



Dienstleistungsstress bei Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern und Interventionen zu seiner Reduktion

Bachelorstudium Pflege

Abgabe: [XX.XX.XXXX]

Inhaltsübersicht

1. Einleitung.....	1
2. Theoretische Grundlagen des Dienstleistungsstresses.....	2
2.1 Definition und Konzepte von Dienstleistungsstress.....	3
2.2 Spezifische Stressoren in der Pflege.....	5
2.3 Aktuelle Situation der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern.....	8
3. Auswirkungen von Dienstleistungsstress auf Pflegekräfte.....	9
3.1 Physische Belastungsfolgen.....	9
3.2 Psychische Belastungsfolgen.....	13
3.3 Soziale und berufliche Konsequenzen.....	16
4. Belastungsfaktoren im Pflegealltag.....	18
4.1 Organisatorische Rahmenbedingungen.....	18
4.2 Interaktionsbedingte Belastungen.....	21
4.3 Strukturelle Herausforderungen.....	24
5. Theoretische Modelle zur Stressbewältigung.....	27
5.1 Stresstheoretische Ansätze.....	27
5.2 Ressourcenorientierte Konzepte.....	30
5.3 Präventionstheoretische Modelle.....	33
6. Interventionen zur Stressreduktion.....	35
6.1 Individuelle Bewältigungsstrategien.....	36
6.2 Organisationale Maßnahmen.....	37
6.3 Gesundheitsförderung im Pflegebereich.....	39
7. Fazit.....	42
Literaturverzeichnis.....	46
Plagiatserklärung.....	51

1. Einleitung

Der Arbeitsalltag der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern ist eine Belastung. Viele Herausforderungen sowohl körperlicher als auch seelischer Art prägen den Alltag. Begünstigt wird dies durch die Besonderheiten ihres Berufs sowie die spezifischen Merkmale des Krankenhauses. An vorderster Stelle steht der sogenannte Dienstleistungsstress. Hiermit sind die emotionalen Anforderungen in der Interaktion mit Patient*innen, Angehörigen und Kolleg*innen gemeint, denen sich Pflegekräfte stellen müssen. Schichtdienst, Personalmangel und eine hohe Verantwortung prägen den Pflegeberuf und begünstigen in besonderem Maße Dienstleistungsstress. Dieser Stress wirkt sich nicht nur auf das Personal, sondern auch auf die Qualität der Versorgung und die Funktionsfähigkeit des gesamten Krankenhauses aus.

Die zunehmende Aufmerksamkeit des Berufsstands und in der Forschung lenkt den Fokus auf die Belastungssituationen. Emotionale Erschöpfung, Burnout, Muskel- und Skeletterkrankungen und soziale Isolation stellen sich als weitverbreitete Belastungsfolgen der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern dar. Die Arbeit muss immer stärker dem Ziel folgen, durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen Pflege attraktiv zu gestalten und die Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu sichern. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den wachsenden Pflegebedarf gewinnt die Bekämpfung von Dienstleistungsstress in Pflegeberufen somit zunehmend an Bedeutung. Sie ist nicht nur für die individuelle Belastung, sondern auch für die Arbeitsfähigkeit und das Personalmanagement in Krankenhäusern bedeutsam.

Ziel dieser Arbeit ist es, theoretische Ansätze und Interventionen zur Prävention bzw. zur Bekämpfung des Dienstleistungsstress der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern herauszuarbeiten. Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung werden sowohl individuelle und organizationale Faktoren als auch die Frage „Wie wirkt sich Dienstleistungsstress auf Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern aus, und welche theoretisch fundierten Interventionen können zur Reduktion dieses Stresses beitragen?“ einbezogen. Anhand einer ausführlichen Literaturrecherche werden wissenschaftliche Studien, verschiedene Stresstheorien, Modelle und Ansätze zur Entlastung der Pflegenden zusammengetragen. Anschließend werden sie evaluiert und analysiert.

Die Vorgehensweise besteht aus einer strukturierten Sichtung der Fachliteratur. Diese beinhaltet vor allem Publikationen aus der Forschung zum Bereich der

Beanspruchungsfaktoren in der Pflege, zur Stressbewältigung und Intervention sowie Stressprävention. Vor dem Hintergrund der klassischen und aktuellen Stresstheorien, ressourcen- sowie präventionstheoretischer Modelle werden im Rahmen der Auswertung der Literatur Möglichkeiten für die nachhaltige Entlastung der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern aufgezeigt.

In den vorhandenen wissenschaftlichen Arbeiten zum Phänomen Dienstleistungsstress lässt sich das Ergebnis finden, dass sich Dienstleistungsstress durch eine Vielzahl komplexer Faktoren in der Interaktion und Struktur des Arbeitsumfelds manifestiert. Neben den individuellen Folgen psychischer und physischer Gesundheit zeigt sich die Wirkung auch im Bereich von Organisation, Beruf und sozialer Teilhabe, etwa durch hohe Fluktuation oder reduzierte Versorgungsqualität. Hinsichtlich der Präventions- und Interventionsmaßnahmen lassen sich zum einen die Stressbewältigungsmaßnahmen sowie zum anderen Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen herausfiltern. Der Bedarf an weiteren empirischen Studien zu nachhaltigen Interventionskonzepten zur Verminderung von Dienstleistungsstress von Pflegekräften in Krankenhäusern ist offenkundig.

Kapitel 2 geht auf die theoretischen Grundlagen von Dienstleistungsstress ein sowie auf dessen Bedeutung und die zentralen Stressoren, mit denen Pflegekräfte täglich im Krankenhaus konfrontiert werden. Im Anschluss werden die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von Dienstleistungsstress auf die Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern thematisiert (Kapitel 3). Bei den Belastungsfaktoren in der Pflege (Kapitel 4) liegt der Fokus auf den organisationalen, interaktiven und strukturellen Faktoren. Weiterhin werden Modelle der Stressbewältigung (Kapitel 5) beschrieben und darauf aufbauend Interventionen auf individueller, organisationaler und gesundheitspolitischer Ebene (Kapitel 6) diskutiert. Die Arbeit wird zusammenfassend dargestellt, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen für das Entstehen bzw. die Linderung des Dienstleistungsstress bei Pflegekräften zusammengefasst, die Limitation der Arbeit beschrieben und abschließend ein Ausblick für die Pflege gegeben.

2. Theoretische Grundlagen des Dienstleistungsstress

Das Wissen um die psychologischen und organisationalen Grundlagen des

Dienstleistungsstress gibt die Basis für die Analyse der Pflege. Die wichtigsten theoretischen Aspekte zur Bewertung von Stressfaktoren und die speziellen Bedingungen im Gesundheitswesen werden beschrieben und schaffen damit den Überblick, um die Belastungen in der Pflege professionell in den weiteren Kontext der Arbeit einzuordnen.

2.1 Definition und Konzepte von Dienstleistungsstress

Der Dienstleistungsstress im Pflegekontext ist bedingt durch die täglichen Erwartungen von Patient*innen, Angehörigen und Kolleg*innen, welchen man stets empathisch, aufmerksam und verfügbar sein soll, und bei denen man trotzdem professionelle Distanz zeigen soll. Diese speziellen Anforderungen führen zu emotionaler Überforderung, welche die wichtigsten Merkmale des Dienstleistungsstress in Gesundheitsberufen sind (Genolet et al., 2020, S. 2; Kirschner, 2020, S. 1). Im Pflegealltag sind Pflegekräfte häufig in Interaktionen mit Patient*innen am Lebensende oder in Krisensituationen, wodurch die Pflegekräfte an ihre emotionalen, sozialen und mentalen Grenzen kommen. Zusätzlich stehen sie im Spannungsfeld der hohen fachlichen Erwartungen und den Ansprüchen der Angehörigen (Kirschner, 2020, S. 1).

Ständig empathisch zu sein bedeutet Bereitschaft zur Hilfe und Unterstützung für andere, was aber auch zur Entgrenzung führen kann und die psychische Stabilität der Pflegekräfte beanspruchen kann. Diese Entgrenzung begünstigt emotionales Ausbrennen („emotional exhaustion“) und somit auch Überforderung (Genolet et al., 2020, S. 2). Eine weitere Problematik in diesem Zusammenhang ist die Unsichtbarkeit der Emotionsarbeit. Emotionsarbeit kann häufig nicht erkannt werden und wird somit institutionell nicht honoriert und auch nicht entlohnt. Dieses Phänomen wirkt subjektivem Belastungserleben entgegen und begünstigt psychosomatische Erkrankungen und Burnout (Kirschner, 2020, S. 1).

Ein spezieller Unterschied zwischen Dienstleistungsstress in der Pflege und Dienstleistungsstress in anderen Branchen ist, dass es neben der hohen emotionalen Belastung durch existenzielle Entscheidungen zusätzlich eine hohe emotionale Stabilität der Pflegekräfte verlangt. Eine weitere Besonderheit liegt in der ethischen Dilemma-Lösungskompetenz, da Pflegekräfte täglich ethische Dilemmata lösen müssen, was in anderen Branchen, wie z. B. in Restaurants, kaum vorkommt (Klingler, 2019, S. 7). Auch der Pflegealltag ist vermehrt von ethischen Dilemmata geprägt, was das Wohl der Patient*innen beeinflussen kann und was wiederum die emotionale Betroffenheit der

Pflegekräfte erhöhen kann. Des Weiteren ist es in Pflegeberufen häufig gefordert, sich mit Themen, wie beispielsweise Leid, Tod und Trauer, zu beschäftigen. Es werden von Pflegekräften außerdem hohe Konfliktkompetenzen erwartet, um Konflikte mit Kolleg*innen oder Angehörigen professionell zu lösen. Dies wiederum verlangt von den Pflegekräften ein hohes Maß an Emotionskontrolle, da sie in kritischen Situationen überlegen handeln müssen (Gebhart et al., 2016, S. 2; Klingler, 2019, S. 7).

Der Begriff „Moral Distress“ bezeichnet Belastungen in Berufen, die sich auf moralisch belastende Faktoren konzentrieren, die wiederum spezielle Symptome und Folgen haben. Moral Distress kann beispielsweise dann auftreten, wenn Pflegekräfte moralisch nicht vertretbare Handlungen gegen ihre Überzeugungen durchführen müssen, ethisch fragwürdige strukturelle Rahmenbedingungen vorliegen oder Pflegekräfte das Gefühl haben, gegen eigene ethische oder berufsethische Werte zu handeln. Reaktionen auf Moral Distress sind beispielsweise Schuld, Scham, Unzufriedenheit und Wut (Klingler, 2019, S. 7). Pflegekräfte haben im Vergleich zu anderen Dienstleistungsberufen mehr als doppelt so hohe Werte von Burnout-Symptomen und psychosomatischen Beschwerden. Diese stehen in engem Zusammenhang mit der Interaktionsintensität und der gesellschaftlichen Verantwortung der Pflegekräfte gegenüber dem Wohl der zu Pflegenden (Gebhart et al., 2016, S. 2).

Auch die hohe physische Beanspruchung durch Heben, Umlagern oder das lange Stehen beeinflusst das Gesundheitserleben von Pflegekräften. Unzureichende Regenerationsmöglichkeiten, kombiniert mit einem hohen körperlichen Beanspruchungslevel, kann zu Muskel-Skelett-Erkrankungen führen und dadurch auch die berufliche Lebenszeit reduzieren (Genolet et al., 2020, S. 2; Kirschner, 2020, S. 1). Die häufige Kombination von körperlichen und psychischen Symptomen weist auf einen stark verbundenen Zustand von psychischer und körperlicher Gesundheit hin. Es ist somit besonders wichtig, neben den psychischen Ressourcen der Pflegekräfte auch die Regeneration des Körpers und der Muskeln sicherzustellen (Genolet et al., 2020, S. 2).

Klassische Stresstheorien, wie das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman, beschreiben ein Wechselspiel zwischen Stressoren und Ressourcen. Das Konzept, Anforderungen und Ressourcen auszubalancieren, bietet gute Erklärungsansätze, stößt aber an Grenzen, wenn es um die Betrachtung von Pflegeberufen geht. Die klassischen Stresstheorien liefern nur begrenzte Auskunft bezüglich der Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Personalmangel, fehlende Unterstützung usw., welche für das Zustandekommen des Dienstleistungsstresses von Bedeutung sind (Brieskorn-Zinke, 2003,

S. 7). Klassische Stresstheorien berücksichtigen die spezifischen Faktoren in Pflegeberufen nicht. Dies trifft auch auf moralische und ethische Aspekte zu (Klingler, 2019, S. 7).

Neueste wissenschaftliche Studien im Bereich der Arbeitspsychologie haben gezeigt, dass arbeitspsychologische Stressmodelle, wie das Job-Demands-Resources-Modell, die Zusammenhänge von Stressfaktoren in Gesundheitsberufen besser erklären können (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Es ist aus diesem Grund in der Forschung wichtig, die einzelnen Stressoren und auch Ressourcen bei Pflegekräften genau zu identifizieren und auch zu ermitteln, welche Dimensionen und besonderen Beanspruchungsquellen eine spezielle Bedeutung haben (Kirschner, 2020, S. 1). Weitere Forschungsansätze sind die Weiterentwicklung von bestehenden Stressmodellen, um beispielsweise Moral Distress, emotionale Regulationsanforderungen und moralische Konflikte als Beanspruchungsquellen im Pflegeberuf genauer zu definieren. Eine isolierte Betrachtung von individuellen, sozialen und organisationalen Ressourcen kann den Dienstleistungsstress in Pflegeberufen nur ungenügend erklären. Es müssen Zusammenhänge hergestellt werden, um das Thema ganzheitlich aufzuzeigen und zu beleuchten (Kirschner, 2020, S. 1).

Die dauernde Anpassung an wechselnde Anforderungen führt im schlimmsten Fall zu Erschöpfung, bis hin zur Aufgabe des Berufs. Pflegekräfte, die eine positive Haltung gegenüber ihrem Beruf haben, haben trotzdem ein hohes Risiko, an einem Burnout zu erkranken, da sie emotional sehr hohen Belastungen ausgesetzt sind und die tägliche Strukturierung des Arbeitsalltags stark beansprucht wird (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 2). Der emotionale Dienstleistungsstress kann nur gemindert werden, wenn einerseits die beruflichen Belastungen reduziert und andererseits die Ressourcen erhöht werden (Gebhart et al., 2016, S. 2). Aus diesem Grund muss die Prävention in der Arbeitswelt auf individueller und auf organisationaler Ebene stattfinden (Kirschner, 2020, S. 2).

2.2 Spezifische Stressoren in der Pflege

Pflegekräfte sind in deutschen Krankenhäusern täglich vielen, unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt. Ein besonders hoher Stressor liegt im Umgang mit Leid, Sterben und Tod. Diesbezüglich müssen Pflegekräfte sehr empathisch sein und die professionelle Distanz wahren. Diese Balance ist sehr schwierig, da hier nicht nur die Empathie, sondern auch die Selbstregulation gefragt ist (Wehrmann et al., 2020, S. 4). Die emotionale Beanspruchung führt häufig zu Erschöpfung und Burnout. Kritikpunkt: Meist wird der Umgang mit solchen

Extremsituationen nicht durch institutionalisierte Angebote (Supervision oder Nachbetreuung) begleitet.

Der Kontakt mit Patient*innen sowie mit deren Angehörigen und damit verbundene Konfliktsituationen stellt einen zusätzlichen Stressor dar, da Pflegekräfte als Hauptansprechpartner*innen wahrgenommen werden (Wehrmann et al., 2020, S. 4-5).

Eine weitere Problematik liegt in der fehlenden Supervision und Nachbetreuung nach solchen Erlebnissen und kann somit nachhaltig die Berufsidentifikation und das psychische Wohlbefinden beeinflussen (Vincent-Höper et al., 2020, S. 6). Die individuellen Bewältigungskompetenzen werden dabei als sehr unterschiedlich eingeschätzt und können demnach psychische Beeinträchtigungen und Symptome auslösen (Klingenberg, 2019, S. 2-3).

Die Belastung des Muskel-Skelett-Systems durch Tätigkeiten wie Umlagern und Heben der Patient*innen oder langes Stehen wird durch empirische Erkenntnisse untermauert. Über 40 % der Pflegekräfte klagen über solche Beschwerden. Somit zeigt sich ein direkter Zusammenhang zwischen den physischen Belastungen und dem Dienstleistungsstress (Genolet et al., 2020, S. 2).

Eine adäquate Erholungszeit kann somit nicht erfolgen und diese physischen Belastungen münden meist in chronische Erkrankungen der Pflegekräfte. Hinzu kommen Schlafstörungen, welche vor allem durch Insomnie (25 %) hervorgerufen werden (Genolet et al., 2020, S. 2).

