

Berufliche Belastungen

Wenn die Arbeit zur Last wird

Höhere Arbeitsspitzen, häufige und längere Erkrankungen, eine zunehmende Erschöpfung – die beruflichen Belastungen der Gesundheitsberufe steigen, wie Studien eindeutig belegen. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit, sondern auch auf die Patientensicherheit. Was kann getan werden, damit die Arbeitsbelastung nicht zum Teufelskreis wird?

Mit dem revidierten Krankenpflegegesetz vom Januar 2004 wurde die bis dahin gültige Berufsbezeichnung verändert, und vielerorts wurde die Ausrichtung auf gesundheitsorientierte Ziele der Patientenversorgung und der Pflege als wesentlicher Durchbruch angesehen. Nach über vier Jahren beruflicher Namensneuausrichtung ist es an der Zeit, sich zu fragen, welche Aspekte der Gesundheitsarbeit sichtbar sind.

Primär soll in diesem Artikel ein Fokus auf den Gesundheits- und Belastungsaspekt bei den Pflegenden selbst gelegt werden. Die Berufsbezeichnung trägt schließlich eine doppelte Botschaft in sich: Gesundheitspflege heißt nämlich auch, für die eigene Gesundheit ein Be-

wusstsein zu entwickeln und dieses Gesundheitsbewusstsein mit in die eigene Arbeit einzubringen.

Gesundheitspflege benötigt dafür auch einen gesundheitsförderlichen Rahmen, und der hat viel mit den beruflichen Belastungen und den Arbeitssituationen zu tun. „In einer kranken Umgebung gibt es keine Gesundheit“, so könnte man pointiert den berühmten Satz des Philosophen Adorno umformulieren, der sagte: „Es gibt kein richtiges Leben im Falschen.“

Anhand von nationalen und internationalen Untersuchungen soll in diesem Artikel dargestellt werden, wie der Stand des Wissens um die Gesundheit und die Belastung bei den Pflegenden ist und welchen Risiken sie ausgesetzt sind. Gesunderhaltende

Strukturen und Möglichkeiten zur eigenen Gesunderhaltung der Pflegenden sind die Basis für eine sinnvolle und gute Gesundheitsarbeit durch Pflegenden. Hier besteht weiterhin eindeutiger Handlungsbedarf.



Spitzenplatz in den Krankheitslisten

Krankenhäuser sind rauchfrei. Das ist eine gute Nachricht, jedenfalls für die überwiegende Mehrheit der Mitarbeiter und Patienten, denn die Mehrheit raucht nicht. Aber ist ein rauchfreies Krankenhaus für die Mitarbeiter auch gleich ein gesundes Krankenhaus? Das kann in jedem Falle verneint werden, denn in zahlreichen größeren Studien (Fehlzeitenreport usw.) sind es gerade die Gesundheitsberufe, die den Spitzenplatz in den Krankheitslisten erobert haben.

Im Gesundheitsbereich zu arbeiten heißt also nicht, gesund zu arbeiten. Ein Aspekt davon ist hinreichend besprochen und greift das Titelthema der Aprilausgabe auf: die Schichtarbeit (Wilhelm 2008). Aber dies ist nicht der einzige Grund für eine hohe gesundheitliche Belastung. Im DAK-Gesundheitsreport 2007 (DAK 2007) lösen die Gesundheitsberufe erstmalig die öffentliche Verwaltung als Tabellenführer ab. Es sind dabei nicht die unspezifischen Erkrankungen wie Erkältungskrankheiten oder kurzzeitiger Kopfschmerz, die zu dieser zweifelhaften Spitzenposition beitragen. Es wird in den vorliegenden Berichten darauf hingewiesen, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen und zunehmend auch psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle bei der Erkrankungshäufigkeit von Pflegenden spielen. Dieser letzte Aspekt muss besonders aufmerksam beobachtet werden, denn er tritt branchenspezifisch auf.

Doch ein Grund zur generellen Panik besteht nicht. Nicht jede psychische Belastung ist gleich ein Burn-out-Syndrom, und nicht immer sind Erschöpfungen pathologisch oder die Vorstufe einer Erkrankung. Es gibt derzeit keinen gesicherten Beweis dafür, dass die Zahl an Burn-out-Betroffenen in der Pflege in Deutschland zunimmt oder bereits überproportional dramatisch hoch ist. Im Gegenteil: In

der internationalen Hospitalergebnisstudie (IHOS) haben die beteiligten deutschen Krankenpflegekräfte bei den Burn-out-Skalen deutlich unter den Werten ihrer Kollegen abgeschnitten. Doch eine vollständige Entwarnung ist dies ebenso wenig, und die erwähnten Ergebnisse sind auch nicht repräsentativ zu werten.

