



Abbildung 1: Titelbild Rehaklinik Bellikon

Gesund pflegen!

Wie die Soziale Arbeit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals stärken kann.

Bachelor-Abschlussarbeit, Fachhochschule Luzern – Soziale Arbeit

Patrik von Ah-Balsiger

August 2020

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2017-2020**

Patrik von Ah-Balsiger

Gesund pflegen!
Wie die Soziale Arbeit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit stärken kann

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2020 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors Patrik von Ah-Balsiger.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2020

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Diese Forschungsarbeit «Gesund pflegen!» von Patrik von Ah-Balsiger untersuchte die Frage, wie die Soziale Arbeit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden der stationären Pflege stützen kann.

Äussere Faktoren wie Fachkräftemangel, demografische Entwicklung, Kostendruck, Akademisierung und andere wirken sich immer stärker auf die Pflege und das Pflegepersonal aus. Unter diesen Aspekten werden die Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Gesundheitsinstitutionen (innere Faktoren) umso wichtiger, da diese von den Pflegenden, Arbeitgebenden und den Führungspersonen direkt beeinflusst werden können.

Nach einer eingehenden Literaturrecherche wurden zuerst Faktoren beschrieben, die einen Einfluss auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals ausüben. Zusätzlich wurde recherchiert, wie die Pflegerinnen und Pfleger aus Sicht der Sozialen Arbeit umfassend unterstützt werden können. Als Basis dazu diente das Gesundheitsmodell der Salutogenese und der Work-SOC. Die anschliessenden Experten- und Expertinnen-Interviews mit Führungspersonen aus dem mittleren Kader haben aufgezeigt, dass die teaminterne Kommunikation und der Umgang miteinander die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Pflegenden beeinflussen. Eine Unternehmenskultur als Basis für den Umgang untereinander und ein transformationaler Führungsstil sind wichtige Elemente eines positiven Arbeitsumfeldes. In diesem Zusammenhang kann die Soziale Arbeit bei der Beratung von Arbeitgebenden und Führungspersonen einen wichtigen Beitrag zu einer salutogenen Arbeitslandschaft leisten.

Dank

Diese Arbeit stellt für den Autor den Abschluss seines 3-jährigen Vollzeit-Studiums in Sozialer Arbeit dar. Er hat die Arbeit mit viel Engagement erstellt und wurde dabei von vielen wichtigen Personen unterstützt und begleitet. Ihnen gebührt an dieser Stelle ein grosses Dankeschön.

Ich möchte mich bei den zwei Expertinnen und dem Experten bedanken, die sich in dieser aussergewöhnlichen Zeit trotz der COVID-19-Pandemie für die Befragungen zur Verfügung gestellt haben. Ebenfalls danke ich Professor Dr. Claudia Meier Magistretti, die mir im Rahmen von zwei Fachpoolgesprächen viele wertvolle Inputs gegeben hat. Ein grosses Dankeschön möchte ich meiner lieben Frau, Nicole von Ah-Balsiger, aussprechen. Sie hat mich während der drei Studienjahre in jeder Hinsicht unterstützt und war mir auch bei der Erstellung dieser Arbeit eine wertvolle Hilfe.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort der Schulleitung	I
Abstract	II
Dank.....	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation.....	1
1.3 Ziel der Arbeit	2
1.4 Fragestellung.....	3
1.4.1 Abgrenzung.....	3
1.5 Praxisrelevanz	4
1.5.1 Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsverständnisses.....	4
1.5.2 Gesundheit und Soziale Arbeit.....	5
1.6 Aufbau der Bachelorarbeit.....	7
1.6.1 Einleitung.....	7
1.6.2 Theorie.....	7
1.6.3 Forschung und Auswertung.....	7
1.6.4 Bezug zur Sozialen Arbeit und Ausblick.....	8
2 Theoriefrage 1	9
2.1 Äussere Faktoren	9
2.1.1 Demografischer Wandel und Auswirkungen auf das Gesundheitswesen.....	9
2.1.2 Fachkräftemangel	10
2.1.3 Politische Rahmenbedingungen	11
2.1.4 Kostendruck im Gesundheitswesen.....	12

2.1.5	Akademisierung	12
2.1.6	Auswirkungen dieser Veränderungen auf das Pflegepersonal.....	13
2.2	Innere Faktoren.....	14
2.2.1	Verausgabung – Belohnung: Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise.....	15
2.2.2	Unternehmenskultur und Führungsverständnis	16
2.3	Beantwortung der Theoriefrage 1.....	17
3	Theoriefrage 2	18
3.1	Stresstheorie	18
3.2	Gesundheitsmodell der Salutogenese	20
3.2.1	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	20
3.2.2	Stressoren	21
3.2.3	Generalisierte Widerstandsressourcen.....	21
3.2.4	Der Kohärenzsinn.....	21
3.3	Work-SOC (Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl).....	24
3.4	Beantwortung der Theoriefrage 2.....	25
4	Studiendesign	27
4.1	Ziel der Untersuchung.....	27
4.2	Untersuchungsdurchführung.....	27
4.2.1	Erhebungsmethode	28
4.2.2	Durchführung der Befragungen	29
4.2.3	Auswertung der Daten.....	30
5	Ergebnisse und Diskussion der Qualitativen Forschung.....	32
5.1	Ergebnisse.....	32
5.1.1	Hauptkategorie 1: Subjektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit	32
5.1.2	Hauptkategorie 2: Politische und gesellschaftliche Einflüsse in der Pflege.....	33
5.1.3	Hauptkategorie 3: Betriebs- und teaminterne Ressourcen und Belastungen.....	35

5.1.4	Hauptkategorie 4: Abschluss.....	37
5.2	Beantwortung und Diskussion der Fragestellung.....	38
5.2.1	Leitfrage 1: Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit?	38
5.2.2	Leitfrage 2: Welchen Einfluss von politischen und gesellschaftlichen Bedingungen nehmen Sie in Ihrem Pflegealltag wahr?	39
5.2.3	Leitfrage 3: Welche betriebsinternen Ressourcen und Belastungen beeinflussen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals (aus Sicht der Pflegefachpersonen)?.....	40
5.2.4	Konklusion der Ergebnisse	41
6	Bezug zur Sozialen Arbeit.....	43
7	Abschluss und Ausblick	45
8	Literaturverzeichnis	47
	Anhang A: Anfrage für die qualitative Sozialforschung	50
	Anhang B: Vorinformation an die Expertinnen und Experten.....	51
	Anhang C: Einverständniserklärung	53
	Anhang D: Interviewleitfaden für die qualitative Sozialforschung	54
	Anhang E: Auszug Transkription eines Interviews.....	57
	Anhang F: Übersicht des Codesystems	58
	Anhang G: Auszug aus der inhaltlichen Analyse der Interviews.....	59

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Titelbild Rehaklinik Bellikon	
Abbildung 2: Ansatzpunkte gesundheitsbezogener Sozialarbeit (eigene Darstellung)	6
Abbildung 3: Aufbau der Bachelorarbeit (eigene Darstellung)	8
Abbildung 4: Alterspyramide, Bundesamt für Statistik, Bevölkerungsentwicklung 2015	10
Abbildung 5: Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systemische Übersichtsarbeit, Obsan Dossier 24 (Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L., 2013, S. 10)	13
Abbildung 6: Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist, 2015, S. 22).....	16
Abbildung 7: Das transaktionale Stressmodell von R.S. Lazarus (eigene Darstellung in Anlehnung an Semmer und Zapf, 2004).....	18
Abbildung 8: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung).....	20
Abbildung 9: Kohärenzsinn (eigene Darstellung, in Anlehnung an Lindström, 2010)	23
Abbildung 10: Work-SOC (eigene Darstellung)	24
Abbildung 11: JD-R-Modell in Anlehnung an Demerouti-er al.,2001	24
Abbildung 12: Ablaufschema der inhaltlichen strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014, S. 111)	31

1 EINLEITUNG

In diesem ersten Kapitel wird in das Thema dieser Bachelorarbeit mit dem Titel «Gesund pflegen!» eingeführt. Basierend auf der Ausgangslage und der Motivation des Autors wurden die Ziele und die Fragestellung dieser Arbeit definiert. Abgeschlossen wird die Einleitung mit Bemerkungen zur Praxisrelevanz und einer kurzen Ausführung, wie diese Arbeit aufgebaut ist.

1.1 AUSGANGSLAGE

Gemäss einer im Jahr 2015 vom Bundesamt für Statistik veröffentlichten Studie zur Bevölkerungsentwicklung bis ins Jahr 2045 wird die Bevölkerung in der Schweiz immer älter. Ein Referenzszenario zeigt auf, dass der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von 1,5 Millionen im Jahr 2015 auf 2,69 Millionen im Jahr 2045 ansteigen wird (Bundesamt für Statistik, 2015, S. 12-13). Diese prognostizierte Altersverschiebung der Schweizer Bevölkerung wird mit einer verbesserten Medizinaltechnik und der Prävention von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen erklärt (ebd., S. 20). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK geht davon aus, dass dadurch der Anteil an chronisch und mehrfach erkrankten Menschen weiter stark zunehmen wird. Um eine ganzheitliche und professionelle Pflege auch zukünftig sicherstellen zu können, werden bis zum Jahr 2030 zusätzlich 65'000 Pflegenden benötigt (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2019, S. 1). Aus diesen Gründen ist es in der Zukunft umso wichtiger, die bestehenden Mitarbeitenden in der Pflege arbeits- und leistungsfähig zu halten. Eine zentrale Rolle wird hier spielen, wie die Arbeitgebenden die Mitarbeitenden der Pflege mit Angeboten aus den Human Resources, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement und der Betrieblichen Sozialarbeit bedürfnisorientiert unterstützen, um diese arbeits- und leistungsfähig zu erhalten.

1.2 MOTIVATION

Der Autor absolvierte sein von der Fachhochschule Luzern vorgeschriebenes Praktikum in der Betrieblichen Sozialarbeit des Luzerner Kantonsspitals LUKS. Seine Aufgaben umfassten die Sozialberatung zu beruflichen und privaten Themen (Pensionierungsberatung, Schuldenberatung und andere) und vor allem die Betreuung von Langzeit-Erkrankten mittels Case Management. Mitarbeitende, die bereits lange arbeitsunfähig waren, wurden erfasst und nach Absprache mit den jeweiligen Vorgesetzten wurde das Case Management gestartet. Abklärungsgespräche mit den Betroffenen und den Vorgesetzten gaben dem Autor eine Vorstellung der Situation aus Sicht der Mitarbeitenden und Vorgesetzten. Diese Arbeit zeigte dem Autor eindrücklich, wie schnell

bei einer eintretenden Arbeitsunfähigkeit die administrativen Mühlen zu drehen beginnen. Die Vorgesetzten brauchen eine Vertretung für die ausfallenden Mitarbeitenden und müssen Aufgaben umverteilen. Die Versicherungen schalten sich ein und eine IV-Anmeldung wird relativ schnell empfohlen (dies wird von der Krankentaggeld-Versicherung teils sogar vorgeschrieben). Die betroffenen Mitarbeitenden reagierten häufig mit Erstaunen darüber, wie schnell die verschiedenen (Sozial-)Versicherungen aktiv werden. Fehlendes Wissen über die Prozesse der Versicherungen verunsicherten die Mitarbeitenden zusätzlich und sie sorgten sich häufig um ihre Anstellung.

Bei den Vorgesetzten spürte der Autor jedes Mal sehr schnell den Druck, weil das Fehlen eines Team-Mitgliedes sich stark auf die ganze Abteilung auswirkte. Speziell in Pflegeabteilungen, die durch den Fachkräftemangel häufig noch unterbesetzt sind¹, sind alle Mitarbeitenden von der zusätzlichen Belastung der konstanten Unterbesetzung betroffen. Mehrarbeit und zusätzlicher Druck sind die Folgen von Ausfällen für das ganze Team. Diese sich zuspitzende Situation in der Pflege motivierte den Autor zu untersuchen, weshalb Mitarbeitende der Pflege wegen gesundheitlicher Probleme ausfallen und wie dies durch Betriebliche Massnahmen und die Sozialen Arbeit bestmöglich verhindert werden kann.

1.3 ZIEL DER ARBEIT

Mit dieser Bachelorarbeit wollte der Autor herausfinden, wie Pflegefachpersonen ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit subjektiv wahrnehmen, welche Ressourcen und Belastungen diese beeinflussen und wie die Gesundheit der Mitarbeitenden in der Pflege aus Sicht der Sozialen Arbeit gestärkt werden kann. Dazu wird in einem ersten Schritt aufgezeigt, welche Faktoren einen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Pflegenden haben. Danach wird das Gesundheitsmodell der Salutogenese vorgestellt, welches als Denkgrundlage der anschliessenden Feldforschung dienen soll. Der Forschungsteil soll die Fragestellung (Kapitel 1.4) beantworten. Untersucht wird, wie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Pflegefachpersonen subjektiv wahrgenommen wird und welche Ressourcen und Belastungen diese beeinflussen. Nach der Aufarbeitung und Darstellung der Forschungsergebnisse werden diese diskutiert und mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit verglichen. Anschliessend wird aus Sicht der Sozialen Arbeit aufgezeigt, wie Arbeitgebende, Führungspersonen und die Mitarbeitenden selbst ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit schützen und stärken können.

¹ Auf der Internetseite des Luzerner Kantonsspitals waren am 13. Februar 2020 54 offene Stelleninserate für Pflegepersonal publiziert.

1.4 FRAGESTELLUNG

Da der Autor mit dieser Arbeit die subjektiv empfundene Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden in den Pflegeabteilungen in Erfahrung bringen möchte, drängt sich eine Forschungsarbeit auf. Als Vorbereitung für diese Feldforschung erarbeitete der Autor mit Hilfe der Literatur die zwei untenstehenden Theoriefragen. Die Forschungsfrage mit den drei Leitfragen sollen helfen, die Interviews strukturiert vorzubereiten und durchzuführen. Die Beantwortung der abschliessenden Praxisfrage soll aufzeigen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, um die Mitarbeitenden und ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu stützen.

Theoriefrage 1

Welches sind zentrale Faktoren, die die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals beeinflussen?

Theoriefrage 2

Welcher Zusammenhang besteht zwischen den Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals?

Forschungsfrage

Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit?

- Leitfrage 1: Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit?
- Leitfrage 2: Welchen Einfluss von politischen und gesellschaftlichen Bedingungen nehmen Sie in Ihrem Pflegealltag wahr?
- Leitfrage 3: Welche betriebsinternen Ressourcen und Belastungen beeinflussen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals (aus Sicht der Pflegefachpersonen)?

Praxisfrage

Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit leisten, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals zu stärken bzw. es dabei zu unterstützen, sie wiederzuerlangen?

1.4.1 Abgrenzung

Diese Arbeit befasst sich ausschliesslich mit der professionellen, stationären Pflege in Akutspitälern und Rehakliniken. Aufsuchende Pflegearbeiten (z. Bsp. Spitex) oder private, freiwillige Pflegeaufgaben sind ausgeschlossen.

1.5 PRAXISRELEVANZ

Kapitel 1.5.1 «Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsverständnisses» und Kapitel 1.5.2 «Gesundheit und Soziale Arbeit» zeigen, dass die Soziale Arbeit schon sehr lange im Gesundheitsbereich verankert ist und dabei wichtige Aufgaben übernommen hat. Ein Ansatzpunkt gesundheitsbezogener Sozialarbeit ist die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Für diese Arbeit relevant ist die Betriebliche Sozialarbeit, welche Mitarbeitende bei der Lösung von Problemen, die mit ihrer Arbeits- und Lebenssituation verbunden sind, unterstützt (Avenir social, 2014).

Die demografische Veränderung der Bevölkerung und der aktuell herrschende Fachkräftemangel sind nur zwei Faktoren, die zeigen, dass es für Gesundheitsinstitutionen schwieriger werden wird, ihren Bedarf an Pflegefachkräften zu decken. Dieser Umstand macht es umso wichtiger, dass die vorhandenen Pflegepersonen arbeits- und leistungsfähig bleiben. Zusammen mit der Betrieblichen Sozialarbeit sollen die Arbeitgebenden ihre vom Arbeitsgesetz vorgeschriebene Fürsorgepflicht wahrnehmen und Rahmenbedingungen schaffen, die die Mitarbeitenden der Pflege gesund, arbeits- und leistungsfähig halten. Die Aufgabe der Betrieblichen Sozialarbeit ist es, Vorgesetzte und Personalverantwortliche in Situationen, die Fachkenntnisse der Sozialen Arbeit erfordern, zu beraten und zu unterstützen (Avenir social, 2014).

1.5.1 *Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsverständnisses*

«Gesundheit ist ein hohes Gut – vielleicht das höchste, besonders, wenn man ein weit gefasstes Gesundheitskonzept zugrunde legt, das Gesundheit nicht nur als «Abwesenheit von Krankheit» definiert, sondern als «komplexe Qualität menschlichen Lebens» auffasst» (Hilarion Petzold, 2003; zit. in Rüdiger-Felix Lorenz, 2016, S. 8).

Das Verständnis von Gesundheit hat sich über die Jahrhunderte immer wieder verändert. Im Altertum bis hin zur frühen Neuzeit wurde die Gesundheit als Zusammenspiel von Körper, Geist und sozialer, ökologischer und spiritueller Umwelt verstanden. Diese umfassende Sicht der Gesundheit bedeutete, dass sich die Erhaltung und Förderung von Gesundheit auf mehrere der beteiligten Dimensionen erstrecken muss. Paracelsus (1493-1541), ein Schweizer Arzt, untersuchte, wie Medikamenteneinnahme die chemischen Stoffe im Körper beeinflussen. Damit leitete er eine immer stärkere Fokussierung auf Krankheiten ein (Martin Hafen, 2007, S. 15-16). In der Folge revolutionierte sich das Gesundheitsverständnis und die Medizin beachtete immer weniger die nicht-physischen Faktoren und löste sich somit vom umfassenden Verständnis von Gesundheit. Es gab einen «normalen», gesunden Zustand und den «kranken» Ausnahmezustand, der bekämpft werden muss (Hafen, 2007, S. 17).

Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges wird Gesundheit wieder umfassender verstanden. In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO, welche 1947 von der Schweiz ratifiziert wurde (SR 0.810.1), wird der Begriff Gesundheit wie folgt definiert: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (S. 1). Aufgrund dieses umfassenden, für die ganze Menschheit gültigen Verständnisses von Gesundheit versuchten zahlreiche Professionen, die Gesundheitsförderung zu gestalten.

An der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von 1986 in Ottawa wurde ein inhaltliches und methodisches Integrationsmodell vorgestellt (Ottawa-Charta), welches die Gesundheitsförderung als einen Prozess beschreibt, der durch die Stärkung der individuellen Selbstbestimmung es den Menschen ermöglicht, gesünder leben zu können. Indem sie ihre Bedürfnisse befriedigen können, erlangen sie ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen. Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung von vorhandenen Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit bilden grundlegende Voraussetzungen für die Gesundheit. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt somit bei allen Politikbereichen und nicht nur im Gesundheitssektor (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, S. 1-2).

