

die psychische Wertung einer Situation zählen. Psychische Belastungen beziehen sich in seiner Aussage auf die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn einwirken. Nach Dietrich⁸ fallen unter Arbeitsanforderungen, die zu Stress führen können, insbesondere Zeitdruck und komplexe Arbeitsinhalte. Gerade Arbeitsbedingungen wie im Kontext der Pflege, die wenig Entscheidungsmöglichkeiten bieten und gleichzeitig durch hohe Anforderungen wie den genannten Zeitdruck und sich widersprechende Arbeitsaufgaben gekennzeichnet sind, sind mit verstärkten Stresserleben verbunden. Vermehrter Stress, einhergehend mit einem subjektiven Gefühl der Überforderung sowie dem Eindruck, die Arbeit gedanklich nicht mehr loszulassen zu können, ziehen potenziell Beeinträchtigungen der Gesundheit nach sich.⁹

Erfahren Menschen in ihrer sozialen Umgebung Stress, dann werden sie, wie bereits beschrieben, anfälliger für psychische und physische Krankheiten. Diese ätiologische Erkenntnis basiert auf einer langen Geschichte der Stressforschung und ist heute für viele Krankheiten belegt, dazu gehören Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems, Magen-/Darm-Erkrankungen, Diabetes, Schwächungen des Immunsystems, Störungen im Muskel-/Skelett-System, Depressionen, Panikattacken sowie Burnout.

Im Sozialversicherungsrecht wird Gesundheit als eine der Voraussetzungen zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einer Person verstanden. Ein gesunder Mensch ist in Bezug auf die an ihn gestellten Anforderungen handlungsfähiger.¹⁰



Darüber hinaus ist die Bewertung der eigenen Arbeit ein wichtiger Faktor für die Identifikation mit der Tätigkeit **und** die Basis für Motivation und Arbeitszufriedenheit. Subjektive Sinnerfahrung resultiert häufig aus dem Erleben der eigenen Wirksamkeit und aus den sichtbaren Ergebnissen der eigenen Arbeit. Des Weiteren spielt die Anerkennung, die von Vorgesetzten, Kolleg*innen und Interaktionspartner*innen, z. B. Bewohner*innen und Angehörigen entgegengebracht wird, eine entscheidende Rolle.

* Vgl. Jacobs 2019

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und die Teilhabe am Leben. Im Vordergrund steht dabei die psychische Gesundheit, die durch berufliche Belastung, Lebensereignisse und Lebensführung erschüttert werden kann. Die psychische Gesundheit kann jedoch auch durch von außen, wie z. B. durch Unterstützung, Resilienz sowie Lebens- bzw. Arbeitsweisen gestärkt werden. Aus diesen Zusammenhängen können Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Zu Beginn ist das Erkennen der belastenden wie auch der stärkenden Faktoren

wesentlich.¹¹ Dies kann dem Phänomen vorbeugen, dass viele in der Pflege und Betreuung Tätige wegen der zunehmenden Belastungen erkranken oder den Beruf verlassen.

Abbildung 3 stellt zusammenfassend die wesentlichen Einflussfaktoren auf Pflegekräfte dar. Unterschieden werden organisatorische Bedingungen, Belastungen aus der Umgebung sowie Rahmenbedingungen, die teilweise extern bedingt sein können. Die Abbildung¹² zeigt weiterhin Einflussfaktoren, die als belastend oder als stärkend empfunden werden können.

So wird die Theorie von Lazarus vorgestellt (► S. 50), der postuliert, dass die Bewertung einer Situation das Resultat des Erlebens sein kann. Analog zu den Einflussvariablen auf Pflegefachkräfte und Pflegekräfte gelten diese Parameter (► Abb. 3) auch in Bezug auf die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes und die Betreuungskräfte.

Trotz der beschriebenen Problematik bleiben viele in der Pflege Tätige in ihrem Beruf und fühlen sich physisch und psychisch stabil und zufrieden. Was hält Menschen in diesem Beruf? Verfügen manche über besondere Eigenschaften? Mögliche Ansatzpunkte bieten die Selbstwirksamkeitserwartung, ein besonderer Umgang mit Stress oder eine andere Grundeinstellung zur Arbeit. Die Identifikation solcher Einflussgrößen erweitert nicht nur das Wissen über den Zusammenhang zwischen Stressexposition und psychischer Gesundheit, sondern bietet auch die Möglichkeit, Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Somit könnte es gelingen, Menschen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung und potenziell negativen Einflüssen auf den Gesundheitszustand, auf das Befinden und auf die Belastungsbewältigung zu stabilisieren und zu stärken.