Am Anfang steht oft die Überforderung

Das von Domnowski (2005) poetisch benannte „Überdrussproblem“ ist mit stark negativen Empfindungen gegenüber dem Beruf verbunden, mit empfundenen und ausgedrückten Überlastungen und letztlich mit einer Abkehr von der Sorge um die Belange des Patienten. Einzelne dieser Symptome dürften viele Pflegenden schon einmal selbst erlebt haben. Es ist der Schlusspunkt am Ende einer Kette von steigenden Ansprüchen und mangelnden eigenen Abwehrmöglichkeiten. Am Anfang steht oft eine Überforderung und zu hohe Belastung im Arbeitsalltag. Für eine beobachtbare Zunahme der täglichen Belastungen der Pflegenden in Deutschland gibt es in der Wissenschaft zahlreiche Belege. Das Pflege-Thermometer 2007 (Isfort, Weidner 2007) zeigte im Rahmen einer bundesweiten Befragung bei Pflegedirektionen in Krankenhäusern auf, dass nicht nur die Krankheitshäufigkeit und -dauer der Pflegenden ansteigt, sondern dass vor allem auch die Mehrarbeit deutlich zunimmt. Damit gehen aber wichtige und zur eigenen Gesunderhaltung notwendige Ruhezeiten zurück, was letztlich zu einer weiteren Verstärkung der Arbeitsbelastung und zur weiteren Erschöpfung im Beruf führt.

Die viel beachtete NEXT-Studie (BAuA 2005) befragte allein in Deutschland über 3 500 Pflegekräfte zu Arbeitsbedingungen, Berufsausstieg und Berufsbelastung. Es zeigte sich, dass sich in Deutschland eine im Vergleich zu anderen europäischen Län-

dern bedenkenswert hohe Rate an Befragten bei zahlreichen Indikatoren (Gedanken über Berufswechsel, Zusammenarbeit mit Leitungen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf) eher negativ über den Pflegeberuf äußerte und die Belastungen betonte. Die Universität Wuppertal verfolgt derzeit in einer großen Nachfolgestudie die Arbeitsbelastung und Qualität der Arbeit in der Altenpflege. Die von Nolting (2006) veröffentlichte Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass es vielfach organisationale Faktoren der Arbeit sind, die entscheidend zur Berufs(un)zufriedenheit beitragen können und in einem Berufsausstieg oder einem innerbetrieblichen Wechsel münden können.

Nicht immer steht aber am Ende eine ausgebrannte und resignierte Pflegekraft, die den Beruf aufgibt. Horbach (2007) erforschte aktuell auf der Basis von ausgewerteten Daten der Sozialversicherung, dass die Verweildauer der examinieren Pflegenden im Beruf sehr stabil ist und keineswegs zwei oder drei Jahre nach Examensabschluss endet.

Pflegerische Belastungen beeinflussen Patientensicherheit

In der internationalen Literatur finden sich seit den 90er Jahren zahlreiche Studien und Belege für negative Auswirkungen hoher Arbeitsbelastungen von Pflegenden. Betroffen sind Patienten und die Patientensicherheit (Aiken 1994). Eine aktuelle australische Studie zeigt auf (Centre for health Service Management 2007), dass Vollzeitkräfte eine höhere Berufszufriedenheit hatten, wenn sie mehr berufliche Autonomie erhielten und es eine gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gab. Dies korrelierte mit Ergebnissen der Patientensicherheit.

In der Schweiz wurde im Rahmen der RICH-Studie ein umfassendes Modell zur Messung der Leistungserbringung, Ergebnisqualität und Zufriedenheit

bei Pflegekräften verwendet. Es konnte dabei ein Zusammenhang zwischen einer erhöhten Rate an impliziter Rationierung (Weglassen als notwendig erachtete Maßnahmen), einer schlechteren Stellenbesetzung und erhöhten Burn-out-Werten bei Pflegenden ausfindig gemacht werden. International wird davon ausgegangen, dass vertretbare Belastungen bei Pflegenden letztlich mit entscheidend für die Patientensicherheit und den Erfolg der Krankenhausbehandlung sind.

Belastungen scheinen jedoch auch ein stark subjektives Geschehen zu sein und können nicht immer linear mit einer objektiven Zunahme an Arbeitsbelastung in Verbindung gebracht werden. Doch Fakt ist, dass in zehn Jahren jede siebte Stelle im Pflegebereich eingespart wurde, dass derzeit eine Million mehr Patienten als noch vor zehn Jahren versorgt werden und dass es eine Zunahme an medizinischen und diagnostischen Maßnahmen gibt.

Die Arbeitslast steigt eindeutig, und nicht alle Pflegenden werden dies gleichermaßen gut bewältigen können. Beachtet man die Erkenntnisse aus den internationalen Studien, so ist zu erwarten, dass der erhöhte Druck auf die Pflegenden ohne gesundheitserhaltende Kompensation vielfach zu einer steigenden Berufsunzufriedenheit beitragen wird und somit negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben kann.