1.5.2 Gesundheit und Soziale Arbeit

Die Industrialisierung im 19. Jahrhundert führte zu einer Urbanisierung. Die rasant wachsenden Städte erzeugten neue soziale Probleme und Formen der Desintegration. Diese sozialen Probleme und Missstände wurden oft an gesundheitlichen Problemen festgemacht (Hans Günther Homfeldt & Stephan Sting, 2006, S. 69). So wurde zum Beispiel die Cholera-Epidemie, die sich ab 1831 in verschiedenen europäischen Ländern ausbreitete, als Signal für die oft miserablen Lebensbedingungen der städtischen Unterschicht in den Armenvierteln gewertet. Somit zeigte diese Krankheit die offensichtlichen sozialen Missstände deutlich auf. Dieses Gesundheitsmotiv war Anlass für zahlreiche soziale Bewegungen, Massnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebensstandards zu ergreifen (ebd.). Anfang des 20. Jahrhunderts entstand eine eigenständige Gesundheitsfürsorge. Sie kümmerte sich um die gesundheitlichen Probleme von Menschen, die nicht im erwerbszentrierten System der Krankenversicherung eingebunden waren. Frauen entwickelten damit eine neue Form von weiblicher Erwerbsarbeit auf der Basis einer «geistigen» bzw. «sozialen» Mütterlichkeit (Homfeldt & Sting, 2006, S. 51). Man fand heraus, dass soziale und gesundheitliche Probleme in einem engen Zusammenhang standen.

Daraus entstand als Bestandteil der Gesundheitsfürsorge die sogenannte Sozialhygiene, die sich um die «Wechselwirkung von Gesundheit, Krankheit, Tod und der bestimmten sozialen Lage bestimmter Gruppen von Menschen» kümmerte (Homfeldt & Sting, 2006, S. 51). Die Gesundheitsfürsorge wurde zu einem grossen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und differenzierte sich in folgende drei Handlungsfelder aus:

1. Ärztliche Beobachtung von gesundheitlich gefährdeten Gruppen
2. Feststellung von Krankheitsanlagen und -anfängen & Vermittlung von Behandlungen (Prävention und Beratung)
3. Hygienische Beratung, Aufklärung und Erziehung (Gesundheitserziehung) (Homfeldt & Sting, 2006, S. 53)

Seit der Gründung der WHO nach dem Zweiten Weltkrieg und deren Definition von Gesundheit (siehe Kapitel 1.5.1) entstanden aus unterschiedlichen Blickwinkeln immer wieder neue Überlegungen zur Gesundheit. Basierend auf dem biomedizinischen Modell², welches seit ungefähr 200 Jahren das Gesundheitsdenken beherrschte, versuchte man eine umfassende und ganzheitliche Betrachtung des Zusammenhangs «Mensch und Umwelt» durchzusetzen (Homfeldt & Sting, 2006, S. 69). Somit ist Soziale Arbeit immer auch Arbeit an der Gesundheit von Menschen.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich die Soziale Arbeit weiterentwickelt. Heute gibt es gemäss Homfeldt und Sting (2006) drei Ansatzpunkte von gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (S. 17):

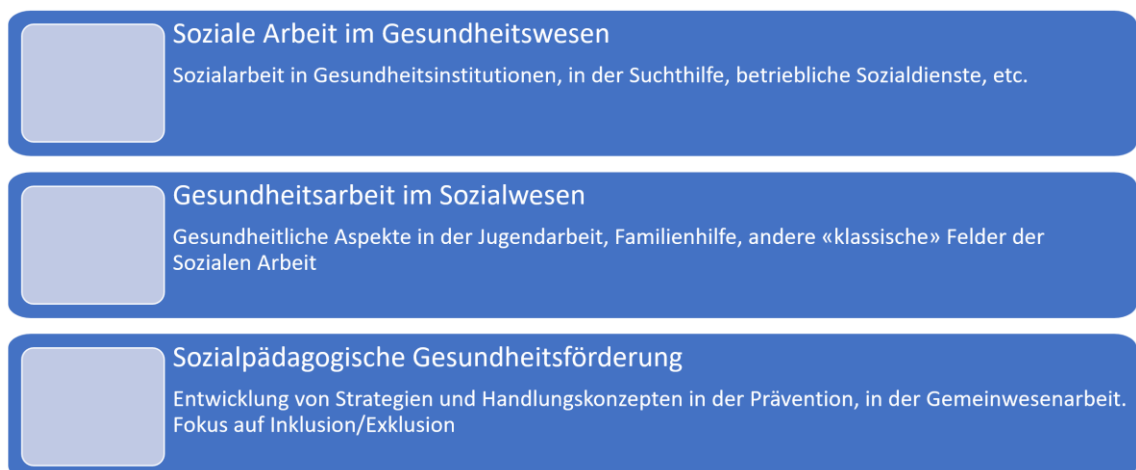


Abbildung 2: Ansatzpunkte gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (eigene Darstellung)

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kann als traditionelle Weiterführung der Sozialarbeit in der zielgruppenbezogenen Gesundheitsfürsorge gesehen werden. Diese Arbeit findet im Umfeld von

² Gemäss dem biomedizinischen Modell gilt jemand als krank, wenn anatomische oder physiologische «Defekte» erkennbar sind (Homfeldt & Sting, 2006, S. 70).

Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen für chronisch Kranke statt. Dabei steigt die Zahl der chronisch kranken Menschen kontinuierlich, nicht zuletzt, weil die Gesellschaft immer älter wird und die Lebenserwartung der Menschen steigt (Homfeldt & Sting, 2006, S. 157).

Gemäss Homfeldt und Sting gibt es vielfältige Hinweise darauf, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Das würde bedeuten, dass soziale Hilfe zur Bearbeitung sozialer Benachteiligung als **Gesundheitsarbeit im Sozialwesen** verstanden werden könnte (ebd.).

Sozialpädagogische Gesundheitsförderung beschreibt neue Zugänge zu einer interdisziplinären Gesundheitsförderung, die sich hauptsächlich um die Entwicklung von Strategien und Handlungskonzepten in der Prävention kümmert. Anwendung finden diese neuen Konzepte hauptsächlich in Institutionen, Gemeinwesen oder Organisationen (Homfeldt & Sting, 2016, S. 158).

1.6 AUFBAU DER BACHELORARBEIT

Diese Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem empirischen Teil. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte dieser Arbeit erläutert:

1.6.1 *Einleitung*

Die Einleitung beschreibt zuerst die Ausgangslage und die Motivation des Autors. Danach wird das Ziel dieser Arbeit und die konkrete Fragestellung dargestellt. Darauf folgend wird die Praxisrelevanz mit einer kurzen geschichtlichen Exkursion zur Entstehung des heutigen Gesundheitsverständnisses und der Sozialen Arbeit, die im Gesundheitswesen geleistet wird, beschrieben. Abschliessend folgt ein kurzer Beschrieb, wie die Arbeit gegliedert ist.

1.6.2 *Theorie*

Kapitel 2 und Kapitel 3 beantworten die beiden Theoriefragen. Dazu benutzte der Autor Fachliteratur und recherchierte im Internet.

1.6.3 *Forschung und Auswertung*

In diesem Abschnitt wird zuerst das methodische Vorgehen bei der Forschungsarbeit beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der qualitativen Forschung zusammengefasst und dargestellt. Dieser Abschnitt wird mit der Beantwortung und Diskussion der Forschungsfrage und den dazugehörigen Leitfragen abgeschlossen.

1.6.4 Bezug zur Sozialen Arbeit und Ausblick

Der Bezug zur Sozialen Arbeit erläutert, wie die Soziale Arbeit mit ihrem Fachwissen Arbeitgebende und Pflegefachpersonen beraten und unterstützen kann, damit die Fachpersonen gesund, arbeits- und leistungsfähig bleiben. Abgeschlossen wird diese Arbeit mit einem Ausblick.



Abbildung 3: Aufbau der Bachelorarbeit (eigene Darstellung)

2 THEORIEFRAGE 1

In diesem Kapitel wird folgende Frage beantwortet:

Welches sind zentrale Faktoren, die die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals beeinflussen?

Dieser erste theoretische Teil befasst sich mit den sich verändernden Bedingungen (Faktoren) rund um das Gesundheitswesen (äussere Faktoren) und den Bedingungen in der Pflege (innere Faktoren), die einen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals haben können. Nebst den Aspekten des demografischen Wandels und der daraus resultierenden Auswirkungen auf das Gesundheitswesen werden auch die immer schwierigeren Anforderungen des Arbeitsmarktes und andere Faktoren der Makroebene aufgezeigt. Diese systemischen Herausforderungen, das sich verändernde Berufsbild der Pflege und die individuellen Arbeitsbedingungen wirken sich direkt auf das Pflegepersonal aus.

2.1 ÄUSSERE FAKTOREN

Im Folgenden werden jene äusseren Faktoren auf der Makroebene beschrieben, die in der verfügbaren Literatur am meisten genannt werden und einen Einfluss auf das Gesundheitswesen haben.

2.1.1 *Demografischer Wandel und Auswirkungen auf das Gesundheitswesen*

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird die Schweizer Bevölkerung immer älter. Dafür verantwortlich sind mehrere Ursachen. Ein Rückgang der Geburtenzahlen ist seit mehreren Jahrzehnten zu beobachten. Zudem erreichen die geburtenstarken Jahrgänge 1950 bis 1970 das Rentenalter und nicht zuletzt ist auch die Lebenserwartung in den letzten Jahren gestiegen und ein immer grösserer Teil der Bevölkerung erreicht ein hohes Alter. Abbildung 4 zeigt die Altersverteilung der gesamten Schweizer Bevölkerung aus dem Jahre 2015 und ein mögliches Szenario für das Jahr 2040, das auf der Fortsetzung der Entwicklung der letzten Jahre beruht (Bundesamt für Statistik, 2015, S. 10-11).

Auf dieser Grafik ist klar zu erkennen, dass der ältere Teil der Bevölkerung stark zunimmt, während der Anteil der jüngeren Bevölkerung nur leicht ansteigt. Obwohl der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren absolut leicht ansteigt, wird gemäss diesem Szenario der prozentuale Anteil der Personen unter 20 Jahren von 20.0% (2015) auf 18.6% (2045) sinken (ebd.).

Ein Vergleich des Bevölkerungsanteiles der Personen ab 65 Jahren mit dem Bevölkerungsanteil zwischen 20 und 64 Jahren zeigt, dass es im Jahre 2015 29,1 Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren gab. Im Jahre 2045 soll dieser Altersquotient, der Anteil von Personen ab 65 Jahren, auf 48,1 ansteigen.

Diese Veränderung der Altersstruktur wird zur Folge haben, dass in naher Zukunft mehr Menschen pflegebedürftig werden. Diese Tendenz hat bereits in den letzten Jahren herausgebildet und dazu geführt, dass der Personalbestand im Bereich Pflege und Betreuung in Spitälern von 73'276 im Jahre 2010 auf 81'987 Mitarbeitende im Jahre 2014 angestiegen ist. Das ist eine Zunahme von 11.9% (Bundesamt für Gesundheit BAG,

Schweizerische Konferenz der kantonalen

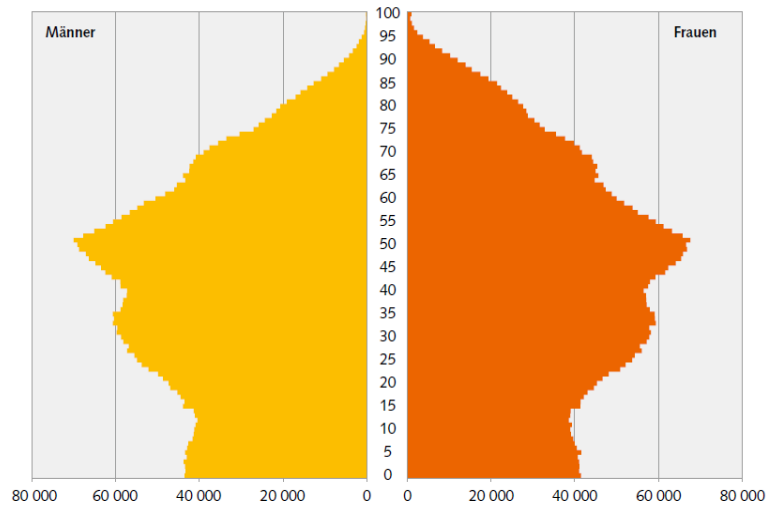
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté, 2016, S. 11). In den kommenden Jahren wird dieser Trend weiter andauern und aufgrund der demografischen Entwicklung zu einer Verschärfung des Fachkräftemangels führen.

2.1.2 Fachkräftemangel

Wie in der Ausgangslage (Kapitel 1.1) bereits beschrieben wurde, braucht es gemäss dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK bis zum Jahr 2030 65'000 zusätzliche Pflegefachpersonen. Das prognostizierte Szenario des Nationalen Versorgungsberichtes für die Gesundheitsberufe, herausgegeben vom Bundesamt für

Alterspyramide 2015, Referenzszenario A-00-2015

G 6



Alterspyramide 2045, Referenzszenario A-00-2015

G 8

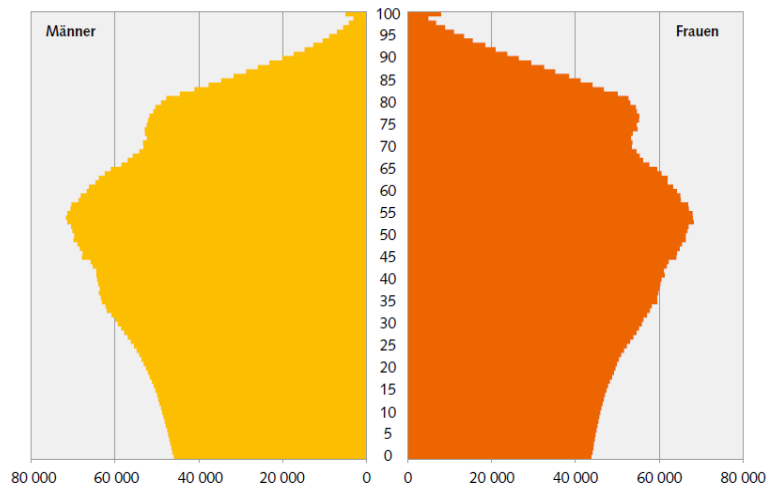


Abbildung 4: Alterspyramide, Bundesamt für Statistik, Bevölkerungsentwicklung 2015

Gesundheit BAG, von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté (2016), wird konkreter. Der jährliche Nachwuchsbedarf von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex beträgt bis zum Jahr 2025 13'874 neue Pflegefachpersonen (Abb. 42, S. 45). Im Jahr 2014 haben jedoch nur 7'775 Personen eine Pflegeausbildung abgeschlossen. Das entspricht einem Erfüllungsgrad von 56.0% (Abb. 44, S. 46). Es werden zwar immer mehr Fachkräfte ausgebildet. Der Personalbestand in den Institutionen des Gesundheitswesens habe jedoch erheblich zugenommen, sodass die Gesamtsituation weiterhin als besorgniserregend bezeichnet werden müsse (S. 47).

Ein weiteres Phänomen, das zum Fachkräftemangel beiträgt, ist die relativ kurze Berufsverweildauer der Pflegefachkräfte. Einer Publikation von 2020 des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK ist zu entnehmen, dass das Pflegepersonal von möglichen 40 Jahren nur 15 Jahre in seinem Beruf tätig ist (S. 29). Mögliche Gründe sind dem Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016 zu entnehmen. Obwohl eine Mehrheit der Mitarbeitenden mit den Arbeitsbedingungen und der Qualität der Arbeit zufrieden bis sehr zufrieden ist, fallen die körperliche und emotionale Überlastung sehr stark ins Gewicht (S. 41). Ein weiterer Grund für die kurze Verweildauer im Beruf ist die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Unregelmässige Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddienste erschweren die Organisation des Privatlebens. Würde die durchschnittliche Berufsverweildauer 5% länger dauern, würde sich der Ersatzbedarf um 5% verringern (S. 42).

2.1.3 Politische Rahmenbedingungen

Am 9. Februar 2014 wurde die Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» vom Schweizer Volk mit 50.3% Stimmenanteil angenommen. Mit der Annahme dieser Volksinitiative wird die Zuwanderung von Ausländerinnen und Ausländern durch Höchstzahlen und Kontingente reguliert. Vier Jahre vorher, an der 63. Weltgesundheitsversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO vom 21. Mai 2010, wurde der Globale Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften verabschiedet. Dieser fordert die Mitgliedstaaten im Punkt 3.6 auf, dass sie einen nachhaltigen Personalbestand aufbauen sollen, um die Anwerbung von Fachpersonal aus dem Ausland möglichst zu verringern (S. 5).

Die Annahme der Masseneinwanderungsinitiative und die empfohlene Vorgabe der WHO für einen Verzicht auf die Auslandsrekrutierung von Gesundheitskräften erschweren zusätzlich zum demografischen Wandel (Kapitel 2.1.1) die Sicherstellung des notwendigen Fachkräftebedarfs. Im Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016 wird diese Situation vor dem

Hintergrund der möglichen Auswirkungen der Zuwanderungsinitiative auf die Personalrekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland als alarmierend bezeichnet (S. 47).

2.1.4 Kostendruck im Gesundheitswesen

Eine weitere Schwierigkeit, die sich auf die Pflege auswirkt, ist der stetig wachsende Kostendruck im Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen in der Schweiz kostet jährlich rund 70 Milliarden Franken. Das sind mehr als 10% des jährlichen Bruttoinlandprodukts BIP der Schweiz. Diese Kosten teilen sich der Staat (ca. 32% durch Steuern), die Haushalte (ca. 62% mit Krankenkassenprämien und dem Selbstbehalt) und die Unfallversicherung (ca. 6%) (Investment Solutions & Products, 2017, S. 8). Die Eidgenössische Finanzverwaltung EFV (2017) versuchte unter Berücksichtigung der Demografie-Szenarien des Bundesamtes für Statistik die Entwicklung der Gesundheitskosten bis zum Jahre 2045 zu projizieren. Waren die Ausgaben 1970 noch halb so hoch wie im Jahre 2014 (S. 7), steigen sie bis ins Jahre 2045 auf ca. 14% des BIP (S. 9). Diese Projektion zeige auf, dass der demografische Wandel die Ausgabenentwicklung massgeblich beeinflussen werde, speziell im Bereich der Langzeitpflege (S. 12). Um den Kostenanstieg möglichst klein zu halten, legt die Eidgenössische Finanzverwaltung EFV zudem nahe, die Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung durch adäquate Prävention zu stärken und unnötige Behandlungen zu vermeiden. Der erhöhte Bedarf an Gesundheits- und Pflegepersonal bedarf einer vorausschauenden Personalplanung und einer Verbesserung der Arbeitsabläufe (S. 13).