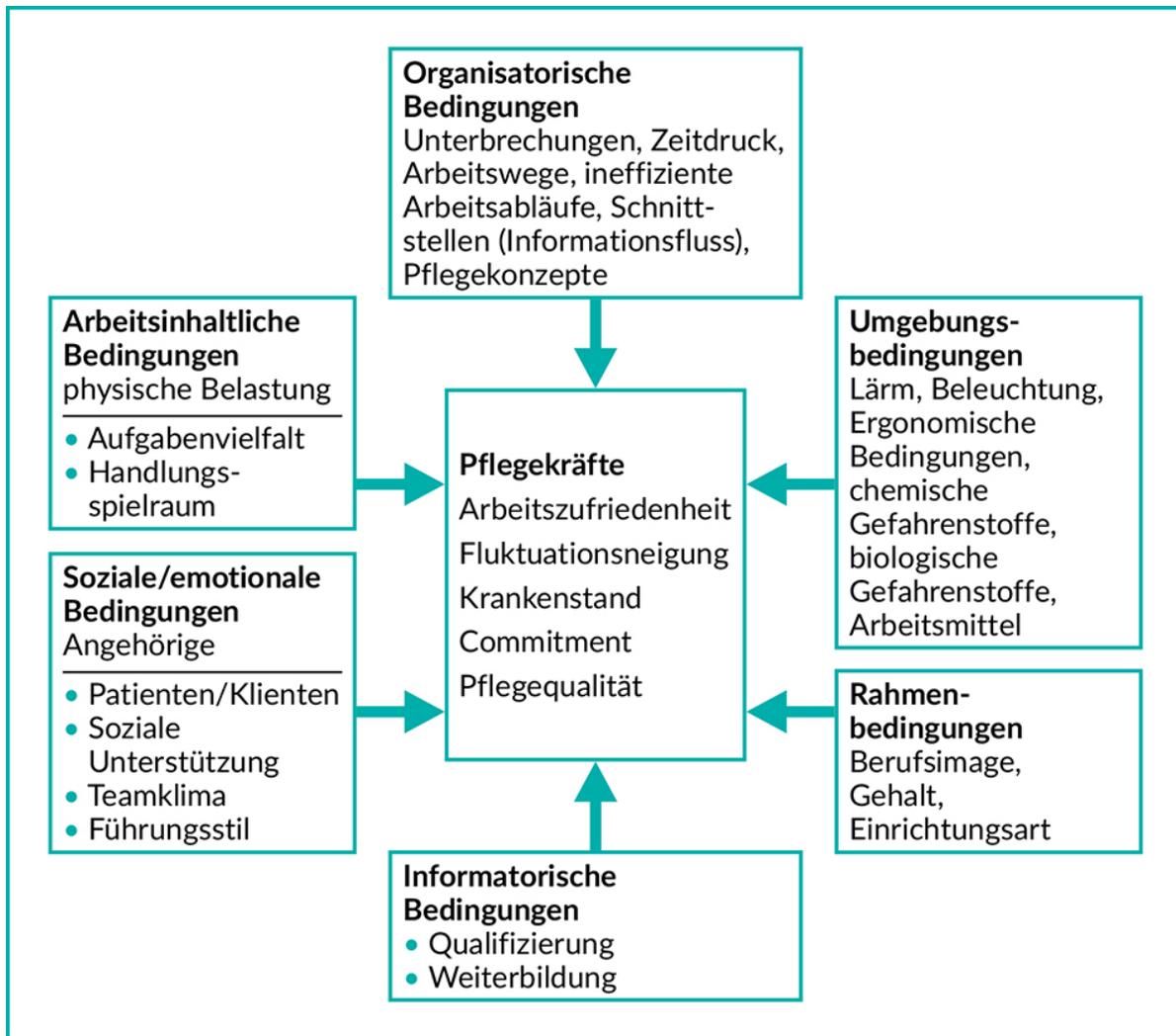


Abb. 3: Einflussvariablen auf die Pflegekräfte (mit * markiert) in Abhängigkeit von ihren Ausprägungen, Ressourcen oder Belastungen.

Wie beschrieben, gelten Stress und Überforderung innerhalb der Erwerbstätigkeit als Risikofaktoren für psychische und physische Erkrankungen. Aus diesem Grund ist eine Senkung dieser Stressoren sehr wichtig. Mit Interventionsmethoden der Verhaltens- und Verhältnisprävention kann dieses Ergebnis erreicht werden. Ziel von Maßnahmen zur Verhaltensprävention ist es, die persönlichen Ressourcen, Stärken und Potenziale der Tätigen zur Bewältigung der Arbeitssituation zu erweitern und zu vertiefen. Werden diese Maßnahmen erfolgreich eingesetzt, können Gesundheit und Lebensqualität gestärkt werden, wodurch sich das Risiko eines Arbeitsausfalls durch psychische und/oder physische Erkrankungen reduzieren oder minimieren lässt.

Definition Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung ist die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.

»Das Konzept der Selbstwirksamkeit ist inzwischen auf zahlreiche Situationen und verschiedenen Handlungsfeldern erfolgreich angewendet worden, u. a. dokumentiert durch mehr als 500 wissenschaftliche Veröffentlichungen.«¹³

1.2 Hintergründe und Rahmenbedingungen

2019 waren in Deutschland 1,7 Millionen Pflegekräfte tätig, davon 1,1 Millionen in der Krankenpflege und 0,6 Millionen in der Altenpflege. Ein Großteil der Beschäftigten ist weiblich, der Bereich der Pflege ist somit weiterhin eine Frauendomäne. Der Anteil von Beschäftigten in Teilzeitarbeit ist hoch. Die Nachfrage nach Beschäftigten kann über die Arbeitslosenzahlen erfasst werden und die sind in der Kranken- und Altenpflege seit Jahren rückläufig. Dem gegenüber steht eine anhaltend hohe – teilweise steigende – Nachfrage der Einrichtungen vor allem nach Pflegefachkräften. Bei Altenpflegekräften besteht ein bundesweiter Mangel.¹⁴

Die im Folgenden beschriebenen Berufsgruppen haben gemeinsam, dass sie zu den sog. »personenbezogenen Berufen« gehören. Sie werden als helfende Berufe bezeichnet, nicht zu verwechseln mit dem »Helfer-Syndrom«.



Info

Der Begriff. »Helfer-Syndrom«, das heißt ein übermäßiger Einsatz von Unterstützung und Hilfe für andere Menschen, wurde in den 1970er Jahren von Schmidbauer geprägt. *»Ein typischer Helfersyndrom-Helfer ist unfähig, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern, kann eigene Schwächen nicht akzeptieren und kompensiert diese durch eine Fassade übertriebener Hilfsbereitschaft.«** Das Helfer-Syndrom ist wiederum von der Arbeitsbezogenheit abzugrenzen. Diese wird als ein anhaltendes drängendes Gefühl beschrieben, ständig arbeiten zu müssen.

* Beckmann 2015, S. 19

Bezogen auf die stationäre Langzeitpflege haben die dort tätigen Berufsgruppen den gemeinsamen Nenner, dass sie in einer Einrichtung pflegebedürftige Bewohner*innen versorgen. Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind nach § 14 SGB XI »Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der

Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.» In § 15 wird der Grad der Pflegebedürftigkeit beschrieben.

Der Wandel der Pflegeeinrichtungen und zugehörigen Berufsgruppen, der sich in den letzten Jahren zunehmend vollzogen hat, wird im Folgenden differenziert vorgestellt.

1.2.1 Wandel der Gesundheitsbranche und der Pflegeeinrichtungen

Die Geschichte der Pflege von Menschen lässt sich so weit zurückverfolgen, wie es Menschen gibt. Ebenso wie es Veränderungen in dem Beruf der Pflege gab, veränderten sich im Laufe der Zeit auch die Angebote für pflegebedürftige Menschen. Beispielhaft wird die Entwicklung der Langzeitpflege vorgestellt. Veränderungen fanden selbstverständlich auch in Krankenhäusern und der ambulanten Pflege statt. Die Entwicklung der Pflegeeinrichtungen, früher als »Heime« bezeichnet, kann in drei Abschnitten¹⁵ betrachtet werden:

- **1. Generation:** Die Einrichtungen dieser Generation zeichneten sich durch einfache, zweckmäßige räumliche Ausstattungen aus und dienten bis zu Beginn der 1960er Jahre primär der Versorgung und Verwahrung von alten Menschen in Mehrbettzimmern.
- **2. Generation:** Die Heime zwischen den 1960er und 1970er Jahren orientierten sich stark an den Krankenhäusern. Das Alter wurde mehr als Krankheit aufgefasst und somit Heimbewohner*innen mehr als Patient*innen gesehen. Im Vordergrund standen Hygienemaßnahmen und der zunehmende Einsatz von medizinischer Technik.
- **3. Generation:** Ab den 1980er Jahren veränderte sich die Landschaft der Pflegeeinrichtungen, von der reinen Versorgung zu Einrichtungen mit Wohncharakter für pflegebedürftige Menschen. Es wurde nun versucht, Bedürfnisse von alten Menschen mit den Angeboten in den Einrichtungen zu verbinden. Die Heime wurden zunehmend als ein Zuhause für Bewohner*innen definiert, in denen auch Raum für eine individuelle Versorgung sein sollte.

Die Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung veränderte das bis dahin bestehende Pflegesystem nochmals grundlegend. Zu diesen Veränderungen gehörte, dass Instanzen künftig die Qualität der Pflegeeinrichtungen kontrollieren und die Einrichtungen verpflichtet wurden, für diese Qualität Verantwortung zu tragen. Zu diesen Instanzen gehören die Kommunen mit ihrem Organ der Heimaufsicht, das Gesundheitsamt sowie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK, heute MD).