Die psychischen Belastungen bestehen aus dem Dienstleistungsstress und begünstigen somit eine höhere Prävalenz von Depressionen, Ängsten, Erschöpfung, Ausgebranntsein und psychische Beschwerden im Beruf. Mehr als 10 % berichten von psychischen Beschwerden, welche vor kurzer Zeit vorgekommen sind (Genolet et al., 2020, S. 2). Diese Beeinträchtigung kann auch mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Symptomen erhöhten Erregungsniveaus (z. B. Schlafprobleme) in Verbindung stehen. Bei Intensivpflegekräften weisen 41 % der Befragten deutliche PTBS-Symptome auf und es bedarf somit individueller, psychologischer Unterstützung (Rex, 2002, S. 28).

Die Rahmenbedingungen mit Personalmangel, Zeitdruck und Arbeitsdichte steigern den Dienstleistungsstress und erhöhen die Belastung deutlich. Die Pflegekräfte arbeiten vermehrt Überstunden und müssen ausfallende Mitarbeiter*innen vertreten. Somit entsteht

ein ständiges Gefühl der Fremdbestimmung (Genolet et al., 2020, S. 1; Kirschner, 2020, S. 1). Knapp 44,7 % empfinden das Arbeitstempo als zu hoch und 26 % berichten über hohen emotionalen Druck. Die mangelhafte institutionelle Unterstützung in Kombination mit den hohen Herausforderungen am Arbeitsplatz erhöhen den Dienstleistungsstress und benötigen folglich ein individuelles Stressmanagement, um gesund zu bleiben.

Die Arbeitszeitgestaltung beinhaltet Nacht- und Schichtdienste und führt langfristig zu einer höheren Prävalenz von chronischen Gesundheitsproblemen (Genolet et al., 2020, S. 2). Die unzureichende Organisationsstruktur und das Fehlen von institutionellen Bewältigungsmechanismen lassen den Dienstleistungsstress chronifizieren und die Identifikation mit dem Beruf sinkt. Das wiederum führt zu vermehrten Berufsaustritten (Kirschner, 2020, S. 1).

Im Rahmen des beschriebenen Dienstleistungsstress-Erlebens haben sich bestimmte Bewältigungsstrategien etabliert. Sie lassen sich in Stressverarbeitungsprofile differenzieren, die auch gesundheitliche Unterschiede aufweisen. Das Profil der „Resistenten“ verfügt über viel Resilienz und eine geringe Irritation. Das Profil der „Passiven“ sowie der „Solitären“ weist eine erhöhte Vermeidungstendenz auf sowie weniger Resilienz. Dies sind folglich auch Risikofaktoren für emotionale und körperliche Beschwerden (Klingenberg, 2019, S. 3). Ein Förderschwerpunkt ist die Implementierung von sozial-aktiven Copingstrategien und Bewältigungsstilen, die durch soziale Unterstützung und hohe Commitment-Werte gekennzeichnet sind. Um diese Bewältigungsformen allerdings wirksam in der Praxis durchzusetzen, bedarf es institutioneller Unterstützung (z. B. durch Supervision) (Klingenberg, 2019, S. 3).

Ebenfalls ein wachsendes Problem ist die Pflege hochaltriger Patient*innen. Durch die eingeschränkte Selbstversorgungsfähigkeit dieser Gruppe entsteht ein zunehmender Pflege- und Betreuungsbedarf mit hoher Kommunikationsdichte. 63,3 % der Patient*innen in deutschen Krankenhäusern weisen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf (Kleina et al., 2013, S. 5). Gerade bei hochaltrigen, multimorbiden und/oder kognitiv beeinträchtigten Patient*innen bestehen nicht nur mehr ethische Herausforderungen, sondern auch zunehmend mehr Kommunikationsprobleme.

2.3 Aktuelle Situation der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern

Die derzeitige Situation von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern ist von starken physischen und psychischen Belastungen geprägt, die sich in der Prävalenz von Stresssymptomen widerspiegeln. So berichten über die Hälfte der Pflegekräfte über starke Stresssymptome, über 40 % leiden an Muskel- und Gelenkschmerzen, 25 % an Schlafstörungen und knapp 20 % an emotionaler Erschöpfung (Genolet et al., 2020, S. 2). Aus dem Zusammenspiel aus Schichtarbeit, hohem Zeitdruck und höheren emotionalen Belastungen ergibt sich also das Risiko, das eigene Wohlbefinden zu verlieren. Auch die Versorgung der Patient*innen kann unter der eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte leiden.

Die Zunahme psychischer Krankheitsbilder bei Pflegekräften (Zunahme der durch psychische Krankheitsbilder bedingten Arbeitsunfähigkeitstage um fast 75 % von 2006 bis 2017) spiegelt eine weitere Herausforderung innerhalb der Stressfaktoren in deutschen Krankenhäusern wider (Lincke et al., 2019, S. 2). Psychische Belastungswerte waren mit 58 % der Fälle in der Akutpflege und in der stationären Langzeitpflege kritisch hoch (Kirmse et al., 2021, S. 1). Als Ursachen dafür werden Personalmangel und Arbeitsbelastung angenommen. Das ist darin begründet, dass sich mit der Zunahme der Arbeitsausfälle eine Negativspirale aus höherer Arbeitsbelastung und der Zunahme von Krankheitstagen aufgrund von psychischen Belastungen entwickelt.

Ein weiteres Stressphänomen ist der sogenannte Moral Distress, ausgelöst durch die organisationsbedingten Restriktionen aufgrund des Personalmangels. Unter Moral Distress leiden Pflegekräfte, wenn sie in bestimmten Situationen, zum Beispiel aufgrund unzureichender Personalressourcen, entgegen ihrer inneren Überzeugung handeln müssen. Pflegekräfte, die regelmäßig unter Moral Distress leiden, haben ein dreifach höheres Risiko, ihren Arbeitsplatz zu wechseln (Wirth et al., 2021, S. 11). Dies unterstreicht die Dringlichkeit, das Problem zu beheben, denn fast 88 % der befragten Pflegekräfte sehen als wichtigste Maßnahme zur Reduktion dieses Stressfaktors die Verbesserung der Personalressourcen (Wirth et al., 2021, S. 11). Verbesserung der Ressourcen und Stärkung des sozialen Zusammenhalts des Teams, mit Austausch über Erlebtes, Humor oder kollegialer Unterstützung, wird somit als ein Entlastungsfaktor im Arbeitsalltag wahrgenommen.

Emotionale Erschöpfung, Burnout und Depressionen sind eine weitere Folge dieser Belastungen, unter denen fast 30 % der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern leiden,

und jeder Vierte weist Symptome eines Burnout-Syndroms auf (Busse, 2002, S. 17; Schiffer, 2014, S. 36). Der Anteil an Burnout-Erkrankungen im intensivmedizinischen und notfallmedizinischen Bereich liegt mit 64 % über dem bundesweiten Durchschnitt (Schiffer, 2014, S. 36). Neben der persönlichen Beeinträchtigung aufgrund der gesundheitlichen Folgen eines anhaltend erhöhten emotionalen Stresslevels leidet auch die Leistung durch das Auftreten von Symptomen des Burnout-Syndroms. Fehleranfälligkeit, zunehmende Distanz von Patient*innen und Verringerung der Arbeitsmotivation beeinflussen die Pflegearbeit. Die Unterstützung durch psychische Betreuung ist häufig nicht nur ungenügend, sondern auch erst spät verfügbar und somit ineffektiv, so dass es zur Zuspitzung der emotionalen Erschöpfung durch das Burnout-Syndrom kommt.

Einen weiteren Indikator für die Belastungen in der Pflege stellt die zunehmende Anzahl an Teilzeitkräften dar (mehr als 10 % in acht Jahren), die in der Pflege arbeiten (Schiffer, 2014, S. 19). Aus Gründen der Stressreduktion oder des Vermeidens von emotionaler Erschöpfung haben viele Pflegekräfte ihren Arbeitsumfang reduziert. Somit arbeiten mittlerweile fast 46 % der Pflegekräfte in Teilzeit. Gleichzeitig hat dieser Trend der Bewältigungsstrategie negative Folgen für das gesamte Team der betroffenen Pflegekräfte, da die Personalunterbesetzung durch die Zunahme der Teilzeitstellen weiter verstärkt wird.

3. Auswirkungen von Dienstleistungsstress auf Pflegekräfte

Die Auswirkungen von Dienstleistungsstress auf die Pflegekräfte lassen sich körperlich und psychisch erkennen. Sie beeinträchtigen die Pflegekräfte erheblich in der Arbeitsleistung und in der Gesundheit. Welche Folgen das im Beruf mit sich bringt, wie der Körper damit umgeht, wie sich das auf die Pflegekräfte auswirkt und ob es Folgen im emotionalen Zustand und des Burnouts gibt, wird im Weiteren aufgezeigt.

3.1 Physische Belastungsfolgen

Die physischen Belastungsfolgen des Dienstleistungsstress der Pflege ergeben sich aus den hohen körperlichen Belastungen im Pflegealltag. Heben von Patient*innen,

Umlagerungen und das Stehen gehören dabei zu den Hauptfaktoren. Empirische Auswertungen belegen, dass über 40 % der Pflegefachpersonen unter Muskel- und Gelenkschmerzen leiden. Dies kann dazu führen, dass die Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt und langfristig durch chronische Erkrankungen eine Reduktion der Teilhabe am Berufsleben vorliegt (Genolet et al., 2020, S. 2). Angesichts des Fachkräftemangels stellt sich dies als besonderes Problem dar, dem entgegengewirkt werden muss (Köllner, 2015, S. 3).

Die physischen Belastungen im Arbeitsalltag der Pflege werden durch Mängel der Arbeitsorganisation (Personalmangel und Zeitdruck) zusätzlich erhöht. In der Praxis wird dies in beschleunigten Bewegungsabläufen und ungünstigen Körperhaltungen (Rex, 2002, S. 67) sichtbar, um den gestellten Anforderungen in einem vorgegebenen Zeitfenster gerecht zu werden. Dabei kommt es kurzfristig zu Kompensations- und Anpassungsmaßnahmen, die langfristige Konsequenzen haben. Durch hohe Belastungen des Muskel-Skelett-Systems werden kurzfristige Belastungen so langfristig zu Problemen. Dabei sind akut- und intensivmedizinische Fachkräfte zusätzlich großen physischen Belastungen ausgesetzt. Die Arbeit im Akut- und Intensivbereich gestaltet sich häufig hochdynamisch und notfallorientiert, wodurch sich die Arbeitsbelastung maßgeblich erhöht. Somit kommt es auch zu vermehrten muskuloskelettalen Beschwerden und Rückenbeschwerden in diesem Arbeitsfeld (Rex, 2002, S. 5).

Vor allem die mangelnde Prävention von körperlichen Belastungsfolgen erhöht das Risiko für chronische Erkrankungen. Da in vielen Einrichtungen ein Angebot an ergonomischer Schulung und technischen Hilfsmitteln für die körperlich anstrengenden Tätigkeiten fehlt (Rex, 2002, S. 67), können sich akute Belastungsfolgen zu chronischen Problemen entwickeln (Genolet et al., 2020, S. 1). So fehlen zum Beispiel in den Arbeitsfeldern der Pflege immer noch ausreichend ergonomische Betten sowie ergonomische Hilfsmittel wie Betthilfen zum Umlagern von Patient*innen (Genolet et al., 2020, S. 1). Dass das fehlende Angebot an ergonomischen Schulungen und Hilfsmitteln Konsequenzen auf die Entwicklung akuter zu chronischen Erkrankungen der muskuloskelettalen Systeme hat, zeigt eine empirische Auswertung zu Fehltagen. Durchschnittlich 17,5 Tage im Jahr sind Pflegekräfte krankgeschrieben, im deutschen Durchschnitt sind es lediglich 12,3 (Köllner, 2015, S. 3). Ausfallende Pflegekräfte bringen durch Mehrarbeit und Belastungszunahme Konsequenzen für die Kolleg*innen mit sich.

Besonders im Arbeitsfeld der Altenpflege leiden Pflegekräfte unter hohen physischen Belastungen und sind durchschnittlich 25,1 Tage im Jahr krank (Köllner, 2015, S. 3). Dies

zeigt, wie bedeutend die Thematik von Prävention und das Verhindern von akuten Belastungsfolgen sind.

Die Möglichkeit, regelmäßig Pausen zu machen, die Möglichkeit des Abschaltens und der Regeneration sind nur selten im Arbeitsalltag der Pflege vorhanden. Empirische Forschungsergebnisse belegen, dass fast die Hälfte der Pflegekräfte angibt, selten oder nie Pausen machen zu können (Reuter-Herkner, 2022, S. 1).

Einen erheblichen Faktor von physischen Belastungen des Dienstleistungsstress in der Pflege stellen Schlafstörungen dar. Pflegekräfte leiden mit 25 % häufig unter Insomnie oder Problemen, einzuschlafen (Genolet et al., 2020, S. 2; Kirschner, 2020, S. 1). Gründe für Schlafmangel stellen Schichtarbeit und die hohe Komplexität und Arbeitsdichte in der Klinik dar.

Schlafmangel führt zu kognitiven Leistungseinbußen, wie auch zu einer Reduktion der Reaktionsgeschwindigkeit (Kirschner, 2020, S. 1). Dies erhöht das Risiko von Behandlungsfehlern in der Patientenversorgung, was das Risiko für die Gesundheit und Sicherheit der Patient*innen und der Pflegekräfte erhöht. Darüber hinaus hat Schlafmangel auch Konsequenzen auf die physische Gesundheit von Pflegekräften. Chronische Erschöpfung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weitere Beeinträchtigungen können die Folge sein (Genolet et al., 2020, S. 2). Das Risiko für eine chronische Erkrankung und einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird daher noch weiter erhöht. Vor allem die Kombination aus chronischen Schlafstörungen, einer psychischen Belastung und hoher physischer Belastung erhöht das Risiko für muskuloskelettale Erkrankungen deutlich (Kirschner, 2020, S. 1). Auch gibt es empirische Befunde darüber, dass Schlafmangel auch zu Depressionen oder Ängsten führen kann und die Entstehung einer stressbedingten PTBS fördern kann (Kirschner, 2020, S. 1).

Pflegekräfte, die vermehrt Nacht- und Schichtdienst leisten, haben ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen, wie Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden (Köllner, 2015, S. 1-2). Schichtdienst bringt eine ständige Veränderung der Arbeitszeiten mit sich, was sich besonders negativ auf den Biorhythmus, die Schlaf- und Ruhezeiten und damit auf die Regeneration auswirkt (Köllner, 2015, S. 1-2). Schichtdienst leistende Pflegekräfte haben daher auch häufiger muskuläre Verspannungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, was sich negativ auf die Gesundheit und das Arbeitsleben von Pflegekräften auswirkt (Köllner, 2015, S. 1-3).

Besonders für Berufsanfänger*innen stellt die Veränderung der Arbeitszeit auf Nacht- und Schichtdienst eine große Herausforderung dar, mit dem sich die Pflege erst noch auseinandersetzen muss. Berufsanfänger*innen zeigen auch, dass diese Belastung häufig in muskulären Verspannungen mündet. Dies zeigt, dass eine frühe Schulung von Copingmechanismen einen wichtigen Faktor in der Berufsförderung und Gesundheitsförderung der Berufsgruppe der Pflegekräfte darstellen sollte (Reuter-Herkner, 2022, S. 1).

Belastende Erfahrungen können sich langfristig in einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zeigen. Auf Akut- und Intensivstationen entwickelt sich in fast 41 % der Fälle bei Pflegekräften eine PTBS. Hier zeigen sich intrusives Wiedererleben, ein erhöhtes Erregungslevel und depressive Symptome (Rex, 2002, S. 28). Die häufigste Ursache einer PTBS liegt dabei in einer mangelnden Verarbeitung, da sich oftmals auch in den Teams keine Zeit und keine Möglichkeit für Supervision oder ein gemeinsames Bearbeiten von traumatischen Erlebnissen finden lässt (Reuter-Herkner, 2022, S. 2). Im Team werden Ereignisse verdrängt, da die Notfallbereitschaft, das Abarbeiten von Aufträgen und weitere hohe Arbeitsdichte keine Zeit für eine adäquate Verarbeitung lassen (Reuter-Herkner, 2022, S. 2). Häufig werden diese Erlebnisse von Pflegekräften nicht als traumatische Ereignisse erkannt, obwohl es sich um das Erleben des eigenen Todes, aber auch von Verletzungen oder Leiden von anderen Personen handelt (Reuter-Herkner, 2022, S. 2).

Wie auch bei psychischen Belastungsfolgen können die Auswirkungen von traumatischen Ereignissen auch in chronischen physischen Problemen manifestieren (Rex, 2002, S. 28).