2.1.5 Akademisierung

In den 90er Jahren gab es zwei Diplombildungen, DN1 und DN2, in der Gesundheits- und Krankenpflege. Das hat sich in den Folgejahren geändert; die Ausbildung und die Abschlüsse in den Bereichen Pflege und Betreuung unterlagen einem sehr grossen Wandel. Die Diplombildungen wurden durch Ausbildungen an höheren Fachschulen und Fachhochschulen abgelöst. Auf der Sekundarstufe II wurden die neuen Berufslehren Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ und Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ geschaffen (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2020, S. 7). Die Gründe für diese Verschiebung der meisten Ausbildungsabschlüsse in den Tertiärbereich sind die stetig steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal und die internationale Entwicklung, insbesondere die Vorgaben der Europäischen Union EU (Perspektive 2020 des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2020, S. 28). In der Deutschschweiz werden seit 2006 rund 90% der Pflegefachpersonen auf der Tertiärstufe B (höhere Fachschule) und nur 5-10% an Fachhochschulen ausgebildet (Perspektive 2020 des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2020, S. 27). Eine tiefe Maturaquote in der

Deutschschweiz, die fehlende Finanzierung und der limitierte Zugang zu Fachhochschulen erklären dieses Abschlussverhältnis (Perspektive 2020 des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, 2020, S. 28).

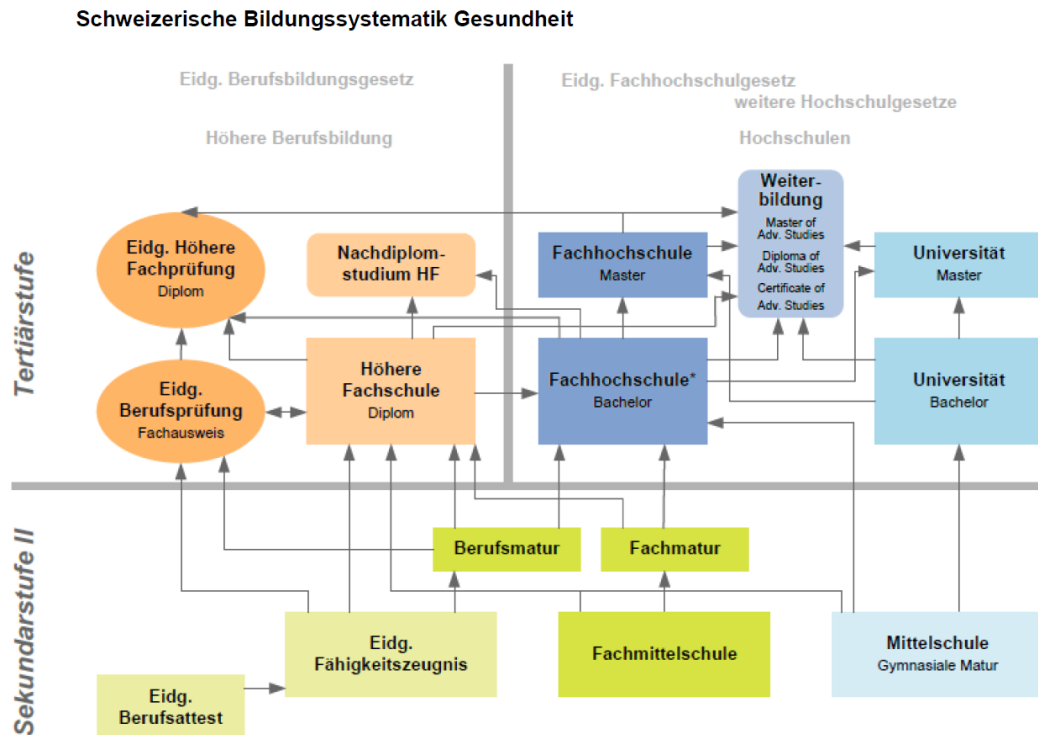


Abbildung 5: Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systemische Übersichtsarbeit, Obsan Dossier 24 (Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L., 2013, S. 10)

2.1.6 Auswirkungen dieser Veränderungen auf das Pflegepersonal

Die genannten äusseren Faktoren haben bereits heute einen grossen Einfluss auf Pflegefachpersonen. Die Mehrbelastung aufgrund der anhaltenden, unzureichenden Personalausstattung, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Erwartungen der Gesellschaft an die Pflege steigern die Belastungen für die Pflegekräfte von Jahr zu Jahr. Zusätzlich wächst der Anteil an Patientinnen und Patienten, die schwere körperliche und demenzielle Erkrankungen aufweisen, was ebenfalls eine körperliche und emotionale Mehrbelastung für das Pflegepersonal bedeutet (Wolfgang Hien, 2009, S. 13).

Die Besonderheit des Pflegeberufes liegt darin, dass die Pflegekräfte nebst der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten auch mit deren Angehörigen und mit den meisten im Gesundheitswesen vorhandenen Disziplinen zusammenarbeiten müssen. Die interdisziplinäre Arbeit erfordert ein hohes Mass an Genauigkeit, Kooperation und eine adressatengerechte Kommunikation. Die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, welche häufig eine Konfrontation mit intimen und lebensbedrohlichen Situationen bedeutet, erfordert

viel Einfühlungsvermögen und Verständnis (Hien, 2009, S. 34). Die schweren Arbeitsbedingungen und der immer stärker werdende Zeitdruck führen bei vielen Pflegefachkräften zu einem Konflikt mit ihrer Berufsethik, da sie von sich eine hohe Pflegequalität erwarten. Eine hohe Qualität ist gemäss den ethischen Standpunkten des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern SBK (2007) dann gegeben, wenn die Arbeit professionell, sicher und gerecht ausgeübt wird (S. 1). Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, braucht es Ressourcen, die dem Aufwand entsprechen und die Ziele der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegenden mittragen (S. 2). Sind diese Ressourcen nicht in genügendem Masse vorhanden oder können vom Pflegepersonal nicht genutzt werden, verstärken sich der Gewissens-Stress und die täglichen Belastungen noch mehr und die Fähigkeit der Fachpersonen, sich abzugrenzen, vermindert sich. Umso wichtiger wird es, sich Momente für Anerkennung und Selbstbestätigung zu schaffen (Hien, 2009, S. 18).

Besonders ältere Pflegekräfte können diesen Veränderungen der Arbeitsbedingungen und dem stetig steigenden Druck nicht mehr standhalten. Die Gefahr eines Burnouts steigt. Dies macht sich durch emotionale Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit und eine sich manifestierende Gefühlskälte sich selbst und anderen gegenüber bemerkbar. Die betroffenen Pflegekräfte werden nicht selten abweisend, zynisch oder sogar aggressiv gegenüber den Patientinnen und Patienten (Hien, 2009, S. 33).

Eine weitere Schwierigkeit, mit der sich Pflegenden täglich konfrontiert sehen, ist das Machtgefälle zwischen Medizin und Pflege. Die Gründe dafür sieht Peter Stratmeyer im Argumentationsmuster und Habitus der Medizinerinnen und Mediziner. Diese seien von Abstrakta, Hypothetika und machtorientierten Sprachspielen geprägt, während Pflegefachkräfte patientennah denken und sprechen. Das mache eine Kommunikation und Kooperation zwischen den beiden Disziplinen auf Augenhöhe fast unmöglich. Die Fallpauschalen, die sich nach der medizinischen Diagnostik richten, bestärken diese Ungleichheit noch weiter (Stratmeyer, 2002; zit. in Hien, 2009, S. 42-43).

2.2 INNERE FAKTOREN

Im Kapitel 2.1 wurden zentrale äussere Faktoren der Makroebene beschrieben, die bereits jetzt und stärker noch in der Zukunft das Pflegewesen beeinflussen und unter Druck setzen. Diese Situation macht es den Gesundheitsinstitutionen schwer, die notwendigen personellen Ressourcen und Kompetenzen jetzt und in Zukunft sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger, dass die vorhandenen Arbeitskräfte den Institutionen gesund erhalten bleiben. Die folgenden inneren Faktoren spielen daher eine zentrale Rolle und zeigen die Wichtigkeit einer wertschätzenden Geschäftskultur auf.

2.2.1 Verausgabung – Belohnung: Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise

Normalerweise handelt der Mensch nach dem allgemeinen Prinzip der Ökonomie, indem er eine für sich selbst möglichst günstige Bilanz zwischen Aufwand und Ertrag anstrebt. Rechtfertigt der in Aussicht gestellte Ertrag den dazu notwendigen Aufwand nicht, wird dieser mit aller Wahrscheinlichkeit reduziert, um das ökonomische Gleichgewicht wiederherzustellen (Johannes Siegrist, 2015, S. 24). Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise stellt die Verausgabung der Mitarbeitenden der Belohnung des Arbeitgebenden gegenüber. Um den Umfang dieses Modelles erfassen zu können, ist es wichtig zu verstehen, was Siegrist (2015) in den Begriffen Verausgabung und Belohnung alles zusammenfasst:

Verausgabung	Vertragliche Anforderungen bezüglich Zeit und Aufgaben. Intrinsische Merkmale (individuelles Bewältigungshandeln, übersteigerte Verausgabungsneigung, Pflichtbewusstsein) spielen dabei eine wichtige Rolle (S. 21).
Belohnung	Die zu erwartende Belohnung beinhaltet einerseits die vertraglich festgelegten Belohnungen (Lohn, Ferien, Nebenleistungen) und andererseits auch mögliche Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit, Wertschätzung der erbrachten Leistung (speziell von Vorgesetzten), Teamgeist und anderes (S. 21).

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise unterscheidet sich insofern vom Prinzip der Ökonomie, als dass bei einem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und unangemessener Belohnung «gratifikationskritische» Stressreaktionen der Mitarbeitenden ausgelöst werden. Dabei erhöht sich das Risiko einer stressassoziierten Erkrankung, wenn hohe Verausgabung, niedrige Belohnung oder übersteigerte Verausgabungsneigung das Gleichgewicht stören (Siegrist, 2015, S. 21-22). Wie eintretende Stressreaktionen verarbeitet werden, zeigt die in Kapitel 3.1 beschriebene Stresstheorie von Richard S. Lazarus.

Die nicht-monetären Belohnungen, die im Modell der beruflichen Gratifikationskrise speziell erwähnt werden (Aufstiegchancen, Arbeitsplatzsicherheit und Wertschätzung), werden stark durch die betriebsinterne Kultur und das Führungsverständnis beeinflusst und geprägt.

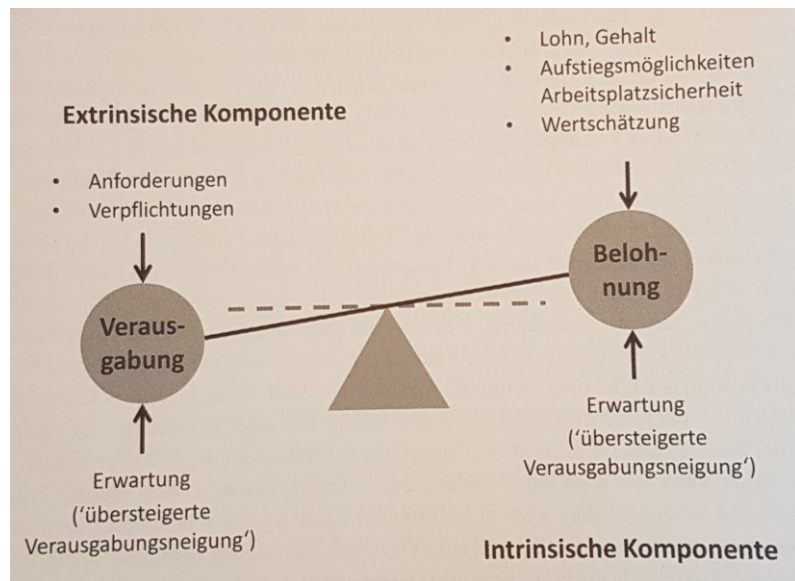


Abbildung 6: Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Siegrist, 2015, S. 22)

2.2.2 Unternehmenskultur und Führungsverständnis

Die Unternehmenskultur erhält in der heutigen Zeit einen immer grösseren Stellenwert in Unternehmen. Edgar H. Schein definierte 2004 Unternehmenskultur als

ein Muster von Grundannahmen, das eine Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erfunden, entdeckt oder entwickelt hat, das sich bewährt hat und als bindend betrachtet wird; und das daher an neue Mitglieder als rationaler und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit Problemen weitergegeben wird (Schein, 2004; zit. in Richard Müller, 2019, S. 9).

Wie wichtig Kultur- und Führungsverständnis heute sind, zeigt eine 2016 durchgeführte, globale Studie. Von den 7000 befragten Führungskräften gaben 86% an, dass die Kultur und das Führungsverständnis zwei der drei Top-Prioritäten für den zukünftigen Unternehmenserfolg seien (Müller, 2019, S. 6). Der ökonomische Erfolg hängt heute von der Kultur und der technologischen Anpassung ab; ein Unternehmen ist darauf angewiesen, dass die Angestellten Veränderungen als Wachstumsmöglichkeit betrachten und sie mitgestalten wollen (Müller, 2019, S. 6-7). In vielen der unterschiedlichen Definitionen von Unternehmenskultur werden die grundlegenden Überzeugungen und Werte der Mitarbeitenden als wichtige Basis für den Umgang untereinander und gegen aussen erwähnt (Müller, 2019, S. 9-10). Dabei soll die Unternehmenskultur das «Wir-Gefühl» fördern und Mitarbeitende motivieren, ihr Engagement und ihre Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung wahrzunehmen. Wertschätzung und Sinnhaftigkeit können mit der Unternehmenskultur gefördert werden (Müller, 2019, S. 15).

Führungspersonen spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung einer Unternehmenskultur. Da häufig die Führungskräfte die Unternehmenskultur bestimmen und sie dann in ihrem Führungsstil umsetzen, werden sie als bedeutende Treiber der Unternehmenskultur verstanden und wahrgenommen (Müller, 2019, S. 23). Heute wird, gemäss Müller, eine analytische und sachorientierte, transaktionale Führung als zeitgemäss angesehen. Dabei soll die Austauschbeziehung zwischen den Mitarbeitenden und den Führungskräften gestärkt werden (ebd.). Dieser Führungsstil fördert die extrinsische Motivation. Gute Arbeit soll in Form von Geld, Beförderung, Lob und Wertschätzung belohnt werden, schlechte Zielerfüllung soll entsprechend bestraft werden (Müller, 2019, S. 24). Der auf diesem Konzept aufbauende transformationale Führungsstil setzt zusätzlich bei der intrinsischen Motivation der Mitarbeitenden an: Vorgesetzte stellen ein Vorbild dar, entwickeln eine klar verständliche Vision, und die Mitarbeitenden erhalten mehr Entscheidungskompetenzen, um diese Vision umsetzen zu können. Dieser Führungsstil entflamme eine Begeisterung, die bei allen Beteiligten zu (Mehr-)Leistung, Identifikation und einer hohen Arbeitszufriedenheit führen soll (Müller, 2019, S. 25).

2.3 BEANTWORTUNG DER THEORIEFRAGE 1

Um diese Frage präzise beantworten zu können, wurden die Einflüsse in folgende zwei Kategorien unterteilt: Äussere Faktoren beschreiben politische und gesellschaftliche Veränderungen auf der Makroebene, die sich auf die gesamte Pflege auswirken. Innere Faktoren basieren auf der Geschäftskultur, den Prozessen, der Führung und anderen internen Bestimmungen.

Folgende äussere Faktoren werden in der Literatur als einflussreich beschrieben: demografischer Wandel, Fachkräftemangel, sich verändernde politische Rahmenbedingungen, Kostendruck im Gesundheitswesen und Akademisierung der Pflegeausbildung.

Betriebsintern beeinflussen gemäss Literatur folgende innere Faktoren das Pflegepersonal: die Firmenkultur, die Kommunikation untereinander, der Führungsstil und das Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung.

3 THEORIEFRAGE 2

In diesem Kapitel wird folgende Frage beantwortet:

Welcher Zusammenhang besteht zwischen den Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals?

Als Grundlage zur Beantwortung dieser Theoriefrage wird das Gesundheitsmodell der Salutogenese vorgestellt. Da Stressoren eine zentrale Funktion in diesem Modell einnehmen, wird zusätzlich zur Salutogenese die Wirkung von Stress anhand des transaktionalen Stressmodells von Richard Lazarus beschrieben.

3.1 STRESSTHEORIE

Stressforschung wird seit Anfang des 20. Jahrhunderts betrieben. Der Begriff «Stress» wurde damals aus der Materialprüfung übernommen. Stress bezeichnete das Ausmass einer Belastung, der ein Material ausgesetzt werden konnte. In der Stressforschung bezeichnet der Begriff «Stress» eine Reaktion auf eine alltägliche Belastung, einem sogenannten Stressor (Sabine Allwinn, 2013, S. 47). Dieses Spannungsfeld wird als unangenehm empfunden und signalisiert eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen, die wir uns selbst stellen oder die an uns gestellt werden, und den Möglichkeiten, diese Anforderungen erfüllen zu können (Dieter Zapf & Norbert K. Semmer, 2004; zit. in Norbert K. Semmer & Dieter Zapf, 2018, S. 24).

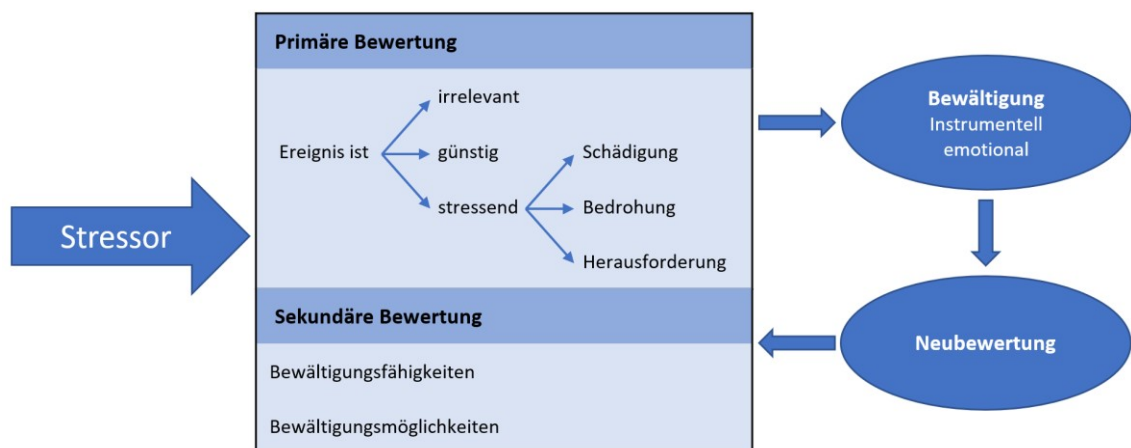


Abbildung 7: Das transaktionale Stressmodell von R.S. Lazarus (eigene Darstellung in Anlehnung an Semmer und Zapf, 2004)

Das transaktionale Stresskonzept von Richard S. Lazarus setzt Stressoren in eine Beziehung zwischen Menschen und Umwelt (Semmer & Zapf, 2018, S. 28). Ein eintretendes Ereignis (Stressor) wird in einem ersten Schritt (primäre Bewertung) als irrelevant, günstig oder stressend

bewertet. Wenn das Ereignis als stressend empfunden wird, wird diese Interpretation mit folgenden drei Richtungen verfeinert:

- Die **Schädigung** ist bereits eingetreten (physisch oder psychisch).
- Die **Bedrohung** bezieht sich auf eine Schädigung, die eintreffen könnte.
- Eine anstehende **Herausforderung** kann bewältigt werden oder man scheitert (Semmer & Zapf, 2018, S. 29-30).