Mehr Verantwortung kann auch die Gesundheit verbessern

Bei der Gesunderhaltung spielt die Organisation der Arbeit eine wesentliche Rolle. Berufliche Belastungen, die sich tatsächlich auswirken, sind nicht unvermeidbares Schicksal, sondern auch eine Form von unzureichender Arbeitsstruktur, die in der Pflege stattfindet. Und hier besteht vielleicht eine Möglichkeit, den Hebel anzusetzen und die Gesundheit für die Pflegenden zurückzuerobern.

Es geht nicht immer um die Einrichtung von Rückentrainingsgruppen oder die Bereitstellung von Supervision. Mehr Verantwortung zu übertragen, kann auch ein Mittel zur Verbesserung der beruflichen Gesundheit sein. Ähnliche Diskussionen führten in den Vereinigten Staaten Anfang der 90er Jahre zur Entwicklung und Einführung der so genannten „Magnet Hospitäler“, die sich durch besonders hervorragende pflegerische Strukturen und Arbeitsbedingungen auszeichnen (Aiken 2002). Eine entsprechende Personalstärke, gute Kooperation mit den Leitungen und hohe Eigenverantwortlichkeit sind unter anderem Kennzeichen. Verliehen wird dieser begehrte Status vom „American Nurses Credentialing Center (ANCC)“. Dies ist ein Beispiel, wie kreativ und positiv gegen eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen vorgegangen werden kann.

In zehn Jahren wurde jede siebte Stelle im Pflegebereich eingespart – dabei werden heute eine Million mehr Patienten als noch vor zehn Jahren versorgt

In Deutschland bemüht sich die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (www.inqa.de) auch im Pflegebereich darum, die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu fördern. Hier werden unter anderem „Gute-Praxis-Beispiele“ gesammelt und vorgestellt.

Es ist wohl nicht mit einem großen „Paukenschlag“ zu rechnen, sondern eher mit findigen Ideen und Projekten, wenn es darum geht, die Belastung von Pflegenden am Arbeitsplatz zu reduzieren und so dafür zu sorgen, dass aus Krankenpflege keine „Erkranktenpflege“ wird. Ob sich

daraus eine Gesundheitspflege entwickeln lässt, sollte unbedingt weiter beobachtet werden.

Literatur:

- Aiken, L. A.; Smith, H. L.; Lake, E. T. (1994): Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care, *Medical Care* 32, 8, S. 771–787
- Aiken, L. H. (2002): Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. In M. McClure & A. S. Hinshaw (Eds.): *Magnet hospitals revised* (pp. 61–67). Washington: American Nurses Association
- Badura, Henner, Schell Schmidt u. a. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Berlin/Heidelberg/New York Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (bua) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund/Berlin/Dresden*
- Centre for health Service Management (Hrsg.) (2007): *Gluing it together: Nurses, Their Work Environment and Patient Safety. University of Technology Sydney. Sydney*
- DAK (Hrsg.) (2007): *DAK Gesundheitsreport 2007, Hamburg*
- DAK & BGW (Hrsg.) (2006): *DAK-BGW Gesundheitsbericht 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg, 2006*
- Domnowski, M. (2005): *Burnout und Stress in Pflegeberufen. Schlütersche. Hannover*
- Grabbe, Y.; Nolting, H.-D.; Loos, S. (2005): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Herausgegeben von Berufsgenossenschaft für Gesundheit. Hamburg*
- Horbach, A.; Behrens, J.; Müller, R. (2007): *Wie lange verbleiben Pflegenden nach ihrer Ausbildung im Beruf? In: Pr-Internet. 12/07, S. 732–735*
- Isfort, M.; Weidner, F. (2007): *Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>*
- Nolting, H.-D.; Grabbe, Y.; Genz, H.; Kordt, M. (2006): *Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. In: Pflege. Jg. 19 S. 108–115*
- Robert Koch Institut (2005): *Berliner Studie zu umweltbezogenen Erkrankungen. Berlin*
- Schubert, M. (2005): *Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel*
- Wilhelm, M.: *Jet-Lag in der Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger 04/08, S. 308–313*

Anschrift des Verfassers:

Michael Isfort, Diplom-Pflegewissenschaftler (FH), Stellvertretender Geschäftsführer Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Hülchrather Straße 15, 50670 Köln E-Mail: m.isfort@dip.de

TransCare – Eine gute Verbindung



TransCare baut die Brücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Ihr Partner für ein professionelles Überleitungsmanagement mit B. Braun. Service inklusive Beratung, Betreuung und Begleitung. Zur Sicherung und Fortführung der parenteralen Ernährungstherapie in der ambulanten Versorgung.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE