

Rebecca Kludig

**Die Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege:
Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen**

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft
26 | März 2019



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



EUROPÄISCHE UNION



Herausgeber: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Bestellung: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
- Geschäftsstelle -
Tel.: +49 421 218-61704
iaw-info@uni-bremen.de
Schutzgebühr: 5 €

1., Fassung 2019
ISSN: 2191-7264

Institut Arbeit und Wirtschaft

Rebecca Kludig

**Die Gesundheit von Pflegekräften
in der ambulanten Pflege:**

**Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden
Kommunikationsstrukturen**

Die vorliegende Publikation wurde im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts KOLEGE („Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, Förderkennzeichen 02L15 A010 – A014) erstellt, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreut wurde. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Autorin.

Kurzfassung

Im Zentrum dieser Veröffentlichung steht die Gesundheit der Pflegenden in der ambulanten Pflege. Es wird untersucht, welchen Einfluss die Gestaltung von Kommunikationsstrukturen der Arbeitsvor- und -nachbereitung auf das Wohlbefinden der Beschäftigten hat. Unter solchen Strukturen wird die Gesamtheit aus formellen und informellen Kommunikationsinstrumenten und -praktiken verstanden. Dazu gehören bspw. Übergabestrukturen und Dokumentationsstrukturen.

Um eine wissenschaftliche Basis für die Analyse zu schaffen, wird zunächst ein Überblick über Rahmenbedingungen und Tätigkeitsanforderungen in der Branche gegeben und es werden theoretische Grundlagen von Stress dargestellt. Anschließend werden Modelle zur Stressentstehung auf die arbeitsvor- und -nachbereitenden Strukturen angewandt. Aus der Analyse geht hervor, dass sich die Gestaltung von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen auf die Bewältigung von Arbeitsanforderungen auswirkt und somit einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Pflegekräfte hat. Es zeigen sich Handlungsbedarfe, *Ressourcen* zu stärken und *Stressoren* zu minimieren - u.a. im Bereich der *sozialen Unterstützung* durch persönlichen Austausch. Des Weiteren wird ersichtlich, dass Pflegekräfte an der Gestaltung von Struktur beteiligt werden sollten. Schließlich werden mögliche Auswirkungen der untersuchten Strukturen auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene herausgearbeitet und somit die Bedeutung des Themas verdeutlicht.

Abstract

This publication focuses on care professionals' health in home care. It examines the impact of preparing and post-processing communication structures on the well-being of employees. Such structures are understood as the totality of formal and informal communication instruments and practices. These include, for example, handoff structures and documentation structures.

In order to create a scientific basis for the analysis, an overview of the framework conditions and job requirements in the sector will be given and theoretical principles of stress will be presented. Subsequently, models for the development of stress are applied to preparing and post-processing communication structures. The analysis shows that the design of preparing and post-processing communication structures has an effect on nursing staff's ability to cope with work requirements and thus has a considerable influence on their health. There is a need for action to strengthen resources and minimize stressors - for example in the area of social support through personal communication. Furthermore, it becomes apparent that nursing staff should be involved in the design of structures. Finally, possible effects of the investigated structures will be worked out on individual as well as on social level to show the importance of the topic.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Public-Health-Relevanz	5
3 Tätigkeitsanforderungen in der ambulanten Pflege.....	6
3.1 Zeit.....	6
3.2 Arbeitsplatz/Räumlichkeiten	7
3.3 Angehörige und Bezugspersonen	7
3.4 Selbstbestimmung der Klient_innen	8
3.5 Interaktionsarbeit.....	9
Emotionsarbeit.....	10
Kooperationsarbeit	10
Gefühlsarbeit	10
Subjektivierendes Arbeitshandeln	11
3.6 Alleinarbeit	11
4 Stress und Gesundheit.....	12
4.1 Definition Stress	12
4.2 Stress und Gesundheit.....	13
4.2.1 Auswirkungen auf somatischer Ebene.....	13
4.2.2 Auswirkungen auf kognitiv-emotionaler Ebene.....	13
4.2.3 Auswirkungen auf der Verhaltensebene	13
5 Stressmodelle	14
5.1 Belastungs-Beanspruchungskonzept	14
5.2 Anforderungs-Kontroll-Modell.....	15
5.3 Transaktionales Stressmodell	16
5.4 Handlungstheoretisches Modell - übergreifende und verbindende Aspekte	17
5.4.1 Anforderungen.....	18
5.4.2 Anforderungen in der ambulanten Pflege und ihren Kommunikationsstrukturen	18
5.4.3 Ressourcen.....	19
5.4.4 Ressourcen in der ambulanten Pflege und	19

5.4.5	Belastungen (Stressoren).....	19
5.4.6	Stressoren in der ambulanten Pflege und ihren Kommunikationsstrukturen	20
	Regulationshindernisse	20
	Regulationsunsicherheit	21
	Regulationsüberforderung	22
6	Gestaltung bestehender arbeitsvor- und -nachbereitender Kommunikationsstrukturen - Herausforderungen und Chancen	23
6.1	Dokumentation	23
6.2	Übergabe	26
6.3	Organisierte Besprechungen im Team	28
6.4	Schnittstellenkommunikation	28
7	Fazit	28
7.1	Ausblick und Forschungsbedarf	30
8	Literatur	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	- Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2014: 19).....	9
Abbildung 2	- The Demand/Control Model (Karasek und Theorell 1990: 32).....	15
Abbildung 3	- Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (modifiziert von Zapf und Semmer 2004: 1020)	16
Abbildung 4	- Handlungstheoretisches Modell nach Zapf und Semmer (modifiziert von Bamberg et al. 2012: 125).....	17

1 Einleitung

Der ‚Pflegernotstand‘ ist in aller Munde. Deutsche Medien berichten immer wieder über einen wachsenden Personalmangel in der Pflege. Es wird über die Sorge der Bevölkerung berichtet, pflegebedürftig zu werden und auf externe Pflege angewiesen zu sein, die nicht gewährleistet werden kann (vgl. hierzu Spörrle 2018). In den Beiträgen stehen häufig die Pflegebedürftigen im Fokus. Weitaus geringer ist hingegen die Berichterstattung über das Pflegepersonal, welches einen elementaren Einfluss auf die Versorgung der Klient_innen darstellt.

Im Zentrum dieser Veröffentlichung steht die Gesundheit der Pflegenden. Hierbei konzentriere ich mich auf die ambulante Pflege. Diese gewann mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 erheblich an Bedeutung und stellt mittlerweile ein wichtiges Standbein der Pflegeversorgung in Deutschland dar. Sie unterscheidet sich in verschiedenen Bereichen stark von der stationären Pflege. Sowohl für die Pflegeempfänger_innen gestaltet sich die Pflegesituation in ihrem eigenen Zuhause anders als auch der Arbeitsalltag des Pflegepersonals ist besonders:

Der Arbeitsalltag findet in den Wohnungen der Klient_innen mit begrenzt beeinflussbaren räumlichen Gegebenheiten statt. Die „Gastrolle“, welche der/die Patient_in im Krankenhaus/Pflegeheim innehat, nimmt hier das Pflegepersonal ein (Bleses et al. 2013: 61). Somit orientieren sich Pflegekräfte mehr als im stationären Setting an Verhaltensregeln und Tagesablauf der Klient_innen. Dies und zusätzliche Pflegeleistungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege (Mielecki 2017: 37ff.) führen dazu, dass die Pflegekräfte ihre Arbeitszeiten und -inhalte (stärker als im stationären Kontext) an die individuellen Bedarfe der Pflegeempfänger_innen anpassen.

Wie können diese hohen Anforderungen an die Pflege gewährleistet werden?

Grundvoraussetzung für eine solche Arbeitsweise ist u.a. der Zugang zu komplexen Informationen über die Patient_innen. Dies kann neben medizinischen Informationen auch u.a. Verhaltensprägungen und Alltagsbesonderheiten betreffen. Diese Daten sind nicht immer stabil, sondern veränderlich und müssen immer wieder zwischen den Pflegenden neu kommuniziert und ‚übergeben‘ werden.

Für einen solchen Austausch sind klare Kommunikationsstrukturen notwendig, da die Pflegenden durch die dezentrale Arbeit kaum direkte Möglichkeiten haben sich zu informieren.

Die Pflegedienste sind vor hohen Herausforderungen in der Tourenplanung gestellt. Sie müssen die komplexe Logistik und Organisation der dezentralen Einsätze und den Personalmangel dabei berücksichtigen. Aus diesem Grund werden neben den ‚Stammtouren‘ häufig ‚Springertouren‘ als notwendige Strategie genutzt, um die Anzahl der Pflegeeinsätze trotz Engpässen leisten zu können. Die Folge daraus ist, dass viele Pfleger_innen eine Vielzahl von Klient_innen in uneinheitlichen Touren versorgen. Somit sind den Pflegekräften Patient_innen immer wieder unbekannt bzw. nur wenig bekannt.

Zusätzlich gewinnt die inhaltliche Vorbereitung auf solche ‚Unbekannte‘ an besonderer Bedeutung, da der Arbeitsalltag der Pflegekräfte von Alleinarbeit geprägt ist. Das bedeutet, dass die Pflegenden auf ihren Touren in der Regel allein unterwegs sind und somit auch allein die Verantwortung für ihre Entscheidungen und Handlungen tragen müssen.

Pflegekräfte sind deshalb auf eine gute Informationsversorgung und Austausch angewiesen, was sich vor allem auf arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen gründet. Letztere sind - so die These - von elementarer Bedeutung für die Ressourcen- und Belastungslage der Pflegekräfte.

Daher wird - basierend auf theoretischer Literaturarbeit - in dieser Veröffentlichung folgende Fragestellung untersucht:

Welchen Einfluss hat die Gestaltung von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen in der ambulanten Pflege auf die Gesundheit der Pflegekräfte?

Meine Analyse durchzieht der Grundgedanke, dass sich arbeits**vor**bereitende Kommunikationsstrukturen selten von arbeits**nach**bereitenden trennen lassen. Eine gute Arbeits**vor**bereitung setzt eine gute Arbeits**nach**bereitung voraus. Nach- und vorbereitende Kommunikationsstrukturen sind daher also vielmehr als Kommunikationskreisläufe zu betrachten.

Unter dem Begriff der arbeitsvor- und -nachbereitenden **Kommunikationsstrukturen** in der ambulanten Pflege verstehe ich Kommunikationsinstrumente, wie bspw. formelle Übergabebögen, informelle Mitteilungszettel etc. nur als Teile einer Struktur. Vielmehr betrachte ich unter dem Begriff die Anwendung einer Gesamtheit aus formellen und informellen Instrumenten und Praktiken unter Rahmenbedingungen wie u.a. Zeit. Dazu gehören also Übergabe-, Dokumentationsstrukturen, usw.