In einer zweiten Bewertung (sekundäre Bewertung) wird die eingetretene Situation mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen analysiert. Dabei wird zwischen eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die einem zur Verfügung stehen, unterschieden (Semmer & Zapf, 2018, S. 30). Die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten beeinflussen wiederum die Wahl der Bewältigungsstrategie, auch Copingstrategie genannt. Gemäss Richard S. Lazarus und Raymond Launier gibt es vier verschiedene Bewältigungsformen, die gleich näher beschrieben werden. Alle vier Formen erfüllen problemorientierte und emotionsorientierte Funktionen, richten sich auf Personen oder Situationen (gegenwärtige oder vergangene) und antizipieren zukünftige Ereignisse (Lazarus & Launier, 1995; zit. in Allwinn, 2013, S. 67).

Folgende vier Bewältigungsstrategien werden von Lazarus und Launier (ebd.) beschrieben:

Informationssuche	Die betroffene Person beschafft sich notwendige Informationen, um das Ereignis neu oder besser einschätzen zu können und zur Wahl der situativ richtigen Bewältigungsstrategie.
Direkte Aktionen	Alle realen Aktionen, die von der Person unternommen werden, um die belastende Situation in den Griff zu bekommen (Ärger ausleben, Sport, Flucht, Suizidversuch, etc.).
Aktionshemmung	Schädliche Handlungsimpulse werden bestmöglich vermieden.
Intrapsychische Bewältigungsformen	Gedanken, die einer Person das Gefühl geben, die Situation kontrollieren zu können und so die eigenen Emotionen regulieren.

Sowohl das Modell der beruflichen Gratifikationskrise von Johannes Siegrist (Kapitel 2.2.1) wie auch die Stresstheorie von Richard S. Lazarus (Kapitel 3.1) zeigen deutlich, dass individuelle Ressourcen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit signifikant beeinflussen. Das im Folgenden beschriebene Gesundheitsmodell der Salutogenese zeigt, wie ein Arbeitsumfeld geschaffen werden kann, das dazu beiträgt, dass Mitarbeitende gesund bleiben

und so langfristig ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit im täglichen Leben und bei der Arbeit anwenden können.

3.2 GESUNDHEITSMODELL DER SALUTOGENESE

Das von der WHO 1946 erstmals kommunizierte Verständnis von Gesundheit (siehe Kapitel 1.5.1) zeigt auf, dass Gesundheit nicht als ein dem Menschen «gegebener» Zustand verstanden werden kann. Vielmehr spielt sie sich in einem dynamischen Spannungsfeld der Wechselwirkungen zwischen den physischen, den psychischen und den sozialen Gegebenheiten des Menschen im Lebensverlauf ab (Lorenz, 2016, S. 23). Das salutogene Gesundheitsmodell basiert auf der Annahme, dass Gesundheit als Prozess verstanden wird.

Das Modell der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky Ende der 1970er-Jahre eingeführt (Bengt Lindström & Monica Eriksson, 2019, S. 26). Der Name Salutogenese setzt sich aus den Wörtern *salus* (lateinisch: Gesundheit) und *genesis* (griechisch: Ursprung) zusammen und bedeutet so viel wie «der Ursprung der Gesundheit». In seinem Modell erforscht Antonovsky hauptsächlich die Prozesse, die gesund machen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 37).

Nachfolgend werden einzelne wichtige Komponenten des Salutogenese-Modells vorgestellt und erklärt.

3.2.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Als Basis seines Modells definiert Antonovsky das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (GKK). Gesundheit und Krankheit bilden dabei ein Kontinuum und werden nicht mehr als unterscheidbare Zustände angesehen. Die Menschen bewegen sich stets zwischen den beiden Polen der völligen Gesundheit H+ und dem absoluten Fehlen von Gesundheit H- hin und her. Ob man sich Richtung «Gesundheit» oder Richtung «absolutes Fehlen von Gesundheit» bewegt, ist abhängig davon, wie die alltäglichen Herausforderungen des Lebens (sogenannte Stressoren, siehe Kapitel 3.2.2) bewältigt werden können (Lindström & Eriksson, 2019, S. 31).

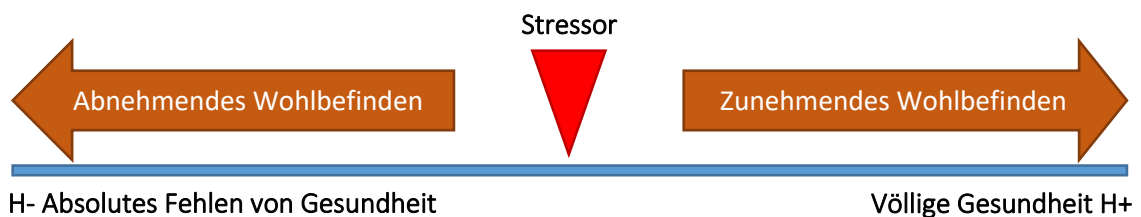


Abbildung 8: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

3.2.2 Stressoren

Stressoren sind täglich auftretende Herausforderungen des Lebens, die Spannung auslösen und bewältigt werden müssen. Die durch die Stressoren ausgelöste Spannung kann unsere Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stören (Lindström & Eriksson, 2019, S. 31). Ist der Mensch nicht in der Lage, diese Spannung zu bewältigen, verschiebt sich seine Position Richtung «H- Absolutes Fehlen von Gesundheit». Um diese Herausforderungen so zu bewältigen, dass der Mensch sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum Richtung «Völlige Gesundheit» bewegt, braucht es die generalisierten Widerstandsressourcen und einen gestärkten Kohärenzsinn (Lindström & Eriksson, 2019, S. 30). Diese beiden Begriffe werden in der Folge beschrieben.

3.2.3 Generalisierte Widerstandsressourcen

Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR) setzen sich aus persönlichen, materiellen und nichtmateriellen, sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen zusammen, die einem Individuum, einer Gruppe oder einer ganzen Gesellschaft zur Verfügung stehen (Antonovsky, 1979, 1987; zit. in Lindström & Eriksson, 2019, S. 39-40). Lindström und Eriksson (2019) listen folgende vier GWRs auf, die für einen starken Kohärenzsinn notwendig sind: 1. Sinnvolle Aktivitäten, 2. Die gedankliche Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, 3. Der Kontakt mit den eigenen Gefühlen und 4. Soziale Beziehungen. Entscheidend sei jedoch die kognitive Fähigkeit, diese Ressourcen gesundheitsfördernd zu nutzen (S. 40).

3.2.4 Der Kohärenzsinn

Nebst den generalisierten Widerstandsressourcen ist der Kohärenzsinn (SOC) ein zentrales Element im Salutogenese-Konzept. Aaron Antonovsky (1997) selbst definierte den Kohärenzsinn folgendermassen:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; und
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen. (S. 36)

Konkret besteht der Kohärenzsinn aus den folgenden drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Ein starker Kohärenzsinn setzt voraus, dass die eigenen Ressourcen und jene in der unmittelbaren Umgebung entdeckt wurden und gesundheitsfördernd genutzt werden können. Dabei kann die Bedeutsamkeit der Motor im Leben sein, da sie eine Überzeugung wachsen lässt, die dem Leben eine Bedeutung, einen Sinn gibt (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39).

A: Verstehbarkeit

Ein hohes Mass an Verstehbarkeit entsteht dann, wenn interne und externe Stressoren kognitiv als sinnhaft, geordnet und strukturiert sowie als konsistente und klare Informationen wahrgenommen und eingeordnet werden können. Erwünschte und nicht erwünschte Stressoren wie Tod, Krieg oder Versagen sollen so verarbeitet werden können (Antonovsky, 1997, S. 34).

B: Handhabbarkeit

Je besser und vollständiger die zur Verfügung stehenden Ressourcen bekannt sind und genutzt werden können, desto besser gelingt es, die Anforderungen der anstehenden Stressoren zu bewältigen. Dabei können nebst den eigenen auch Ressourcen von legitimierten anderen (Ehepartnerin und Ehepartner, Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen und Ärzte, Gott, etc.) helfen (Antonovsky, 1997, S. 35). Zusätzlich braucht es kognitiv-emotionales Vertrauen in die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten, die Sicherheit, dass Ressourcen und Fähigkeiten des sozialen Umfeldes genutzt werden können und den Glauben, sich einer höheren Kraft anvertrauen zu können (Lorenz, 2016, S. 38).

C: Bedeutsamkeit

Diese emotionale Komponente ist stark, damit dem eigenen Leben und den Stressoren ein Sinn attestiert werden kann und man zur Überzeugung kommt, dass es sich lohne, Anforderungen und Aufgaben des Lebens zu bewältigen (Antonovsky, 1997, S. 35-36). Lorenz (2016) beschreibt die Bedeutsamkeit so: «Je nach Ausprägung geht es um die positive Auffassung überhaupt, dass Stressoren im Leben eines Menschen unvermeidbare Ereignisse im Sinne von Herausforderungen darstellen, die zu bewältigen sind, und die zugleich für Abwechslung im grundlegend lebenswerten Leben sorgen» (S. 38).

Der Kohärenzsinn wird bereits im Säuglingsalter geformt und soll etwa ab dem 30. Lebensjahr voll entwickelt und veränderungsstabil sein (Lorenz, 2016, S. 46). Um einen starken Kohärenzsinn entwickeln zu können, ist es wichtig, dass eine Balance zwischen Überlastung und Unterforderung herrscht. Ein Ausgleich zwischen Anspannung und Entspannung fördert die tägliche Verarbeitung von an den Menschen herantretenden Stressoren (Lorenz, 2016, S. 47).

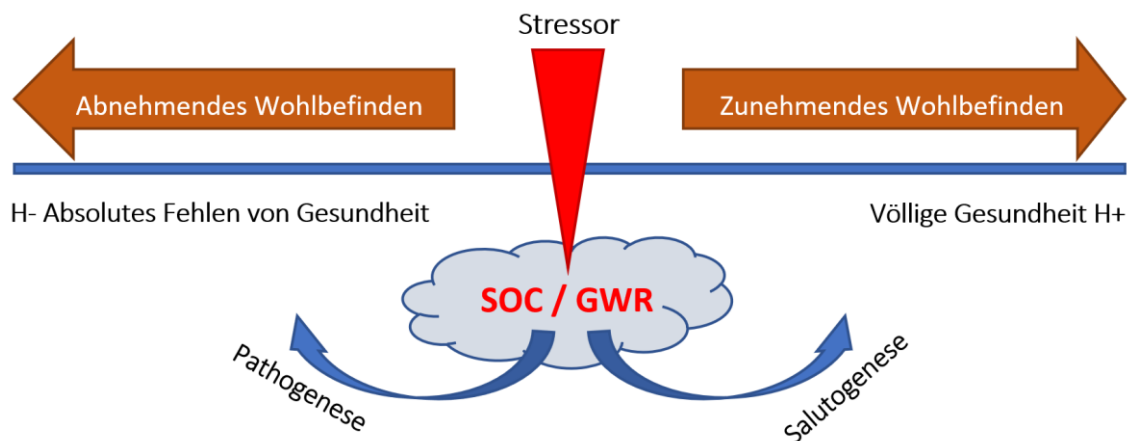


Abbildung 9: Kohärenzsinn (eigene Darstellung, in Anlehnung an Lindström, 2010)

Eine entscheidende Phase bei der Entwicklung und Festigung des Kohärenzsinnes ist für junge Menschen die Adoleszenz. In dieser Zeit der Vulnerabilität sind konsistente Erfahrungen äusserst wichtig. Im Zuge des Erwachsenwerdens wird das bisher Gelernte in Frage gestellt und die Welt wird erneut daraufhin überprüft, ob sie für das Individuum verstehbar, handhabbar und bedeutsam ist (Lorenz, 2016, S. 48). Lorenz betont ausserdem, dass es auch in dieser Entwicklungsphase wichtig ist, dass Überlastung und Unterforderung ausgeglichen sind (konsistent) und dass der Mensch über sozial anerkannte Gegebenheiten und Möglichkeiten mitentscheiden kann und soll (ebd.). Mitgeprägt werden diese und alle anderen Lebensphasen auch durch das ökologische Umfeld, in dem wir uns befinden, und dem sozialen Netzwerk, das wir haben. Sind diese Faktoren konsistent, dann wirken sie sich positiv auf die Bildung des Kohärenzsinnes aus (Lorenz, 2016, S. 48-49).

Während der Adoleszenz beginnt auch das Arbeitsleben. Dieser Übergang ins Erwachsenenalter ist verbunden mit der Übernahme von langfristigen Verpflichtungen und sozialen Rollen. Da die Arbeit im Leben der Erwachsenen einen wichtigen Bestandteil darstellt, wird im Folgenden beschrieben, wie das Gesundheitsmodell der Salutogenese beigezogen werden kann, um das arbeitsbezogene Umfeld am Beispiel des Pflegeberufes salutogen (verstehbar, handhabbar und bedeutsam) zu gestalten.

3.3 WORK-SOC (ARBEITSBEZOGENES KOHÄRENZGEFÜHL)

Mehrere, zum Teil langjährige, Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem generellen Kohärenzgefühl und der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen aufgezeigt. So klagen Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl weniger über Stresssymptome und sie sind auch besser vor einem Burn-out geschützt (Gregor J. Jenny & Georg F. Bauer, 2019, S. 168).



Abbildung 10: Work-SOC (eigene Darstellung)

Zusätzlich zum generellen Kohärenzsinn kann auch die Arbeit salutogen verstanden und gestaltet werden. Das Mass an Kohärenz bei der Arbeit wird mit dem Work-SOC ausgedrückt, der als wahrgenommene Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der aktuellen Arbeit definiert wurde (ebd.).

Im Alltagsleben helfen die generalisierten Widerstandsressourcen im täglichen Umgang mit Stressoren (siehe Kapitel 3.2.2 und 3.2.3). Wie bei der Arbeit mit Stressoren umgegangen werden kann, hängt von den Arbeitsbedingungen ab. Diese werden im Job Demands-

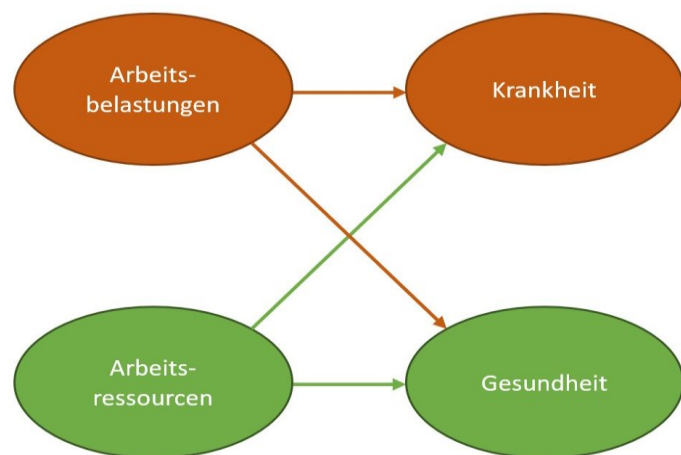


Abbildung 11: JD-R-Modell in Anlehnung an Demerouti-er al.,2001

Resources Model (JD-R-Modell) unterteilt in Arbeitsressourcen und Arbeitsbelastungen (Jenny & Bauer, 2019, S. 169).

Eine Stärkung der Arbeitsressourcen in einer Organisation ermöglicht es den Mitarbeitenden, ihre Ziele zu erreichen und persönlich zu wachsen, zu lernen und sich zu entwickeln. Diese individuelle Entwicklung ihrerseits stärkt wiederum die Arbeitsressourcen (Jenny & Bauer, 2019, S. 170-171). Auch sollten die vorhandenen Arbeitsressourcen gestärkt und/oder ausgebaut werden, da diese stabiler sind als Arbeitsbelastungen und weniger stark von äusseren Faktoren (ökonomische Turbulenzen, Arbeitsmarktanforderungen usw.) beeinflusst werden (Jenny & Bauer, 2019, S. 171).

Arbeitsressourcen	«Positiv bewertete physische, soziale oder organisatorische Aspekte der Arbeit, die funktional sind, um Ziele zu erreichen, Belastungen zu reduzieren und persönliches Wachstum und Entwicklung zu stimulieren» (Wilmar B. Schaufeli & Toon W. Taris, 2014; zit. in Jenny & Bauer, 2019, S. 169).
Arbeitsbelastungen	«Negativ bewertete physische, soziale oder organisatorische Aspekte der Arbeit, die eine anhaltende (physische oder psychologische) Anstrengung erfordern und daher mit bestimmten physiologischen und psychologischen Kosten verbunden sind» (ebd.).

3.4 BEANTWORTUNG DER THEORIEFRAGE 2

Die Bearbeitung der zweiten Theoriefrage hat deutlich aufgezeigt, dass generalisierte Widerstandsressourcen und ein gut ausgebildeter Kohärenzsinn wichtig sind, um gesund, arbeits- und leistungsfähig zu sein respektive zu bleiben. Sowohl die generalisierten Widerstandsressourcen wie auch ein gut ausgebildeter Kohärenzsinn sind wichtige Ressourcen, mit denen Stressoren des alltäglichen Lebens so bearbeitet werden können, dass die Gesundheit erhalten bleibt. Dieser Kohärenzsinn ist auch nützlich für die Bewältigung der Anforderungen am Arbeitsplatz. Er ermöglicht es, vorhandene Arbeitsressourcen zu nutzen und das ist umso wichtiger, da diese gemäss dem JD-R-Modell stabiler sind und weniger stark von äusseren Faktoren (Kapitel 3.1) beeinflusst werden.

Können Arbeitnehmende die vorhandenen Ressourcen am Arbeitsplatz nicht nutzen, weil sie nicht über einen gut ausgebildeten Kohärenzsinn verfügen, oder fehlen notwendige Ressourcen, entsteht Stress. Das Stressmodell von Richard S. Lazarus (Kapitel 3.1) zeigt deutlich auf, dass die Art und Weise, wie dieser Stress verarbeitet wird, entscheidend dafür ist, ob Arbeitnehmende arbeits- und leistungsfähig bleiben können oder nicht.

Das alleinige Vorhandensein oder Fehlen von Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz entscheiden noch nicht, ob die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestärkt oder geschwächt wird. Entscheidend ist, wie Arbeitnehmende diese nutzen können und wie gross die Belastung dabei ist. Mittels der qualitativen Forschung (Kapitel 5) soll in der Praxis herausgefunden werden, welche Ressourcen besonders wichtig sind, um arbeits- und leistungsfähig zu bleiben und welche Belastungen dies erschweren.

4 STUDIENDESIGN

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der qualitativen Forschungsarbeit beschrieben. Dabei wird zuerst das Ziel der Befragung (Forschungsfrage) erläutert. Danach wird aufgezeigt, weshalb sich eine qualitative Befragung eignet, nach welchen Kriterien die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gewählt wurden und wie der Interviewleitfaden zusammengestellt wurde. Abschliessend wird die detaillierte Datenerhebung beschrieben.