Die hohe Arbeitsintensität sowie die fehlende Prävention von körperlichen Belastungsfolgen haben zahlreiche negative Konsequenzen auf die physische Gesundheit von Pflegekräften (Köllner, 2015, S. 3). Aufgrund des Personalmangels sind in vielen Institutionen das Anordnen von Arbeitszeiten sowie das soziale Empfangen von Berufsanfänger*innen nicht sinnvoll etabliert. Berufsanfänger*innen leiden oft an einer hohen Verantwortung, ohne die Möglichkeit zu haben, diese auch in Teams mit erfahrenen Kolleg*innen zu teilen, sich auszutauschen oder Fragen stellen zu können (Reuter-Herkner, 2022, S. 1). Auch hier muss sich der Pflegeberuf noch weiterprofessionalisieren und versuchen, sich institutionell zu verändern. Laut einer empirischen Auswertung zu Präventionsmaßnahmen kann auf Arbeitsunfälle und physische Belastungsfolgen nur durch institutionelle Maßnahmen (Gesetzgebung etc.) eingegangen werden. So kann es zu einer Verbesserung der Gesundheit, der Reduktion der Fehltag und zu einem Erhalt des Leistungspotentials

kommen (Reuter-Herkner, 2022, S. 2). Zusammenfassend kann man sagen, dass sich durch physische Belastungsfolgen des Dienstleistungsstressses häufig der Pflegeprozess, die Patientensicherheit, die Sicherheit der Pflegekräfte, die Gesundheitsförderung und das Arbeitsleben der Pflege beeinträchtigen.

3.2 Psychische Belastungsfolgen

Der Dienstleistungsstress, dem Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern ausgesetzt sind, hat erhebliche psychische Belastungsfolgen, die sich in einer erhöhten Anzahl psychischer Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen, manifestieren. Knapp über 10 % der Pflegefachpersonen fühlten sich in den letzten zwölf Monaten betroffen, was ein besorgniserregendes Signal für das erhöhte Risiko psychosozialer Belastungen bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen im Krankenhausalltag darstellt. Durch das Aufeinandertreffen von Zeitdruck, Schichtarbeit und den besonderen Belastungen mit Patient*innen sind betroffene Pflegekräfte oft überfordert, was zu sozialem Rückzug und einer häufig resultierenden Arbeitsunfähigkeit führt (Genolet et al., 2020, S. 2).

Die häufigste Belastungsfolge ist die emotionale Erschöpfung, die sich bei Pflegekräften in einer anhaltenden Müdigkeit sowie in dem Verlust von Interesse an Arbeit und dem Gefühl der mangelnden Arbeitserfüllung manifestiert. Studien ergaben, dass etwa 86 % der Pflegekräfte in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen von einer emotionalen Erschöpfung betroffen sind, was sich negativ auf ihre Motivation auswirkt und damit die Qualität der Pflegebeeinträchtigung beeinflusst (Kirschner, 2020, S. 1). Das Vorkommen emotionaler Erschöpfung unter Pflegekräften macht ein dringendes Handlungsfeld deutlich, in welchem Pflegekräfte präventiv Unterstützung erhalten müssen, um langfristig im Beruf zu bleiben.

Ein weiteres Problem, welches durch Dienstleistungsstress entsteht, ist die durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und einem Gefühl der mangelnden persönlichen Leistungsfähigkeit gekennzeichnete Burnout-Symptomatik, unter der etwa ein Viertel der Pflegekräfte leidet und welche sich bei zunehmender Arbeitsbelastung sowie emotionalen Anforderungen verstärkt (Busse, 2002, S. 17; Schiffer, 2014, S. 36).

Belastende Rahmenbedingungen verschlimmern die psychische Belastung, die vor allem durch mangelnde Unterstützung, Pausen und eine fehlende gute Personalausstattung ausgelöst werden (Mittermeier et al., 2023, S. 45; Genolet et al., 2020, S. 2). Dies führt

dazu, dass die Fähigkeit der Pflegekräfte zur Stressbewältigung zunehmend sinkt und keine Regenerationsprozesse mehr stattfinden können, da die psychischen Belastungen nicht abgekoppelt werden können und sie somit permanent beschäftigt.

Auch psychosomatische Beschwerden, wie Schlafstörungen, Antriebslosigkeit oder allgemeine Stresssymptome, sind häufig verbreitet, die vor allem in der stationären und ambulanten Pflegeversorgung auftreten (Petersen & Melzer, 2022, S. 1). Da psychosomatische Beschwerden ein Symptom für psychische Belastungen sind, werden sie häufig mit einer organischen Erkrankung kombiniert. Deshalb müssen in der Behandlung vorrangig die bestehenden psychosozialen Belastungen vermieden werden.

Als häufigsten Auslöser für psychische Belastungsfolgen und Überforderung bei Pflegekräften lässt sich Moral Distress herausstellen. Dabei ist zu beachten, dass die Entstehung von Moral Distress vor allem durch personal- und ressourcenbedingte Engpässe geprägt wird, die eine entsprechende Reaktion auf ihre innere Überzeugung verhindern. Deshalb kann der Pflegekraft der Beruf der Pflege nicht mehr entsprechen und führt zu langfristiger Frustration (Wirth et al., 2021, S. 9-11). Pflegekräfte, die Moral Distress häufig erleben, haben ein dreimal höheres Risiko, den Arbeitsplatz zu verlassen (Wirth et al., 2021, S. 11). Umso wichtiger ist eine frühzeitige Intervention mit strukturellen und organisatorischen Verbesserungen zur Minimierung von Moral Distress.

Hauptursachen für Moral Distress können chronische personelle und organisatorische Ressourcenengpässe sein, wodurch Pflegekräften keine ausreichenden Handlungsspielräume zur Verfügung stehen, um die beste Qualität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten (Wirth et al., 2021, S. 9-11). Die Pflegekräfte fühlen sich hilflos, wenn sie nicht die angemessene Behandlung des Patienten leisten können, die durch Mangelressourcen verursacht wird. Dies kann sich langfristig negativ auf das Teamklima auswirken, wenn die Pflegenden ihre Frustration nicht äußern und sich zurückziehen. In der Pflege gibt es oft die Herausforderung, Entscheidungen treffen zu müssen, die ethische Prinzipien und Werte, die für eine angemessene Pflege und Behandlung der Patienten*innen wichtig sind, verletzen können. Diese Art von Situationen können sowohl für die Patienten*innen als auch für die Pflegekräfte negative Auswirkungen haben.

Deshalb muss man beachten, dass zur Verminderung psychischer Belastungsfolgen eine individuelle Beratung nicht reicht, sondern dass es vor allem gilt, eine umfassende Strategie auf der strukturellen, systemischen und organisationalen Ebene zu implementieren (Wirth et al., 2021, S. 9-11). Es sollte Unterstützung und Angebote aufgesetzt werden, um auf

systemische Ursachen zu wirken, die einen Zusammenhang zur Belastung der Pflegekraft darstellen (Wirth et al., 2021, S. 9-11).

Um das Belastungsempfinden von Pflegekräften im Zusammenhang mit der Entstehung psychosomatischer Symptome, wie Schlafstörungen, innere Unruhe und Antriebslosigkeit, zu betrachten, muss bedacht werden, dass in beiden Bereichen gleichermaßen eine hohe Anzahl an psychosomatischen Symptomen vorhanden ist, was einen bestehenden Handlungsbedarf zeigt (Petersen & Melzer, 2022, S. 1). Psychosomatische Beschwerden führen vor allem deshalb zu einem dringenden Handlungsbedarf, weil sie die ersten körperlichen Anzeichen des eigenen Beanspruchungserlebens darstellen und somit zu einem chronischen Problem führen können, wenn man nicht rechtzeitig darauf reagiert. Daher muss es eine präventive Maßnahme geben, die von allen Akteur*innen in der Krankenpflege gleichermaßen umgesetzt wird und sich für alle Pflegekräfte gleichermaßen lohnt.

Nicht nur psychosomatische Beschwerden sind körperliche Anzeichen von psychischer Belastung, sondern auch Muskel-Skelett-Probleme im unteren Rücken, Nacken und Schulterbereich. Der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Muskel-Skelett-Problemen kann dadurch begründet sein, dass die psychische Überlastung eine direkte Folge der emotionalen Anspannung ist. Wenn die Pflegekräfte eine lange Zeit unter emotionalem Stress leiden, kann das zu Muskelspannungen, Rückenschmerzen und anderen Beschwerden im Muskel-Skelett-System führen.

Dementsprechend müssen präventive Maßnahmen interaktiv und interdisziplinär ausgerichtet sein und niedrigschwellige Strategien anwenden, wie z. B. die Pflege aufzufangen, um negative Belastungsentwicklungen zu vermeiden, zu intervenieren, um das negative Belastungserleben von Pflegekräften zu verhindern, und Supervisionen zu fördern, um ein besseres Arbeitsklima zu gestalten (Mittermeier et al., 2023, S. 45).

Auch konnten in einer Untersuchung von Petersen & Melzer (2022) keine signifikanten Unterschiede zwischen der Belastungsfolge für psychisch belastete Pflegende in der ambulanten und stationären Versorgung im Sinne des psychischen Beanspruchungserlebens und der Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden gefunden werden (Petersen & Melzer, 2022, S. 1). Das zeigt deutlich auf, dass die psychischen Belastungsfolgen sich nicht durch verschiedene Arbeitsfelder differenzieren, sondern generell ein zentrales Thema in der Pflegelandschaft sind. Daher ist es wichtig, sich über die Belastungsfolgen für das Berufsbild der Krankenpflege ein Bild zu machen, die sich durch

den Dienstleistungsstress und die damit verbundenen Herausforderungen im Berufsalltag ergeben. Um auch in Zukunft die professionelle Krankenpflege mit den Menschen, die im Beruf arbeiten, zu erhalten und sicherzustellen, muss es grundlegende Veränderungen im Berufsbild geben.

Die psychischen Belastungsfolgen des Dienstleistungsstressses können nicht nur durch Pflegekräfte erlebt werden. Eine weitere Gruppe im Krankenhaus, die psychische Belastungen durch Job Strain (Stressreaktion auf Arbeit durch unzureichende Stressbewältigungsressourcen) erleben, sind chirurgisch tätige Ärzt*innen, von denen knapp über 22 % betroffen sind (von dem Knesebeck et al., 2010, S. 4). Assistenzärzt*innen in der Allgemeinchirurgie wiesen die höchste Gratifikationskrise und Job Strain in diesem Krankenhaus auf (von dem Knesebeck et al., 2010, S. 4). Fast ein Fünftel der Ärzt*innen gab an, regelmäßig über einen Berufswechsel nachzudenken (von dem Knesebeck et al., 2010, S. 4).

3.3 Soziale und berufliche Konsequenzen

Chronischer Dienstleistungsstress wirkt sich auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften aus, da Überforderung und geringe Aufstiegsmöglichkeiten die berufspositiven Eigenschaften stark in den Hintergrund rücken. Obwohl rund 70 % der Pflegekräfte ihren Beruf weiterempfehlen würden, sind es nur etwa ein Drittel, die mit der Berufswahl an sich zufrieden sind (Buxel, 2011, S. 1). Ein Drittel der Pflegekräfte würde den Beruf einer Person, welche sich in dieser Berufssparte zurechtfinden würde, nahelegen. Diese Daten lassen darauf schließen, dass bei den Pflegekräften kein grundsätzlicher Unwille gegen diesen Beruf vorherrscht, sondern die Unzufriedenheit mit dem allgemeinen System in der Pflege liegt. Arbeitgeber*innen und Vorgesetzte unterstützen die Pflegekräfte nicht, diese erleben zu wenig Aufstiegsmöglichkeiten und empfinden ein Gefühl des Spannungsbogens (Buxel, 2011, S. 1-2).

Unbehagen und Frustration durch die eigene Arbeitssituation wird noch bestärkt durch regelmäßig erlebte psychische und physische Überlastungssituationen. Über die Hälfte der Pflegekräfte fühlt sich stark erschöpft, dadurch sinkt das persönliche Engagement und das Selbstverständnis der Rolle einer Pflegefachkraft im Betrieb (Buxel, 2011, S. 2). Die fehlende Weiterempfehlungsbereitschaft wirkt sich direkt auf das gesamte Bild des Pflegeberufs aus und reduziert die Anerkennung, sodass sich weniger Jugendliche dazu

entscheiden, diesen Beruf zu erlernen.

Nahezu 20 % der Pflegekräfte fühlen sich in ihrem sozialen Umfeld am Arbeitsplatz isoliert (Genolet et al., 2020, S. 2). Viele emotional gestresste Pflegekräfte ziehen sich zunehmend aus Interaktionssituationen zurück, welche sich direkt auf die interprofessionelle Kommunikation auswirken und langfristig den Patient*innen schaden (Kirschner, 2020, S. 1). Das ganze Team wird dadurch weniger resilient, der kollegiale Zusammenhalt wird geschwächt und Betroffene werden häufiger sich selbst überlassen. Supervisionen und Nachsorgemaßnahmen kommen in den Institutionen viel zu kurz (Genolet et al., 2020, S. 2).

Nicht bewältigter Dienstleistungsstress durch ständigen Personalmangel und einengende Hierarchien macht die Pflegekräfte unzufrieden mit ihrer Arbeitsumgebung. Sie verlassen den Job oft mit dem Wunsch, weniger belastende Tätigkeiten auszuüben, und die bestehenden Kolleg*innen stehen wieder mit noch mehr Problemen alleine da (Wirth et al., 2021, S. 11). Die Moral Distress in der Berufspraxis erhöht die Arbeitsplatzwechselabsicht in überfordernden Situationen beinahe um das Dreifache (Wirth et al., 2021, S. 11).

Zeitdruck und unzureichend zur Verfügung stehende personelle Mittel sorgen dafür, dass die Qualität der Pflegetätigkeit nachgelassen hat und die Pflegekräfte nur wenig Zufriedenheit in ihrem Job empfinden. Die Pflege muss für die Patient*innen aus Zeitgründen oft zu kurz kommen (Wirth et al., 2021, S. 12).

Langfristiger Dienstleistungsstress manifestiert sich in folgenden Auswirkungen:

Über 40 % aller Pflegekräfte klagen über Muskel- und Gelenkschmerzen, knapp 25 % berichten von Schlafstörungen, und mehr als 10 % leiden unter Angst und Depressionen (Genolet et al., 2020, S. 2; Kirschner, 2020, S. 1). Die psychische und physische Belastung kann sich negativ auf die Selbstwahrnehmung, das berufliche Selbstbild und das körperliche Wohlbefinden der Pflegekräfte auswirken. Aufgrund von Burnout und emotionaler Erschöpfung sinkt die Leistungsfähigkeit von Körper und Psyche, wodurch das Risiko von Fehlern in der Betreuung der Patient*innen entsteht (Kirschner, 2020, S. 1). Auch bei sorgfältigster Planung kann sich Dienstleistungsstress entwickeln, wenn sich die Interaktionsarbeit im Pflegedienst nicht richtig in den Stellenplan integriert (Wirth et al., 2021, S. 12).

Viele Angebote zur Stressbewältigung bei Pflegekräften haben keine Wirkung. Dies liegt vorwiegend daran, dass solche Angebote keine Langzeitwirkung erbringen und keine

partizipatorischen Maßnahmen berücksichtigt werden, welche in die Organisation eingebettet sind (Schiele et al., 2023, S. 1). Niedrigschwellige Stressbewältigungsprogramme hingegen scheinen langfristig erfolgreich zu sein, vorausgesetzt, sie werden durch Studien begleitet. Diese Maßnahmen stellen im Bereich von Einzel- und Gruppentrainings, Informationsveranstaltungen sowie in der Arbeitsorganisation wirkungsvolle Resilienzförderungen dar. Eine wichtige Voraussetzung für diese Art der Programme ist, dass sie auf Teambasis funktionieren und in die Arbeitsorganisation integriert werden (Schiele et al., 2023, S. 1). Es ist besonders wichtig, dass Betroffene die Entwicklung des Konzepts selbst vorantreiben und die Maßnahmen direkt in den Institutionen angeboten werden, damit sie in den Betrieben eine langfristige Etablierung erfahren (Schiele et al., 2023, S. 1).

Es hat sich in mehreren Forschungsarbeiten bestätigt, dass Pflegekräfte grundsätzlich gerne in ihrem Beruf arbeiten, doch 50 % beklagen psychische und physische Belastung und nur ein Drittel würde den Job weiterempfehlen (Buxel, 2011, S. 1-2; Kirschner, 2020, S. 1).

4. Belastungsfaktoren im Pflegealltag

Der Pflegealltag ist geprägt von zahlreichen und komplexen Belastungsfaktoren. Diese setzen sich aus verschiedenen Faktoren der Organisation, der Interaktion und der Arbeit zusammen und bestimmen somit den Dienstleistungsstress der Pflegenden. Im Kontext der Arbeit soll daher dargestellt werden, inwiefern diese Belastungsfaktoren den Pflegealltag beeinflussen.