Außerdem gehe ich, im Sinne von *Giddens's duality of structure* (1984: 16f.), von einer beständigen **Wechselwirkung von Struktur und Handlung** aus. Das heißt, dass sowohl Strukturen das Handeln der Menschen beeinflussen als auch das Handeln (in Strukturen) die Strukturen. Zweiteres geschieht allerdings weniger intentional, sondern ist vielmehr als Handlungsfolge zu verstehen, z.B. durch gleichförmiges Handeln von Mehreren durch Nachahmung. Strukturen befinden sich also durch die Praxis dauerhaft in Veränderung und lassen sich daher nur in Momentaufnahmen beschreiben. Diese Arbeit beschäftigt sich, wie die Forschungsfrage bereits offenlegt, nicht nur mit isolierten Kommunikationsstrukturen, sondern mit deren Einfluss auf die Gesundheit der Pflegenden. Für die Analyse des Einflusses wird diese Wechselseitigkeit von Handeln und Struktur zu Grunde gelegt.

Auch die bestehende Literatur untersucht die Strukturen nicht losgelöst von der Praxis. Zwar bleibt das Thema des spezifischen Einflusses von arbeitsvorbereitenden Kommunikationsstrukturen auf die Gesundheit der Pflegenden im Setting der ambulanten Pflege bislang weitestgehend unberührt. Die aufeinander folgenden vom *Bundesministerium für Bildung und Forschung* (BMBF) und vom *Europäischen Sozial Fonds* (ESF) geförderten Projekte „ZUKUNFT:PFLEGE“¹ (Laufzeit: 2012-2015) und „KOLEGE“² (Laufzeit: 2016-2019) stellen hierbei eine Ausnahme dar. Sie legen jeweils aus verschiedenen Perspektiven u.a. einen Fokus auf die Gestaltung von arbeitsorganisatorischen Kommunikationsstrukturen in der ambulanten Pflege und ziehen diesbezüglich Schlüsse über mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden. Auch die *Initiative Neue Qualität der Arbeit* (INQA)³ betrachtet in einigen Berichten und Handlungsleitfäden Strukturen und Gesundheit in der ambulanten Pflege. Sie vernachlässigt aber den in dieser Arbeit im Zentrum stehenden Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen auf die Gesundheit. Im Zuge der Veröffentlichung wird dieser fehlende vertiefende Einblick in den Zusammenhang zwischen den arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen in der ambulanten Pflege und der Gesundheit der Pflegenden aufgezeigt.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wird sich zunächst drei dafür fundamentalen Themen gewidmet:

Erstens wird ein tieferes Verständnis für die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege dargestellt. Die Schilderung der allgemeinen Tätigkeitsanforderungen und Besonderheiten dieser Arbeit lässt bereits stressfördernde Bedingungen vermuten.

Daher wird darauffolgend die **zweite** Grundlage - das Thema Stress und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit - fokussiert.

Um Stressentstehung und -entwicklung verständlich zu machen, wird als **drittes** Fundament vier gängige sich ergänzende Stresskonzepte präsentiert: Das *Belastungs-Beanspruchungskonzept* stellt zunächst ei-

¹ www.zukunft-pflege.uni-bremen.de

² www.kolegeprojekt.de

³ 2002 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Leben gerufen: www.inqa.de

nen übergeordneten Rahmen dar, indem es subjektive und objektive Stressoren unterscheidet. Anschließend beschreibe ich das *Anforderungs-Kontroll-Modell*, welches äußere Rahmenbedingungen für Stress thematisiert. Als drittes ziehe ich die personenbezogene Perspektive durch das *Transaktionale Stressmodell* heran. Das anschließende *Handlungstheoretische Modell* gibt meines Erachtens einen guten Überblick über viele Aspekte der vorigen Konzepte und lässt die wichtigsten zusammenfließen. Diese Parallelen der Modelle führe ich daraufhin in einem Gesamtbild zusammen und wende dieses auf die ambulante Pflege mit ihren Kommunikationsstrukturen an.

Anhand des nun geschaffenen Fundaments zeige ich mögliche negative als auch positive Auswirkungen der Strukturen auf die Gesundheit der Pflegenden. Die zuvor erläuterten *Stressoren* und *Ressourcen* spielen eine wesentliche Rolle in dieser Analyse. Es werden dabei sowohl institutionelle als auch von den Pflegenden selbstgeschaffene Kommunikationsstrukturen berücksichtigt.

Im Fazit folgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die in Relation zur Public-Health-Relevanz gestellt werden. Dieser gesellschaftliche Bezug bildet die Rahmenstruktur der Veröffentlichung und ist somit in einem ersten Schritt zu erläutern.

2 Public-Health-Relevanz

Laut Pflegereport 2016 verfügt Deutschland im internationalen Vergleich über die schlechteste Patienten-Pflegekraft-Relation in Europa. Dies hat messbare Auswirkungen nicht nur auf die Mortalitätsrate der Patient_innen, sondern auch auf das Belastungserleben⁴ der Pflegenden. Hinzu kommt, dass die Pflegekräfte auch in Zukunft mit einer zunehmenden Patient_innenanzahl und einer steigenden Arbeitsdichte umgehen müssen (Hömann et al. 2016: 73ff.). Einen wichtigen Bereich in dieser Entwicklung stellt die ambulante Pflege dar. Diese Branche wächst (Statistisches Bundesamt 2017: 11) nicht nur bedingt durch den demografischen Wandel, sondern auch auf Grund veränderter familiärer Strukturen (Rothgang et al. 2013: 41). Zusätzlich trägt die ökonomische, politische sowie gesellschaftliche Priorisierung der ambulanten gegenüber der stationären Pflege zu der Ausdehnung dieses Sektors bei (Mielecki 2017: 19f.). Diesem Wachstum steht der stete und steigende Personalmangel gegenüber. Geringe Berufsattraktivität, erschwerte Arbeitsbedingungen und verhältnismäßig geringes Einkommen prägen das Berufsbild (Bleses und Jahns 2016: 131; Becke und Bleses 2016b: 13).

Durch die steigende Intensität der Arbeitsbelastung rückt mehr und mehr die Gesundheit der professionell Pflegenden in den Vordergrund. So hat auch der Pflegereport 2016 den Titel und Schwerpunkt auf: „Die Pflegenden im Fokus“ gelegt. Wie kann also die Arbeit im Pflegeberuf nachhaltig gestaltet werden?

Nach Bleses ist die *nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit* „[...] die Eigenschaft von Pflegekräften, dauerhaft ihrem Beruf nachgehen zu können und zu wollen“ (Bleses 2015: 5). Dafür gibt es im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Pflege vor allem Instrumente, die darauf abzielen, die Selbstverantwortung der Pflegekräfte für ihre Gesundheit zu stärken. Beispiele hierfür sind Ernährungsberatungen, Rückenschulungen, Stressbewältigungs- und Entspannungskurse, Verhaltensschulungen am Pflegebett usw. (Bundesgesundheitsministerium 2017: 1ff.). Da die *nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit* jedoch nicht durch die Person der Pflegekraft allein hergestellt werden kann, müssen auch die beeinflussenden, äußeren Faktoren berücksichtigt werden. Hier besitzt insbesondere die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Unternehmen eine große Bedeutung. Diese ist maßgeblich für die entstehenden

⁴ Hierzu muss erwähnt werden, dass der Belastungsbegriff in dieser Arbeit nicht einheitlich im Sinne der Psychologie und Public Health (DIN EN ISO 10075 - 1 (1a) - siehe Kapitel 5.1) also als ein Begriff für neutrale Einflüsse verwendet wird. Dies resultiert daraus, dass ‚Belastung‘ in der verwendeten Literatur oft in seinen üblichen Bedeutungen, wie Last, starke Beanspruchung, Einschränkung o.ä. verwendet wird. Bei Nutzung des fachlichen Begriffsverständnisses wird das im Text durch eine kursive Hervorhebung verdeutlicht.

Arbeitsbelastungen verantwortlich. Daraus folgen betriebliche Handlungsmöglichkeiten und Handlungsverantwortung. Um also Pflegekräfte halten und gewinnen zu können, müssen attraktive Arbeitsbedingungen und eine Reduktion von Arbeitsbelastungen angestrebt werden (Büscher und Horn 2010: 38). Die durch die Gesellschaft geprägten demographischen und (sozial-)politischen Voraussetzungen begrenzen dabei allerdings den Handlungsspielraum der Unternehmen. Diese Einschränkungen zeigen sich in den Bereichen der Personaleinstellungsmöglichkeiten, Löhnen, Zeittaktungen auf den Touren und der geringen Ressourcen in den Gesamtorganisationen (Slotala 2011: 174ff.; Bleses und Jahns 2016: 129ff.). Hier stehen Gesellschaft und Politik in der Verantwortung, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen (weitere) gesundheitsförderliche Gestaltungschancen ermöglicht werden (Becke und Bleses 2016a: 121f.).

Neben diesen von Unternehmensseite schwer veränderbaren Voraussetzungen können Pflegedienste jedoch u.a. durch eine gute Gestaltung der Arbeitsorganisation die Gesundheit der Pflegekräfte fördern (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2017: 39ff.). Etablierte arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen stellen (neben Faktoren wie u.a. mitarbeiterorientierte Tourenplanungen, Transparenz in Verantwortlichkeiten und Arbeitszeitregelungen) einen zentralen Bereich dieser gestaltbaren Arbeitsorganisation dar.

Um die Bedeutung dieser Strukturen für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege deutlich zu machen, werden im Folgenden die Tätigkeitsanforderungen dargestellt. Dabei wird auf Rahmenbedingungen, Ressourcen und Herausforderungen eingegangen, die sich auf die Pflegenden auswirken.

3 Tätigkeitsanforderungen in der ambulanten Pflege

Als offensichtliche Besonderheit der ambulanten Pflege findet diese nicht in der Institution des Arbeitgebers (Krankenhaus, Pflegeheim o. ä.) statt, sondern in den Häuslichkeiten und im Alltagsleben der Klient_innen. Das bedeutet einerseits einen höheren organisatorischen Aufwand durch die dezentralen Arbeitsorte: Die Tourenplanung hat bspw. die Aufgabe, den Pflegebedarfen und Wünschen der Patient_innen entsprechend geeignete Pflegekräfte für die Versorgung zu organisieren. Das muss an sieben Tagen in der Woche im Zwei- oder Dreischichtbetrieb gewährleistet werden. So können Übergaben selten direkt stattfinden, sondern sie werden häufig über ein oder mehrere Medien bzw. Personen umgesetzt (Bleses et al. 2017: 22ff.).

Andererseits bedeutet dieses Setting in der ambulanten Pflege einen Arbeitsalltag in Alleinarbeit, der - stärker als in der stationären Pflege - bestimmt wird durch Biografie, Lebens- und Wohnsituation, Angehörige, Regeln und Bedarfe der Klient_innen (Bleses et al. 2017: 20).

Dieser Arbeitsrahmen beinhaltet außerdem viele Ressourcen für die Pflegenden: Pfl egetätigkeiten in Krankenhäusern sind oft von vielen Störungen und Multitasking sowie meist von starren Hierarchien geprägt. Die Arbeit in der ambulanten Pflege zeichnet sich verstärkt durch selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Arbeiten aus, in der Patient_innen nacheinander versorgt werden. Hierfür bilden hohe fachliche Kompetenzen, Vertrauen gegenüber der Kolleg_innen sowie eine gut funktionierende Kommunikation im Team eine grundlegende Basis. Aus guter Arbeit resultierend, erzeugt die Anerkennung durch die Klient_innen eine unmittelbar erlebbare Sinnhaftigkeit von Arbeit (Bleses und Jahns 2015b: 62).

3.1 Zeit

Inwieweit gute Arbeit erlebt und erbracht werden kann, ist allerdings auch von Rahmenbedingungen, wie die Verfügbarkeit von Zeit, abhängig. Kurze Aufenthaltsdauern bei den Patient_innen haben zwar den Vorteil, als schwierig erlebte Situationen kurz halten zu können (Bleses und Jahns 2016: 133f.), allerdings bringen die eng getakteten Einsätze auch Herausforderungen mit sich. Die Planung jener entsteht meist aus einem Kompromiss zwischen den Zielen der Zufriedenheit der Patient_innen, Arbeitsqualität und

Wirtschaftlichkeit (Bleses und Jahns 2016: 134ff.). Auf Grund mangelnder Finanzierungsstrukturen resultieren daraus häufig knapp kalkulierte Leistungszeiten und Aufenthaltsdauern, welche Pflegende in ihrer Arbeit und damit in ihren Handlungsspielräumen einschränken können. Auch wenn diese vorgegebenen Zeiträume in vielen Pflegediensten nur einen Richtwert für die benötigten Leistungen darstellt, wird damit auch die Tourenplanung und das jeweilige Zeitfenster bestimmt. Veränderungen im Ablauf können zu Zeitdruck und somit Stress führen (Bleses und Jahns 2016: 135).

Ein weiter Zeit-Aspekt ist die Arbeitszeit: In der ambulanten Pflege ist eine Vollzeitbeschäftigung zwar möglich, aber bei Pflegekräften unbeliebt bzw. nicht für alle machbar, da häufig in Teildiensten gearbeitet wird. Das bedeutet, dass sich ein Arbeitstag in Früh-, Mittags- und Spätdienst in unterschiedlich vereinbarten Kombinationen aufteilt. Dies wirkt sich erschwerend auf Erholung und auf die Vereinbarung mit dem Familienleben aus. Eine Abgrenzung zwischen Privatleben und Beruf ist außerdem durch kurzfristiges Einspringen für krankgemeldete Kolleg_innen erschwert. Die zum Teil informell geforderte ständige Erreichbarkeit der Kolleg_innen und Arbeitgeber, das häufige Einspringen (zum Teil einhergehend mit Überstunden) und das damit verbundene Gefühl, sich nicht erholen zu können, kann sich stark belastend auf die Pflegenden auswirken (Bleses und Jahns 2016: 135ff.).

3.2 Arbeitsplatz/Räumlichkeiten

Grundsätzlich birgt die Versorgung der Klient_innen in ihrer gewohnten Umgebung für sie eine wichtige Ressource. Denn die Orientierung und Identitätserinnerung sowie das Vertrauen in eigene Fähigkeiten sind meist ausgeprägter als in unbekanntem (bspw. stationären) Räumlichkeiten. Das fördert die Eigenständigkeit und das Wohlbefinden der Patient_innen sowie den Zugang zu diesen. Dadurch kann sich wiederum die *Interaktionsarbeit* (siehe Kapitel 3.5) der Pflegenden erleichtern (Büscher und Horn 2010: 12f.; Dörge 2011: 202).

Doch aus Sicht der professionell Pflegenden bringt die Gestaltungsverantwortung der Klient_innen auch Schwierigkeiten mit sich. Die Häuslichkeiten der Patient_innen sind sehr unterschiedlich. Nicht immer stehen ausreichend Hilfsmittel wie bspw. Pflegebetten und Gehhilfen bereit. Durch die Alleinarbeit und den alltäglichen Zeitdruck können diese Rahmenbedingungen zu körperlichen Belastungen führen (Büscher und Horn 2010: 39). Die Gestaltungsaufgabe der Räumlichkeiten umfasst bspw. auch Gerüche, die als negativer Einfluss erfasst werden können. Einhergehend mit der Selbstbestimmung der Patient_innen gibt es zusätzlich vielfältige, individuelle Verhaltensregeln, die u.a. Nutzung und Anwendung persönlicher Gerätschaften und Gegenstände festlegen (Büssing et al. 2000: 63ff.) und damit die *Kooperationsarbeit* (siehe Kapitel 3.5) erschweren können.

Insgesamt wird deutlich, dass Räumlichkeiten im speziellen Setting der ambulanten Pflege sowohl Ressource als auch Herausforderungen für die Pflegekräfte sein können.

3.3 Angehörige und Bezugspersonen

Es gibt verschiedene Parteien, die Einfluss auf den Arbeitsalltag der Pflegenden im Umgang mit den Klient_innen haben. Hierzu zählen zum Beispiel Dienstleister, die haushaltsnah arbeiten, und somit eine Rolle im Ablauf der Pflegeversorgung spielen können.

Von weitaus größerer Bedeutung ist jedoch oft das soziale Umfeld der/s Klient_in, welches meist mitbetroffen ist. Vor allem pflegende Angehörige oder Bezugspersonen haben häufig einen starken Einfluss auf die alltägliche Arbeit der professionell Pflegenden. Sie bilden eine wichtige Ressource für die Versorgung der Klient_innen. Auf Grund ihrer oft vertrauten Beziehung zu Patient_innen können sie als Vermittler_innen zwischen Pflegepersonal und jenen fungieren. Das kann bspw. durch Weiterleiten von biogra-

phischem Wissen über den/die Patient_in geschehen. Angehörige und Bezugspersonen können zudem einen motivierenden und stärkenden Einfluss auf die Pflegeempfänger_innen haben. Durch diese Unterstützung entlasten sie die Pflegekräfte u.a. in Grundpflege-Tätigkeiten, *Interaktionsarbeit* (siehe Kapitel 3.5) und Organisation (Dörge 2011: 202; Nothbaum-Leiding 2011: 650f.).

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen birgt jedoch auch Herausforderungen.

„Anzunehmen ist: Die Pflegekraft weiß um die Komplexität der in Pflegehaushalten anzutreffenden Bedürfniskonstellationen. In Pflegehaushalten arbeitend, trifft sie auf die Heterogenität der Bedürfnisse sowohl auf Seiten der zu pflegenden Personen als auch auf Seiten der (pflegenden) Angehörigen“ (Nothbaum-Leiding 2011: 654).

Ebenso können sich die Angehörigen bspw. von den Pflegenden in ihrer Privatsphäre eingeschränkt fühlen. Diese Schwierigkeit ist vor allem in dem Fall, in dem Angehörige mit ihren zu Pflegenden in einem Haushalt wohnen, nur bedingt vermeidbar.

Eine große Problematik kommt auf, wenn Angehörige die Kompetenz der Pflegenden in Frage stellen. Es kann zu Interessens- und Kompetenzkonflikten zwischen zwei oder allen drei Parteien (Klient_in, Angehörige_r und Pflegekraft) kommen. Verschiedene Kompetenzen können gegeneinander- anstatt zusammenwirken: Selbstpflegekompetenz (Klient_in), Einzelfallkompetenz (Angehörige_r) und Fachkompetenz (Pflegekraft). Die Pflegekraft muss also in solchen Situationen abwägen, was das ‚Richtige‘ ist (siehe *Interaktionsarbeit* Kapitel 3.5) (Besselmann et al. 2004: 67ff.). Ziel ist es, eine Lösung zu finden, welche auch die räumlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen miteinbezieht. Eine solche Lösung zu finden, setzt bei der Pflegekraft ein dementsprechendes Wissen über genannte Bedingungen voraus und die situative Expertise in Kommunikation und Erfahrung. „Im Verhältnis zu Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen ist vielmehr Koordination per Verhandlung angezeigt: Koordination durch Besprechung“ (Nothbaum-Leiding 2011: 652) (siehe auch *Kooperationsarbeit* und *subjektivierendes Arbeitshandeln* Kapitel 3.5).

Eine damit einhergehende Schwierigkeit in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen ist folgende Diskrepanz: Zwar stellt das Einbeziehen des direkten sozialen Umfelds eine Verpflichtung des professionellen Pflegehandelns dar (Dörge 2011: 202), jedoch ist es dabei nicht immer möglich, „...auf deren Handlungen [der Angehörigen] wunschgemäß Einfluss nehmen zu können.“ (Nothbaum-Leiding 2011: 652) Der Verlässlichkeit der Angehörigen, steht die Unverbindlichkeit ihrer Rolle gegenüber. Das bedeutet im gravierendsten Fall:

„Ein Abbruch informeller Pflege ist jederzeit möglich. Wenn Angehörige die informelle Pflege abbrechen, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege möglicherweise gefährdet. Möglich ist ferner: Pflegenden Angehörige sind belastet, kündigen die Bereitschaft, informelle Pflege zu leisten, aber trotz der Belastungen nicht auf, können jedoch jederzeit zumindest vorübergehend als Pflegeperson ausfallen.“ (Nothbaum-Leiding 2011: 660)

Es gibt noch weitaus mehr potenzielle Belastungen, die aus der Zusammenarbeit mit den Angehörigen resultieren können: Bspw. kann der Umgang mit Kulturdifferenzen in der ambulanten Pflege ebenfalls eine Belastung für Pflegekräfte darstellen (Lautenschläger und Dörge 2016: 64ff.). Die Klient_innen in ihrem Wunsch nach kultureller Selbstbestimmung zu akzeptieren bzw. zu unterstützen, kann zu inneren Konflikten und zu einer sehr herausfordernden *Interaktionsarbeit* führen.