4.1 ZIEL DER UNTERSUCHUNG

Mit einer eingehenden Literaturrecherche wurden die theoretischen Grundlagen gemäss den zwei formulierten Theoriefragen (Kapitel 1.4) erarbeitet. Mit Hilfe der ersten Theoriefrage versuchte der Autor herauszufinden, welches gemäss Literatur die zentralen äusseren und inneren Faktoren sind, die sich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals auswirken. Mit der Beantwortung der zweiten Theoriefrage zeigte der Autor auf, wie das Pflegepersonal umfassend unterstützt werden sollte, damit es bestmöglich leistungs- und arbeitsfähig bleiben kann. Als gedankliche Basis für diese Herleitung benutzte der Autor das Gesundheitsmodell der Salutogenese.

Mit der Forschungsfrage soll nun herausgefunden werden, wie arbeits- und leistungsfähig sich das Pflegepersonal in der Praxis erlebt und wie die aktuelle Unterstützung durch die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber subjektiv von den Mitarbeitenden der Pflege wahrgenommen wird. Zusätzlich soll in Erfahrung gebracht werden, was aus Sicht der Pflegerinnen und Pfleger für eine umfassende Unterstützung durch das Unternehmen im vorhandenen Angebot noch fehlt.

4.2 UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG

Nachdem im vorherigen Kapitel das Ziel der Untersuchung detailliert beschrieben worden ist, werden jetzt die einzelnen, konkreten Schritte der gesamten Forschung dargestellt. Dazu wurde ein Phasenmodell verwendet, das folgendermassen unterteilt wurde:

Phase 1 Literatur-Recherche

Für die Literatur-Recherche wurde zur Beantwortung der ersten Theoriefrage hauptsächlich im Internet auf verschiedenen Seiten nach aktuellen Datenerhebungen gesucht. Ergänzend wurden Informationen aus Fachbüchern benutzt. Die zweite Theoriefrage wurde ausschliesslich anhand von Fachbüchern

und Artikeln aus Zeitschriften beantwortet. Auch der Aufbau der Forschungsarbeit basiert auf Inhalten von Fachbüchern.

Phase 2 Qualitative Forschung/Experten- und Expertinnen-Interviews

Mit den Experten- und Expertinnen-Interviews soll ein subjektives Bild davon gewonnen werden, welche Faktoren (Ressourcen und Belastungen) aus Sicht der Pflege die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinflussen.

Phase 3 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Die Interviews werden transkribiert und ausgewertet. Die Auswertung erfolgt in einem ersten Schritt deduktiv, indem die Aussagen den definierten Hauptkategorien zugeteilt werden und im zweiten Schritt zusätzliche Codes induktiv ermittelt werden.

Phase 4 Darstellung und Diskussion der Forschungsergebnisse

In Phase vier werden die Ergebnisse aus den Interviews dargestellt und diskutiert.

Phase 5 Bezug zur Sozialen Arbeit

In dieser letzten Phase wird dargestellt, wie die Soziale Arbeit mit Theorien und konkreten Massnahmen die Arbeitgebenden und das Pflegepersonal unterstützen und beraten kann, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Pflegenden nachhaltig zu stützen.

4.2.1 Erhebungsmethode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde bewusst die qualitative Forschungsmethode gewählt. Gemäss Theo Hug und Gerald Poscheschnik (2015) eignet sich eine qualitative Forschung besonders für das Erfassen einer subjektiven Erlebniswelt einzelner Menschen, die Offenheit gegenüber dem Befragenden zeigen (S. 89). Qualitative Forschung soll nicht nur beschreiben, sie soll bewusst auch bewerten und verändern (Hug & Poscheschnik, 2015, S. 90).

Für die Befragungen sollen Teamleiterinnen und Teamleiter des mittleren Kaders ausgewählt werden, die in ihrer Funktion Expertinnen und Experten sind. Dabei ist es dem Autor wichtig, ihr subjektives Befinden, ihre Wahrnehmung und Einschätzung abzuholen. Dazu eignen sich Experten- und Expertinnen-Interviews. Hug und Poscheschnik (2015) definieren Experten- und Expertinnen-Interviews als «Befragung von Personen, die sich durch eine besondere Expertise über den Forschungsgegenstand auszeichnen» (S. 101).

Für die Interviews erstellte der Autor einen strukturierten Leitfaden (Anhang D). Die Struktur und der Inhalt dieses Leitfadens richteten sich nach den drei Leitfragen der Forschungsfrage (Kapitel 1.4). Die Fragen wurden bewusst offen formuliert, um möglichst viele Informationen zu erhalten. Zusätzlich wurde der Leitfaden zuerst einem Pretest unterzogen. Der Autor wollte die Funktionalität testen und den für die Durchführung des Interviews notwendigen Zeitumfang ermitteln. Dazu hat der Autor in seinem privaten Umfeld eine Pflegefachperson gefunden, die sich spontan zur Verfügung stellte. Die Informationen aus diesem Pretest flossen nicht in die Untersuchung dieser Arbeit ein. Jedoch wurde aufgrund dieses Pretests der Leitfaden leicht angepasst.

Bei der Wahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner orientierte sich der Autor an den ersten beiden Schritten des dreistufigen Vorgehens von Verengung, Gewinn an Breite und einer erneuten Verengung der Gruppendefinition. Dabei werden in einem ersten Schritt Kriterien festgelegt, die die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner erfüllen müssen. Die Pflegefachpersonen, die sich für die Befragung bereit erklärten, wurden dann in einem zweiten Schritt auf «innere Repräsentation» überprüft. Dabei wird geklärt, ob mit der Auswahl der zu Befragenden «der Kern des Feldes in der Stichprobe gut vertreten ist und andererseits auch die abweichenden Vertreter hinreichend in die Stichprobe aufgenommen worden sind» (Cornelia Helfferich, 2011, S. 173). Zugang zu möglichen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern verschaffte sich der Autor durch sogenannte «Türwächter». Sie sind Schlüsselpersonen in Institutionen, die gemäss den vom Autor festgelegten Auswahlkriterien mögliche Kandidaten und Kandidatinnen ansprechen (Helfferich, 2011, S. 175).

Diese Arbeit fokussiert sich ausschliesslich auf die stationäre Pflege in Akutspitälern oder Rehakliniken (Kapitel 1.4.1). Die Leiterin Human Resources der Rehaklinik Bellikon als eine «Türwächterin» vermittelte dem Autor den Kontakt zu einer Stationsleiterin in der Rehaklinik Bellikon (RKB) und zu einer ehemaligen Pflegemitarbeiterin, welche jetzt im Akutspital in Muri AG als Stationsleiterin der interdisziplinären Intensivpflegestation (IPS) arbeitet. Die langjährige Leiterin der Abteilung Sozialberatung im Schweizer Paraplegiker-Zentrum verschaffte dem Autor ihrerseits als eine weitere «Türsteherin» den Kontakt zu einem Pflegestationsleiter im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil.

4.2.2 Durchführung der Befragungen

Die drei möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden per Mail angefragt, ob sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Nach ihrer Zusage wurden Termine vereinbart und sie erhielten per E-Mail eine Vorinformation über den Inhalt des Interviews

(Anhang B). Dabei wurde ihnen die Forschungsfrage, der Inhalt dieser Arbeit und das Ziel der Befragung aufgezeigt. Zusätzlich wurde ihnen mitgeteilt, dass das Interview aufgezeichnet und anschliessend abgetippt werde. Eine entsprechende Einverständniserklärung (Anhang C) unterschrieben die Expertinnen und der Experte vor der Befragung. Der gesamte Interviewleitfaden wurde ihnen vorgängig nicht zugestellt. Der Autor besuchte die Expertinnen und den Experten zur Befragung an ihren Arbeitsplätzen. Um bei den Gesprächen die Informationen ganzheitlich erfassen zu können, wurden sie mit dem Smartphone aufgenommen. Die Durchführung der drei Interviews dauerte jeweils zwischen 34 und 38 Minuten. Die Interviews wurden anschliessend mit dem Programm f4transkript transkribiert. Dabei wurde grossen Wert daraufgelegt, dass durch die Übersetzung vom Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche keine Daten verloren gingen. Transkribiert wurde nach dem einfachen Transkriptionssystem nach Thorsten Dresing und Thorsten Pehl (2015, S. 20-23). Ein Auszug aus den Transkripten ist im Anhang E dargestellt.

4.2.3 Auswertung der Daten

Die durch die Interviews generierten Daten wurden mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2014) ausgewertet. Laut Kuckartz (2014) enthält der Prozess der Analyse von qualitativen Daten die Kernprozeduren der Aufbereitung und Exploration, die Analyse und die Darstellung sowie die Interpretation der Analyseresultate (S. 109). Diese Inhaltsanalyse segmentiert, kategorisiert und codiert die vorhandenen Daten und ist bei qualitativen Umfragen eine der am häufigsten eingesetzten Analysemethoden (Kuckartz, 2014, S. 110).

Für die Auswertung der Interviews wurde die Software f4analyse verwendet, welche mit dem verwendeten Transkribierprogramm f4transkript korrespondiert (Anhang E). Im ersten, explorierenden Schritt wurden die Texte der transkribierten Interviews sorgfältig gelesen und erste Gedanken wurden mittels Memos in den Texten festgehalten. Die Kategorisierung und die Codierung erfolgten in zwei Schritten. Zuerst wurden die Hauptkategorien (Ablaufschema von Kuckartz (2014), Schritt 2) deduktiv aus der Forschungsfrage und den drei Leitfragen definiert. Als Hauptkategorien wurden «Subjektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit», «Politische und gesellschaftliche Einflüsse in der Pflege», «Betriebs- und teaminterne Ressourcen und Belastungen» und «Abschluss» definiert. Danach wurden die zu den Hauptkategorien passenden Textsegmente, geordnet nach den drei Faktoren des Kohärenzsinnens Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, zugeordnet (Ablaufschema von Kuckartz (2014), Schritte 3 und 4). Anschliessend wurden aus der kategorienbasierten Auswertung mittels induktivem System weitere Subcodes gebildet, die sich aus dem Material ergaben. Am Schluss wurden alle

Transkripte mit dem kompletten, ausdifferenzierten Codekatalog codiert (Ablaufschema von Kuckartz (2014), Schritte 5 und 6). Zusätzlich wurde das gesamte Codesystem mittels Mindmap zur besseren Übersicht dargestellt (siehe Anhang F).

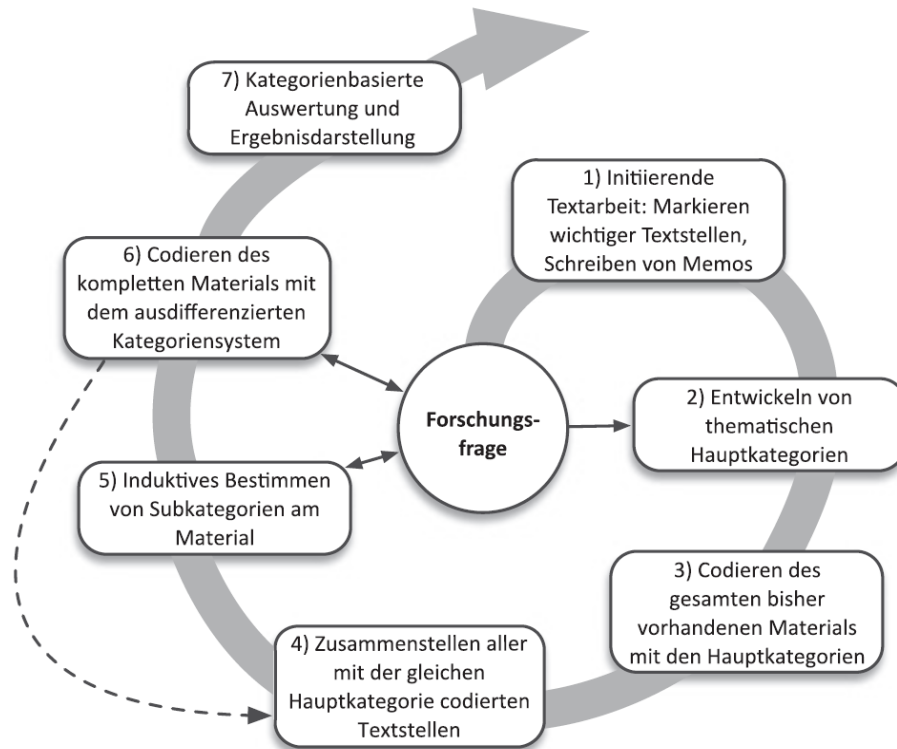


Abbildung 12: Ablaufschema der inhaltlichen strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014, S. 111)

5 ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER QUALITATIVEN FORSCHUNG

In einem ersten Schritt werden die Antworten (Ergebnisse) der Expertinnen und des Experten entsprechend den Hauptkategorien zusammengefasst. Im zweiten Schritt wird die Fragestellung diskutiert und beantwortet.

5.1 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse wurden dem Aufbau (Hauptkategorien) und den Fragen des Fragebogens entsprechend strukturiert und zusammengefasst.

5.1.1 *Hauptkategorie 1: Subjektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit*

In dieser Kategorie wollte der Autor erfahren, was die Expertinnen und Experten motiviert, in der Pflege zu arbeiten. Mit den weiteren Fragen dieser Kategorie sollte herausgefunden werden, wie sich Stress bei ihnen bemerkbar macht und wie sie damit umgehen.

Als Motivation in der Pflege zu arbeiten, gaben zwei der drei Befragten an, dass sie mit ihren erlernten Fähigkeiten etwas Gutes für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige tun wollen. Eine der drei Befragten unterstrich diese Aussage noch zusätzlich, indem sie die Wichtigkeit einer professionellen Pflege auf der IPS, wo Patientinnen und Patienten um ihr Leben kämpfen, hervorhob. Ein Experte arbeitet zudem gerne interdisziplinär mit verschiedenen anderen Disziplinen zusammen.

Level und Empfinden von Stress werden unterschiedlich beschrieben. Ein Experte empfindet den eher seltenen Stress als Eustress³. Berufserfahrung helfe, in hektischen Situationen ruhig zu bleiben. Eine Expertin empfindet Stress intensiv, seit sie die Leitung eines gesamten Bettenhauses übernommen hat. Eine andere Expertin empfindet intensiven Stress. Aufgrund verschiedener Situationen und Faktoren sei der Stresslevel dann hoch, wenn sich der Zustand einer Patientin oder eines Patienten verschlechtere oder wenn andere Pflegefachpersonen gestresst seien. Dann herrsche Angst vor Fehlern. Auch gerate sie in Stress, wenn sie ihre Arbeit aus Mangel an Zeit nicht perfekt machen könne. In stressigen Zeiten erlebt sich ein Experte als fahrig, ungeduldig und hektisch. Das liege unter anderem daran, dass durch die Führungsaufgaben die Routine am Patientenbett fehle. Eine Expertin wird vergesslicher und sieht sich viel Überzeit machen. Sie erwähnt auch, dass ihre Leistungsfähigkeit während stressiger Phasen abnimmt. Bei der dritten Expertin zeigt sich Stress dann, wenn sie ihren eigenen Anforderungen nicht mehr gerecht werden kann, und das erhöht den Stress wiederum. Alle drei Fachpersonen schlafen schlechter

³ Als Eustress werden Stressoren bezeichnet, die den Organismus positiv beeinflussen.

in stressigen Zeiten. Entweder schlafen sie nicht ein oder wachen während der Nacht auf und denken der Arbeit nach.

Durch die lange Berufserfahrung haben alle drei Fachpersonen eine für sie gut funktionierende Strategie, wie sie diesen Stressphasen entgegenwirken können. Stoppen, denken und handeln helfe noch während der Arbeit, den Stresslevel zu senken. Kleine Notizen und Handzettel geben die Sicherheit, dass wichtige Termine, Abmachungen und Informationen nicht vergessen gehen und so der Stress nicht noch zusätzlich steigt. Ganz wichtig für alle drei ist der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen bei der Arbeit oder aber mit dem Partner oder der Partnerin nach der Arbeit. Als Ausgleich in der Freizeit helfen Sport, Gartenarbeit und das bewusste Dosieren von sozialen Kontakten.

5.1.2 Hauptkategorie 2: Politische und gesellschaftliche Einflüsse in der Pflege

Die erste Frage dieser Kategorie betraf die demografische Entwicklung und den Fachkräftemangel. Mit den beiden folgenden Fragen wollte der Autor erfahren, welche anderen Einflüsse von aussen in der Pflege zu spüren seien und wie diesen im Alltag entgegengewirkt werden kann.

Die demografische Veränderung wird in allen drei Gesundheitsinstitutionen sehr stark wahrgenommen. Alle erwähnen, dass das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in den letzten 15 Jahren stark angestiegen sei. Damit verbunden sei, dass ihre Diagnoseliste immer länger und die Pflegearbeit immer komplexer und aufwendiger werde. Auf der Intensivstation ist die Aufenthaltsdauer durch die komplexeren Krankheitsbilder länger geworden. In den beiden Rehakliniken macht sich die demografische Veränderung noch stärker als im Akutspital bemerkbar. Das Rehabilitationspotenzial der zunehmend älteren Patientinnen und Patienten habe stark abgenommen. Dadurch wird weniger auf eine Verbesserung der allgemeinen Verfassung hingearbeitet, sondern man lehrt die Patientinnen und Patienten häufiger mit den Gebrechen besser umgehen zu können. Das Austrittsmanagement konzentriert sich heute viel stärker auf eine Anschlusslösung in einer Pflegeinstitution als auf die Rückkehr in die eigenen vier Wände. Die Pflegekräfte fragen sich dadurch immer häufiger, ob sie überhaupt noch in einer Rehaklinik arbeiten möchten oder nicht lieber in einem Akutspital, wo die Gehälter zudem noch höher sind.

Der Fachkräftemangel wird unterschiedlich wahrgenommen. Die Anzahl der Bewerbungen auf ein Stelleninserat habe abgenommen und gleichzeitig seien die Ansprüche der Bewerbenden gestiegen, weil sie wissen, dass sie gebraucht werden und ein Fachkräftemangel herrscht. Eine Expertin ist überzeugt, dass die Umstellung der Ausbildung ein Grund für den aktuellen

Fachkräftemangel ist. Die Ausbildung daure heute länger und die theoretische Ausbildung habe mehr Gewicht bekommen. Dass zusätzlich noch gewisse Kosten von den Lernenden selbst übernommen werden müssten, führe ihrer Ansicht nach dazu, dass sich immer weniger junge Leute für eine Ausbildung in der Pflege entscheiden würden. Pflegepersonal, welches aus dem Ausland rekrutiert werde, sei schlechter ausgebildet, weil der Ausbildungsstandard im Ausland tiefer sei. Häufig kämen bei diesen Bewerberinnen und Bewerbern noch Sprachschwierigkeiten dazu, die speziell dann, wenn es schnell gehen müsse, problematisch seien. Im Schweizer Paraplegiker-Zentrum SPZ in Nottwil sei die Situation durch die geografische Lage etwas anders. Das SPZ habe in der Schweiz einen guten Ruf, man arbeite gerne in dieser Institution. Das wirke sich positiv auf die Personalsituation in der Pflege aus. Die Pflegedienstleitung habe zudem schon früh damit begonnen den eigenen Nachwuchs zu fördern. Diese Massnahme sei notwendig, da die geografische Lage es schwierig mache, Personal aus dem Ausland zu rekrutieren. Die Löhne in Zürich und anderen grösseren Ballungsgebieten seien höher als in Nottwil und im Ausland kenne man den guten Ruf des SPZ weniger.