4.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

Die organisationalen Rahmenbedingungen sind ein wichtiger Einflussfaktor auf die Belastung in der Pflege. Diese formen das Arbeitsumfeld und beeinflussen die Qualität der Pflege. Eine steigende Arbeitsverdichtung und Personalunterbesetzung hat beispielsweise dazu geführt, dass im Zeitraum eines Jahrzehnts die Fallzahl pro Pflegekraft um 23 % angestiegen ist und gleichzeitig 48.000 Vollzeitstellen im stationären Sektor abgebaut wurden (Leittretter, 2008, S. 19). Eine erhöhte Arbeitsverdichtung vermindert die Arbeitsqualität und sorgt zusätzlich für mehr Zeitdruck und weniger Freizeit. Das führt

letztendlich zu einer Abwärtsspirale mit noch schlechterer Qualität und mehr Belastung für die Mitarbeiter*innen.

Der Personalunterbesetzung als Auswirkung des Personalmangels hat zudem folgende Folgen: Die vorhandenen Ressourcen reichen nicht aus, um alle beruflichen Anforderungen erfüllen zu können. Somit kann die Versorgung nur bedingt gewährleistet werden, was das Risiko für Pflegefehler erhöht. Zudem haben Pflegekräfte mit Moral Distress zu kämpfen, da berufliche Standards nicht erfüllt werden können (Genolet et al., 2020, S. 1). Dieser Missstand ist ein Hauptgrund für Unzufriedenheit im Pflegeberuf und muss zukünftig noch näher erforscht werden.

Eine Arbeitsverdichtung und somit die Intensivierung der Arbeit in der Schicht, gepaart mit weniger Freizeitmöglichkeiten zur Erholung und des sozialen Austauschs, birgt das Risiko, dass sich Erschöpfung anhäuft. Dies kann Krankheiten und Fluktuation fördern (Beer et al., 2023, S. 25; Kirschner, 2020, S. 1). Dieser Zustand betrifft allerdings alle Pflegeberufe. Personalunterbesetzung, fehlende Erholung sowie Zeitdruck werden sektorübergreifend als belastend empfunden. Auch zeigen mehrere Studien, dass diese Belastungen nicht oder nur minimal individuell bewältigt werden können, solange die Personalschlüssel nicht geändert werden.

Fehlende Zeit, um berufliche Standards aufgrund von Arbeits- und Zeitdruck aufrechtzuerhalten, führt zudem zu Moral Distress und in Folge zur Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsplatzwechsels (Wirth et al., 2021, S. 11).

Die fehlende Pausenkultur trägt maßgeblich zu Stress und Überlastung bei. Knapp die Hälfte aller Pflegekräfte berichtet, dass sie sich nie oder selten eine richtige Pause gönnen können und verbringen über die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Zeitdruck (Beer et al., 2023, S. 25).

Pausen und Erholungsphasen tragen maßgeblich zur Gesundheit von Mitarbeiter*innen bei. Dadurch können sich diese regenerieren und Energiereserven auffüllen. Sie gelten somit als Voraussetzung, um weiterhin die Arbeitsfähigkeit erhalten zu können. Eine solche Präventionsmaßnahme findet im Gesundheitsbereich jedoch zu wenig Beachtung. So können fehlende Pausen beispielsweise zu Muskelschmerzen und Verspannungen in Rücken und Nacken sowie zu Erschöpfungszuständen beitragen (Genolet et al., 2020, S. 2). Auch sind die Fehlzeiten deutlich höher als in anderen Berufen (Beer et al., 2023, S. 25). Studien haben beispielsweise auch gezeigt, dass Pausen im Pflegeberuf eher unregelmäßig

erfolgen und kurz gehalten werden und dass sich nur 2 % der Mitarbeiter*innen in diesen auch wirklich ausruhen können (Genolet et al., 2020, S. 2).

All diese Effekte können in Stress und Erschöpfung resultieren und letztendlich auch dazu führen, dass sich Mitarbeiter*innen entscheiden, den Beruf zu wechseln. Eine mangelnde Pausenkultur kann, ähnlich wie Personalmangel, zu einer zusätzlichen Belastung beitragen und sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirken.

Durch einen hohen Grad an Arbeitsteilung und eine mangelhafte Kommunikation bezüglich betrieblicher Veränderungen sind die Kontrollierbarkeit des Arbeitsalltags, das Wissen, was im Arbeitsalltag passiert, und die Übersichtigkeit gering. 50 % der Pflegenden werden unzureichend über Veränderungen informiert und weitere 30 % empfinden sich als schlecht informiert (Leittretter, 2008, S. 16).

Eine solche Vorgehensweise führt zu einem geringen Grad an Übersichtlichkeit, der wiederum das Gefühl von Unsicherheit auslöst und das individuelle Kontrollerleben einschränkt. Auch wird die Zusammenarbeit durch eine solche Kommunikationspolitik gehemmt, weil Informationen aus dem Betrieb fehlen oder nicht aktuell genug sind, um diese berücksichtigen zu können.

Autonomie kann ebenfalls als Ressourcenfaktor gelten, wobei ein Mangel das Kontrollerleben ebenfalls herabsetzt. Da ein geringes Kontrollerleben, in Form von Autonomieverlust, mit einem hohen Grad an Überlastung einhergeht, liegt nahe, dass Mitarbeiter*innen mit viel Kontrollerleben mehr Arbeitsfreude und Motivation empfinden, da sie einen hohen Einfluss auf ihren Arbeitsalltag haben (Leittretter, 2008, S. 16-18). Die fehlende Kommunikation zeigt sich auch darin, dass weniger Verbesserungsvorschläge als vor einigen Jahren gemacht werden (Leittretter, 2008, S. 18).

Schicht- und Nachtarbeit verursacht neben psychischen auch gesundheitliche und soziale Belastungen. 80 % der Beschäftigten arbeiten in Wechselschichten und 57 % arbeiten regelmäßig in der Nacht (Leittretter, 2008, S. 22). Die Arbeitszeitgestaltung wird mit einer erhöhten Anzahl von Schlafproblemen und Chronizität verbunden (Genolet et al., 2020, S. 2). Das erhöhte Risiko, an Erschöpfungszuständen und Burn-out zu erkranken, erklärt sich durch die Desynchronisation des zirkadianen Rhythmus (Genolet et al., 2020, S. 2). Auch kann das Arbeitszeitmodell, welches durch einen hohen Grad an Unberechenbarkeit der Freizeit geprägt ist, bei vielen Pflegekräften negative Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben haben. Die mangelnde Berechenbarkeit der Freizeit ist oft

geprägt von Verzicht auf Aktivitäten wie Vereinsleben, Hobbys oder soziale Kontakte. Durch fehlende Freizeit fällt auch das Regenerieren von Stress im privaten Bereich weg. Demnach sind Arbeitsmodelle ein wichtiger Stressor im Pflegeberuf.

Knapp zwei Drittel der Pflegekräfte berichten von regelmäßigen Gefühlen von Erschöpfung und körperlichen Problemen sowie darüber, dass sie ernsthaft über einen Berufswechsel nachdenken (Beer et al., 2023, S. 25; Kirschner, 2020, S. 1). Diese Ergebnisse sind auf strukturelle Defizite im Gesundheitssystem und dem hohen Grad an organisatorischen Belastungen in der Pflege zurückzuführen.

Die organisationalen Rahmenbedingungen sind für die Pflegequalität wichtig. Mitarbeiter*innen berichten über negative Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf ihr Arbeitstempo, emotionale Situation und auf ihr Arbeitsumfeld (Genolet et al., 2020, S. 1). Eine gesundheitsförderliche Organisation wirkt sich auf Mitarbeiter*innen und Patient*innensicherheit positiv aus. Demnach ist die Veränderung dieser Rahmenbedingungen wichtig, da diese einen hohen Stellenwert im Pflegeberuf einnehmen. Jedoch werden diese Verbesserungen meist nur in einzelnen Pflegeeinrichtungen umgesetzt.

4.2 Interaktionsbedingte Belastungen

Interaktionsbedingte Belastungen zählen für Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern zu einem der größten Stressfaktoren. Die Interaktion mit Patient*innen und Angehörigen stellt oft eine Herausforderung dar. Ein Großteil der Pflegekräfte gibt an, schon häufig in aggressive Vorfälle involviert gewesen zu sein, wobei physische wie auch verbale Übergriffe von Patient*innen oder Angehörigen erlebt wurden. In empirischen Studien haben 36 % der Pflegekräfte im vergangenen Jahr bereits physische und 67 % verbale Aggressionen erlebt (Vincent-Höper et al., 2020, S. 1, 6). Die häufigen Übergriffe korrelieren mit einer höheren emotionalen Erschöpfung und den drei Kernsymptomen des Burnout. Pflegenden mit häufigem Erleben von Aggressionen zeigen eine höhere Depersonalisation und erleben weniger persönliche Leistung. Das verringert die berufliche Identifikation und erhöht die Tendenz zum inneren Rückzug von der beruflichen Identifikation (Vincent-Höper et al., 2020, S. 6).

Pflegekräfte sind auch einem hohen Risiko für chronische psychische Erkrankungen

ausgesetzt, die vorwiegend durch die vermehrten aggressiven Verhaltensweisen seitens der Patient*innen auftreten. Diese können sich subjektiv ohnmächtig fühlen und die Situation als Überforderung wahrnehmen und auch ein Gefühl der Hilflosigkeit erleben. Dies hat negative Folgen, wie zunehmende Stressreaktionen (Genolet et al., 2020, S. 2). Auch auf die kollektive Resilienz hat das aggressive Verhalten Patient*innenspezifischer und organisationsbedingter Gründe eine Auswirkung, da es zu gegenseitiger Anspannung im Pflegeteam kommt (Kirschner, 2020, S. 1).

Ein gutes Fallmanagement seitens des Arbeitgebers hilft, um diese Erlebnisse zu verarbeiten. In Folgeberatungsgesprächen nach aggressiven Vorfällen werden emotionale Erschöpfungszustände von Pflegekräften verringert (Vincent-Höper et al., 2020, S. 6).

26,4 % der Pflegekräfte erleben die emotionalen Anforderungen während ihrer Arbeit hoch (Genolet et al., 2020, S. 1). Das stetige Einfühlen, Bewältigen, Kontrollieren und Ausdrücken von Emotionen wie Angst, Trauer oder Wut der Patient*innen kann negative Folgen für die psychische Gesundheit der Pflegekraft haben, wie beispielsweise Depressionen, Angstzustände oder emotionale Erschöpfung (Genolet et al., 2020, S. 2; Hahn et al., 2009, S. 39). Die psychische Belastung wird durch die geforderte Ambivalenz in der Pflegebeziehung noch verstärkt. Zum einen müssen Pflegekräfte mit ihren Emotionen und Einfühlungsvermögen nahe am Patienten sein und zum anderen ausreichend Distanz aufrechterhalten (Kirschner, 2020, S. 1; Genolet et al., 2020, S. 2).

Pflegekräfte sind nur wenig auf den Umgang mit Emotionen und psychischer Belastung vorbereitet. Oft wird fehlendes Emotions- und Stressmanagement kritisiert (Bernath & Fichten, 2006, S. 14-15). Im Zusammenhang mit den emotionalen Belastungen mangelt es oft an Reflexionsräumen und adäquaten Bewältigungsmechanismen. Dies führt dazu, dass ein erhöhter Grad an psychischen Belastungen resultiert.

Nahezu 20 % der Pflegekräfte fühlen sich während ihrer Arbeit einsam (Genolet et al., 2020, S. 2). Gefühle der Isolation mindern die individuelle Resilienz. Stress hat zudem eine Auswirkung auf Arbeitsbeziehungen. Durch die emotionalen Erschöpfungszustände ziehen sich Pflegenden zurück, was sich in Rückzug und Kommunikationsschwierigkeiten zeigt (Kirschner, 2020, S. 1). Es resultieren zunehmend Konflikte innerhalb der Teams, auch wenn kein institutionalisierter Austausch über Erlebtes besteht. Dies vergrößert die Negativspirale, indem die individuelle Überforderung sich im Team manifestiert. Auch der Kontakt mit anderen Berufsgruppen und die Organisation in der Station werden dadurch beeinflusst.

Bedingt durch unbefriedigendes Arbeitsklima und Informationsdefizite durch fehlende Austausche können Fehler im Pflegealltag zunehmen, was zu noch größerer Belastung aufseiten der Pflegenden führt und die Sicherheit der Patient*innen beeinträchtigt (Bernath & Fichten, 2006, S. 14-15). Die kollektive Resilienz im Team ist somit auch von der Möglichkeit, dass Pflegekräfte kollektive Bewältigungsstrategien entwickeln und auch anwenden können, und von regelmäßigem Austausch über Belastungen abhängig. Eine Supervision des Teams oder das Abhalten von Gesprächsrunden stellen Schutzfaktoren gegen soziale Auswirkungen dar.

Sicherlich spielt die kommunikative Kompetenz eine zentrale Rolle für einen möglichst effektiven Umgang mit interaktionsbedingten Belastungen im Pflegeberuf. Pflegekräfte schätzen die eigene Handlungsfähigkeit nach Besuch einer Weiterbildung zu professioneller Kommunikation im Umgang mit problematischen Kommunikationssituationen als deutlich besser ein (Bernath & Fichten, 2006, S. 15). Kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Patient*innen, Angehörigen und im Pflgeteam haben auch auf die Konfliktfähigkeit der Beteiligten einen positiven Einfluss und können somit auch zu einem besseren Arbeitsklima führen. Des Weiteren spielt die Kommunikation innerhalb eines Teams auch eine positive Rolle in Bezug auf die psychische Gesundheit, da sich die Kommunikationsebene direkt auf die Befindlichkeit auswirkt. Durch professionelle Kommunikation können Arbeitszufriedenheit gesteigert und Konflikt- und Stresspotenzial reduziert werden (Bernath & Fichten, 2006, S. 15). Die Evaluierung von kommunikativen Schulungen zeigt eine mittel- und langfristige Verbesserung der kommunikativen Handlungsfähigkeit und erleichtert das Erlernen von neuen Kommunikationsstrategien (Bernath & Fichten, 2006, S. 15).

Diese Weiterbildungseinheiten sollen zu häufigem kollegialen Austausch anregen und zum Selbstreflexionsprozess über kommunikative Herausforderungen im Alltag motivieren. Der kollegiale Austausch über kommunikative Hürden kann Pflegekräfte stärken und auch dazu führen, dass sich Pflegenden selbstbewusster und somit sicherer in ihren Entscheidungen und auch in ihrem Tun im Berufsalltag fühlen. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen, Bedürfnissen und auch Zielen kann eine gesunde Balance für das berufliche Selbst herbeiführen und auch vor Burnout-Symptomen schützen. Es sollte zur Pflichtausbildung für alle Pflegekräfte im Krankenhaus gehören, sich mit der kommunikativen Kompetenz näher zu befassen. Denn diese Kompetenzen zu beherrschen kann einen Schutz gegen die zunehmende Resilienz und steigende Gewaltprävention darstellen. Auch wird durch eine bessere Kommunikation und Austausch das interprofessionelle Arbeitsklima gefördert und die Sicherheit von Patient*innen gestärkt. Organisationen, die systematische Folgeberatung bei problematischen

Kommunikationssituationen anbieten, haben deutlich weniger Burnout-Fälle zu verzeichnen (Vincent-Höper et al., 2020, S. 6). Hier ist also von dem Arbeitgeber eine Verantwortung zu tragen, dass sich Pflegekräfte auch nach stressigen und belastenden Situationen adäquat aufgehoben und geschützt fühlen. Die Organisation muss den Mitarbeitenden Unterstützung, Reflexionsangebote und Hilfestellungen anbieten, um diese Belastungen besser verarbeiten zu können.

Der Arbeitgeber hat auch einen Auftrag, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Arbeitsbelastung reduziert und die Balance aus Beanspruchung und Belastung besser hergestellt werden kann. Neben einer Supervision, die niedrigschwellig angeboten werden sollte, könnte auch die kollegiale Beratung angeboten werden. Diese Form von kollegialer Beratung kann das Gefühl der Belastung verringern, das Selbstwertgefühl verbessern und das subjektive Empfinden am Arbeitsplatz stärken.

Als Möglichkeiten, die Belastungen durch interaktionsbedingte Stressfaktoren zu reduzieren, können auch gesundheitsfördernde Maßnahmen herangezogen werden. Der Betrieb muss über Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen verfügen, die die Gesundheit schützen. Es braucht gesunde Arbeitsbedingungen in den deutschen Krankenhäusern. Die Organisation des Betriebs, die Arbeit und die Tätigkeiten müssen so gestaltet sein, dass sie die physischen und psychischen Belastungen vermeiden. Als Beispiele nennt Brieskorn-Zinke (2003, S. 7): Patienten-Informations-Zentren (PIZ), Verbesserung der Abläufe in der stationären Pflege durch die Analyse bestehender, etablierter Pflegeprozesse, Projekt zur Arbeitszeitgestaltung in der stationären Pflege – Arbeitsplatzstation – mit dem Ziel, die Arbeitszeitgestaltung zu verändern, damit sich die Mitarbeiter gesund erhalten, usw. Hier wird also deutlich, wie wichtig und notwendig es ist, dass die Arbeitsbelastungen für die Pflegekräfte möglichst geringgehalten werden, damit Pflegenden auch ausreichend gut im interaktionsbedingten Bereich interagieren können.

4.3 Strukturelle Herausforderungen

Die strukturellen Schwierigkeiten stellen für Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern einen weiteren wesentlichen Belastungsfaktor dar. Der bestehende Fachkräftemangel hat zu einer gesteigerten Arbeitsbelastung für das verbleibende Pflegepersonal beigetragen. Die Vakanzzeiten von Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften betrug 2011 im Durchschnitt 105 Tage. Dies ist um 59 % höher als bei anderen Berufsgruppen (Löffert & Golisch, 2013,

S. 11).

Des Weiteren hat mit dem demografischen Wandel und dem daraus resultierenden Anstieg von älteren und multimorbiden Patient*innen in deutschen Kliniken der pflegerische Aufwand erhöht. So leiden von den über 70-jährigen Personen 56,3 % an zwei bis vier Mehrfacherkrankungen und 21,4 % an fünf oder mehr Erkrankungen (Löffert & Golisch, 2013, S. 7).

Einige Krankenhäuser können die Qualität der Versorgung nicht mehr aufrechterhalten, was zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit im Berufs- und Patient*innenalltag führen kann (Löffert & Golisch, 2013, S. 10-11). Das Pflegepersonal fühlt sich bei Belastungsspitzen in der Versorgungssituation überfordert und hat das Gefühl, diesem Umstand hilflos ausgeliefert zu sein, da flexibilisierende Maßnahmen auf pflegerischer Ebene, zum Ausgleich, nur ungenügend vorhanden sind. Pflegepersonen haben moralische Integritätsgefährdungen, wenn der Versorgungsstandard nicht aufrechterhalten werden kann. Durch den Mangel an geeignetem Pflegepersonal sowie des dadurch bedingten Mehrwerts an Arbeitsbelastung im Pflegeberuf ist außerdem der Fluktuation von Pflegekräften vermehrt angebracht. So lag im Jahr 2011 die Fluktuation bei 6 %, wobei sie in privat-geführten Kliniken deutlich darüber lag (Löffert & Golisch, 2013, S. 30-31). Dies führt zu noch größeren Personalausfällen, da die Pflegekräfte den Pflegeberuf unter solchen Umständen eher verlassen und ein regelrechter Kreislauf aus Überlastung und Personalabgängen eintritt. Das Pflegepersonal wird zudem in diesem Bereich desillusioniert sein. In dem Sinne hat die Motivation, in diesem Beruf weiter zu arbeiten, bereits jetzt schon sehr stark abgenommen (Löffert & Golisch, 2013, S. 31).

Pflegeerfahrene Patient*innen werden durch den Anstieg von älteren Patient*innen mit mehreren Diagnosen ebenfalls zunehmend kränker und dadurch anspruchsvoller (Löffert & Golisch, 2013, S. 7). Die Patient*innen werden kränker, bedingungsbedingt komplizierter und bedürfen einer längeren Pflegezeit. Aufgrund des Musters der Arbeit, auf welches durch personelle Rahmenbedingungen im Alltag Bezug genommen wird, haben Krankenschwestern es schwer, mit dem anspruchsvollen Pflegeaufwand und dem dadurch steigenden Stress umzugehen. Durch eine erhöhte Anzahl von Pflegekräften in diesem Bereich kann der Zeitmangel teilweise behoben werden. Dennoch wird jede*r Krankenschwester, auch wenn die Personalfrage ausreichend gelöst ist, weiterhin der Situation des Zeitdrucks ausgeliefert sein, weil zu wenig Pflegepersonal für zu viele Patient*innen zuständig ist.

Pflegekräfte empfinden den Zeitdruck in dem hektischen Alltag, der geprägt ist von

zahlreichen und anspruchsvollen Aufgaben, als hohen Stressor. Die Rahmenbedingungen unterstützen jedoch nicht das Coping und die Zeitressourcen auf eine effektive und ökonomische Art und Weise (Genolet et al., 2020, S. 2). Es gibt oft weder Raum für Pausen noch für flexible Personalplanung, und dementsprechend wird die Verantwortung des Pflegepersonals, adäquate Pausenzeiten zu nehmen, nicht immer berücksichtigt oder unterstützt. Pflegekräfte benötigen flexible Zeitpläne für das Ausbalancieren der hohen Ansprüche des Krankenhauses, Patient*innen und der Familie, aber im Berufsleben einer Pflegekraft wird dies eher ignoriert (Kirschner, 2020, S. 1).

Des Weiteren wird bei der Bemessung des Pflegepersonals die Interaktionsarbeit, welche in Krankenhäusern geleistet wird, nicht mit einbezogen. Unter dem Begriff Interaktionsarbeit sind die kommunikativen und emotionalen Anforderungen zu verstehen, die in Interaktionen mit Patient*innen, Angehörigen und anderen Berufsgruppen zum Tragen kommen (Wirth et al., 2021, S. 12). Dies hat Konsequenzen: Emotionale Unterstützung kann nicht gewährleistet werden, und es kommt zu Vernachlässigungen von psychosozialen Patient*innenbedürfnissen und damit auch zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Wirth et al., 2021, S. 9-11). Pflegekräfte fühlen sich ihren Rollenanforderungen nicht gewachsen (Wirth et al., 2021, S. 12), und ein Moral Distress ist sehr wahrscheinlich. Die kritische Auseinandersetzung mit Personalbemessungsmodellen ist wichtig, da die systematische Einbindung von Interaktionsarbeit in diese die strukturellen Herausforderungen verdeutlichen kann (Wirth et al., 2021, S. 12). Personalmangel und organisatorische Hürden erhöhen in Situationen der moralischen Belastung die Wahrscheinlichkeit, dass Krankenschwestern ihren Werten, Überzeugungen und Standards entsprechend handeln können oder nicht (Wirth et al., 2021, S. 9). Die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsplatzwechsels in Folge eines Moral Distress ist drei Mal so hoch wie ohne Vorliegen einer solchen Belastung (Wirth et al., 2021, S. 11). Die institutionelle Antwort auf die Erlebnisse moralischer Belastungen im klinischen Alltag liegt weitgehend noch brach (Wirth et al., 2021, S. 14). Präventionsstrategien und ein institutionalisiertes Angebot zur Unterstützung von Krankenschwestern mit dem Erleben moralischer Belastung im Pflegealltag sind auf nationaler Ebene noch nicht flächendeckend in Kraft (Wirth et al., 2021, S. 14). Die langfristigen Auswirkungen eines kontinuierlichen Nicht-Umsetzens-Könnens der persönlichen Überzeugung in einer bestimmten Pflegesituation sowie die Auswirkungen einer zunehmenden Pflegepersonalfluktuation aufgrund von mangelnder Unterstützung können für die Qualität der Pflege problematisch werden (Wirth et al., 2021, S. 11).

Es bestehen keine gerechten Pausenzeiten. 2019 lag die Krankenstandsquote bei Pflegenden durchschnittlich bei 7,5 % und die Zahl der psychisch bedingten Krankenstände

deutlich höher als im Branchen- und Gesamtmittel (Mittermeier et al., 2023, S. 45).

5. Theoretische Modelle zur Stressbewältigung

Verschiedene theoretische Ansätze, die einen Rahmen liefern zum Verständnis der Stressbewältigung im Pflegebereich, werden betrachtet. Es werden klassische Bewältigungstheorien und ressourcenorientierte und präventionstheoretische Konzepte dargestellt, die Mechanismen der Belastungsreduktion und Resilienzstärkung aufzeigen. Sie werden im weiteren Verlauf in Bezug zu den Belastungsfaktoren und den Interventionen aus diesem Werk betrachtet.

5.1 Stresstheoretische Ansätze

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) bietet eine theoretische Grundlage, um Dienstleistungsstress in der Pflege zu untersuchen. Es wird beschrieben, dass Stress entsteht, wenn die Bewertung eines Individuums in einer bestimmten Situation ergibt, dass die Anforderungen die Bewältigungsressourcen übersteigen (Genolet et al., 2020, S. 1-2). So werden in der Pflege emotional anstrengende Situationen sowie Zeitdruck als Beispiele für Stressoren benannt, welche die Ressourcen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften überfordern. Die Notwendigkeit der Kommunikation und der Kooperation in Pflegeteams stellt eine hohe Belastung dar, wenn sie nicht systematisch gefördert werden (Genolet et al., 2020, S. 1-2). Um Pflegekräften ein kompetentes Handeln zur Verbesserung der Kommunikation im Arbeitsalltag zu ermöglichen, ist es notwendig, Kommunikationstrainings anzubieten (Juen et al., 2020, S. 2). Die soziale Unterstützung in Pflegeteams muss gestärkt werden, da der kollegiale Austausch einen bewältigenden Einfluss hat (Juen et al., 2020, S. 2).

Sozialisationsprozesse, die zur Belastungsreduktion bei Pflegekräften beitragen, sind äußerst effektiv, da sie ihre Belastungsquellen in Pflegesituationen besser erkennen und ihnen langfristig gegensteuern können.

Die Schwäche des transaktionalen Stressmodells besteht darin, dass es strukturelle Faktoren wie Personalmangel und Dienstplangestaltung nicht mit in die Beschreibung des

Dienstleistungsstress in der Pflege einbezieht, obwohl diese als Belastungen genannt werden (Kirschner, 2020, S. 1). Deswegen sind die Erweiterung des ursprünglichen transaktionalen Stressmodells und die Weiterentwicklung des Modells nötig. Kollektive Copingprozesse der Pflegeteams werden in dem Modell nicht berücksichtigt (Beer et al., 2023, S. 25). Um dem entgegenzutreten zu können, muss die Organisationstheorie erweitert werden (Beer et al., 2023, S. 25).

Das transaktionale Stressmodell muss noch um weitere Dimensionen erweitert werden, so wie zum Beispiel durch das „Moral Distress“-Modell. „Moral Distress“ entsteht in Pflegesituationen, wenn die professionelle Verantwortung eines/einer Pflegenden nicht in Übereinstimmung gebracht werden kann mit Handlungsanweisungen, welche von anderen Akteur*innen (zum Beispiel Pflegepersonal) gefordert werden und durch Mangel an Ressourcen, fehlende Unterstützung sowie Vorgaben und organisatorische Verfahren ausgelöst werden können (Klingler, 2019, S. 7). Moralische Belastung führt in vielen Situationen zu Scham, Schuld, Angst und Wut und kann bei den Pflegekräften einen Rückzug provozieren. Meist kommen in Pflegeteams emotionsbezogene Bewältigungsstrategien zur Anwendung (Austausch mit Kolleg*innen, Humor und distanzierter Umgang mit der eigenen Verantwortung). Diese können dazu führen, dass eine Chronifizierung der psychischen Belastung droht (Klingler, 2019, S. 7). Um dem entgegenzuwirken, sollten in Pflegeteams moralische Unterstützungsprogramme zum Erleben von Moral Distress bei Pflegekräften angewendet werden.

Das Job-Demands-Resources-Modell betrachtet Stress am Arbeitsplatz aus arbeitspsychologischer Perspektive. Es geht davon aus, dass die beruflichen Anforderungen und die verfügbaren Ressourcen ausbalanciert sein müssen, um Stress zu vermeiden. Belastungen durch schlechte Ressourcenausstattung, die in der Literatur beschriebenen Probleme des Personalmangels, ungünstige Arbeitszeiten und eine zunehmende Bürokratie werden auch hier genannt (Kirschner, 2020, S. 1). Führt ein Pflegeberuf mit hohen beruflichen Anforderungen und geringem Handlungsspielraum zur Verschlimmerung der physischen und psychischen Gesundheit, muss interveniert und entlastet werden (Genolet et al., 2020, S. 2). Hierzu zählen zum Beispiel die Förderung durch die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung sowie eine Ressourcenentlastung in Form von zusätzlicher Personaldecke (Beer et al., 2023, S. 25). Die individuelle Vulnerabilität von Pflegekräften wird in diesem Modell nicht erwähnt. Um die Faktoren für Stress ganzheitlich zu erklären, sind Modelle mit komplexeren Interdependenzen erforderlich.

Als wichtige Faktoren in Pflegeteams hat sich die soziale Unterstützung in Studien zur

Bewältigung von Dienstleistungsstress herausgestellt. Pflegekräfte profitieren von dem kollegialen Austausch nach belastenden Ereignissen, der das Risiko zur Entstehung von Depressionen und PTBS reduziert (Juen et al., 2020, S. 2). Die Erweiterung der klassischen Stresstheorien um die soziale Ebene ist somit notwendig. Kollektive Copingstrategien müssen institutionalisiert werden. Belastungen müssen vor allem dort bewältigt werden, wo sie am häufigsten auftreten (Horsch et al., 2023, S. 2). Pflegekräfte bewältigen Belastungen meist auf kollektiver Ebene in den Teams. Deswegen müssen kollektive Copingstrategien, Supervisionen und Peer-Unterstützungsangebote in den Stationen angeboten werden (Horsch et al., 2023, S. 2). Frühzeitige Angebote wie Kurzinterventionen für belastete Pflegenden in den ersten 72 Stunden nach dem belastenden Ereignis können eine Chronifizierung des Belastungserlebens vermeiden (Horsch et al., 2023, S. 2). Pflegekräfte sehen in ihren Kolleg*innen hilfreiche Ressourcen für die Bewältigung von beruflichem Stress als in den Stationsleiter*innen (Horsch et al., 2023, S. 2). Dies deutet an, dass in Pflgeteams in Krankenhäusern Handlungsbedarf besteht, sowohl Führungsarbeit als auch Belastungsentlastung betreffend (Horsch et al., 2023, S. 2).

Präventionsbasierte bzw. ressourcenorientierte Modelle zur Erklärung von Burnout beschreiben den Aufbau individueller und kollektiver Resilienz als wesentlich. Resilienzentwicklungsprogramme und kollegiale Nachsorgeprogramme haben eine signifikante Abnahme der Burnout-Symptomatik sowie der emotionalen Erschöpfung in der Pflege zur Folge (Juen et al., 2020, S. 2). Resilienzforschung wird in der Zukunft bei der Betrachtung der Stress- und Burnoutforschung einen wichtigen Beitrag leisten, da es die aktiven Stressbewältigungs- und Copingprozesse in den Vordergrund stellt. Es werden Strategien erforscht, die sich auf die Steigerung der psychischen Gesundheit konzentrieren, nicht auf die Beseitigung des psychischen Leidens und der mentalen Krankheit.

Die Anwendung dieser Modelle in Pflgeteams erfordert jedoch, dass Strukturen und Prozesse geschaffen werden, die eine konsequente Umsetzung in den pflegerischen Alltag ermöglichen. Hierbei kommt der Führungsebene im Bereich des Pflegemanagements eine besondere Rolle zu. Diese muss Strukturen etablieren, die eine regelmäßige Supervision, das Überprüfen (Monitoring) von Burnout und Belastungszuständen der Pflegekräfte sowie das Vermitteln von Wissen und Kompetenzen zur Erhöhung der Bewältigungsstrategien im Team und bei den einzelnen Pflegekräften in Form von Coping-Trainings ermöglichen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7).

Pflege- bzw. ressourcenorientierte, stressvermeidende und präventive Interventionen in Pflgeteams dienen langfristig dem Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit. Die

Anwendung kann die durch hohe Belastung verursachte Gefährdung von Burnout in der Pflege nachhaltig minimieren und einen positiven Einfluss auf die Personalfuktuation haben (Horsch et al., 2023, S. 2).

Abschließend kann gesagt werden, dass die Stresstheorien die Mechanismen des Dienstleistungsstress aus verschiedenen Perspektiven verdeutlichen, jedoch müssen vor allem die strukturellen und sozial-dynamischen Faktoren weiter berücksichtigt werden, um die Beanspruchung durch den Pflegeberuf umfänglich abzubilden.

5.2 Ressourcenorientierte Konzepte

Ressourcenorientierte Konzepte sind ein weiterer Ansatz zur Dienstleistungsstress-Bewältigung in der Pflege und liegen vor allem in der Förderung von sozialer Unterstützung, individuellen Bewältigungsstrategien (Coping), Interventionsprogrammen und Organisationen. Der regelmäßige Austausch im Team hat sich in Bezug auf Stress als besonders schützend erwiesen. Wenn regelmäßig Teamsitzungen, Supervision und Peer-Support-Teams eingesetzt werden, werden emotional erschöpfte Pflegekräfte besser erreicht (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7; Hannig et al., 2021, S. 6). Ein zuverlässiges soziales Netzwerk wird in der Pflegekraft vor allem dann bedeutsam, wenn es um Todesfälle geht oder um Interaktionen mit Angehörigen, die mit Belastungen einhergehen. Aber auch die emotionale Bewältigung von Konflikten kann mit einer stabilen sozialen Unterstützung gesteuert werden. Es kommt zu dem Ergebnis, dass die soziale Unterstützung durch ein konstruktives und empathisches Miteinander erreicht wird. Inwieweit eine wirkungsvolle, kollegiale soziale Unterstützung aber flächendeckend möglich ist, bleibt fraglich, da viele Pflegeeinrichtungen aus personellen und infrastrukturellen Gründen nicht über diese Kompetenzen verfügen.

Individuelle Coping-Strategien spielen eine tragende Rolle für Pflegekräfte in Hinblick auf chronischen Stress. Sogenannte emotionsorientierte Bewältigungsstrategien sind eine effektive Möglichkeit, mit den Belastungen in der Pflege umgehen zu können. Laut Klingler (2019, S. 7) sind in der Pflegearbeit vor allem die offene Kommunikation mit Kolleg*innen, die Distanzierung und der Humor besonders wirkungsvoll. Diese Strategien sorgen dafür, dass Pflegekräfte mit akuten Belastungen kurzfristig besser umgehen können, da negative Gefühle wie Wut und Schuld vermindert werden. Allerdings ist zu erwähnen, dass emotionsorientierte Strategien bei chronischem Stress kurzfristig hilfreich sind, aber nicht

ursachenorientiert wirken. Sie können dazu führen, dass man mit seinen eigenen Bewältigungsversuchen nicht ans Ziel gelangt, da diese Strategien nur eingesetzt werden, wenn die eigenen Möglichkeiten erschöpft sind und somit auch nur zu kurzfristigen Erleichterungen führen können. Wenn eine Pflegekraft zum Beispiel permanent von Stress und Unruhe geplagt ist, sind diese kurzzeitigen Erleichterungen nicht ausreichend. Aus diesem Grund wäre es angebracht, Coping-Strategien mit einem gesundheitsfördernden Programm zu kombinieren und die eigenen Bewältigungsversuche zu reflektieren, da so der Fokus mehr auf die Ursachen gelegt und chronischer Stress verhindert werden kann.

Durch effektive und ressourcenorientierte Interventionsprogramme in Bezug auf emotionale Kompetenz und Stress können Pflegekräfte ihre körperliche und seelische Gesundheit sowie das Wohlbefinden auf Dauer verbessern. Peer-Schulungen zu dem Umgang mit Traumatisierung und weitere Interventionsangebote zeigen einen großen Nutzen in der Pflege auf (Hannig et al., 2021, S. 6). Pflegekräfte fühlen sich danach subjektiv sicherer und zeigen eine höhere Selbstwirksamkeit im Pflegealltag. Vor allem eine Kombination aus theoretischer Wissensvermittlung und Selbstreflexion, Rollenspiele und praktische Übungen tragen dazu bei, die Inhalte effektiver zu verinnerlichen. Allerdings sind Interventionsprogramme wirksam, wenn diese in bestehende Ausbildungsprogramme systematisch eingebaut werden und von den entsprechenden Institutionen gefördert werden.

Schützende und gesundheitserhaltende Organisationsstrukturen sind neben Ressourcen, die in der Pflegekraft selbst oder im Team vorhanden sind, ein weiteres gesundheitsförderndes Konzept. Das Projekt „Patienten-Informations-Zentrum“ (PIZ) ist ein Beispiel für eine gesundheitsfördernde Organisationsstruktur, die zur stressfreien Entlastung in der Pflege beiträgt (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 4). In einem PIZ, in dem zum Beispiel Gesundheits- und Krankenschwestern im Dienst sind, haben Patient*innen die Möglichkeit, sich über gesundheitliche Themen wie Ernährung, Pflegebedürftigkeit, Sucht und ähnliches zu informieren. Auch pflegende Angehörige werden beraten. In der Literatur gibt es Studien, die darauf hinweisen, dass solche Patienten-Informationszentren zu einer deutlichen Senkung der Arbeitsbelastung der Krankenschwestern führen können. Auch wenn die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte von den Patient*innen aufgrund von höherer Arbeitsqualität gesteigert wird, kann durch das Patienten-Informationszentrum die Verweildauer der Patient*innen verkürzt und die Effizienz der Behandlung erhöht werden. Die Arbeitszeit von Pflegekräften könnte zudem auf der Basis einer flexiblen Schichtgestaltung verringert werden. Insgesamt lässt sich ein Trend zu lernenden und sich entwickelnden Organisationen in der Pflege erkennen, die sich von den Pflegekräften als solche wahrnehmen lassen (Korporal & Dangel, 2001, S. 1). Pflegekräfte sind aktiv daran

beteiligt, die eigene Lebensqualität sowie die der Pflegebedürftigen nachhaltig zu beeinflussen, zu fördern und zu verbessern. Sie zeigen durch Eigeninitiative die Bereitschaft, Problembewältigungsstrategien zu verankern. Bei der Umsetzung solcher Projekte stellen sich jedoch vor allem finanzielle und organisatorische Barrieren in den Weg. Die Einrichtung selbst sollte dieses Vorhaben befürworten und aktiv an dessen Gestaltung und Umsetzung mitwirken. Erst mit der Unterstützung der Leitungsebene, des Vorstandes, der Pflegedienstleitung und der Öffentlichkeitsarbeit kann man sich einer erfolgreich umgesetzten Konzeption sicher sein.

Als weiteres ressourcenorientiertes Konzept gilt das Emotionsarbeitstraining in der Pflege. Dies beinhaltet die Reflexion von emotionaler Dissonanz und das Training der Regulation von eigenen Emotionen (Zapf et al., 2000, S. 4). Beide Programme können helfen, Burnout und seine psychischen und physischen Konsequenzen, die für Pflegekräfte mit emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation oder fehlenden persönlichen Erfolgserlebnissen zusammenhängen, vorzubeugen. Nach einer Schulung und Übung zur Emotionsarbeit in der Pflege wurden die psychischen und physischen Gesundheitsressourcen der Pflegekräfte nachhaltig gestärkt. Dennoch muss kritisch erwähnt werden, dass derartige empirisch validierte Verfahren noch lange nicht standardmäßig im Rahmen der internen und externen Fort- und Weiterbildungen in der Pflege angeboten werden. Eine bundesweite Pflegekräftelehre müsste deshalb solche Programme zur langfristigen psychischen und physischen Gesundheitsförderung obligatorisch in ihre Fortbildungen übernehmen.

Darüber hinaus wird das Feld von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege immer bedeutender. Präventives und ressourcenorientiertes Denken sind sowohl förderlich im Hinblick auf Gesundheit als auch auf eine Professionalisierung der Pflege (Korporal & Dangel, 2001, S. 1). Die Pflegeversicherung, welche im elften Buch im Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt wird, hatte Einfluss auf die Entwicklung dieser gesundheitsfördernden Konzeptionen. Mit dem Leitsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ (§ 5 SGB XI) wurde in Deutschland ein weiteres neues Pflegemodell entwickelt (Korporal & Dangel, 2001, S. 2). Dadurch sind weitere Kompetenzbereiche für Pflegekräfte entwickelt worden, damit präventive und ressourcenaktivierende Konzepte eingesetzt werden können, um Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit zu verhindern.

Das Fazit ressourcenorientierter Konzepte besteht darin, dass soziale Unterstützung und individuelle Coping-Strategien für Pflegekräfte sehr bedeutsam für ein gesundes und sinnhaftes Leben sind und sich somit vor allem positiv auf die emotionale Gesundheit der Pflegekraft auswirken können. Prävention, gesundheitserhaltende Organisationen und

ressourcenorientierte Interventionsprogramme können langfristig zu einer Entlastung in der Pflege beitragen. Die Wirksamkeit solcher Konzepte in der Pflege hängt nicht nur von einer engen Verknüpfung mit Theorie und Praxis ab, sondern auch von der Unterstützung der einzelnen Einrichtungen.

5.3 Präventionstheoretische Modelle

Präventionstheoretische Modelle setzen direkt an den strukturellen und verhaltensbezogenen Ursachen für Dienstleistungsstress an und wollen Institutionen verpflichten, sowohl organisatorische, wie z. B. bedarfsgerechte Arbeitszeitmodelle oder Personalbemessung, als auch individuelle Maßnahmen, wie Gesundheitsförderung und Selbstfürsorge, einzuführen, um Dienstleistungsstress zu verringern. Dieses Vorgehen orientiert sich an dem Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ aus dem § 5 SGB XI. Hier werden präventive Maßnahmen neben kurativen Maßnahmen als gleichwertig genannt und damit die gesetzliche Grundlage für eine konsequente und systematische Entwicklung von entsprechenden Konzepten geschaffen. Dies findet jedoch aktuell nicht ausreichend Beachtung und der Reformbedarf ist auch bei der Konzeptionierung von gesundheitsfördernden Projekten erkennbar (Korporal & Dangel, 2001, S. 2). Gesundheitsfördernde Projekte in Organisationen sollen Bestandteil des Alltags sein und funktionieren, wenn sie partizipativ gestaltet werden, indem die Mitarbeiter*innen in die Initiierung, Planung und Umsetzung mit einbezogen werden. Auch hier zeigt sich, dass unter Einbeziehung von pflegewissenschaftlicher Expertise diese Projekte Erfolg versprechender sind (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Kritisch ist jedoch zu hinterfragen, dass bislang diese Partizipation in den Pflegeeinrichtungen nur begrenzt umgesetzt wurde. Oftmals reicht der finanzielle und zeitliche Ressourcenrahmen nicht, um die Projekte dauerhaft zu implementieren.

Der Erfolg von gesundheitsfördernden Interventionen ist jedoch aufgrund vieler Limitationen eher begrenzt, und eine vollständige Verankerung im Alltag von Pflegekräften wird häufig aus vielerlei Gründen nicht erreicht. Dadurch sind Initiativen zwar vielversprechend, erreichen aber nicht alle Beschäftigten der Pflege, insbesondere in Regionen mit ökonomischen Benachteiligungen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Problematisch erweist sich außerdem, dass die Arbeitsdynamik im Pflegealltag berücksichtigt werden muss und dass alle Maßnahmen auf die Risikoprofile der verschiedenen Berufsgruppen der Pflege abgestimmt werden müssen. Die Beschäftigten brauchen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit,

um das Gesundheitsrisiko bewältigen zu können (Korporal & Dangel, 2001, S. 2).

Präventionsmodelle sollen durch das Stärken von Resilienz als Schutzfaktor vor Belastungsfolgen bewahren. Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass solche Maßnahmen zu einer Reduzierung von Depressivität und Ängstlichkeit führen. Ohne Interventionen liegt die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegepersonen an den entsprechenden Symptomen leiden, fast bei 20 %. Gleichzeitig führt ein erhöhtes Resilienzpotezial zu einem Absenken von Krankheitstagen (Wittpahl, 2023, S. 47-48). Fraglich bleibt aber, wie die Nachhaltigkeit dieser Interventionen verbessert werden kann und wie diese in den Institutionen noch besser integriert werden.

Maßnahmen zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Unterstützungsnetzen haben sich als hilfreich erwiesen, um die emotionale Erschöpfung zu verringern. Auch hier steigt das Gefühl der Sicherheit, emotionaler Erholung und Verbesserung der Kompetenzen (Hannig et al., 2021, S. 6). Dieses Vorgehen ist dann am wirksamsten, wenn Unterstützung am Arbeitsplatz von Kolleg*innen, Vorgesetzten und der gesamten Institution erfolgt, da es keine oder geringe Wirkung hat, wenn diese Unterstützung nicht geleistet wird. Trotzdem sind nicht in allen Pflegeeinrichtungen solche Unterstützungsangebote flächendeckend vorhanden.

Präventionsstrategien scheinen vor allem dann effektiv zu sein, wenn sie speziell auf risiko- und zielgruppenspezifische Bedingungen angepasst werden. So muss berücksichtigt werden, dass Menschen mit sozialen Benachteiligungen von zusätzlichen Belastungen betroffen sind. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitsbedingungen und -gestaltung oftmals schwer beeinflussbar sind. Es muss also auf beiden Seiten Interventionsangebote, wie z. B. Veränderungen im Ablauf von Pflegehandlungen, niederschwellige Unterstützungsangebote oder Beratung, geben (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Dies erfordert auch immer eine Organisationsentwicklung hin zu einer Gesundheitskultur in der Pflegeeinrichtung.

Auch Resilienz muss als dynamische und veränderliche Ressource verstanden werden. Die Arbeitswelt ist komplex und schnelllebig, daher braucht es kontinuierliche Trainings, kollegiale Supervisionen und Interaktionsnetze, um die Resilienzpoteziale im Pflegealltag zu erhalten (Wittpahl, 2023, S. 47-48). Auch kritisch ist die Frage, wie diese Angebote besser auf die Pflegekräfte angepasst werden können, damit mehr Akzeptanz und damit Wirksamkeit erreicht werden.

Niedrigschwellige und lebensweltbezogene Präventionskonzepte, die einen unmittelbaren Zugang zu Informationen und Beratung über bestimmte gesundheitsrelevante Themen ermöglichen, wie z. B. Informations- und Beratungszentren oder spezifische Beratungsangebote, haben sich in vielen Fällen als sinnvoll erwiesen. Sie fördern eine eigene Gesundheitsverantwortung, Selbststeuerung und Selbstfürsorge bei den Nutzer*innen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 4; Rex, 2002, S. 8). Oft besteht jedoch der Bedarf, diese Interventionen mit der Verbesserung von Bedingungen zu verknüpfen, um eine dauerhafte Wirkung zu erzielen. Die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung liegt zum großen Teil darin, dass sie neben Maßnahmen auf der Verhaltensebene auch strukturelle Maßnahmen zur Gesundheitsverbesserung vorsieht (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7).

Die Flexibilität der Konzepte ist wichtig, da es bei den Pflegekräften vielfältige Möglichkeiten der Anwendung und der Verwendbarkeit geben muss. Dies muss sich bei der Dienstplangestaltung und im Fallmanagement widerspiegeln. Ebenso muss die Art und Weise, wie auf bestimmte Angebote zugegriffen werden kann, z. B. digitale Möglichkeiten, an die unterschiedlichen Zielgruppen angelehnt sein (Korporal & Dangel, 2001, S. 1-2). Allerdings ist die Digitalisierung in der Pflege aktuell nur wenig weit verbreitet und stellt noch eine Einschränkung dar.

Eine Stärkung der interdisziplinären Ausgestaltung von Präventionsstrukturen führt zusätzlich zu einer Steigerung der Gesundheit der einzelnen Pflegekräfte und der Kohäsion in den Pflgeteams, der Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die betreuten und gepflegten Menschen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 4). Kritisch ist jedoch zu hinterfragen, inwieweit diese interdisziplinären Vernetzungen schon Alltag in den stationären Pflegeeinrichtungen sind.

Abschließend bietet die präventionstheoretische Grundlage viele Anregungen und Konzepte, Dienstleistungsstress in den Pflegeeinrichtungen durch eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen und -organisationen zu reduzieren.

6. Interventionen zur Stressreduktion

Wirksame Bewältigungsstrategien gegen den Dienstleistungsstress im Pflegealltag sind individuelle, organisationale sowie präventionstheoretische Strategien. Individuelle und organisationale Bewältigungsstrategien werden für die Bewältigung und die Veränderung auf

einer persönlichen und organisationalen Ebene verwendet.

6.1 Individuelle Bewältigungsstrategien

Individuelle Bewältigungsstrategien stellen für Pflegekräfte eine wesentliche Technik dar, um den beruflichen Belastungen entgegenzutreten. Eine emotionsorientierte Strategie ist beispielsweise das Aussprechen mit Kolleg*innen oder Freund*innen nach einer für die Pflegekraft moralisch belastenden Situation, um die subjektive Stressbelastung zu reduzieren (Klingler, 2019, S. 7). Kolleg*innengespräche auf Station, Supervisionen und Beratungen mit Peers wirken entlastend und geben Halt. Die emotionale Loslösung von der Verantwortlichkeit mindert zudem Scham- und Schuldgefühle und trägt zur Entlastung bei. Diese Methoden helfen bei der emotionalen akuten Bewältigung, gehen jedoch wenig auf die Stressursachen ein.

Emotionale Bewältigungsstrategien funktionieren nicht bei chronischen Überforderungen, wodurch die Wirksamkeit bezüglich der eigenen Resilienz kurzfristig begrenzt ist (Klingler, 2019, S. 7). Emotions- und problemorientierte Strategien dürfen keinesfalls im Gegensatz zueinander stehen und müssen kombiniert werden, um längerfristige und entlastende Strategien anzuwenden. Das Setzen von Angeboten, in denen beide Strategien enthalten sind, ist daher grundlegend.

Um beispielsweise Scham- und Schuldgefühle loszuwerden und das Bewältigen mit anderen Kolleg*innen zu lernen, eignen sich moderierte Nachbesprechungen nach für das Team belastenden Ereignissen, bei denen Supervisor*innen oder Peers die Moderation übernehmen können. Sie geben dem Team Halt und verbessern den Zusammenhalt auf Station (Kosuch et al., 2019, S. 11).

Den Pflegekräften hilft das Gefühl, eine Pause gemacht zu haben und nicht die ganze Zeit mit einer höheren Belastung arbeiten zu müssen. Dabei ist jedoch die wissenschaftliche Grundlage nicht ausreichend, da Studien zeigen, dass es Pflegekräften nicht gelingt, während der Schicht Pausen einzulegen (Beer et al., 2023, S. 25). Daher ist anzumerken, dass die Pausen organisatorisch strukturiert im Ablauf der Schicht eingeplant werden sollten, wie beispielsweise mittels eines rotationsartigen Systems oder verbindlicher kurzer Erholungspausen.

Belastungen und Stresssymptome, die man sich selbst eingestehen kann, sind einfacher anzugehen und entlasten. Pflegende sollten auf sich achten und wahrnehmen, was sie gerade in dem Moment überfordern könnte. Achtsame Techniken und beispielsweise ein Belastungstagebuch unterstützen bei der Selbstbeobachtung und sorgen für Stressabbau. Inwieweit dies jedoch nachhaltig hilfreich ist, wird fraglich, da auch die organisatorischen Umstände verbessert werden müssten.

Um Stress und Belastung im Pflegeberuf zu bewältigen, kann die Anwendung einer Virtual-Reality-Brille (VR-Brille) dazu beitragen, das mentale Wohlbefinden während akuter Belastungsphasen der Pflegekraft zu erhöhen. Die Intervention der Nutzung einer VR-Brille in stressbehafteten Situationen zeigt eine deutliche Reduktion von stress-induzierten Symptomen (Volkmer et al., 2019, S. 5). Da diese Therapie zeit- und ortsunabhängig angeboten werden kann, ist sie eine praktikable Methode in Zeiten hoher Belastung. Die Anwendung von Virtual Reality zur Stressminderung kann eine ideale Kombination mit Entspannungstechniken darstellen. Es ist jedoch festzustellen, dass der Zugang nicht immer für alle Pflegekräfte gegeben ist und die langfristige Wirkung nicht bewiesen ist.

Es besteht jedoch eine deutliche Grenze der individuellen Bewältigungsstrategien in Zeiten von Personalmangel, langen Arbeitszeiten und Überstunden, die ohne Erholungszeiten ausgeglichen werden (Kirschner, 2020, S. 1). Aus diesem Grund sind die individuellen und die organisatorischen Bewältigungsstrategien von großer Bedeutung.

Die Kommunikation von dem, was man gerade selbst erlebt, und das Annehmen von Unterstützung hilft Pflegekräften, Stress und Belastung abzubauen und die Bewältigung zu verbessern (Kosuch et al., 2019, S. 11). Soziale Unterstützung stellt eine große Bedeutung in Stressbewältigungsstrategien dar. Ein guter Zusammenhalt, geprägt durch gute Zusammenarbeit von Kolleg*innen, sowie ein Pat*innensystem tragen zur Verbesserung des Stressabbaus bei. Dies ist wichtig, besonders wenn die organisatorischen Bewältigungsstrategien nicht gegeben sind oder von den Betroffenen nicht genutzt werden können. Jedoch werden nur wenige evidenzbasierte soziale Unterstützungssysteme in Institutionen verwendet.

6.2 Organisationale Maßnahmen

Institutionelle Maßnahmen zur Reduktion des Dienstleistungsstressses weisen diverse

Möglichkeiten zur Reduzierung von Dienstleistungsstress im Pflegeberuf auf. Durch Personalbemessung wird ein Beitrag zur Reduktion moralischer Belastung geleistet. Eine unzureichende Personalbemessung in Institutionen birgt die Gefahr der Zunahme moralischen Stresses und damit die Gefahr des Arbeitsplatzwechsels. Dieser erhöht sich bei erlebter Moral Distress dreifach (Wirth et al., 2021, S. 11).

Außerdem ist die Personalbemessung als geeignete Maßnahme zu betrachten, um emotionaler Erschöpfung vorzubeugen, was Burnout verhindert. Pflegefachkräfte haben dadurch die Möglichkeit, eine ausreichende Erholungszeit wahrzunehmen (Genolet et al., 2020, S. 2). Kritisch ist jedoch zu vermerken, dass die Berücksichtigung von Personalkennzahlen nicht ausreicht, um Belastungen vorzubeugen. Arbeitszeit und zwischenmenschliche Arbeit, sowie der Umgang mit Belastungen sind weiter kritisch zu reflektieren. Zur Wirksamkeit einer Personalbemessung muss diese kontinuierlich kontrolliert und an Belastungsspitzen angeglichen werden. Hier ist eine strukturelle Betrachtungsweise von Organisationsveränderungen notwendig (Wirth et al., 2021, S. 12).

Die Wirksamkeit niedrigschwelliger und teamorientierter Stressbewältigungsprogramme wurde mehrfach wissenschaftlich belegt (Schiele et al., 2023, S. 1). Zur dauerhaften Wirksamkeit der Programme werden jedoch regelmäßig Teilnahme und Supervision notwendig sein. Es ist kritisch anzumerken, dass Einzelmaßnahmen, auch wenn sie wirksam sind, nicht zur Bewältigung moralischer Belastung ausreichen. Es werden systemische als auch persönliche Stressbewältigungsmaßnahmen benötigt (Genolet et al., 2020, S. 2).

Außerdem ermöglichen einfach durchführbare Stressbewältigungsprogramme für alle Beschäftigtengruppen, egal welchen Alters, Geschlechts oder auf welcher Hierarchiestufe sie sich befinden, eine einfache Teilnahme an diesen Programmen, welche zum Zusammenhalt der Teams und zur Unterstützung im Kollegenkreis beitragen (Schiele et al., 2023, S. 1). Allerdings ist kritisch anzumerken, dass stressmindernde Programme nicht allein zur Veränderung der Arbeitsrealität führen können, wenn diese nicht im Kontext von Arbeitsbedingungen und Reformen gesetzt werden.

Ebenso können Arbeitszeitgestaltung, ergonomische Arbeitsmittel und Arbeitsablaufoptimierung zu einer nachhaltigen Verbesserung führen. Technisches und finanzielles Know-how sowie der Bedarf der Pflegekräfte zur Verbesserung der Maßnahmen sind entscheidend, um zu einem langfristigen Erfolg beizutragen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Die Integration der Pflegenden wird aufgrund deren Partizipation gefördert. Ebenfalls tragen Veränderungen im Arbeitsablauf positiv zu Gesundheit und Zufriedenheit der

Mitarbeitenden bei, sowie zur Wertschätzung im Team. Durch Partizipation steigt die Arbeitszufriedenheit und die Neigung zum Weggehen sinkt (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7).

In den Mitgliedseinrichtungen des Deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurden Projekte zum Aufbau psychosozialer Kompetenzen und zur gesundheitsgerechten Versorgungsorganisation umgesetzt, welche zu einer Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeitenden sowie der Arbeitsqualität beigetragen haben (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Allerdings ist kritisch zu hinterfragen, warum dies nicht flächendeckend eingesetzt wird.

Über 50 % der Pflegekräfte berichten über eine starke Belastung durch Arbeit (Genolet et al., 2020, S. 2). Pflegekräfte haben vermehrt muskuloskelettale Belastungen, Schlafstörungen sowie Erschöpfungszustände (Genolet et al., 2020, S. 2). Institutionelle Präventionsmaßnahmen stellen ein zentrales Element zur Verminderung von Dienstleistungsstress dar. Supervisionsgruppen, Pausenregelungen, psychosoziale Beratungsgespräche tragen dazu bei, Krankenstände und Mitarbeiterfluktuationen zu reduzieren (Wirth et al., 2021, S. 14). Außerdem ist zu erwähnen, dass risiko- und zielgruppenspezifische Angebote notwendig sind. Besonders Pflegekräfte mit geringem sozioökonomischem Status und Mitarbeiter*innen, die stark strukturellen Belastungen ausgesetzt sind, müssen besonderen Schutzmaßnahmen unterzogen werden, um die Entwicklung chronischer Erkrankungen zu verhindern (Baumeister, 2020, S. 8).

Institutionelle Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind zwar vielfältig und wirksam, deren Wirksamkeit ist jedoch von der Implementierung der Konzepte in die Organisationsstruktur abhängig.

6.3 Gesundheitsförderung im Pflegebereich

Gesundheitsförderung im Pflegebereich ist ein wesentliches Element der Stressprävention. Projekte zur gesundheitsförderlichen Verbesserung der Arbeit haben positive Effekte auf die Stressreduktion, indem Pflegekräfte aktiv in die Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen eingebunden werden. Brieskorn-Zinke (2003, S. 7) beschreibt in einem Projekt des Deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser die Flexibilisierung von Arbeitszeiten, die ergonomische Umgestaltung der Arbeitsmittel und die Umstrukturierung der Arbeitsprozesse als erfolgreiche Interventionen. Damit konnten Verbesserungen des

körperlichen Wohlbefindens und der subjektiven Stresserlebnisse erzielt werden. Gesundheitsförderung muss immer im gesamten Prozess der Projektentwicklung auf Beteiligung der Mitarbeitenden bauen, sodass deren Erfahrungen als Ressource zur Verbesserung gesundheitsförderlicher Bedingungen mit einbezogen werden (Fichten, 1998, S. 2).

Um aus einmaligen Interventionen dauerhafte Strukturveränderungen werden zu lassen, ist eine Institutionalisierung der Gesundheitsförderung notwendig. Reflexions- und Teammeetings sind solche Instrumente, welche beispielsweise über eine Gesundheitsförderung im Pflegebereich hinaus die allgemeine Arbeitsqualität langfristig verbessern können. Aber auch gesundheitsförderliche Ansprechpartner*innen sind solche Instrumente und Prozesse, die über eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderungsprogrammen hinaus zu einer Implementierung einer unternehmungsweiten Gesundheitsförderung beitragen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7). Die psychologischen Bewältigungsinterventionen (Emotionsregulation, Stressbewältigung, Kommunikation) konnten die berufliche Zufriedenheit der Pflegekräfte steigern (Fichten, 1998, S. 2-3). Unklar ist, wie diese Interventionen in den Pflegeinstitutionen nachhaltig eingeführt werden können, da häufig keine finanziellen Mittel dafür vorhanden sind.

Indem durch psychologische Bewältigungsinterventionen und Aufklärung über psychologische Bewältigung die Ressourcen der Pflegekräfte gestärkt werden, können zum einen die Folgeschäden der Arbeitsbelastung reduziert werden und zum anderen können die Kompetenzen in der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung mit den Patient*innen gefördert werden (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 4; Fichten, 1998, S. 3). Diese Interventionen sind jedoch nur dann wirksam, wenn eine Umgestaltung der organisationalen Rahmenbedingungen erfolgt. Stressbewältigungsstrategien und Verhaltensänderungen funktionieren nicht in einem von ständigem Termindruck, hoher Arbeitsdichte und fehlenden Pausen und Erholungszeiten geprägten Arbeitsalltag. Untersuchungen haben gezeigt, dass der Zustand chronischer Überlastung auch nicht durch ein überdurchschnittliches Engagement auf seiten der Pflegenden kompensiert werden kann (Genolet et al., 2020, S. 2; Kirschner, 2020, S. 1).

Für die Entstehung betrieblich gesundheitsförderlicher Bedingungen bedarf es einer Anpassung von Schichtsystemen oder verbindlichen Pausenregelungen. Strukturverändernde Interventionen sind besonders für Angehörige sozial benachteiligter Gruppen (viele Frauen und Pflegekräfte mit migrationsspezifischen Herausforderungen) bedeutungsvoll. Diesbezüglich ist es besonders wichtig, dass Maßnahmen der

Verhaltensänderung, welche individuell vorgenommen werden, auf die unterschiedlichen Lebensrealitäten zugeschnitten werden. Dies kann beispielsweise durch kulturelle Spezifikationen in Angeboten oder durch die Einbindung von Angehörigen erfolgen. Auf diese Art können Hindernisse im Arbeitsalltag reduziert und gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden (Pfabigan & Pleschberger, 2021, S. 30; Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7).

Diversität und Inklusion scheinen im Bereich der Gesundheitsförderung im Pflegebereich jedoch nur in Ansätzen umgesetzt zu werden. Die Gesundheitsförderung ist eng mit dem positiven Arbeitsklima verbunden. Arbeitszufriedenheit kann etwa durch eine verbesserte Kommunikationskultur und Entscheidungs- sowie Entlohnungsgerechtigkeit erhöht werden. Psychische Belastung kann mithilfe einer Veränderung der organisatorischen Struktur in Form von Maßnahmen zur Steigerung des Arbeitsengagements und der Arbeitszufriedenheit reduziert werden. Hierbei werden etwa Supervisionen und regelmäßige Feedbackgespräche genannt (Simsa, 2004, S. 8, 13-14). Ohne die Implementierung adäquater Bedingungen des Arbeitsalltags können die durch die individuellen Bewältigungsinterventionen erzielten verbesserten Werte der psychischen Belastung nicht aufrechterhalten werden, da sie die Ursachen, also die Arbeitsbedingungen selbst, nicht mit einschließen (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7; Simsa, 2004, S. 14).

Studien zeigen, dass eine systematische Personalbemessung eine Grundvoraussetzung zur Reduktion von Moral Distress und psychischer Belastung ist. Ohne ausreichend personelle Ressourcen kann eine Qualitätssteigerung nicht vollzogen werden und langfristig sind gesundheitliche Folgen, wie psychische Erkrankungen, vorprogrammiert. Eine korrekte und fachgerechte Personalbemessung in der stationären Akutpflege wird in verschiedenen Forschungsergebnissen als zentrales Instrument zur Prävention von Stresssymptomen genannt (Wirth et al., 2021, S. 11). Die Implementation von Personalbemessungsmodellen verringert Stress und Fluktuation. Es wurde jedoch deutlich, dass diese Modelle nur ansatzweise umgesetzt werden und die Forschungsergebnisse zeigen, dass besonders strukturschwache Regionen benachteiligt sind. So ist es wichtig, arbeitsbedingte Stressoren in den Gesundheitseinrichtungen zu erkennen, um diese mit entsprechenden Maßnahmen verbessern zu können.

Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags sind essenzielle Aspekte, um die Lebens- und Arbeitsqualität der Pflegenden zu steigern. Strukturverändernde Interventionen, etwa in Bezug auf Schichtdienste und Pausenregelungen, haben hierbei positive Einflüsse. Durch

Niedrigschwellige Angebote der kulturell adäquaten Beratung für Angehörige von Risikogruppen kann auf gesellschaftlich vorhandene Ungleichheiten und damit auch ein Teil der strukturellen Hindernisse des Arbeitsalltags eingegangen werden (Pfabigan & Pleschberger, 2021, S. 30). Diese Maßnahmen haben aber nur einen positiven Effekt, wenn der diversitäts- und inklusionssensitive Ansatz auf allen Ebenen der Organisation in die Prozesse implementiert wird (Brieskorn-Zinke, 2003, S. 7).

Schlussendlich zeigt sich, dass der Pflegebereich ein komplexes Feld ist und Gesundheitsförderung einer großen und vielfältigen Spannweite angehört, bei der individuelle Bewältigungsressourcen nur unter der Bedingung unterstützender Rahmenbedingungen eingesetzt werden können.

7. Fazit

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, die Folgen von Dienstleistungsstress auf Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern aufzuzeigen und daraus theoretisch begründbare Interventionen zur Stressreduktion abzuleiten. Die Motivation hierzu stammt aus der Erkenntnis, dass Pflegekräfte im klinischen Arbeitsalltag durch zahlreiche physische, psychische und strukturelle Faktoren gestresst sind und dies die Patientenversorgung sowie die Gesundheit und Motivation der Pflegekräfte negativ beeinflusst.

Das Ergebnis der Arbeit zeigt, dass Dienstleistungsstress im Pflegeberuf ein vielschichtiges Phänomen darstellt. Pflegekräfte sind starken körperlichen Belastungen ausgesetzt, zum Beispiel durch das Heben und Lagern der Patientinnen und Patienten, die sich in muskuloskelettalen Beschwerden widerspiegeln und zum Teil für die Entstehung chronischer Krankheiten verantwortlich sind. Pflegekräfte sind weiterhin psychisch gestresst. Burnout, psychosomatische Beschwerden oder moralischer Stress durch Personalknappheit sind nur einige von vielen Ausprägungen psychischer Belastung. Das Gros der Pflegekräfte leidet unter Stresssymptomen. Sie können diese nicht durch die eigene Bewältigung auf ein akzeptables Maß reduzieren.

Ein weiteres Ergebnis der Arbeit zeigt auf, dass die strukturellen und organisationalen Faktoren eine große Rolle bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung des Dienstleistungsstress spielen. Personalmangel, Arbeitsverdichtung, unzureichende Regenerationsmöglichkeiten sowie mangelhafte Kommunikationsstrukturen führen zu

objektiven Arbeitsbelastungen und verringern die empfundene Kontrolle und Wertschätzung im Arbeitsalltag. Des Weiteren sind die Interaktionserlebnisse eine Quelle psychischen Stresses. Das gilt beispielsweise für Situationen, in denen Pflegekräfte mit aggressiven Patientinnen und Patienten interagieren, mit Angehörigen schwierige Gespräche führen und das Erleben von Leid, Tod und Trauer aushalten. Aus der Literaturlauswertung geht hervor, dass Maßnahmen auf den individuellen, sozialen und strukturellen Ebenen benötigt werden, um die Belastungen im Pflegeberuf zu reduzieren.

Es wurden Stresstheorien im Hinblick auf ihre Einsatzmöglichkeit zur Bewältigung der Belastungen durch Dienstleistungsstress überprüft. Dabei zeigten sich die klassischen Stresstheorien wie das transaktionale Stressmodell hilfreich bei der individuellen Verarbeitung von Stress. Sie beinhalten jedoch nicht ausreichend Hinweise auf die Bewältigung struktureller und moralischer Belastungen. Arbeitspsychologische und ressourcenorientierte Ansätze, wie das Job-Demands-Resources-Modell, gehen hier weiter. Sie betonen die Bedeutung betrieblicher Ressourcen, des Arbeitsteams und der sozialen Unterstützung bei der Verminderung der Belastungen von Pflegekräften. Einen weiteren Ansatz bieten präventionstheoretische Modelle. Diese Modelle setzen vor allem auf eine institutionalisierte und partizipative Einbindung der Pflegekräfte zur Förderung von Gesundheitsförderung und Stressprävention. Aus der Analyse der verschiedenen Theorien geht hervor, dass die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen im klinischen Alltag von ihrer Verankerung im Krankenhaus sowie der Teilhabe der Pflegekräfte abhängt.

Die identifizierten Präventions- und Interventionsmaßnahmen bestehen sowohl aus individuellen als auch organisationalen Elementen. Durch individuelle Maßnahmen wie Supervision, Kenntnis über eigene Grenzen, Pausen oder dem Einsatz von innovativen technologischen Entspannungsübungen kann Dienstleistungsstress kurzfristig reduziert werden. Diese Maßnahmen sind notwendig, stellen aber noch lange keine nachhaltige Verbesserung der Gesamtsituation von Pflegekräften im Krankenhaus dar. Maßnahmen, die die betriebliche Personalsituation verbessern, zum Beispiel eine gute Personalbemessung oder flexible Arbeitszeitmodelle, werden dabei genauso benötigt wie Maßnahmen, die die interne Supervision, Teambesprechung und das Einbringen in gesundheitsfördernde Projekte institutionalisieren. Interventionen sind erfolgreich, wenn sie dem Belastungsprofil der Pflegekräfte angepasst, in den Pflegealltag integriert und von den Betroffenen mitbestimmt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden im Zusammenhang mit den Befunden von Untersuchungen in anderen europäischen sowie in außereuropäischen Ländern

eingeordnet. Die Befunde der Studien aus unterschiedlichen Ländern zeigen Parallelen zu den Ergebnissen dieser Arbeit. Im Speziellen wurde in der internationalen Literatur die Bedeutung moralischer und organisationaler Belastungen im Hinblick auf ihre Konsequenzen auf die Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsfähigkeit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte unterschätzt. Diese Befunde greift die Arbeit auf und erweitert somit den bisherigen Stand der Forschung. Indem sie den Forschungsfokus auf kollektive Interventionen im Pflegeberuf sowie auf die Bedeutung politischer und organisatorischer Umstrukturierungen zur Bekämpfung der Belastungen von Pflegekräften legt, schließt sie eine Lücke in der internationalen Forschungslage. Zudem stellt die explizite Verknüpfung von individuellen und sozialen Interventionen mit organisationalen Konzepten eine wichtige Ergänzung zu bisherigen Modellen zur Bewältigung des Dienstleistungsstress dar.

Die Arbeit ist aufgrund der begrenzten Quellen (Ausschließlich Literatur aus der Schweiz, Österreich und Deutschland) sowie der Literaturanalyse als einziger Methodik mit ihren Erkenntnissen nicht auf den gesamten pflegerischen Berufsstand anwendbar. Auch die fehlende Empirie und somit die Überprüfung der beschriebenen Erkenntnisse auf Praxistauglichkeit im Pflegealltag stellt eine Limitation dar.

Für die Zukunft ist es wichtig, die Wirksamkeit der Präventions- und Interventionsmaßnahmen, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, systematisch im pflegerischen Arbeitsalltag zu überprüfen und bedarfsgerechte Maßnahmen für einzelne Subgruppen im Pflegeberuf zu konzipieren und zu evaluieren. Auch Studien über die politischen, kulturellen und institutionellen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche partizipative und nachhaltige Gesundheitsförderung im Pflegeberuf werden in Zukunft nötig sein, um langfristig eine nachhaltige Verbesserung für die Pflegekräfte im Krankenhaus zu erreichen. Ebenso scheint ein verstärkter Fokus auf die Implementation und Anwendung bewährter Strategien in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen als zukunftsweisend.

Die intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema hat die Dringlichkeit und Brisanz der Thematik deutlich gemacht sowie die Bedeutung nachhaltiger Lösungsstrategien verdeutlicht. Weiterhin hat die kritische Beleuchtung der vorliegenden Literatur sowie der Konsequenzen auf Pflegekräfte selbst die eigene Sensibilität gegenüber diesem Themenkomplex enorm geschärft. Durch das entstandene Wissen kann ein weiterer Baustein geschaffen werden, der im eigenen beruflichen sowie im gesellschaftlichen Kontext zum Entstehen, zum Entwickeln sowie zur Implementierung nachhaltiger Stresspräventions- und Bewältigungsstrategien im Krankenhaus beitragen kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Dienstleistungsstress für die deutschen Pflegekräfte in Krankenhäusern einen großen Handlungsbedarf impliziert. Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit macht die Notwendigkeit deutlich, dass auf allen Ebenen und vor allem im individuellen und kollektiven sowie organisatorischen Bereich Handlungsbedarf besteht, um die Gesundheit der Pflegekräfte zu erhalten und so die Qualität der Patientenversorgung sowie die Attraktivität des Pflegeberufs zu gewährleisten.

Humanized Version in English:

Literaturverzeichnis

Baumeister, B. S. (2020). Chronischer Stress und Cortisolspiegel bei Arbeits- und Wegeunfällen [Doktorarbeit, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz].

<https://openscience.ub.uni-mainz.de/bitstreams/56d93626-f631-4649-b8a9-f094086e2979/download>

Beer, M., Fuhrken, C., Böhling, L., Wessel, S., Witte, C., Ende, P., Maltusch, P., & Möller, J. (2023). Pflegestudie 2.0 (2.0 Aufl.). Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung GmbH. <https://www.barmer.de/resource/blob/1143786/1b8d8606f75a5778f8c7ccfef93d6e59/pflegestudie-coronabezogene-ressourcen-und-belastungsanalyse-bei-pflegekraeften-data.pdf>

Bernath, U., & Fichten, W. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung für Fachkräfte im Gesundheitswesen (2. Aufl.). BIS-Verlag. <http://www.c3l.uni-oldenburg.de/literat/gedewz07.pdf>

Brieskorn-Zinke, M. (2003). Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung. Pflege, 16, 66-74. <https://www.pflegeschulen-hl.de/wp-content/uploads/LE-I.24b-LE-III.9-Anlage-Praxisauftrag.pdf>

Busse, R. (2002). Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? RN4Cast-Studie. Technische Universität Berlin. https://www.static.tu.berlin/fileadmin/www/10002433/Vortraege/2013/Hamburg_2013.03.06.rn4cast-FINAL.pdf

Buxel, H. (2011). Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108(17), A946-A948. https://www.gesundheitsregionplus-landsberg.de/fileadmin/user_upload/projekte/Gesundheitsversorgung/Dt._Aerzteblatt_Unzufriedenheit_Pflegekraefte.pdf

Fichten, W. (1998). Gesundheitsförderung in der Krankenpflege. Pflege, 3(3), 14–21. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-1998-Fichten.pdf>

Gebhart, V., Klotz, I., & Perkhofer, S. (2016). Perspektiven „guter Pflege“ (2. Aufl.). Fachhochschule des bfi Wien. http://193.170.124.18/bitstream/123456789/692/1/126_223_Gebhart_FullPaper_dt_Final.pdf

Genolet, A., Weissbrodt, R., & Fournier, C. (2020). Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Pflegequalität im Kanton Wallis [Dissertation, Haute Ecole de Santé]. https://arodes.hes-so.ch/record/15234/files/Weissbrodt_2020_Zusammenhang_Arbeitsbedingungen_Pflegequalitaet.pdf

Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan, H., & Needham, I. (2009). Depressivität und Suizidalität. IBICURA. https://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_10_100918.pdf#page=109

Hannig, C., Lotzin, A., Milin, S., & Schäfer, I. (2021). Stress- und Traumaprävention für Beschäftigte im Gesundheitsbereich. Trauma & Gewalt, 15(3), 232-242. <https://www.zep-hh.de/files/zep/pdf/Peerkonzept%20ZEP.pdf>

Horsch, A., Rulfi, F., Omay, O., Bourdin, J., Petitnicolas, A., & Blanc, C. (2023). Psychische Gesundheit: Unterstützung für Pflegepersonal. Obstetrica, 8/9, S. 20–22. https://arodes.hes-so.ch/record/12917/files/Blanc_2023_Psychische_Gesundheit.pdf

Juen, B., Stickler, M., Flad, B., Trigler, M., Kaiser, A., Mathes, G., Warger, R., Steiner, E., Sax, M., & Hausmann, C. (2020). Empfehlungen für die psychosoziale Unterstützung des Krankenhauspersonals in COVID 19. Psychiatrische Praxis, 47(04), S. 1–9. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>

Kirmse, K. A., Pietrzyk, U., Hacker, W., Saifoulline, R., Fuchs, K., & Haubold, A.-K. (2021). Status Quo Pflege – Aktuelle Belastungs- und Beanspruchungssituation in den Bereichen der Akut- und Langzeitpflege. Journal Psychologie des Alltagshandelns / Psychology of Everyday Activity, 14(1), 1–19. <https://ulb-dok.uibk.ac.at/download/pdf/8647722.pdf>

Kirschner, M. (2020). Wie fatal sind die Folgen von Stress in den Pflegeberufen? CURAVIVA, 10 | 20, 14-16. https://www.curaviva.ch/files/UOELB7J/Wie_fatal_sind_die_Folgen_von_Stress_in_den_Pflegeberufen_Artikel_Fachzeitschrift_Oktober_2020.pdf

Kleina, T., Cichocki, M., & Schaeffer, D. (2013). Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. Pflege & Gesellschaft, 18(1), 5–15. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-1_2013-2016_07_31-09_3

Klingenberg, I. (2019). Stressbewältigung durch Pflegekräfte: Eine latente Profilanalyse [Management summary, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Lehrstuhl für BWL, insb. Arbeit, Personal und Organisation]. https://www.wiwi.hhu.de/fileadmin/redaktion/Oeffentliche_Medien/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaftliche_Fakultaet/Ressourcen/Management_Reviews/Management_Summary_LPA.pdf

Klingler, J. (2019). Moralischer Stress im Medizinstudium: Eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr [Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität zu München]. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/24725/1/Klingler_Janina.pdf

Köllner, V. (2015). Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. WISO direkt, März 2015, S. 1–4. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11244.pdf>

Korporal, J., & Dangel, B. (2001). Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Professionalisierung der Pflege und ihrer Berufe. Prävention, 3/2001, 24. Jahrgang, 80–83. <https://edudoc.ch/record/16891/files/008311.pdf>

Kosuch, R., Wilcke, N., Brosey, D., Kabst, C., & Engel, A. (2019). „Gelassen – nicht alleine lassen“. Projektdokumentation der wissenschaftlichen Begleitforschung. Technische Hochschule Köln. https://www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/fakultaeten/f01/gelassen_nicht_alleine_lassen_abschlussbericht-th_koeln.pdf

Leitretter, S. (2008). Arbeit in Krankenhäusern human gestalten (184). Hans Böckler Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-004197/p_edition_hbs_184.pdf#page=33

Lincke, H.-J., Lindner, A., Nolle, I., Vomstein, M., Haug, A., Kranich, J., & Nübling, M. (2019). Typisch Krankenhaus? Psychische Arbeitsbelastungen von Pflegekräften und Ärzten in Abhängigkeit vom Beruf und der Situation vor Ort. Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, 32, 185–199. <https://www.ffaw.de/assets/Publikationen/Sonderdruck-Lincke-et-al-Typisch-Krankenhaus-090719.pdf>

Löffert, S., & Golisch, A. (2013). Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Deutsches

https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/alternsgerechtes_arbeiten.pdf

Mittermeier, I., Sirrenberg, M., Weinhhammer, V., Quartucci, C., Herr, C., & Heinze, S. (2023). Prävention von Beanspruchungsfolgen aufgrund psychischer Belastungen in Pflege und Medizin. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. https://www.lgl.bayern.de/downloads/arbeitsschutz/arbeitspsychologie/doc/pelican_projekt.pdf

Petersen, J., & Melzer, M. (2022). Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/Ambulante-Pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Pfabigan, D., & Pleschberger, S. (2021). Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (19. Aufl.). Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2020-12/WB_19_gf_wegweiser_pflege_bfrei.pdf

Reuter-Herkner, C. (2022). Wie sich psychische Belastungen im Klinikalltag vermeiden lassen. Deutsches Ärzteblatt, Heft 8, S. 2. <https://www.aerzteblatt.de/pdf/119/8/s2.pdf>

Rex, A. G. v. (2002). Vernachlässigte Gesundheit bei Helfern – Ein Widerspruch? [Studentische Arbeit, Universität Heidelberg]. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/gesundheit1.pdf

Schiele, J. K., Koch, A. K., Adam, D., Berschick, J., Schröter, M., Reschke, S., Stritter, W., Blakeslee, S., Sehoul, J., Seifert, G., & Kessler, C. S. (2023). Vom Burnout zur Balance – Programme in deutschen Krankenhäusern. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 59, 38–46. https://www.asu-arbeitsmedizin.com/sites/default/files/2023-12/038_046_asu_2024_01_wissenschaft_02_schiele.pdf

Schiffer, B. (2014). Ausbildungserfolg in der Pflege [Doktorarbeit, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar]. https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/412/file/Diss_fin_150128.pdf

Simsa, R. (2004). Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. WISO, 2/2004, 57–77.

https://www.zeitschriftwiso.at/fileadmin/user_upload/LF_simsa_2_04.pdf

Vincent-Höper, S., Stein, M., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2020). Aggression am Arbeitsplatz und Burnout in der Pflege - Die moderierende Rolle der Folgeberatung. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9), 3152. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/23942/24a1f77f812d79805ff04d2f8e5b655f/Aggression-Burnout-Pflege-ijerph.pdf>

Volkmer, S., Herpers, M., & Christiansen, M. (2019). Belastungsminderung für Pflegekräfte durch den Einsatz von VR-Technologie. *Mensch und Computer, MuC'19 Workshops*, 618-623. <https://doi.org/10.18420/muc2019-ws-635>

von dem Knesebeck, O., Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K., & Siegrist, J. (2010). Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(14), 248-53. <https://www.aerzteblatt.de/pdf/pp/9/5/s218.pdf>

Wehrmann, J., Englisch, F., & Sträter, O. (2020). Psychische Belastung in der Pflege – Arbeit an und mit Menschen. In *GfA, Dortmund (Hrsg.), Frühjahrskongress (66, S. 1–6)*. GfA-Press. <https://gfa2020.gesellschaft-fuer-arbeitswissenschaft.de/inhalt/A.10.4.pdf>

Wirth, L. M., Ruppert, N., Schilke, K., John, S. M., Büscher, A., & Hülsken-Giesler, M. (2021). Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege (GEPAG) [Feasibility study, Universität Osnabrück]. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)*. https://opus.hs-osnabrueck.de/files/2126/Abschlussbericht_GeP.pdf

Wittpahl, V. (2023). *Resilienz*. Springer Vieweg. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/60209/1/978-3-662-66057-7.pdf#page=45>

Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M., Vondran, E., Isiç, A., & Schmutte, B. (2000). Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen*, S. 99-106. https://www.uni-frankfurt.de/45703910/Zapf_et_al_2000_Emotionsarbeit_in_Organisationen_und_psychische_Gesundheit.pdf

Plagiatserklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall unter genauer Angabe der Quelle (einschließlich des World Wide Web sowie anderer elektronischer Datensammlungen) deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht. Dies gilt auch für angefügte Zeichnungen, bildliche Darstellungen, Skizzen und dergleichen.

Die vorliegende Arbeit wurde hinsichtlich Titel, Fragestellung, Aufbau und Inhalt, oder in umfangreichen Teilen und Auszügen daraus, noch nicht in einem Studiengang an dieser, oder einer anderen Hochschule, zur Anrechnung von Leistungspunkten vorgelegt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die nachgewiesene Unterlassung der Herkunftsangabe als versuchte Täuschung bzw. als Plagiat gewertet wird.

XXXX, den XX.XX.XXX