3.4 Selbstbestimmung der Klient_innen

Das ausgeprägte „...asymmetrische(...) Abhängigkeitsverhältnis...“ (Kumbruck und Senghaas-Knobloch 2006: 33) zwischen Pflegekraft und Patient_in - im Sinne einer Abhängigkeit der Patient_in von der Pflegekraft auf Grund von existenzieller Angewiesenheit auf pflegerische Leistungen - wurde und wird bedingt durch ökonomisch-institutionelle Voraussetzungen und durch die Professionalisierung der Pflege teilweise ausgeglichen. Patient_innen haben über die letzten Jahrzehnte einen Rollenwechsel durchlau-

fen; weg von „Bedürftigen“ hin zu Patient_innen oder sogar „Kund_innen“ (Kumbruck und Senghaas-Knobloch 2006: 32f.).

„Das wachsende differenzierte Angebot sowie die Möglichkeit der freien Wahl führen zu veränderten Ansprüchen und Erwartungen der PflegekundInnen. [...] Die LeiterInnen und Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege sind gefordert, ihr Pflegeverständnis um die Prinzipien des Dienstleistungsverständnisses zu erweitern und ihre Bedürfnisorientierung um die Prinzipien der KundInnenorientierung zu ergänzen“ (Hauskrankenpflege Ertl: 9).

Dieser Wandel spiegelt sich auch in den veränderten Leitbildern der Pflegedienste wieder (Leitbilder von bspw. Solitaire Pflege 2017, Ambulanter Pflegedienst Heymanns & Schneider 2017): Die Bedürfnisse und Wünsche der Klient_innen stehen im Vordergrund - sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege. Die zuvor beschriebenen relativierten ‚Machtverhältnisse‘ fördern zusätzlich stark den salutogenetischen und ressourcenorientierten Ansatz der Pflege.

Auch die rechtliche Gestaltung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege beruht nicht nur auf Kostenargumenten, sondern vor allem auch auf dem ‚Normalisierungsprinzip‘:

„Der Verbleib in häuslicher Umgebung kann als Teil des selbstbestimmten Lebens angesehen werden. Die Gesetzesbegründung bringt das Normalisierungsprinzip in der Aussage zum Ausdruck, dass die häusliche Pflege den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen am besten Rechnung trägt“ (Mielecki 2017: 26).

Mit diesen Rahmenbedingungen sollen also die gesundheitlich beeinträchtigten Menschen möglichst unterstützt werden. Doch können die einerseits gegebenen Freiheiten für die Klient_innen andererseits erhöhte Anforderungen an die von den Pflegekräften zu leistende *Interaktionsarbeit* bedeuten (siehe Kapitel 3.5).

3.5 Interaktionsarbeit

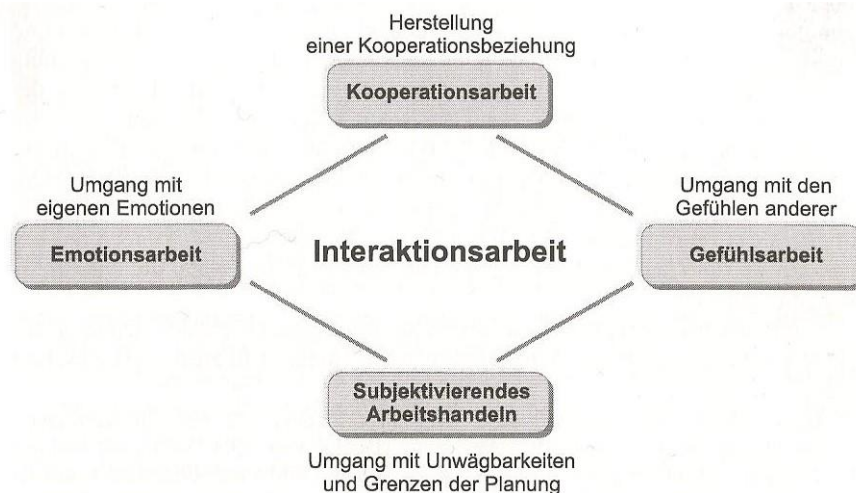


Abbildung 1 - Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2014: 19)

Die direkte Arbeit mit Patient_innen wird von Pflegekräften als sehr sinnstiftend und erfüllend beschrieben (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2017b: 15). Das Setting in der ambulanten Pflege erlaubt es den Pfleger_innen, die Klient_innen **nacheinander** zu versorgen. Die räumliche Trennung der Arbeitssituationen unterstützt die Pfleger_innen dabei, sich voll und ganz auf den/die Klient_in und das individuelle Setting (inkl. soziales Umfeld und Angehörige) zu konzentrieren. Dieser Rahmen bringt intensive Situationen mit sich, die mit vielfältigen Aufgaben einhergehen. Büscher und Horn (2010: 14) beschreiben diese mit dem

unspezifischen Begriff der psychosozialen Betreuung. Einen weitaus spezifischeren Begriff, der nicht nur die Arbeit in der ambulanten Pflege sondern im Allgemeinen Dienstleistungsarbeit kennzeichnet, prägen Böhle et al. (2015): Sie entwickelten ein Konzept der *Interaktionsarbeit*, in welchem vorherige Modelle und Konzepte zur Arbeit mit und am Menschen mitberücksichtigt und zusammengeführt wurden. *Interaktionsarbeit* fasst vier ineinandergreifende Arbeitskennzeichen zusammen: die *Emotionsarbeit*, *Kooperationsarbeit*, *Gefühlsarbeit* und das *subjektivierendes Arbeitshandeln*.

Emotionsarbeit

Mit *Emotionsarbeit* ist die situationsangemessene Beeinflussung und das Management eigener Gefühle gemeint, also mit einer entstehenden Diskrepanz zwischen tatsächlichen und erwarteten Gefühlen umzugehen. Dazu gehört nicht nur das Darstellen von Gefühlen (*surface acting*), sondern auch das Anpassen und Beeinflussen eigener Gefühle an die jeweilige Situation (*deep acting*). Ziel nach Böhle et al. ist es, solche Diskrepanzen möglichst so zu managen, dass keine Entfremdung der eigenen Gefühle entsteht (2014: 20f.).

Hierfür ein Beispiel aus der ambulanten Pflege: Um Vertrauen der Patient_innen zu gewinnen, müssen Pflegekräfte in der Lage sein, Verständnis für bspw. angstbesetzte Gefühlslagen der Patient_innen zu zeigen. In einer solchen Situation können Gefühle wie Zuversicht, Mitgefühl und Empathie von der Pflegekraft erwartet werden. Entstehen diese aber nicht auf natürliche Weise bei der Pflegekraft, müsste sie *Emotionsarbeit* leisten. Dabei werden die nötigen Gefühle - mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung der/s Patient_in - dargestellt oder eigene Gefühle dahingehend angepasst

Kooperationsarbeit

Die *Kooperationsarbeit* dient nach Böhle et al. der Herstellung einer Kooperationsbeziehung zwischen Kunden und Dienstleistern (2014: 19) - in diesem Fall also zwischen Pflegende_n und Klient_in. Die Herausforderung dabei besteht darin, Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Patient_innen zu verhandeln. Bei *Kooperationsarbeit* werden vor allem drei Herausforderungen genannt: Unklarheiten der Erwartungen, Abstimmungsschwierigkeiten, um ausgehandelte Ergebnisse zu erreichen und Interessenskonflikte (Böhle et al. 2014: 19f.). Für die ambulante Pflege bedeutet es, gemeinsam zu bestimmen, was konkret die Schwierigkeit für den/die Patient_in ist. Was ist das (Pflege-)Ziel? Welche (Pflege-)Maßnahmen müssen dafür getroffen werden und was ist exakt unter den vereinbarten Maßnahmen zu verstehen? Kann das im Voraus detailliert festgelegt werden? Gerade im Bereich der ambulanten Pflege können solche *Kooperationsarbeiten* besonders fordernd sein, vor allem wenn Interessenskonflikte zwischen zwei (Pfleger_in und Patient_in) oder mehreren Parteien (zusätzlich mit Angehörigen oder Kolleg_innen) dazukommen (siehe auch Kapitel 3.3). Denn Pflegeziele und -maßnahmen sind auch Bestandteil der Pflegedokumentation und stellen einen inhaltlichen Bereich der arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstruktur dar, der grundlegend für die gemeinsame professionelle Arbeit am und mit den Patient_innen ist.

Gefühlsarbeit

In der Gefühlsarbeit geht es nach Böhle et al. (2014: 21f.) im Unterschied zur *Emotionsarbeit* um die Arbeit an den Gefühlen der Klient_innen. „Es geht also [...] um die Herstellung einer für die Erbringung der Dienstleistung förderlichen emotionalen Verfassung von Kunden und Klienten“ (Böhle et al. 2014: 21). In der ambulanten Pflege können das Situationen sein, in denen der/die Pflegende sich darum bemüht, ein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit bei der Patientin bzw. bei dem Patienten zu erzeugen, damit er/sie sich auf Unterstützung einlassen kann. Das kann gleichzeitig auch als Voraussetzung für die Kooperationsarbeit gewertet werden. Hier wird erkennbar, dass sich die verschiedenen Dimensionen der *Interaktionsarbeit* nicht klar voneinander trennen lassen, sondern ineinander übergreifen. Böhle et al. beschreiben das Konzept der *Gefühlsarbeit* nach Strauss et al. (1980) und Giesenbauer und Glaser (2006) und unter-

teilen hier in drei Bereiche: Vertrauensarbeit (wie oben erläutert), Berichtigungsarbeit (Fehler von Kolleg_innen ausgleichen) und biografische Arbeit (durch das Verbringen gemeinsamer Zeit und ein damit einhergehendes Kennenlernen wird die pflegerische Arbeit zum Teil erst ermöglicht) (Böhle et al. 2014: 22).

Laut Dörge leistet ein geschaffenes Vertrauensverhältnis einen erheblichen Beitrag zur angestrebten Stärkung bzw. Stabilisierung des Kohärenzgefühls und damit der Gesundheit des/r Pflegebedürftigen (2011: 201). Damit erhöht sich nicht nur die Pflegequalität, sondern auch die Arbeitsqualität, da das Bedürfnis der Pflegekraft nach Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit eher erfüllt wird.

Vertrauen kann u.a. gefördert werden, indem Pflegende um Informationen zur Biografie und Persönlichkeit wissen. Vor allem bei Patient_innen mit Demenz ist die Biografiearbeit essentiell: Das Wissen um persönliche Rituale und Tagesstrukturen, aber auch um einschneidende Erlebnisse, sowohl positiver (Leidenschaften, wichtige Personen, etc.) als auch negativer Art (Trauma aus der Vergangenheit wie bspw. Vergewaltigung), sind für die Zusammenarbeit mit den Klient_innen und somit auch für die Arbeitsqualität besonders wichtig. Auch hier sind gute arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen unerlässlich.