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen⁴ im Jahr 2012 hat gemäss zwei der drei Befragten eine grosse Veränderung in der Pflege verursacht. Seit dieser Einführung werden Patientinnen und Patienten früher vom Akutspital in die Rehakliniken verlegt. Die Arbeit auf der IPS wird durch die kurze Verweildauer der Patientinnen und Patienten stressiger und in den Rehakliniken kann erst nach ein paar Tagen mit der eigentlichen Reha-Pflege begonnen werden. Die schnellere Verlegung der Patientinnen und Patienten in die Rehakliniken erfordert vor dem Umzug eine genaue Abklärung über deren Zustand. Damit kann verhindert werden, dass Patientinnen oder Patienten in einem Zustand in die Rehakliniken verlegt werden, der die Kompetenzen der Pflegeabteilung übersteigt und eine Rückverlegung erfordern würde. Die Expertin ist sich jedoch bewusst, dass eine spätere Annahme von Patientinnen und Patienten betriebswirtschaftliche Einbussen zur Folge hätte.

Das Ansehen der Pflegerinnen und Pfleger in der Bevölkerung wird von einer Pflegefachperson als hoch empfunden, obwohl sie glaubt, dass das Vertrauen in die Arbeit gesunken sei. In der heutigen Zeit seien durch das grössere Wissen der Patientinnen und Patienten die Anforderungen an die Betreuung stark gestiegen. Das Personal muss die eigene Arbeit viel häufiger erklären.

Alle drei Befragten sind sich zudem einig, dass die monetäre Entlohnung die Verantwortung und die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals nicht genug berücksichtige.

⁴ Beim Diagnosis-related-groups (DRG)-Fallpauschalen-System wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Diagnose, Behandlung und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen (SwissDRG AG, 2015, S. 2).

Die erwähnten politischen und gesellschaftlichen Faktoren kann man gemäss den befragten Expertinnen und Experten im Arbeitsalltag nur beschränkt beeinflussen. Trotzdem müssen die politischen und gesellschaftlichen Einflüsse betriebsintern erwähnt und diskutiert werden. Ein Experte empfiehlt, die Anstellungsbedingungen, hauptsächlich die monetäre Entlohnung, immer wieder pointiert zu erwähnen. Er ist auch der Meinung, dass ein gut harmonisierendes Team dabei hilft, diese schlecht beeinflussbaren Faktoren im Arbeitsalltag zu kompensieren.

5.1.3 Hauptkategorie 3: Betriebs- und teaminterne Ressourcen und Belastungen

In dieser Kategorie wollte der Autor herausfinden, welche vom Arbeitgeber ausgehenden Ressourcen und Belastungen wahrgenommen werden und wie sie sich auf die Arbeit auswirken. Zusätzlich wurde der Einfluss der Firmenkultur auf den Arbeitsalltag thematisiert.

Alle drei Befragten arbeiten gerne für ihre aktuellen Arbeitgebenden. Diese Information wurde mit einer Skalafrage ermittelt. Die angegebenen Werte bewegen sich auf der Skala zwischen sieben und zehn. Die Übernahme einer Zusatzfunktion hat bei einer Person diesen Wert um einen Punkt reduziert.

Als grosse Ressource wird von den drei Fachkräften die offene Kommunikation in der Pflege erwähnt. Dabei wird unterschieden zwischen dem Austausch innerhalb der Pflege und dem Austausch mit anderen Disziplinen. Zwei der drei Befragten unterstreichen zusätzlich die Wichtigkeit des Austausches innerhalb der Teamleitung, der jederzeit und sehr offen geführt werden kann. Dieser Austausch sei unbedingt notwendig für eine gute Zusammenarbeit. Dabei muss es auch einmal möglich sein, seinen Frust oder Unmut zu äussern, ohne mit Konsequenzen rechnen zu müssen. Die eigene Meinung soll und darf unverblümt geäussert werden, solange die Anstandsregeln und der notwendige Respekt der anderen Person gegenüber gewahrt wird. Die gute Zusammenarbeit mit der vorgesetzten Person wird als weitere wichtige Ressource angegeben. Der Chef oder die Chefin sollte gut erreichbar sein und genug Zeit für Führungsaufgaben einplanen. Es wird gewünscht, dass Vorschläge für Verbesserungen oder Änderungen angehört werden. Von der Führungsperson wird auch erwartet, dass sie gerade auch in stressigen Zeiten erreichbar ist. Es wurde aber explizit erwähnt, dass eine gute Zusammenarbeit aufgebaut werden musste. Gegenseitige Wertschätzung und Offenheit haben dabei geholfen.

Als weitere wichtige Ressource wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit erwähnt. Die Zusammenarbeit der Pflegefachkräfte mit Fachpersonen aus der Medizin und verschiedenen Therapieabteilungen sei notwendig, funktioniere jedoch nicht immer gut. Die offene Kommunikationskultur in der Pflege werde in anderen Disziplinen nicht überall gleich gelebt und

geschätzt. Eine Fachperson erwähnte zusätzlich noch die gute Führungsunterstützung aus der Personalabteilung. Diese gibt ihr auch bei schwierigen Gesprächen mit Teammitgliedern oder personellen Entscheidungen die notwendige Sicherheit.

Die Entwicklung der Mitarbeitenden wird ebenfalls als wichtig angesehen. Der teaminterne Wissensaustausch oder organisierte Weiterbildungen werden grosszügig bewilligt und gefördert. Eine befragte Person gab zudem an, dass definierte Arbeitsprozesse gute Arbeit erst ermöglichen. Nichts wäre schlimmer, als wenn die gleiche Arbeit von den Mitarbeitenden unterschiedlich ausgeführt würde. Das wird dann schwierig, wenn in anderen Teams oder Abteilungen ausgeholfen werden muss. Damit diese Schwierigkeiten durch ungleiches Arbeiten reduziert werden können, wurde in dieser Klinik zweimal am Tag ein Huddle-Meeting⁵ organisiert. Seit diese teamübergreifenden Treffen regelmässig stattfinden, wurden Arbeitsabläufe und Prozesse vereinheitlicht und das interdisziplinäre Arbeiten wurde dadurch einfacher. Kleine Geschenke untereinander, ein Dankeschön, ein Lächeln, aufmunternde Worte werden in allen drei Institutionen sehr geschätzt und die Expertinnen und der Experte sind sich darin einig, dass diese massgeblich zu einem guten Betriebsklima beisteuern. «..... das sind die Faktoren am Ende vom Tag, wo ich sage..... Morgen komme ich wieder, genau aus dem Grund.»

Als Belastung wurde von einer befragten Person das fehlende Personal erwähnt. Speziell in der aktuellen Zeit der Covid19-Epidemie sei es schwierig gewesen, die notwendigen Personalressourcen vorzusehen und zu planen. Während des «Lockdowns» habe der Patientenabfluss von den Akutspitälern in die Rehakliniken nicht mehr stattgefunden und das habe einen grossen Einfluss auf die Bettenbelegung gehabt. Das Personal war verunsichert und niemand wusste, wie es weitergehen würde. Nachdem die Massnahmen gelockert worden waren, wollte die Spitalleitung die Betten unbedingt belegen und das führte dazu, dass das Pflegepersonal in dieser Zeit überlastet war.

Als grosse Belastung werden Veränderungen bewertet. Eine Rehaklinik befindet sich seit knapp zwei Jahren im Umbau und das bringe fast täglich Veränderungen mit sich. Die eingespielten teaminternen und interdisziplinären Abläufe funktionieren nicht mehr. Das verunsichert die Mitarbeitenden und wirkt sich negativ auf die Arbeitsqualität aus. Zusätzlich wechselte in dieser Zeit des Umbaus die Pflegeleitung. Waren es vorher Visionen, die vorgelebt wurden, sind es jetzt Fallzahlen, die Führungsentscheide beeinflussen. Dieser Paradigmenwechsel verunsichert die Belegschaft und hat dadurch einen negativen Einfluss auf die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Dieser Umstand erhöht den Druck auf das Pflegepersonal, da sie «gute Arbeit am

⁵ Huddle-Meeting: Täglich stattfindendes interdisziplinäres Meeting, bei dem disziplinenübergreifende Themen besprochen werden.

Patienten» leisten möchten. In der anderen Rehaklinik wurde vor zwei Jahren das ganze Führungsmodell geändert. Mit dieser Massnahme wollte man auch den Führungsstil auf allen Ebenen ändern. Neu sollten Verantwortungen im Team verteilt werden, um die Mitarbeitenden in ihrer Verantwortung zu fördern. Dieser neue Führungsstil wurde von den Vorgesetzten in den verschiedenen Disziplinen unterschiedlich interpretiert und ausgeführt, was wiederum die Mitarbeitenden verunsicherte.

Alle drei Befragten haben eine ähnliche Auffassung über die Firmenkultur. Der Umgang und die Kommunikation miteinander soll respektvoll, offen, ehrlich und vor allem wertschätzend sein. In einer Institution habe man gemerkt, dass sich die Mitarbeitenden nicht mehr regelmässig grüssen. Die Befragte vermutet, dass das am Wachstum der Klinik und an der Personalfuktuation liege. Der Klinikleitung ist diese Grüss-Kultur so wichtig, dass sie eine abteilungsübergreifende Jahreskampagne startete. Alle Mitarbeitenden tragen an ihrer Kleidung das ganze Jahr hindurch einen Smiley-Button, der ans Grüssen erinnern soll. Diese Massnahme habe tatsächlich dazu geführt, dass wieder häufiger gegrüsst wird. Zu einer Kultur gehöre auch, dass Verantwortung ins Team delegiert werde. Das motiviere und sei auch eine Art von Wertschätzung. Wichtig dabei sei jedoch, dass die Mitarbeitenden, die diese Verantwortung bekommen, über die notwendigen Kompetenzen verfügen und genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben. Ehrlichkeit und menschliche Werte sind gemäss einem Experten zwei weitere wichtige Bestandteile einer Firmenkultur. Fehler soll man machen dürfen, ohne gleich mit repressiven Massnahmen rechnen zu müssen. Die Kultur soll es ermöglichen, dass aus Fehlern gelernt werden darf, damit diese auch weiterhin zugegeben und nicht verschwiegen werden.

Alle drei Befragten sind sich in ihrer Rolle als Führungsperson bewusst, dass sie einen grossen Einfluss auf die Kultur und deren Umsetzung haben. Auf die Frage, wie sie als Führungsperson die Firmenkultur als Führungsinstrument nutzen können, waren sich die Expertinnen und der Experte einig: Sie müssen die Kultur vorleben. Eine Expertin ist sich zudem sicher, dass sie durch das Vorleben der Werte glaubwürdiger erscheine. Für sie ist es wichtig, dass sie für ihr Team jederzeit zugänglich ist. Zudem sei speziell in hektischen Zeiten ein Dankeschön sehr wertvoll und motiviere das Team zusätzlich. Die andere Expertin findet es wichtig, dass ihr Team möglichst selbstbestimmt arbeiten kann. Ihre Aufgabe sieht sie wenn immer möglich darin, das Team zu begleiten und ihre langjährige Erfahrung zu teilen.

5.1.4 Hauptkategorie 4: Abschluss

Eine Expertin erwähnte zum Abschluss der Befragung, dass sie sich häufig Gedanken mache über den Wert eines einzelnen Lebens. Sie realisiert grosse Unterschiede zwischen dem Wert des

Lebens ausserhalb und innerhalb einer Gesundheitsinstitution. Draussen sei das Leben häufig viel weniger wert als in einer Klinik. Das stimme sie manchmal etwas nachdenklich.

Das während der Interviews vorgestellte Gesundheitsmodell der Salutogenese stiess bei den Expertinnen und dem Experten auf grosses Interesse. Zwei der drei Befragten wollen sich zukünftig mehr mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese befassen und es häufiger in ihre tägliche Führungsarbeit einfliessen lassen. Potential wird hauptsächlich in den Gesprächen mit den Mitarbeitenden gesehen. Mit Fragen zum Umgang mit Stress möchten sie herausfinden, ob die Mitarbeitenden mit einer gezielten Strategie Stress kompensieren und Sorge zu ihrer Gesundheit tragen können. Sie sind beide überzeugt, dass wenn der Kohärenzsinn mit den drei Komponenten Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit in der täglichen Arbeit präsent wird, das allein bereits zu einer Stärkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führen kann.

5.2 BEANTWORTUNG UND DISKUSSION DER FRAGESTELLUNG

Die Ergebnisse aus der qualitativen Umfrage (Kapitel 5.1) werden in diesem Kapitel mit den Erkenntnissen aus der Literatur verglichen und diskutiert.

5.2.1 *Leitfrage 1: Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit?*

Die drei Expertinnen und Experten arbeiten gerne als Pflegefachpersonen in ihrer aktuellen Gesundheitsinstitution. Obwohl sie der Ansicht sind, dass gemessen an ihrer Verantwortung und ihren Arbeitsbedingungen monetär zu niedrig entlohnt werden, überwiegen doch die positiven Aspekte ihres Arbeitsumfeldes. Sie erwähnten die positive Zusammenarbeit in ihrem Team, den wertschätzenden Umgang untereinander und die Bedeutsamkeit ihrer Tätigkeit. Zudem werden sie in ihrer Führungsfunktion von anderen Mitarbeitenden in derselben Rolle oder von der Personalabteilung unterstützt. Es hat sich in den Gesprächen herausgestellt, dass alle drei über einen gefestigten Work-SOC verfügen (Kapitel 3.3). So erachten sie ihren Beruf als bedeutsam und verfügen über die notwendigen Ressourcen, um ihre Arbeit zu erledigen und ihren eigenen Anforderungen gerecht zu werden. Als wichtige Ressourcen wurden nebst der pflegeinternen Zusammenarbeit funktionierende Prozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Weitergabe von Wissen und Informationen, Wertschätzung und funktionierende Kommunikation genannt. Diese Ressourcen können von den Expertinnen und dem Experten meistens genutzt werden. Es berichteten alle drei von aufkommendem Stress, wenn dies vorübergehend nicht möglich ist. Dieser zeigt sich am Anfang noch während der Arbeit, indem sie ungeduldig, unsicher oder vergesslicher werden. Falls die Stressphase länger dauert, können sie auch nach der Arbeit nicht

mehr abschalten und schlafen schlechter. Dieser Stress kann gemäss dem Stressmodell von Richard S. Lazarus (Kapitel 3.1) bei einer fehlenden Bearbeitung zu Einbussen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führen. Da jedoch alle drei Befragten eine für sie funktionierende Copingstrategie haben, ist der Stress für sie handhabbar und hat nur einen vorübergehenden Einfluss auf ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

5.2.2 Leitfrage 2: Welchen Einfluss von politischen und gesellschaftlichen Bedingungen nehmen Sie in Ihrem Pflegealltag wahr?

Das Gesundheitswesen steht aus mehreren Gründen unter Druck. Die im Kapitel 2 beschriebenen Gründe werden auch von den befragten Pflegeexpertinnen und dem Pflegeexperten tagtäglich auf unterschiedliche Weise gespürt. Dabei wirkt sich der demografische Wandel und der Fachkräftemangel jetzt schon stark auf den Alltag des Pflegepersonals aus. Die Patientinnen und Patienten werden älter und dadurch wird die Diagnoseliste beim Eintritt immer länger. Dadurch hat sich die Verweildauer auf der Intensivstation in den Akutspitälern verlängert. Die beiden Befragten aus den Rehakliniken erwähnten, dass sich die Pflegearbeit dadurch sehr stark verändert habe. Ihre Arbeit (und die der anderen mit den Patientinnen oder den Patienten arbeitenden Disziplinen) zielt heute seltener auf eine Verbesserung der Allgemeinsituation ab, weil das Reha-Potential viel kleiner geworden ist und durch fehlendes Pflegepersonal zu wenig Zeit (Ressourcen) vorhanden ist, um dieses Restpotential gezielt zu fördern. Vielmehr wird mit den Patientinnen und Patienten auf einen Umgang mit den gesundheitlichen Einschränkungen hingearbeitet. Die klassische Reha-Pflege weicht dadurch der Grund- und Behandlungs-Pflege. Diese Tatsache hat auch einen markanten Einfluss auf das Austrittsmanagement. Viel häufiger wechseln die Patientinnen und Patienten nach ihrem Aufenthalt in einer Rehaklinik in eine Pflegeinstitution. Diese Veränderung führt dazu, dass die Pflegenden ihre Arbeitsstelle in einer Rehaklinik hinterfragen. Sie stellen dadurch nicht die im Gesundheitsmodell der Salutogenese relevante Bedeutsamkeit ihres Berufes in Frage (Kapitel 3.2.4), aber sie hinterfragen die Institution und das sich verändernde Aufgabenprofil ihrer Arbeitsstelle.

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen hatte gemäss den Befragten eine grosse Veränderung in der Pflege zur Folge. Die Einführung dieses Abrechnungssystems führt dazu, dass Patientinnen und Patienten früher von einer IPS in eine Rehaklinik verlegt werden und dadurch die Pflegeanforderungen auf normalen Pflegestationen steigen. Das kann zur Folge haben, dass die notwendigen Pflegekompetenzen nicht vorhanden sind und der Stress beim Pflegepersonal ansteigt.

Durch den sich verschärfenden Fachkräftemangel fehlt permanent Pflegepersonal, was die Handhabbarkeit der täglichen Aufgaben einschränkt. Ob der Fachkräftemangel geografisch unterschiedlich ist, konnte anhand der vorhandenen Literatur nicht ermittelt werden. Auch fehlen Informationen dazu, wie sehr das Image und der Ruf einer Gesundheitsinstitution die Stellenbelegung beeinflussen. Als Reaktion auf den Fachkräftemangel wird die Ausbildung von Pflegefachkräften in der Schweiz stark gefördert. Das Ausbildungssystem wurde den stetig steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal und der internationalen Entwicklung angepasst (siehe Kapitel 2.1.5). Diese Anpassungen haben zur Folge, dass heute mehr Abschlüsse im Tertiärbereich absolviert und so die notwendigen Kompetenzen des Pflegepersonals durch die gestiegenen Pflegeanforderungen sichergestellt werden. Diese Änderungen im Bildungssystem werden aber nicht von allen Befragten als Fortschritt angesehen. Die Dauer der Ausbildung habe sich verlängert und sei dadurch unattraktiver geworden. Zusätzlich nimmt ein Teil der Absolventinnen und Absolventen auf Sekundarstufe II die Berufstätigkeit nicht auf, da sie direkt im Anschluss eine Ausbildung auf Tertiärstufe anhängen (Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté, 2016, S. 30). Das ist einer der Gründe, weshalb auch heute der steigende Bedarf an Pflegefachkräften in der Schweiz nicht mit dem eigenen Nachwuchs vollständig gedeckt werden kann und weiter im Ausland rekrutiert werden muss. Die Rekrutierung im Ausland wird jedoch durch die politischen Rahmenbedingungen (Kapitel 2.1.3) zunehmend schwieriger. Die WHO empfiehlt zudem dringend, die Anwerbung von Fachpersonal aus dem Ausland zu verringern.

Eine Pflegeexpertin bestätigt, dass das Gesundheitswesen und speziell die Arbeit der Pflege sehr grosses Ansehen in der Schweiz genießt. Die Arbeit der Pflegenden wurde kürzlich in der aktuellen Covid19-Krise mit einer gesamtschweizerischen Kampagne gewürdigt. Dabei befolgte ein grosser Teil der Bevölkerung die Aufforderung, an einem Abend gemeinsam der Pflege zu applaudieren. Die Expertin schätzte diese Geste sehr. Sie erwähnte jedoch auch, dass die Forderungen der Patientinnen und Patienten an das Pflegepersonal trotz anerkennendem Applaus stetig steigen. Das merke sie daran, dass sie viele kritische Fragen zu ihrer Arbeit beantworten müssen. Diese Tatsache erschwere ihre tägliche Arbeit sehr und widerspiegle aus ihrer Sicht nicht ihre Wahrnehmung ausserhalb der Gesundheitsinstitutionen.

5.2.3 Leitfrage 3: Welche betriebsinternen Ressourcen und Belastungen beeinflussen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals (aus Sicht der Pflegefachpersonen)?

Alle drei Befragten sind aktuell sehr zufrieden mit ihrer Arbeitsstelle. Dabei werden vor allem teaminterne Faktoren positiv unterstrichen. Die Zusammenarbeit sei unkompliziert und beruhe

auf Vertrauen, die Kommunikation sei transparent, offen und wertschätzend. Vorschläge, Anregungen und Rückmeldungen werden angehört und besprochen. Die Arbeit soll den individuellen Kompetenzen entsprechend verteilt werden. Dabei dürfen Fehler gemacht werden, ohne dass diese gleich zu Massnahmen führen. Diese Aussagen werden durch das Modell der beruflichen Gratifikation (Kapitel 2.2.1) gestützt. Diese Theorie unterstreicht, dass die Belohnung für die getätigte Arbeit nicht nur in Form von monetären Komponenten erfolgen sollte, sondern dass die erwähnten Faktoren genauso wichtig sind für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung. Auch haben die Interviews gezeigt, dass die Betriebskultur und der Führungsstil einen grossen Einfluss auf die Belohnung der Mitarbeitenden haben können. Ein Beispiel dazu ist das aktuell laufende Jahresprojekt in einer Klinik. Dieses soll die Mitarbeitenden dazu bewegen, sich wieder häufiger zu grüssen. Die Betriebskultur und der Führungsstil entscheidet gemäss einer Umfrage unter Führungskräften über zukünftige Betriebserfolge (Kapitel 2.2.2). Die drei befragten Führungskräfte legen bei ihren Führungsaufgaben grossen Wert darauf, dass sie ihr Team bestmöglich in Entscheidungen miteinbeziehen, Verantwortung delegieren und der Austausch mit dem Team jederzeit offen und ehrlich geführt werden kann. Damit leben sie die Führungskultur vor und zeigen sich als Vorbilder. Schwierig wird es gemäss zwei der drei befragten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit. In der Pflege und in vielen Therapieabteilungen lege man Wert auf einen partizipativen Führungsstil, wohingegen in der Medizin häufig heute noch hierarchisch geführt werde. Die Pflegenden fühlen sich dadurch in der Zusammenarbeit mit der Medizin nicht immer respektiert und spüren in diesen Situationen das von Peter Stratmeyer beschriebene Machtgefälle zwischen der Medizin und der Pflege (Kapitel 2.1.6).

Weitere genannte Schwierigkeiten sind Unklarheiten, wie die Arbeit gemacht werden soll und muss. Bauarbeiten in der Klinik, Änderungen in der Führung oder Aushelfen auf anderen Stationen verunsichere das Personal, da dadurch immer wieder andere Arbeitsabläufe und Prozesse befolgt werden müssen. Diese im Konzept des Work-SOC genannten Arbeitsbelastungen haben einen negativen Einfluss auf die Handhabbarkeit der täglichen Aufgaben und werden als Belastung wahrgenommen. Auch der stetig steigende Kostendruck im Gesundheitswesen und die dadurch knapper werdenden Ressourcen werden als erschwerend empfunden.

5.2.4 Konklusion der Ergebnisse

Zusammenfassend kann die Forschungsfrage dahingehend beantwortet werden, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der drei befragten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und die ihrer Teams noch grösstenteils positiv wahrgenommen und beschrieben wird. Es hat sich gezeigt, dass in der Pflege teaminterne Faktoren der Zusammenarbeit und Kommunikation einen sehr hohen

Stellenwert haben und sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals stark beeinflussen. Die Pflege funktioniert weniger hierarchisch als in anderen Disziplinen und beruft sich stark auf Menschlichkeit, Offenheit und Wertschätzung. Mit diesen wichtigen teaminternen Ressourcen können Einflüsse von aussen (Personalmangel, ändernde Prozesse, Wechsel in der Führung, etc.) zu einem grossen Teil abgefedert und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Pflegerinnen und Pfleger geschützt werden. Es hat sich gezeigt, dass das Modell der Salutogenese und insbesondere der Work-SOC das Zusammenwirken von Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz und deren Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gut beschreibt.

Die Auswertung der drei Interviews hat auch gezeigt, dass sehr wohl erkannt wurde, dass viele Arbeitsbelastungen nicht beeinflusst werden können und dadurch der Umgang untereinander eine umso höhere Bedeutung bekommt und als Ressource genutzt werden kann.

«Pflegerinnen wollen Visionen, keinen Zahlendruck» (Interview SPZ, Absatz 56). Sie wollen ihre Arbeit an den Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer Berufsethik gut machen und nicht durch Zeitdruck oder andere, die Arbeit erschwerende Faktoren gestört werden. Die Bedeutsamkeit ist im Pflegeberuf insofern gegeben, als die Arbeit der Mitarbeitenden die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten und von deren Angehörigen verbessert. Zusätzlich lohnt sich ihr Arbeitseinsatz auch dadurch, dass sie mit der monetären Gegenleistung ihr Leben finanzieren können.

Obwohl die demografische Veränderung, der Fachkräftemangel, die politischen und wirtschaftlichen Veränderungen und der steigende Kostendruck im Gesundheitswesen das Umfeld der Pflege besorgniserregend verändert, bleiben die meisten Pflegekräfte motiviert und gesund. Dabei hilft die Einsicht der zwei Expertinnen und dem Experten, dass diese Faktoren fast nicht beeinflusst werden können und dadurch jenen Faktoren viel mehr Aufmerksamkeit gegeben werden muss, mit denen sie den Arbeitsalltag positiv beeinflussen können.

6 BEZUG ZUR SOZIALEN ARBEIT

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung folgender im Kapitel 1.4 definierten Praxisfrage: Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit leisten, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals zu stärken bzw. es dabei zu unterstützen, sie wiederzuerlangen?

Die Berufsethik der Pflege stellt hohe Anforderungen an die Qualität der zu leistenden Arbeit mit den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen und den anderen Disziplinen, mit denen zusammengearbeitet wird. Diese Arbeit kann jedoch nur dann geleistet werden, wenn die dazu notwendigen Ressourcen vorhanden und nutzbar sind (Kapitel 2.1.6). Diese wichtigen Ressourcen werden einerseits durch die in der Literatur beschriebenen äusseren Faktoren bestimmt (Kapitel 2.1). Die Befragungen im Rahmen der qualitativen Forschung haben andererseits klar aufgezeigt, dass auch teaminterne Faktoren (Kommunikation, Wertschätzung etc.) als Ressourcen verstanden werden und in den Pflgeteams wichtig sind. Der Theorie konnte entnommen werden, dass diese Faktoren von der Unternehmenskultur und dem Führungsstil der Vorgesetzten massgebend beeinflusst werden können (Kapitel 2.2.2).

Die Soziale Arbeit arbeitet gemäss dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) nach dem Prinzip der Ermächtigung und Befähigung (S. 9). Der fachspezifische Standpunkt und das Wissen der Sozialen Arbeit sollen in der interprofessionellen Kooperation verständlich zur Verfügung gestellt werden, um im Diskurs optimale Lösungen zu entwickeln (S. 14). Dieser Auftrag an die Professionellen der Sozialen Arbeit im Kontext der Betrieblichen Sozialarbeit wird im Leitbild der Betrieblichen Sozialarbeit präzisiert. Neben der Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei beruflichen, privaten und/oder gesundheitlichen Problemen stellt sie ihr fachspezifisches Wissen auch Personalverantwortlichen und Vorgesetzten zur Verfügung. Sie beteiligt sich zusätzlich an Personal- und Kaderschulungen und macht die Sozialarbeit im Betrieb bekannt (AvenirSocial, 2014, S. 2).

Das Gesundheitsmodell der Salutogenese und im speziellen das Modell des Work-SOC sind zwei Theorien der Sozialen Arbeit, die benutzt werden können, um Arbeitgebende darüber zu beraten, wie eine Unternehmenskultur geschaffen werden kann, die das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl stärkt. Eine so geschaffene Basis ermöglicht gesundes Arbeiten und soll sich im Führungsstil der Vorgesetzten spiegeln. Eine solche Unternehmenskultur sollte die grundlegenden Überzeugungen der Mitarbeitenden miteinbeziehen und damit eine wertschätzende und sinnhafte Umgebung schaffen, die ein «Wir-Gefühl» entstehen lässt und Mitarbeitende in ihrer zu leistenden Arbeit befähigt und motiviert (Kapitel 2.2.2). Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass eine solche Kultur in den Pflgeteams bereits gelebt und geschätzt wird. Schwierig

wird die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen dann, wenn diese andere Wertvorstellungen als Basis für ihre teaminternen Prozesse haben. Diese Erkenntnis zeigt deutlich, dass die Unternehmenskultur von allen Disziplinen gleich gelebt werden muss, damit Mitarbeitende sie als Ressource im Arbeitsalltag nutzen können.

Sowohl aus der Theorie wie auch aus den Interviews geht hervor, dass Führungspersonen eine sehr wichtige Rolle in der Unternehmenskultur einnehmen. So soll gemäss den Expertinnen und dem Experten die Unternehmenskultur in den Führungsstil einfließen, damit sie im Arbeitsalltag von den Führungskräften vorgelebt wird und so die teaminterne Zusammenarbeit positiv beeinflusst. Ein zeitgemässer Führungsstil muss auf der Basis der Unternehmenskultur die extrinsische und intrinsische Motivation der Mitarbeitenden fördern (Kapitel 2.2.2). Dieser Ansatz wird auch durch das Modell der beruflichen Gratifikation gestützt (Kapitel 2.2.1). und zeigt auf, dass extrinsische und intrinsische Faktoren ausgewogen sein sollten, damit die Mitarbeitenden arbeits- und leistungsfähig bleiben. Das geschieht jedoch nur, wenn diese Faktoren in der Unternehmenskultur eingebettet sind und die Führungspersonen ihren Führungsstil darauf ausrichten. Daher hat die Betriebliche Sozialarbeit zusammen mit den Personalverantwortlichen den Auftrag, diese Zusammenhänge zwischen Unternehmenskultur und Führungsstil in die Schulung der Führungskräfte zu integrieren. Die Betriebliche Sozialarbeit leistet damit einen wichtigen Beitrag, dass jetzt und zukünftig das Personal die gelebte Unternehmenskultur als wichtige Ressource nutzen kann, um motiviert und gesund arbeiten zu können.

7 ABSCHLUSS UND AUSBLICK

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wollte der Autor herausfinden, wie das Pflegepersonal subjektiv seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit wahrnimmt. Um das herauszufinden, waren ursprünglich vier bis fünf Interviews im Rahmen der qualitativen Forschung vorgesehen. Leider konnten wegen der herrschenden Covid19-Epidemie während der Realisierungsphase nur drei Interviews durchgeführt werden. Der Autor ist sich jedoch sicher, dass er mit den drei geführten Befragungen ein gutes Bild der Thematik erhalten hat und zwar mit weiteren Interviews sicher auch noch weitere Erkenntnisse gewonnen hätte, diese aber keine komplett anderen Konklusionen ergeben hätten.

Die letzten Monate bedeuteten eine grosse Herausforderung für das gesamte Gesundheitswesen der Schweiz. Im März 2020 konnte niemand abschätzen, wie sehr das Gesundheitswesen durch die beginnende Covid19-Epidemie unter Druck geraten würde. Es bereitete sich auf ein Notfallszenario vor und die gesamte Pflege stand sehr stark unter Druck. Dieser Sommer hat deutlich aufgezeigt, wie wichtig gesundes Pflegepersonal ist. Niemand weiss, wie häufig solche aussergewöhnlichen Situationen zukünftig bewältigt werden müssen. Um die Qualität und das hohe Niveau unseres Gesundheitswesens auch zukünftig in aussergewöhnlichen Situationen sicherzustellen, ist es umso wichtiger, Sorge zum Pflegepersonal und zu deren Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu tragen. Die Soziale Arbeit kann mit ihrem Fachwissen und ihren Methoden entscheidend dazu beitragen, dass eine Betriebskultur geschaffen werden kann, die einen transformationalen Führungsstil vorsieht, der als Ressource für das gesamte Personal genutzt werden kann. Die Recherchen für diese Arbeit haben jedoch gezeigt, dass nur noch wenige Institutionen eine Betriebliche Sozialarbeit eigens für ihre Mitarbeitenden haben. Die demografische Veränderung, der Fachkräftemangel und die anderen belastenden äusseren Faktoren zeigen jedoch deutlich, wie wichtig es jetzt und in Zukunft ist, dem vorhandenen Personal eine Arbeitsumgebung zu schaffen, die keine zusätzliche Belastung darstellt.

Die Befragungen haben speziell für die Rehakliniken eine weitere Herausforderung aufgezeigt. Die Pflegearbeit in den Rehakliniken verändert sich durch die demografische Entwicklung dahingehend, dass wegen den längeren Diagnoselisten und dem immer kleiner werdenden Reha-Potenzial der Patientinnen und Patienten immer weniger Reha-Pflege im eigentlichen Sinne gemacht werden kann. Diese Veränderung belastet die Motivation des Pflegepersonals, welches genau wegen der speziellen Reha-Pflege in Rehakliniken arbeitet. Auch diesem Umstand müssen die Rehakliniken ein spezielles Augenmerk geben, um ihre Personalressourcen sicherstellen zu können.

Diese Arbeit hat deutlich aufgezeigt, wie wichtig jetzt und in Zukunft gesundes Pflegepersonal ist. Der sich verschärfende Fachkräftemangel erfordert einen hohen Rekrutierungsaufwand, damit die notwendigen Personalressourcen sichergestellt werden können. Umso wichtiger wird es deshalb sein, das vorhandene Personal zu halten und auch darin sieht der Autor eine wichtige strategische Beratungsaufgabe der Betrieblichen Sozialarbeit.

Abschliessend ist sich der Autor sicher, dass das Gesundheitsmodell der Salutogenese als Basis der Unternehmenskultur und des Führungsverständnisses einen wichtigen Teil dazu beitragen kann, dass auch in Zukunft gesund gepflegt werden kann.

- Allwinn, Sabine (2013). *Stressbewältigung. Eine multiperspektivische Einführung für die Soziale Arbeit und andere psychosoziale Professionen*. Freiburg: FEL.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- AvenirSocial (2014). *Leitbild Betriebliche Sozialarbeit*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG], Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] & Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit [OdASanté] (2016). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Gefunden unter https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Bildungspolitik/VB_2016_d.pdf
- Bundesamt für Statistik (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2015-2045*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung.assetdetail.350324.html>
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2015). *Praxisbuch. Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende (6. Auflage)*. Marburg: Eigenverlag.
- Eidgenössische Finanzverwaltung [EFV] (2017). *Working Paper der EFV Nr. 21: Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045*. Gefunden unter https://www.efv.admin.ch/dam/efv/de/dokumente/publikationen/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_21_d.pdf.download.pdf/Working_Paper_21_d_web.pdf
- Hafen, Martin (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Helfferich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hien, Wolfgang (2009). *Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt.

- Hug, Theo & Poscheschnik, Gerald (2015). *Empirisch forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Wien: Verlag Huter & Roth KG.
- Investment Solutions & Products (2017). *Monitor Schweiz Gesundheitswesen: Wachstumsmarkt unter Kostendruck*. Gefunden unter https://www.arztspitalpflege.ch/wp-content/uploads/2017/03/Monitor_2017.pdf
- Jenny, Gregor J. & Bauer, Georg F. (2019). Salutogene Arbeit und Organisation. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 167-175). Bern: Hogrefe.
- Kuckartz, Udo (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesign und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 25-107). Bern: Hogrefe.
- Lorenz, Rüdiger-Felix (2016). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt.
- Müller, Richard (2019). *Unternehmenskultur verstehen und gestalten. Theorie, Handlungsfelder, Praxisbeispiele*. Zürich: SPEKTRAMedia.
- Schäfer, Monika, Scherrer, Adrian & Burla, Laila (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK] (2007). *Ethische Standpunkte 2. Verantwortung und Pflegequalität*. Gefunden unter https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/de/docs/Ethische_Standpunkte_2_d.pdf
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK] (2019) *Argumentarium zur Pflegeinitiative*. Gefunden unter <https://uploads.strikinglycdn.com/files/79b29104-4570-4998-89f2-7c2b0e834045/2019%2010%2001%20def%20dt%20Argumentarium%20VI%20.pdf>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK] (2020). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. Gefunden unter https://www.sbk.ch/files/Shop/publikationen_de/1169/Perspektive2020-dt.pdf

- Semmer, Norbert K. & Zapf, Dieter (2018). Theorien der Stressentstehung und -bewältigung. In Reinhard Fuchs & Markus Gerber (Hrsg.), *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer.
- Siegrist, Johannes (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Massnahmen*. München: Elsevier GmbH.
- SwissDRG AG (2015). *Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Basisinformation für Gesundheitsfachleute*.
Gefunden unter
https://www.swissdrg.org/application/files/5115/0234/7269/170810_SwissDRG_Broschuere.pdf
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Ratifizierungsurkunde der Schweiz vom 29. März 1947 (SR 0.810.1)
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Gefunden unter
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf?ua=1
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986*.
Gefunden unter
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Anhang A: Anfrage für die qualitative Sozialforschung

Folgende Anfrage wurde allen Expertinnen und Experten per Mail zugestellt.

Guten Tag Frau xy / Guten Tag Herr xy

Herr/Frau yz hat mir Ihre Koordinaten gegeben und darum gelange ich mit meiner Bitte an Sie.

Ich schliesse diesen Sommer mein Studium in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule in Luzern ab. Dazu schreibe ich gerade meine Bachelor-Arbeit mit dem Titel: «Gesund pflegen! Wie die Soziale Arbeit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals stärken kann.» Im Zuge dieser Forschungsarbeit möchte ich Experten und Expertinnen der Pflege im mittleren Kader zu folgenden Themen befragen:

- Gründe für die Wahl einer Tätigkeit in der Pflege
- Aktuelle Veränderungen rund um das Gesundheitswesen
- Inhaltliche Veränderungen des Pflegeberufes

Dabei soll die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals im Zentrum stehen. Darf ich Sie deshalb fragen, ob Sie sich für ein ca. 30-45-minütiges Interview zur Verfügung stellen würden? Dieses Interview könnten wir direkt an Ihrer Arbeitsstelle durchführen.

Über eine positive Antwort würde ich mich sehr freuen.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Patrik von Ah-Balsiger
Rütliweg 16
5630 Muri

Anhang B: Vorinformation an die Expertinnen und Experten

Folgende Vorinformation wurde allen Expertinnen und Experten, welche sich für das Interview zur Verfügung gestellt haben, per Mail zugestellt.

Sehr geehrte Frau xy / Sehr geehrter Herr xy

Ich möchte mich noch einmal herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich für dieses Interview zur Verfügung stellen. Ich freue mich sehr darauf und bin überzeugt, dass Ihr Beitrag einen grossen Nutzen für meine Arbeit darstellen wird.

Mit meiner Arbeit möchte ich herausfinden, wie die Soziale Arbeit mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese dazu beitragen kann die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals positiv zu stärken.

Salutogenese ist ein Denkmodell, das sich mit der Entstehung der Gesundheit befasst. Im Gegensatz zur Medizin (sie befasst sich mit der Heilung von Krankheiten oder Verletzungen) ist es das Ziel der Salutogenese, Gesundheit zu stärken oder zu schützen. Das Denkmodell geht davon aus, dass wenn Alltagssituationen oder Situationen bei der Arbeit verstanden werden, bewältigt werden können und dazu noch sinnvoll erscheinen, die Gesundheit der Menschen gestärkt wird. Nachfolgend zwei Internetlinks, die Salutogenese erklären:

<https://www.wellabe.de/magazine/salutogenese>

<https://www.youtube.com/watch?v=w5PoOlbgfpA> (Video dauert ca. 5 Minuten)

Folgende Forschungsfrage möchte ich mit den Befragungen untersuchen: «Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit? Um diese Frage zu untersuchen, habe ich den Fragebogen in folgende drei Abschnitte eingeteilt:

Teil 1: Im ersten Teil interessiert es mich, wie Sie persönlich Stress bei der Arbeit erleben und wie Sie damit umgehen können.

Teil 2: Dieser Teil befasst sich mit politischen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren in Ihrem Arbeitsalltag.

Teil 3: Im letzten Abschnitt möchte ich von Ihnen erfahren, wie Sie bei Ihrer täglichen Arbeit von Ihrer Arbeitgeberin unterstützt werden. Dabei interessiert mich, wie Sie von der Firmenkultur (Umgang, Kommunikation, Führungsstil, Entlohnung, Wertschätzung, Mitarbeiter-Förderung etc.) profitieren und wie Sie aus Ihrer Sicht für Ihre Arbeit belohnt werden (Belohnungen in Form von Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit, Mitsprache, Aufstiegsmöglichkeiten, monetäre Entlohnung etc....).

Ich werde das Gespräch aufnehmen und anschliessend abtippen. Das gesamte Interview wird nicht veröffentlicht, gewisse Ausschnitte werden jedoch eventuell zu Publikationszwecken im Rahmen dieser Arbeit veröffentlicht. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn Sie mir eine schriftliche Genehmigung dazu erteilen. Ich werde dazu eine Einwilligung vorbereiten und zur Unterzeichnung mitnehmen. Alle Angaben zu Ihrer Person werden selbstverständlich anonymisiert.

Falls Sie weitere Fragen zum Interview haben sollten, bitte ich Sie, mich zu kontaktieren. Ich freue mich auf unser Interview.

Freundliche Grüsse

Patrik von Ah-Balsiger
Rütliweg 16
5630 Muri

Anhang C: Einverständniserklärung

Diese Einverständniserklärung wurde von den Expertinnen und dem Experten vor Beginn des Interviews unterzeichnet.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das von Patrik von Ah-Balsiger geführte Interview mittels Sprachmemo aufgenommen und im Hinblick auf die Bachelorarbeit von Patrik von Ah-Balsiger verschriftlicht werden darf. Die Interviews werden aus Respekt vor dem Datenschutz anonymisiert.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass Auszüge aus den Interviews zu Publikationszwecken verwendet werden dürfen.

Firma:

Name, Vorname:

Funktion:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Anhang D: Interviewleitfaden für die qualitative Sozialforschung

Intervieweinstieg:

- Danke für die Teilnahme
- Kurzvorstellung meiner Person
- Kurzvorstellung des Forschungsvorhabens, Ziel der Arbeit
- Ablauf des Interviews und Zeitrahmen erklären
- Die drei Teile des Interviews kurz erläutern
- Umgang mit den Daten, Datenschutz
- Einverständniserklärung unterschreiben lassen
- Haben Sie noch Fragen?

Interviewfragebogen:

FRAGEBOGEN				
Empirische Befragung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals im Rahmen der Bachelor-Arbeit "Gesund pflegen!"				
1	Subjektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit		Leitfrage 1: Wie erleben Pflegefachpersonen subjektiv ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit?	Persönlicher, individueller Umgang mit Stress bei der Arbeit. Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit wichtig Skalafrage als kurze Überleitungsfrage zum Stress
1.1	Was motiviert sie in der Pflege zu arbeiten?	Bedeutsamkeit		
1.2	Auf einer Skala von 1-10: Wie intensiv erleben sie Stress bei ihrer Arbeit?	Verstehbarkeit		
1.3	Wie macht sich dieser Stress bemerkbar? Beruflich? Privat?	Verstehbarkeit		
1.4	Wie begegnen (Umgang) sie diesem Stress?	Handhabbarkeit		
2	Politische und gesellschaftliche Einflüsse in der Pflege		Leitfrage 2: Welchen Einfluss von politischen und gesellschaftlichen Bedingungen nehmen sie in ihrem Pflegealltag wahr?	In diesem Teil werden politisch und gesellschaftliche Belastungen abgefragt. Es sollten die vorhandenen Arbeitsressourcen gestärkt und/oder ausgebaut werden, da diese stabiler sind als Arbeitsbelastungen und weniger stark von äusseren Faktoren (ökonomische Turbulenzen, Arbeitsmarktanforderungen usw.) beeinflusst werden (Jenny & Bauer, 2019, S. 171).
2.1	Inwiefern werden sie in ihrem Arbeitsalltag von der demografischen Entwicklung und dem Fachkräftemangel beeinflusst?	Verstehbarkeit		
2.2	Gibt es andere Einflüsse ausserhalb der Arbeit, die sie in ihrem Arbeitsalltag beeinflussen? Wenn ja, welche und wie spüren sie diese?	Verstehbarkeit		
2.3	Wie können sie als Pflegefachperson in ihrem Arbeitsalltag diesen Einflüssen entgegenwirken?	Handhabbarkeit		Da diese Einflüsse von den Pflegefachpers. nicht beeinflusst werden könne, sollten sie zumindest bekannt und verstanden werden, daher hauptsächlich Verstehbarkeit.

3	Betriebs- und teaminterne Ressourcen und Belastungen		Leitfrage 3: Welche betriebsinternen Ressourcen und Belastungen beeinflussen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals (aus Sicht der Pflegefachpersonen)?	Betriebliche Unterstützung der Mitarbeitenden in der Pflege Firmenkultur: Umgang, Kommunikation, Führungsstil, Entlohnung, Wertschätzung, MA-Förderung, etc. Gratifikationskrise beschreiben und Grafik zeigen Skalafrage soll die Wichtigkeit (Herzblut) für die Mitarbeiterin unterstreichen.
3.1	Auf einer Skala von 1-10: Wie gerne arbeiten sie für ihren aktuellen Arbeitgebenden?	Bedeutsamkeit		
3.2	Welche Unterstützung von ihrem Arbeitgebenden (Ressourcen) wirkt sich positiv auf ihren Arbeitsalltag aus? Weshalb?	Handhabbarkeit		
3.3	Immer noch bezogen auf ihren Arbeitgebenden: Was behindert sie (Belastungen) in der Ausübung ihrer täglichen Aufgaben? Weshalb?	Handhabbarkeit		
3.4	Wie erleben sie die Firmenkultur ihres Arbeitgebenden in ihrem Arbeitsalltag?	Verstehbarkeit		
3.5	Wie können sie als Stationsleiterin diese Firmenkultur (oder Elemente davon) im Arbeitsalltag einfließen lassen?	Handhabbarkeit		
	4 Abschluss			
4.1	Gibt es noch etwas, das sie zu diesem Interview anfügen möchten?			

Anhang E: Auszug Transkription eines Interviews

I: Patrik: hm (bejahend) Wie macht sich dieser Stress bei Dir persönlich bemerkbar, also, jetzt halt vielleicht auch im Beruf, in deinem Berufsalltag, aber auch privat? #00:03:28-6#

B: SPZ: Ja #00:03:28-8#

I: Patrik: wenn Du mal wirklich Stress hast? #00:03:30-7#

B: SPZ: ähm ich werde fariger, ich werde ungeduldiger ähm es ist ein wenig eine Art von Hektik, dann kommt vielleicht (...) der Gedanke der nicht immer gleich ist, ohh ich sollte das noch machen, dann vergisst man das eine, denn und mich stresst dann eigentlich mehr, ohh blöd jetzt hast du dieses vergessen, und vielleicht auch einen Zusammenhang hat, mit 30 hast du das vielleicht teilweise noch routinierter gemacht, weil ich bin jetzt nicht mehr gleich am Patientenbett tätig, etwa noch 50%, all meine Kolleginnen und Kollegen, welche 100% arbeiten und am Patientenbett sind, haben, muss ich klar zugeben, die höhere Routine und ich muss mich immer wieder wenig bemühen für diese Routine, das kann kurz mal rasch einen Stress geben, eben ein wenig fariger werden, nachher he xy es geht, du kannst es noch. #00:04:25-5#

I: Patrik: hm (bejahend) #00:04:25-5#

B: SPZ: dann kann ich wieder auf meine Ressourcen zurückgreifen: Erfahrung. #00:04:30-3#

I: Patrik: hm (bejahend) #00:04:30-5#

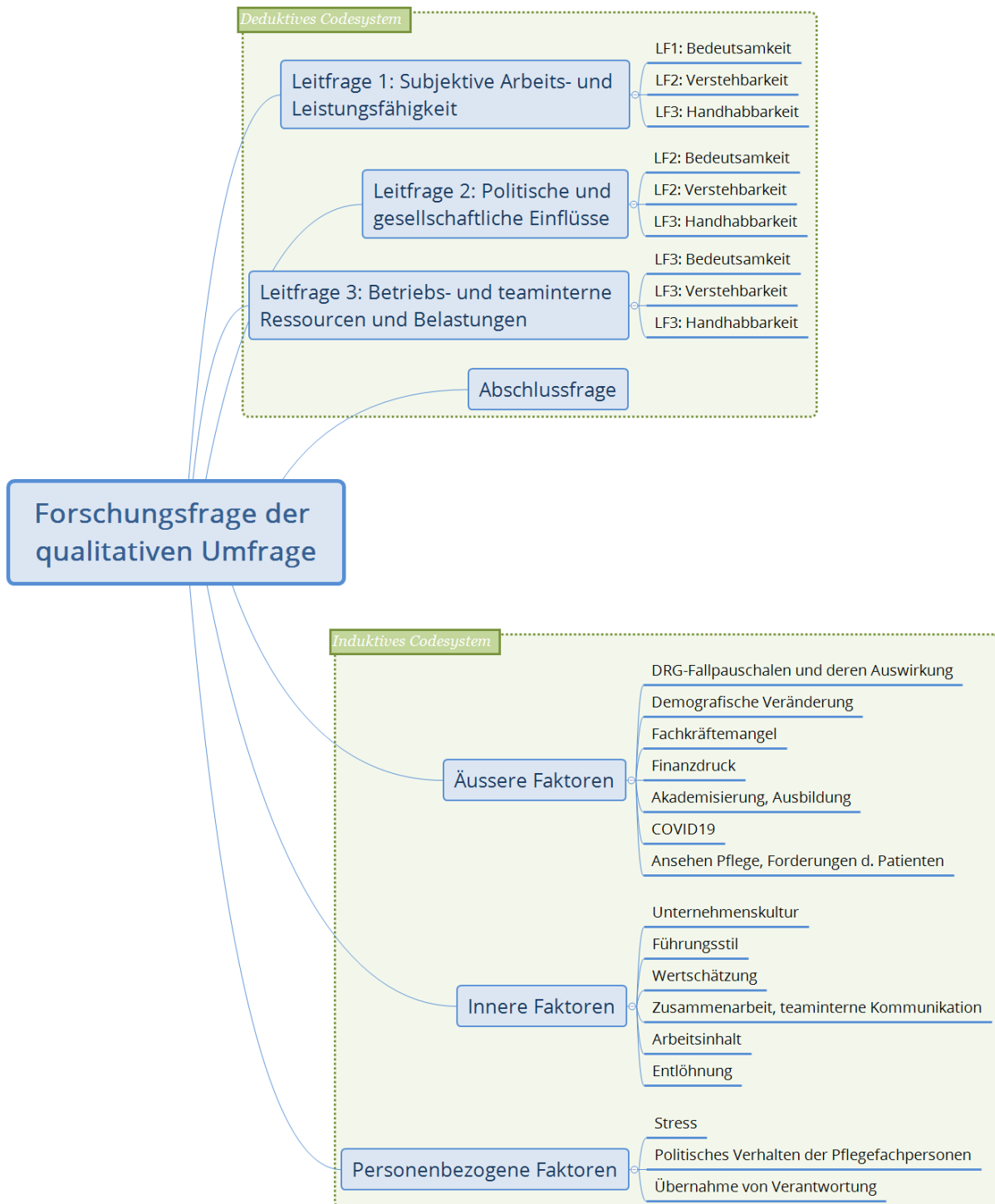
B: SPZ: Berufserfahrung #00:04:31-9#

I: Patrik: hm (bejahend) jetzt hast du mir eigentlich einen grossen Teil der nächsten Frage halt bereits schon beantwortet, aber das ist gut. ähm (...) dann geht es um den Umgang mit diesem Stress, also dein persönlicher Umgang wie kannst Du mit diesem Stress umgehen, idealerweise, dass es natürlich weniger Impact hat. #00:04:50-2#

B: SPZ: ähm wie gehe ich mit dem um? also ich höre auf mich selber oder ich spüre mich selber. bin ich jetzt einfach schnell unterwegs, weil zum nächsten Patient zäck, zäck oder ist es ein wenig was hast du jetzt wieder gewollt, ein Gefahr ähm wo ich nicht so effektiv bin und das merke ich eigentlich immer innerhalb von 5 Minuten wo ich dann sagen muss xy hallo rasch ähm stehen bleiben, noch einmal überdenken, die Reihenfolge was hat wirklich Priorität? auch sich mal trauen zu sagen, weil wenn du Vorgesetzter bist oder Pflegeexperte es kommt jeder, xy kannst du mir rasch sagen (...) rasch sagen Moment zuerst wird noch das ich komme dann zu dir. #00:05:36-2#

Anhang F: Übersicht des Codesystems

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde das aus der qualitativen Umfrage erstellte Codesystem mittels Mindmap dargestellt.



Anhang G: Auszug aus der inhaltlichen Analyse der Interviews

Die Analyse der Interviews wurde mit der Auswertungssoftware f4analyse durchgeführt und nach dem aufgezeigten Codesystem beurteilt. Nachfolgend wird ein Auszug aus der Analyse dargestellt.

- 3 I: Patrik: schön. Das ist ein guter Grund finde ich. Jetzt gibt es ja immer wieder hektische zeiten bei der Arbeit, dann gibt es stressige zeiten und dann gibt es ruhigere Zeiten. Auf einer Skala von 1 bis 10: wie intensiv oder wie heftig erlebst du Stress in deinem Arbeitsalltag bei deiner Arbeit? #00:02:15-6#
- 4 B: Spital Muri: Durch dass es nicht voraussehbar ist, nicht planen kannst macht es das interessant auf der Intensivstation. Stress ist, dann meistens, weil ein Patient irgendwie schlecht geht, verrauscht mit dem blutdruck, dann musst du sofort handeln, dann ist der Stresslevel hoch in dem Moment. Aber ich meine man hat einen Kopf und zwei Hände, man macht eins nach dem anderen und zwar durchdacht und von dem her kann man es auch abfangen. Auch bin ich der meinung es ist immer ein selber schauen, was mache ich als erstes, Prioritäten setzen und durch das kann der Stress auch gesenkt werden. #00:02:51-9#
- Muri LF1 1.2
- Arbeit kann auf der Intensivstation nicht vorausgeplant werden, das macht es interessant. Stresslevel ist dann hoch, wenn sich der Zustand eines Patienten plötzlich verschlechtert
- Stresslevel ist sehr hoch (9-10) wenn andere Mitarbeitende gestresst sind und diesen verbreiten. Ich habe dann Angst, dass man dann etwas falsch macht.
- Ich selber komme in Stress (9-10) wenn ich etwas nicht perfekt zu ende machen kann. Perfektionistin!!
- Intrinsische, hohe Anforderungen an sich selber.
- 5 I: Patrik: hm (bejahend) #00:02:53-4#
- 6 B: Spital Muri: mhhh, Stress ähm (...) was mir vorallem Stress bereitet und dann ist das Level recht hoch, bei 9 oder 10, wenn andere Menschen im Stress sind, also Mitarbeitende, die Stress verbreiten, das macht mich auch..... das bringt mich auch in Stress und dann ist das Level echt 9, 10 auch aus dem Grund, weil ich dann das Gefühl habe, man könne etwas falsch machen oder eben nicht gerade sofort, wie es die Person möchte und das stresst mich eigentlich am meisten, 9,10. Für mich persönlich, ich komme in Stress, wenn ich etwas nicht perfekt zu ende machen kann, das was ich mir vorgenommen habe. Es muss alles sauber abgeschlossen sein und ja einfach ich bin ein bisschen eine Perfektionistin und das bringt mich dann persönlich in Stress und das wäre dann ein 9, 9 sogar bis 10 (lacht) ja #00:03:51-3#
- 7 I: Patrik: Du hast es schon ein wenig gesagt, wie macht sich dieser Stress bemerkbar, einerseits beruflich, aber wie spürst du denn Stress danach auch in deinem Privatleben? Immer Stress von der Arbeit, auf die Arbeit bezogen. #00:04:04-5#
- 8 B: Spital Muri: hm (bejahend) ähm es ist so, dass ich sehr sehr häufig auf der heimfahrt Gedanken mache, habe ich alles gemacht? habe ich alles abgeschlossen? habe ich an alles gedacht? ähm manchmal geht es zuhause noch weiter mit den Gedanken, versuche es dann abzulegen, wenn mich jedoch etwas extrem beschäftigt, dann ist es zuhause im Bett, wenn ich schlafen möchte. Dann kann ich nicht einschlafen, oder es hat es auch schon gegeben, dass ich mitten in der Nacht aufwachte und dann ohhh jetzt kommt mir noch das und das in den Sinn und das ist schon immer wieder mal vorgekommen, dass ich diese Situation habe. #00:04:39-8#