben (Anforderungen u. Ressourcen müssen ausgeglichen werden)
 - Gestaltung Arbeitsbedingungen (Arbeitsbelastungen anpassen u. Arbeitsorganisation effektiver gestalten)
 - durch Vermittlung Sinnhaftigkeit d. Arbeit
 - durch Mitarbeitergespräche
- (Artz & Rieger 2013)



- **Untersuchung aus der Schweiz weist daraufhin:**
 - Flexibilität der Arbeitszeiten in Akutkrankenhäusern bezogen auf Bedürfnisse/Bedarfe d. Pflegefachpersonen sowie
 - Angemessene Führungsstile führen zu weniger emotionalem Stress/emotionaler Erschöpfung bei Pflegekräften
- (Dhaini et al. 2018)

Führungsstile

- Studie Asiri et al. (2016) zu Zusammenhang Führungsstile u. Empowerment u. Commitment von Pflegenden in Krankenhäusern
 - Transformationale Führungsstile d. Leitungen erhöhen Commitment d. befragten Pflegenden
 - Fühlten sich stärker Einrichtung zugehörig
 - Fühlten sich mehr empowert



- **Forderung d. Autoren:** die besten u. intelligentesten Leitungen zu holen, Kreativität u. Innovation zu fördern

Empowerment & Innovatives Verhalten fördern

- **Empowerment** als Strategie für „*Pflegekräfte behalten*“ und „*Pflegekräfte gewinnen*“
- Blick auf Pflege von Defizitorientierung hin zu Ressourcenorientierung
- Ressourcenorientierte Rahmenbedingungen in der Pflege eruieren
- Empowerment als Konzept für eine stärkende und ressourcenorientierte professionelle Pflege
- Impliziert Konsens, Partizipation, „geteilte Entscheidungsfindung“, Offenheit, Zusammenarbeit
- Kontrolle über individuelle Situation
- Gegenseitiger Respekt u. gegenseitiges Vertrauen

Empowerment & Innovatives Verhalten fördern

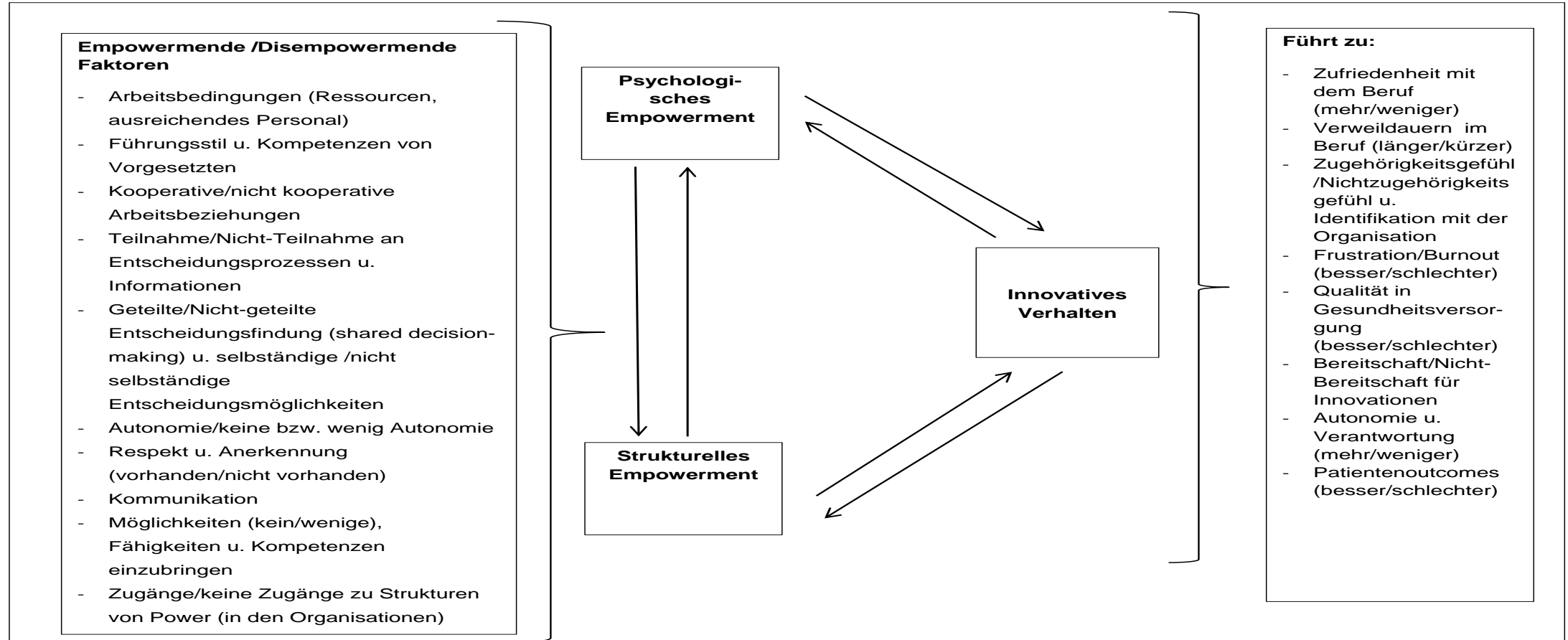
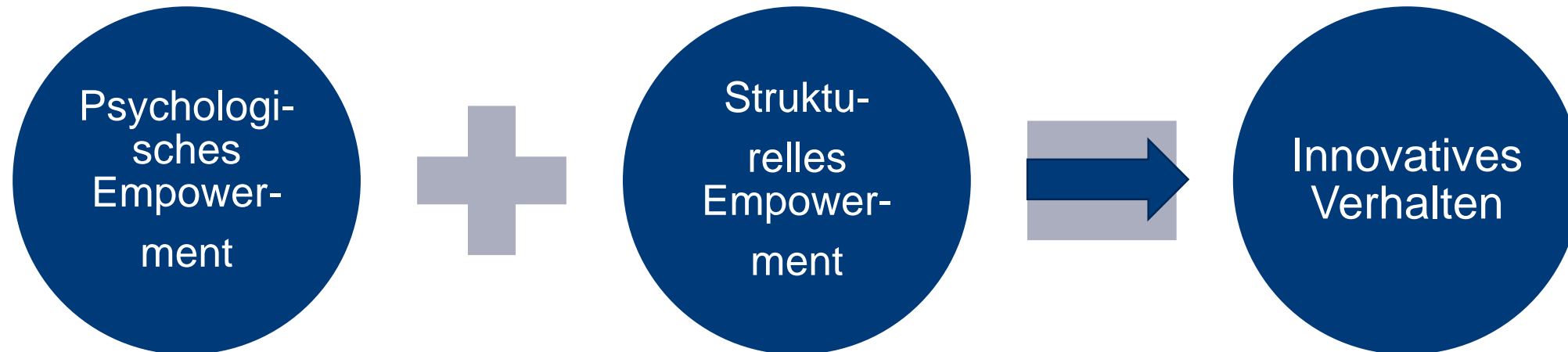


Abb. 2 Empowerment für und in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung)

Innovatives Verhalten



Was kann man tun?

- Befragungen zeigen, dass Mitarbeiter BGM als wertschätzend empfinden, wenn sie an Ausgestaltung konkreter Maßnahmen beteiligt werden,
- Orientierung an Mitarbeiterinteressen stattfindet
- Betriebliche Interessen als hilfreich u. nicht als Druck empfunden werden

(Fuchs-Frohnhofen & Bessing 2012)

- Führungsstile Einfluss auf Patientenoutcomes in Langzeitpflege
- Empowerment, bessere Arbeitsbedingungen, positive Arbeitsgruppe, angemessene Kommunikation, Unterstützung, unterstützende Managementstile, Anerkennung etc. Einfluss auf Qualität d. Versorgung

(André et al. 2013)

Fazit & Schlussfolgerung

- *„Solange Pflegende in ihrer Ausbildung und im Studium nicht lernen, die eigene moralische Position zu kennen, zu hinterfragen und schließlich ein ethisches Urteil zu bilden, das sich vernünftig begründen lässt, bleiben Pflegefachpersonen sich selbst in ihren subjektiven moralischen Überlegungen und Schuldgefühlen oder aus ethischer Sicht problematischen Praxen überlassen. Es ist ihnen unter diesen Umständen nicht möglich, im Team, in der Einrichtung oder auf gesellschaftlicher Ebene gut begründete ethische Forderungen zu stellen. Um Schaden zu vermeiden, der durch Unterlassen entsteht, sollten Pflegekräfte aber Probleme anzeigen und Änderungsforderungen aus ethischer Sicht begründen können.“
(Bobbert 2019)*

- Ambulante Pflege, Auswirkungen auf moralisches Stressempfinden etc. kaum untersucht und bekannt
- Auswirkungen auf Qualität der Versorgung u. Gesundheit d. Mitarbeitenden kaum bekannt
- Es gibt nur wenige oder gar keine Untersuchungen zu BGM & BGF in ambulanter Pflege
- Es gibt nur wenige Erkenntnisse zu arbeitsentlastender Arbeitsorganisation in ambulanter Pflege
- Ethikstrukturen in ambulanter Pflege kaum vorhanden

- Wir benötigen Bildung – Aus-, Fort- u. Weiterbildung
- Ethikstrukturen
- Mehr BGM & BGF
- Neue Arbeitszeitmodelle
- Neue Finanzierungsformen
- Angemessene Skills-Grade-Mix-Konzepte
- Differenzierte Qualifikationsangebote
- Andere Formen der Finanzierung beruflicher Pflege

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontaktdaten:

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Klinische Pflege (Pflegerwissenschaft, Gerontologie, Rehabilitation)

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Fakultät Gesundheitswesen

Rothenfelder Str. 10

38440 Wolfsburg

Tel: 05361 8922 23170

Fax: 05361 8922 23172

Mobil: 0162 9698980

Skype: martina_oldenburg

Website: www.martina-hasseler.com

Website: <https://blogs.sonia/eibmeb>

Website: <https://blogs.sonia/ToPntS>

Website: www.ostfalia.de/cms/g/forschung/bachelorupgrade-angewandte-pflegerwissenschaft/