Subjektivierendes Arbeitshandeln

Das Konzept des *subjektivierenden Arbeitshandelns* von Böhle et al. wird als Arbeitsvermögen erläutert, das auf „... subjektive Faktoren wie Gespür, Erleben und Empfinden beruht“ (2014: 22). Die Arbeit in der ambulanten Pflege, aber auch allgemein die Arbeit mit und am Menschen ist grundsätzlich von Unwägbarkeiten geprägt. Im *subjektivierenden Arbeitshandeln* geht es darum, mit solchen komplexen und unvorhersehbaren Situationen umzugehen. Dies geschieht im *subjektivierenden Arbeitshandeln* durch einen **dialogisch-explorativen** (aus dem Verlauf der Situation heraus weiteres Vorgehen bestimmen), **wahrnehmenden** und **assoziierenden** (Sinneswahrnehmungen wie Gerüche, Ton etc. werden verbunden mit Erfahrungen und Wissen) Prozess, welcher auf der **Beziehung** zur Klientin bzw. zum Klienten beruht (Böhle et al. 2014: 22f.).

Bspw. könnte im Setting der ambulanten Pflege folgende Situation vorherrschen: Schon bei dem Betreten der Wohnung des Klienten bzw. der Klientin werden umgerissene Möbel und der stechende Geruch von Urin **wahrgenommen**. Beruhend auf der **Beziehung** zur Person sind mit diesen Eindrücken eventuell bereits Erfahrungen und damit **Assoziationen** verknüpft: Was könnte geschehen sein und was waren Maßnahmen, die in einer ähnlichen Situation unternommen wurden? In der Begegnung mit dem Patienten bzw. der Patientin werden situativ in Verknüpfung von bisherigem **Wissen und Erfahrungen** und jetzigen Eindrücken nächste Schritte kommuniziert und **ausprobiert**.

Auch hier wird erneut deutlich, dass sich die verschiedenen Bereiche der *Interaktionsarbeit* überschneiden und aufeinander aufbauen: Bspw. bietet Gefühlsarbeit im Sinne von Vertrauen eine nützliche Basis für gelungenes subjektivierendes Arbeitshandeln. Arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikation kann wiederum eine wichtige Basis für Vertrauen und insgesamt für Interaktionsarbeit bilden.

3.6 Alleinarbeit

Eine zusätzliche Herausforderung für die Interaktionsarbeit in der ambulanten Pflege ist die Alleinarbeit. Die Pflegenden sind auf ihren Touren meist auf sich gestellt. Die zu treffenden Entscheidungen und Handlungen sind teilweise sowohl mit großer Verantwortung als auch mit belastenden inneren Konflikten verknüpft, die oft allein getragen werden müssen. Die inneren Konflikte können auf Grund von Diskrepanzen zwischen persönlichen Moralvorstellungen der Pflegenden und der zum Teil prekären Realität entstehen. Ein Beispiel: Die Bedarfslagen der Klient_innen verändern sich über die Jahre. Es gibt immer mehr alleinlebende, ältere Menschen (Büscher und Horn 2010: 19). Wenn Pflegende sich der Situation

bewusstwerden, dass sie häufig die einzigen Bezugspersonen der Klient_innen sind, für deren ‚Besuch‘ aber nur eine kurze Zeit zur Verfügung steht, kann dies ein enormes Spannungsfeld erzeugen. Auf Grund von häufig mangelnder psychosozialer Ressourcen der Alleinlebenden bestehen dort teilweise mehr Bedarfe, als in dem vorgegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmen von den Pflegekräften abgedeckt werden kann. Es ist häufig das Engagement der Pflegekräfte, von dem abhängig ist, inwiefern eine Brücke zur Außenwelt zustande kommt. So kann die professionelle Beziehung zu Patient_innen schnell zu einer persönlichen werden (Büscher und Horn 2010: 14). In einem Interview mit einer Pflegekraft, welches im Rahmen der „Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege“ stattfand, wird berichtet:

„...so ein Mitleidgefühl gleichzeitig also, (...) das dann auszuhalten, dass man eben für bestimmte Dinge nicht verantwortlich ist, obwohl man vermeintlich die Verantwortung in dieser Zeit dafür hat, [...] die größte Herausforderung, diese psychische Belastung kombiniert mit der individuellen Erwartung an die Erfüllung oder die Umsetzung dessen, was man als Erwartungshaltung selber hat. Und dann immer allein in dieser Situation zu stehen und unmittelbar 1:1 konfrontiert zu sein und für viele Dinge Verantwortung übernehmen zu müssen“ (Büscher und Horn 2010: 39).

Hier zeigt sich die Zuspitzung von besonders herausfordernder *Kooperations-* und *Emotionsarbeit* (siehe Kapitel 3.5) durch die Alleinarbeit.

Hinzu kommen weitere Situationen, die durch das Setting der Alleinarbeit prekär werden können: Hier zu nennen, sind problematische Verhältnisse zwischen Pflegenden und Patient_innen, die bis zur Übergriffigkeit oder zu Ängsten vor Gewalt führen. Die steigende Anzahl von zu versorgenden, psychisch erkrankten Menschen kann Erschwernisse für die Pflegenden bedeuten (Bleses et al. 2013: 72). Da in Aus- und Weiterbildungen psychische Krankheitsbilder nur begrenzt behandelt werden, ist ein qualifizierter Umgang nicht immer möglich. Eine solche mangelnde Qualifikation kann *subjektivierendes Arbeitshandeln* erschweren und zu Überforderung und somit zu emotionaler Belastungen führen (Bleses et al. 2013: 72).

Insgesamt wird deutlich, dass Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege - angefangen bei Räumlichkeiten und Zeit, über Klient_innen und Angehörige bis hin zur konkreten *Interaktionsarbeit* im Rahmen von Alleinarbeit - die Tätigkeitsanforderungen stark prägen. Es lassen sich bereits an dieser Stelle in den allgemeinen sowie in kommunikations-organisatorischen Anforderungen Herausforderungen erkennen und stressfördernde Aspekte vermuten.

4 Stress und Gesundheit

Neben dem Einblick in das Tätigkeitsfeld der Pflegenden soll in diesem Kapitel das nächste Fundament für die Beantwortung der Fragestellung gelegt werden. Um Auswirkungen von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen auf die Gesundheit der Pflegekräfte zu untersuchen, wird an dieser Stelle Stress als der relevante Einflussfaktor auf das Wohlbefinden definiert und beschrieben.

4.1 Definition Stress

Stress ist ein in der Literatur sehr unterschiedlich definierter Begriff, der im Rahmen verschiedener Stressmodelle behandelt wird. Bevor ich auf die verschiedenen Stressmodelle eingehe (Kapitel 5), schildere ich kurz, was übergreifend unter Stress zu verstehen ist und welche gesundheitlichen Folgen dieser nach sich ziehen kann.

Im Allgemeinen wird Stress als Ungleichgewicht zwischen äußeren Anforderungen und bestehenden Möglichkeiten zur Bewältigung dieser bezeichnet. Darüber hinaus ist anzumerken, dass andauernde Unterforderung ebenfalls Stress auslösen kann. Stressauslösende Faktoren heißen Stressoren, die zu

Stress als Folgeaktion führen (Lohmann-Haislah 2012: 13). Der Mediziner Hans Selye, der in den 70er Jahren zur Popularisierung des Begriffes beigetragen hat, definierte Stress als „die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede an ihn gestellte Anforderung“ (1974: 58). Der Körper läuft Gefahr, zu erkranken, wenn seine Anpassungsreaktionen überfordert werden. Diesen ‚negativen‘ Stress nennt Selye *Distress*. Neben diesem negativen Erleben beschreibt er belastende Reize, die allerdings als angenehm empfunden werden, wie bspw. beim Spielen. Dieser ‚positive‘ Stress wird als *Eustress* bezeichnet (Bamberg et al. 2012: 115f.; Stangl 2018).

4.2 Stress und Gesundheit

Je nach Bedingung kann Stress also sowohl positive als auch negative Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen. Beginnend mit den positiven Auswirkungen kann *Eustress* das Selbstvertrauen und Wohlbefinden stärken und somit gesundheitsfördernd wirken (Stangl 2018). Auch kurz anhaltender *Distress* ist für den Körper ertragbar und kompensierbar. Es werden Stresshormone ausgeschüttet, die mit bspw. erhöhtem Puls und Blutdruck einhergehen. Der Körper ist wach und leistungsbereit. Sobald die Stresssituation vorübergeht, kann sich der Körper normalerweise wieder erholen.

Problematisch wird es dann, wenn *Distress* über längere Zeit andauert. Die Erholungsphasen bilden kein Gleichgewicht mehr zur Dauer, in der Stressoren auf den Körper einwirken. Auf diese Art kann sich Stress beim Individuum auf somatischer, kognitiv-emotionaler und auf Verhaltensebene auswirken (Bamberg et al. 2012: 129).

4.2.1 Auswirkungen auf somatischer Ebene

Langanhaltender Stress schwächt das Immunsystem. Es können Herz-Kreislauf-, Muskel-Skelett- und Magen-Darm-Erkrankungen entstehen. Vor allem werden aber alle Arten von psychosomatischen Erkrankungen mit Stress assoziiert sowie eine allgemein erhöhte Morbidität und Mortalität (Bamberg et al. 2012: 129f.)⁵.

4.2.2 Auswirkungen auf kognitiv-emotionaler Ebene

Von kurzfristigen Symptomen, wie Anspannung, Frustration und Ermüdung, kann es langfristig zu „...psychischen Beschwerden wie Depressivität, geringem Selbstwertgefühl, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Ängsten sowie Spannungsgefühlen und Irritation (Zapf & Semmer, 2004; Dormann & Zapf, 2002)“ (zur Übersicht auch Bamberg et al. 2012: 130) kommen. Ein bekanntes Syndrom, das durch ein zu komplexes und hohes Arbeitsaufkommen entstehen kann und auf allen Auswirkungsebenen zu nennen wäre, ist *Burn-out*. Es beschreibt einen Zustand massiver Erschöpfung sowohl auf somatischer, kognitiv-emotionaler als auch auf der Verhaltensebene, der durch lang andauernden Stress verursacht werden kann (Palesch 2016: 95).

4.2.3 Auswirkungen auf der Verhaltensebene

Zu Beginn sind auf der Verhaltensebene Konzentrations- und Leistungsschwankungen zu erkennen, die mit vermehrtem Auftreten von Fehlern einhergehen. Über längere Dauer kann Stress einen negativen Einfluss auf Arbeitsverhalten, Gesundheitsverhalten und auf das Sozialverhalten haben (Bamberg et al.

⁵ Der Begriff Stress wird in dieser Arbeit - außerhalb von Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und von dem hier einleitenden Abschnitt - im übergeordneten Sinne mit dem gängigen Verständnis von negativem Stress verwendet.

2012: 130). Exemplarisch übertragen auf eine Pflegekraft in der ambulanten Pflege kann dies bedeuten, dass bspw. vermehrt Fehler in der Arbeit mit und an Menschen auftreten können. Neben eventuell erheblichen Auswirkungen auf die Klient_innen selbst, können Fehler im Arbeitsverhalten sowohl die Pflegekraft selbst stark belasten als auch - systemisch gesehen - Kolleg_innen und Pflegedienst betreffen, indem Fehler möglicherweise durch diese kompensiert werden müssen.

Stress kann auch zu verändertem Sozialverhalten führen und somit u.a. eine angespannte schwierige Stimmung im Pflegedienst hervorbringen. So kann Zeitdruck, der in der ambulanten Pflege zur alltäglichen Arbeit gehört, ein Auslöser dafür sein.

Es wird deutlich, dass Verhaltensauswirkungen und die genannten körperlichen und kognitiv-emotionalen Auswirkungen von Stress nicht nur Einfluss auf das Individuum selbst, sondern auch systemische Auswirkungen auf das Bezugssystem des/r Betroffenen, auf den Pflegedienst als Organisation und auf die Gesellschaft haben (Bamberg et al. 2012: 129f.). Daraus kann ein Teufelskreislauf entstehen: Erkrankten Pflegekräfte stressbedingt, wirkt sich das in einer Situation des Personalmangels wiederum potentiell stressfördernd auf die kompensierenden Kolleg_innen aus.

Im Wissen um den Wirkungsradius von Stress folgen nun Ausführungen zu Entstehung und Entwicklung von Stress.

5 Stressmodelle

Zum Begriff Stress gibt es eine ganze Bandbreite an Definitionen und Modellen. Laut Lohmann-Haislah gibt es nicht das universale allumfassende Stresserklärungsmodell, das alle Aspekte mit aufgreift (2012: 17). Davon ausgehend werden im Folgenden vier - in der Fachliteratur gängige - Stressmodelle betrachtet, die unterschiedliche Aspekte beleuchten und sich so gegenseitig ergänzen und zusammen ein umfassendes Bild darstellen. Als Erstes wird im nächsten Kapitel als Basis das *Belastungs-Beanspruchungskonzept* beschrieben. Daran schließen zwei weitere Modelle an, die Stress aus verschiedenen Perspektiven betrachten:

Das *Anforderungs-Kontroll-Modell* rückt den Arbeitsrahmen durch den Einfluss der Gestaltung von Arbeitsaufgaben und bewilligter Kontrollmacht in den Fokus der Betrachtung. Dem gegenüber beleuchtet das *Transaktionale Stressmodell* vielmehr die kognitiven Prozesse des Individuums in Stresssituationen und rückt damit die individuellen Wahrnehmungs- und Bewertungsvorgänge ins Zentrum.

Anschließend wird als viertes Modell das *Handlungstheoretische Modell* vorgestellt. Dieses beschreibt tiefergehend die Komplexität von Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Gesundheit von Arbeitnehmer_innen. Da dieses Modell sowohl Parallelen als auch Lücken zu den vorangegangenen Konzepten aufweist, werde ich es nutzen, um alle wichtigen zuvor aufgeführten Ansätze zur Stressentstehung in diesem *Handlungstheoretischen Modell* zu bündeln. Die vorherigen Konzepte werden also hier zusammengeführt und auf die ambulante Pflege übertragen.

5.1 Belastungs-Beanspruchungskonzept

Das *Belastungs-Beanspruchungskonzept* wird zuerst beschrieben, da es eine grundlegende Herangehensweise an Stress aufweist, welche sich durch alle Stressmodelle hindurch trägt und einen Ausgangspunkt für die folgenden Ansätze darstellt. Es nimmt die Unterscheidung zwischen objektiver Belastung und subjektiv wahrgenommener Beanspruchung vor. Objektive Belastungen, hier *psychische Belastung* genannt, sind im Gegensatz zum allgemeinen Sprachgebrauch als wertneutral definiert. Sie entsprechen der Gesamtheit aller Einflüsse, die auf den Menschen psychisch einwirken. Dagegen beschreibt die *psychische Beanspruchung* die unmittelbare Wirkung von objektiven Einflüssen auf das Individuum in Ab-

hängigkeit von dessen Voraussetzungen und Bewältigungsstrategien. Stress als mögliche Beanspruchungsfolge kann also eine Reaktion auf eine Belastung sein. Dieses weitverbreitete Konzept, welches somit neutrale Einflüsse von Beanspruchungsfolgen unterscheidet, bietet somit die Grundlage, um Bedingungen bzw. Stressfaktoren zu definieren (Bamberg et al. 2012: 116f.; Lohmann-Haislah 2012: 14).

Kritisiert wird an diesem Modell, dass das Verständnis von *Belastungen* viel Raum lässt und unkonkret bleibt. Psychosoziale Belastungen (Mensch-Umwelt-Beziehung) werden nicht thematisiert. Auch langfristige Wirkungen, Bewertungs- und Bewältigungsprozesse werden nicht miteinbezogen (Bamberg et al. 2012: 116f.; Lohmann-Haislah 2012: 14). Diese offene Gestaltung des Modells hat aber gerade dadurch auch Vorteile, da es durch seine Einfachheit ein leichtes Verständnis erzeugt.

5.2 Anforderungs-Kontroll-Modell

Es gibt verschiedene Varianten des *Anforderungs-Kontroll-Modells*. Eine ist die Entwicklung des „The Demand/Control Model“ nach Karasek & Theorell (1990: 31ff.). Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, geht das Konzept von zwei Gegebenheiten, von *Demand* und *Control*, aus: Der Begriff *Demand* bezeichnet die Anforderungen, die Intensität der Arbeitstätigkeiten und Stressoren. Demgegenüber beschreibt *Control* den Handlungsspielraum und die eigene Kontrollmacht in der Arbeitstätigkeit. Das Modell zeigt, dass die Kombination aus *Demand*- und *Control*faktoren die Gesundheit unterschiedlich beeinflussen.

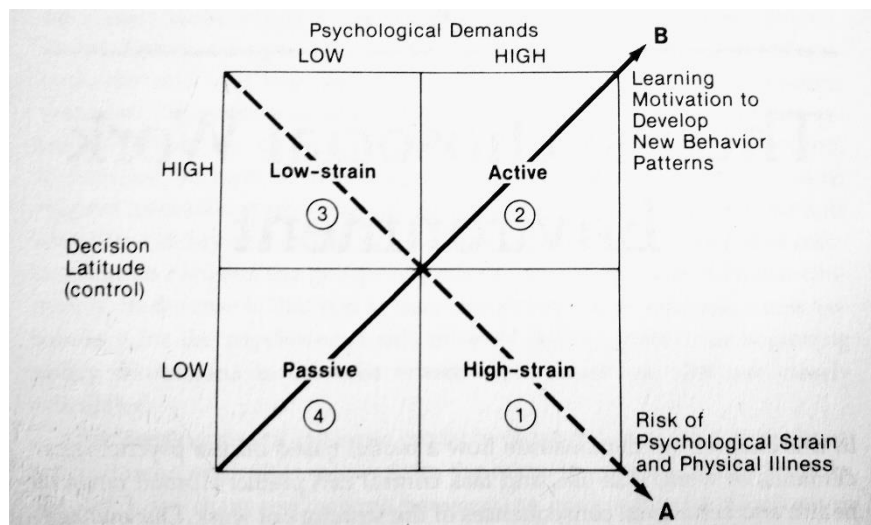


Abbildung 2 - The Demand/Control Model (Karasek und Theorell 1990: 32)

Wie in der Abbildung 2 erkennbar, werden folgende Hypothesen beschrieben:

Eine hohe Anforderung bei wenig Eigenkontrolle und Handlungsspielraum führt zu einer sehr belastenden Arbeit. Wenn beide Faktoren stark ausgeprägt sind, führt das zu einer herausfordernden und aktivierenden Arbeit, welche die Gesundheit stärken kann. Sind beide Faktoren niedrig, kann daraus eine Abnahme an Aktivität der/des Arbeitenden resultieren. Niedrige Anforderungen kombiniert mit ausgeprägtem Handlungsspielraum haben weder aktivierende noch schädigende Einflüsse auf die Person (Bamberg et al. 2012: 122ff.; Lohmann-Haislah 2012: 14f.).

5.3 Transaktionales Stressmodell

Bei dem *Transaktionalen Stressmodell* nach Lazarus (1999: 199) stehen die inneren Bedingungen und der subjektive Umgang mit psychischen Belastungen, genauer gesagt die kognitiven Bewertungsprozesse, im Mittelpunkt. Die Situation, wie im *Beanspruchungs-Belastungskonzept* beschrieben (siehe Kapitel 5.1), wird in diesem Modell individuell verschieden eingeschätzt. Dazu wird die Situationsanforderung mit den individuellen Ressourcen in subjektiven Bewertungsprozessen abgeglichen. Anschließend, wie anhand des Schaubildes (*Abbildung 3*) zu sehen, wird eine Bewältigungsstrategie (*Coping*) ausgewählt, was ein Versuch ist, mit der Situation umzugehen. Hierbei werden zwei Strategien unterschieden: erstens das problemzentrierte (instrumentale) *Coping*. Hauptziel hier ist die Lösung des Problems.

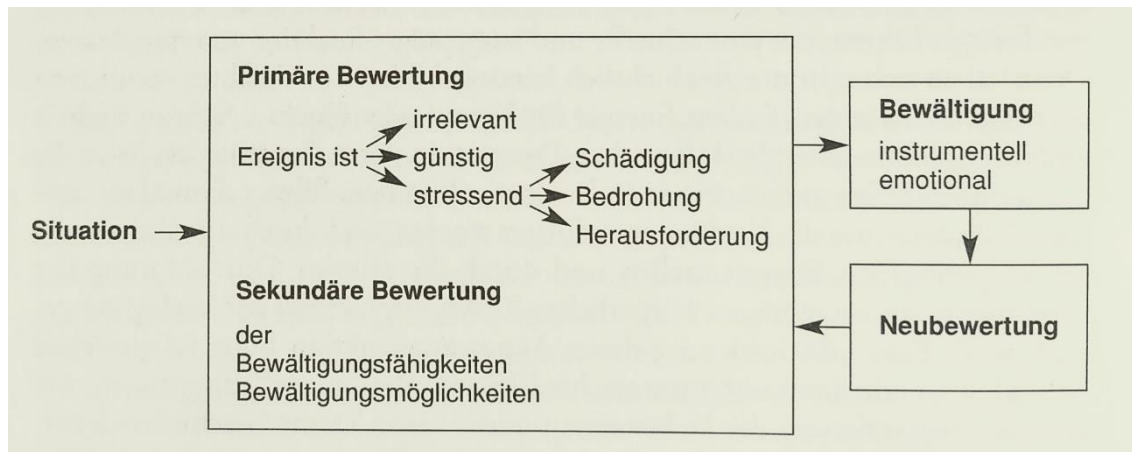


Abbildung 3 - Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (modifiziert von Zapf und Semmer 2004: 1020)

Zweitens das emotionale *Coping*, welches vordergründig die Verminderung der emotionalen Beanspruchung als Intention hat (Bamberg et al. 2012: 117ff.; Lohmann-Haislah 2012: 15f.). Anschließend wird nach Erfolg beziehungsweise Misserfolg die Wahl der Strategie verstärkt oder evaluiert. Es folgt also eine dynamische Anpassung. Das heißt, dass bisherige Bedrohungen nun auch als Herausforderungen eingestuft werden können. Um aber eine Neubewertung zu erreichen, sind meist viele Rückkopplungsschleifen zu überstehen (Bamberg et al. 2012: 117ff.; Lohmann-Haislah 2012: 15f.). Dieses Modell sieht den Menschen als mündiges, aktives und lernendes Subjekt, welches Einfluss auf sein Stressempfinden hat. Laut Kritikern werden bei dem Beschreiben von Bewertungsprozessen, Stressoren nicht hinreichend berücksichtigt.

Die drei Modelle (*Belastungs-Beanspruchungskonzept*, *Anforderungs-Kontroll-Modell*, *Transaktionales Stressmodell*) scheinen sich trotz ihrer verschiedenen Schwerpunkte im folgenden Punkt einig: Stress entsteht durch ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Mitteln, die zur Bewältigung notwendig sind. Dabei spielen sowohl äußere Rahmenbedingungen (im arbeitspsychologischen Zusammenhang - Arbeitsbedingungen) als auch persönliche Voraussetzungen, Einschätzungen und Bewertungen eine Rolle (Bamberg et al. 2012: 17f.). Stresspräventionsmaßnahmen, die auf letzteres -persönliche Ursachen, Ressourcen und Verantwortung - abzielen (bspw. Kurse mit Entspannungstechniken, Mentaltraining, etc.), nehmen bereits einen erheblichen Anteil in der klassischen betrieblichen Gesundheitsförderung ein. Im Rahmen der Fragestellung dieser Veröffentlichung wird jedoch vielmehr das Augenmerk auf die äußeren Rahmenbedingungen, also auf Arbeitsbedingungen/-strukturen gelegt, da auch Kommunikationsstrukturen dazugehören.

5.4 Handlungstheoretisches Modell - übergreifende und verbindende Aspekte

In diesem Abschnitt wird ein Modell betrachtet, welches eben diese Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt rückt: das *Handlungstheoretische Modell*. Laut Zapf und Semmer beschreibt es eine handlungstheoretische Klassifikation von Arbeitsmerkmalen (2004: 1025ff.). Das Modell wurde über Jahre von einigen Autor_innen weiterentwickelt, sodass unterschiedliche Versionen entstanden. Aus diesem Grund wird hier ein von Bamberg et al. verallgemeinertes Modell (siehe Abbildung 4) herangezogen, welches sich an dem Modell von Zapf und Semmer (2004: 1025ff.) orientiert und geteilte Grundgedanken verschiedener Versionen (siehe unten) mitträgt. Hier werden Arbeitsbedingungen in ihren *Anforderungen*, *Ressourcen* und Belastungen (auch als *Stressoren* benannt) beschrieben (siehe Abbildung 4).

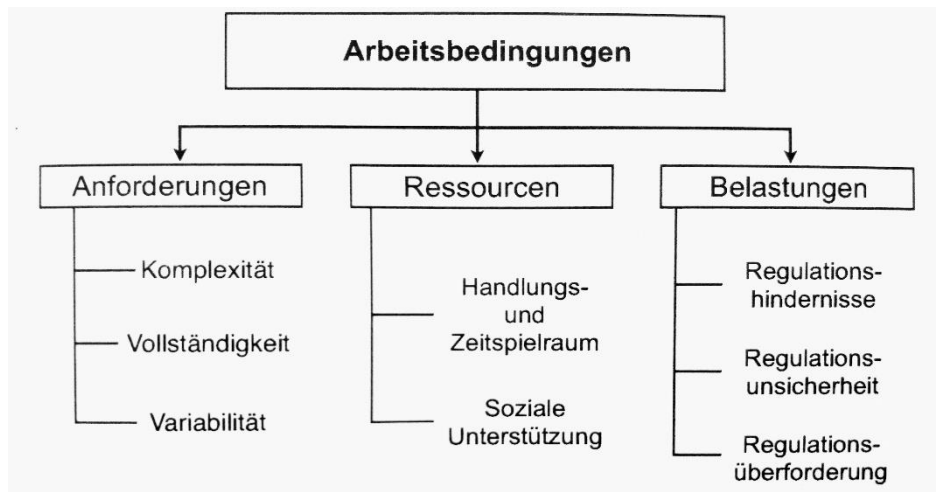


Abbildung 4 - Handlungstheoretisches Modell nach Zapf und Semmer (modifiziert von Bamberg et al. 2012: 125)

Die verschiedenen *handlungstheoretischen Modelle* teilen den Grundgedanken, dass Arbeitsbedingungen Einfluss auf die Entwicklung der Arbeitenden nehmen (Bergmann 2010: 300), der Mensch hierbei aber Situationen aktiv bewerten und ebenfalls Einfluss nehmen kann. Die Modelle stützen sich auf die *Handlungsregulationstheorie*, welche von Hacker und Volpert in den 1970er Jahren entwickelt wurde. Wie die *handlungstheoretischen Modelle* betont auch die *Handlungsregulationstheorie* die Zielgerichtetheit des Handelns im Zusammenhang mit Arbeit.

Letztere Theorie versteht das Wesentliche von Handlung in Regulation: Sie versucht die Wirkung von Arbeitsaufgaben auf die arbeitende Person vorauszusagen, indem sie die psychischen Prozesse beim Arbeitshandeln betrachtet, die mehr oder weniger bewusst ablaufen: Die arbeitende Person setzt sich ein Ziel, plant das Vorgehen, handelt (reguliert den Ablauf) und kontrolliert anschließend das Resultat. Diese zielgerichtete Abfolge (von der Bildung von Zielen, über Planung und Durchführung bis hin zur Überprüfung) ist als komplexeres Schleifenmuster zu verstehen und ist geprägt von Erkenntnisprozessen, Emotionen und Motiven der einzelnen Person. Die Theorie beschreibt also eine Wechselwirkung von Mensch und Umwelt (Bamberg et al. 2012: 54-71; Skell 1994: 136 ff.).

Im Modell in Abbildung 4 werden unter den *Stressoren* die Behinderungsfaktoren dieses zielgerichteten Regulationsverlaufs beschrieben. Daher liegt es nahe, *Stressoren* als Hindernisse und *Ressourcen* als Unterstützung für die Zielverfolgung/Arbeitsbewältigung zu betrachten (2004: 1025ff.). Die geteilte Annahme der Modelle darüber, dass das Handeln der Akteure eine entscheidende Bedeutung trägt, geht mit in dieser Arbeit eingenommenen Perspektive auf 'Struktur' einher. Der bereits in der Einleitung genannte Ansatz von Giddens's *duality of structure* (1984: 16f.) geht - wie auch die *handlungstheoretischen Modelle* - von einer bedeutenden Rolle des Handelns aus. Akteure (hier Pflegekräfte im Pflegedienst) orientie-

ren sich nicht nur an den bestehenden Strukturen und handeln in vorgegebenen Arbeitsbedingungen (wozu auch vorgesehene Kommunikationsstrukturen zur Arbeitsvor- und -nachbereitung gehören), sondern gestalten diese meist durch eigenes Interpretieren und Verhalten mit. Wie eingangs beschrieben, geschieht dies weniger intentional, sondern kann eher als Handlungsfolge verstanden werden. Neben formellen Strukturen werden in den folgenden Kapiteln auch Handlungen betrachtet, die durch dauerhafte Praxis informelle Strukturen erzeugen (Schroer 2017: 379ff.).

In der Anwendung des verallgemeinerten handlungstheoretischen Modells nach Bamberg et al. auf die ambulante Pflege mit ihren Kommunikationsstrukturen wird also von formellen und informellen Kommunikationsstrukturen und Instrumenten (die Teile von Strukturen darstellen) ausgegangen, welche sich in einem durch Reglement und Praxis gegenseitig geformten veränderbaren Zustand befinden.

Neben der beschriebenen Gemeinsamkeit zwischen den handlungstheoretischen Modellen und dem Strukturverständnis von Giddens lassen sich ebenfalls in dem Modell von Bamberg et al. (siehe Abbildung 4) einige Ideen der zuvor beschriebenen Stressmodelle wiedererkennen. Daher werden im Folgenden Schritt für Schritt die verschiedenen Bereiche (*Anforderungen*, *Ressourcen* und *Stressoren*) in ihrer Differenzierung zunächst erläutert, in Assoziation mit den vorherigen in dieser Arbeit dargestellten Stressmodellen gebracht und anschließend in ihrem Gesamtkonzept in den jeweiligen Kategorien beispielhaft auf die ambulante Pflege und ihre arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen angewandt.

5.4.1 Anforderungen

Unter dem Begriff der *Anforderungen* (siehe Abbildung 4) ist die Forderung nach Erfüllung einer Aufgabe gemeint. Die Aufgaben zeichnen sich häufig durch ihre Komplexität aus. Grundsätzlich tragen *Anforderungen* potentiell Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten in sich. Hierbei ist anzumerken, dass *Anforderungen* zu *Stressoren* werden können, indem sie zu hoch oder zu niedrig angesetzt werden (Bamberg et al. 2012: 125f.).

Es wird eine Ähnlichkeit zu den zuvor beschriebenen Modellen deutlich: Die *Anforderungen* erinnern sowohl an die *Demands* des beschriebenen *Anforderungs-Kontroll-modells* als auch an die Situation des *Transaktionalen Stressmodells*: Die beiden Begriffe wie auch Anforderungen lassen offen, wie sie bewertet werden. So sind auch Parallelen zu den psychischen Belastungen des *Belastungs-Beanspruchungskonzepts* sichtbar, die ebenfalls neutrale Einflüsse, welche auch *Anforderungen* sein können, auf das Individuum beschreiben.

5.4.2 Anforderungen in der ambulanten Pflege und ihren Kommunikationsstrukturen

Auf Grund der Ähnlichkeit der genannten Begrifflichkeiten (*psychischen Belastungen*, *Situationen* und *Demands*) zu dem Verständnis von *Anforderungen* führe ich diese hier in jenem Begriff *Anforderungen* zusammen. Davon ausgehend, sind unter *Anforderungen* in der Arbeit der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege zunächst neutrale Aufgaben wie bspw. bestimmte Pflegeleistungen zu verstehen. Auch *Interaktionsarbeit* und weitere Tätigkeitsanforderungen (siehe Kapitel 3) sind, solange sie neutral betrachtet werden, Aufgaben, die generell leistbar sind und prinzipiell Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten in sich tragen.

Zu den alltäglichen Aufgaben der Pflegekräfte gehört ebenfalls das Arbeiten in und mit arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen. Dementsprechend ist u.a. das Führen von Dokumentationen (siehe Kapitel 6) als *Anforderung* zu nennen.

Anforderungen werden jedoch durch Rahmenbedingungen geprägt, durch die sich *Anforderungen* zu *Stressoren* und/oder *Ressourcen* entwickeln können. Das bedeutet, dass eine neutrale Übergabesituation durch bspw. Zeitdruck oder durch fehlende *soziale Unterstützung* zu einem *Stressor* werden kann.

5.4.3 Ressourcen

Laut Bamberg et al. sind *Ressourcen* alle Faktoren, die einen unterstützenden Einfluss auf den Umgang mit *Anforderungen* und *Stressoren* haben. Sie stehen laut Untersuchungsergebnissen und dem salutogenetischen Ansatz in positiver Assoziation mit Gesundheit (2012: 126).

In dem durch Bamberg et al. modifizierten Modell (siehe Abbildung 4) werden *Handlungs- und Zeitspielräume* als *Ressourcen* genannt. Außerdem erweitern die Autor_innen die von Zapf und Semmer (2004: 1025) beschriebenen *Ressourcen* mit dem Aspekt der *sozialen Unterstützung* (siehe Abbildung 4) (Bamberg et al. 2012: 125).

Erneut werden Gemeinsamkeiten mit den vorangegangenen Modellen sichtbar: Wie auch im *Anforderungs-Kontroll-Modell* werden Handlungsspielräume und die eigene Kontrollmacht in der Arbeitstätigkeit als Ressourcen - mit unterstützendem Einfluss auf den Umgang mit *Stressoren* - angesehen (siehe Kapitel 5.2). Mit Blick auf das *Transaktionale Modell* nach Lazarus (siehe Kapitel 5.3 - Abbildung 3) können diese Ressourcen nützlich auf einer sekundären Bewertungsebene sein: Nachdem eine Situation zunächst als stressend bewertet wurde, kann es mit Hilfe von Ressourcen und vor allem mit der Wahl der instrumentellen Bewältigung via Rückkopplungsschleifen zu einer Neubewertung kommen. Zuvor als schädigend und bedrohend bewertete Ereignisse können nun als Herausforderungen angesehen werden und können somit weitaus positiver und möglicherweise sogar gesundheitsfördernd wirken.

Der Begriff der *sozialen Unterstützung* wird von Bamberg et al. nur kurz erläutert: „Eine wichtige Ressource aus der Arbeitsumgebung ist soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte“ (2012: 126). Um diesen Begriff besser zu verstehen und im Folgenden anwenden zu können, ziehe ich eine genauere Beschreibung von Knoll und Schwarzer (2005) heran. Sie unterscheiden drei Bereiche der *sozialen Unterstützung*: *emotionale* Unterstützung, bei der bspw. Mitleid und Wärme kommuniziert werden; *instrumentelle* Unterstützung, welche „... Hilfe bei zu erledigenden Arbeiten ...“ (Knoll und Schwarzer 2005: 334) umfasst und letztlich *formationelle* Unterstützung, welche einen „... guten Rat oder generell die Übermittlung von Informationen ...“ (Knoll und Schwarzer 2005: 334) beinhaltet.

5.4.4 Ressourcen in der ambulanten Pflege und

ihren Kommunikationsstrukturen

Als Beispiel für eine Ressource im Sinne von Handlungsspielräumen ist die Verantwortlichkeit in der Alleinarbeit der Pflegekraft zu nennen. Sie bietet in einem gewissen Rahmen Gestaltungsfreiräume und Selbstbestimmung. Eine zusätzliche strukturelle *Ressource* sind *Zeitspielräume*, welche diese Handlungsautonomie unterstützen kann.

Ein Beispiel für *Ressourcen* auf der Ebene der *sozialen Unterstützung* ist der Rückhalt durch die Führungskraft. Basierend auf der dreigliedrigen Beschreibung der *sozialen Unterstützung* nach Knoll und Schwarzer (2005: 334) kann außerdem der wertschätzende arbeitsbezogene Austausch (formelle und informelle Kommunikationsstrukturen) mit Kolleg_innen eine tragende, unterstützende Rolle bilden. Hierzu gehören gute arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen.

Diese *Ressourcen* können einen stärkenden Einfluss auf die Bewältigung von stressenden Situationen haben und eine positive Neubewertung ähnlicher Situationen und damit das Wohlbefinden der Pflegenden fördern.

5.4.5 Belastungen (Stressoren)

Stressoren sind alle Faktoren, die Handlungsregulationen in irgendeiner Form beeinträchtigen und sich negativ auf Gesundheit, Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit auswirken (Bamberg et al. 2012: 127; Zapf und Semmer 2004: 1027). Das verallgemeinerte *Handlungstheoretische Modell* von Bamberg et al. (siehe Kapitel 5.4) unterteilt *Stressoren* in drei Kategorien:

Regulationshindernisse (siehe Abbildung 4) setzen voraus, dass Anforderungen grundsätzlich zu bewältigen sind, jedoch das Handeln durch *Regulationshindernisse* erschwert wird. Zapf und Semmer nennen hierfür folgende Hindernisse: informatorische Erschwerungen, arbeitsorganisatorische Probleme oder auch Arbeitsunterbrechungen (2004: 1030f.). Vom Beschäftigten werden dadurch kurzfristige Reaktionen abverlangt.

Die zweite Kategorie **Regulationsunsicherheit** beschreibt die Unsicherheit darüber, ob ein Arbeitsziel erreicht werden kann oder nicht. Diese kann ausgelöst werden durch zu komplexe *Anforderungen*, Unklarheit in der Aufgabenstellung (hervorgerufen durch Rollenkonflikte/-ambiguität⁶) oder durch ungenügendes oder verspätetes Feedback (Zapf und Semmer 2004: 1031). „Diese Art der Stressoren geht am stärksten mit Gefühlen von Angst und Besorgtheit einher“ (Zapf und Semmer 2004: 1031).

Mit der dritten Kategorie **Regulationsüberforderung** ist die quantitative Überforderung gemeint, die durch informationelle Überforderung des Arbeitsgedächtnisses während der Arbeitstätigkeit oder/und durch Zeitdruck entsteht (Zapf und Semmer 2004: 1031f.).

An dieser Stelle möchte ich mich auf ein weiteres Konzept beziehen, das u.a. auf das *Handlungstheoretische Modell* basiert (Moldaschl 2010: 86). Es kann den *Stressoren* zugeordnet werden und bringt einen bedeutenden Bereich ein, dessen explizite Formulierung in den genannten Kategorien fehlt: Das von Moldaschl entwickelte Konzept der **widersprüchlichen Arbeitsanforderungen** beschreibt ebenfalls stressfördernde Faktoren, die durch einen Arbeitskontext gerahmt bzw. bedingt werden. Moldaschl hält folgende Definition fest: „Jemand muss, um seine Aufgabe zu erfüllen, etwas tun, was er oder sie «eigentlich» nicht tun darf, nicht tun soll oder aufgrund äußerer Bedingungen nicht tun kann“ (2010: 88). Widersprüche zwischen Handlungsanforderungen und Handlungsmöglichkeiten bilden demnach stressfördernde Rahmenbedingungen (Moldaschl 2010: 87f.).

5.4.6 Stressoren in der ambulanten Pflege und ihren Kommunikationsstrukturen

Regulationshindernisse

Als *Regulationshindernisse* werden informatorische Erschwerungen und arbeitsorganisatorische Probleme genannt. Das grundlegende Setting der Alleinarbeit in der ambulanten Pflege (hier nicht als *Resource*, sondern als *Stressor* auftretend) erschwert die direkte Kommunikation mit Kolleg_innen. Ungewissheiten in schwierigen Situationen, die richtigen Entscheidungen getroffen zu haben, wurde in der Querschnittsstudie von Seidl von den Befragten als zum Teil ‚sehr belastend‘ beschrieben (2008: 47). Daher sind effektive und zureichende arbeitsorganisatorische Strukturen besonders wichtig, vor allem die, die den Informationsaustausch über Patient_innen sichern sollen. Im Sinne arbeitsvorbereitender Kommunikationsstrukturen können solche Mängel in dem Bereich starke Unsicherheiten auf den Touren hervorrufen. Besonders sind Pfleger_innen betroffen, die für Kolleg_innen einspringen und die Klient_innen nicht kennen. Die Personalsituation, hervorgerufen durch Personalausfälle oder eine geringe Personalausstattung, führt dazu, dass einige Pflegeunternehmen weniger Stammtouren und stattdessen häufiger Springertouren einrichten. Die Unwägbarkeiten, die durch mangelhaft funktionierende Informations- und Kommunikationsstrukturen hervorgerufen werden können, verlangen den Pfleger_innen auf den Touren vermeidbar erschwertes *subjektiverendes Arbeitshandeln* ab.

Vor allem werden eben diese ‚Springer_innen‘, die durch die unterschiedlichen Touren bereits einen Mangel an Beziehungserfahrung zu dem Klienten bzw. der Klientin haben, durch nicht gut funktionieren-

⁶ Rollenkonflikte: Verschiedene Erwartungen einer oder mehrerer Rollen/Rollenambiguität: Unklar, was von der eigenen Rolle erwartet wird.

de Kommunikationsstrukturen in ihrer *Interaktionsarbeit* behindert. Diese Erfahrungen, aber auch Informationen über Klient_innen, sind häufig grundlegend für ein Vertrauensverhältnis und bilden die Basis für das Wahrnehmen und Eingehen auf psychosoziale Befindlichkeiten, für die Beurteilung von Gesundheits- und Pflegeprozesse und die darauf aufbauenden Schritte. Letztlich ist das Wissen um Patient_inneninformationen ausschlaggebend nicht nur für die Pflege-, sondern v.a. auch für die Arbeitsqualität (Besselmann et al. 2004: 70).

Wenn sich eine Pflegekraft nur mit minimalem Wissen über das anstehende Setting in eine Pflegesituation begibt, kann das weitreichende Folgen haben. Durch fehlende Erfahrungen mit dem Patienten/mit der Patientin ist u.a. das *subjektivierende Arbeitshandeln* beeinträchtigt: Ist es normal, dass der/die Patient_in Sprachstörungen hat oder könnte es sich um einen akuten Schlaganfall handeln? Wo liegen die Unterlagen? Das sind nicht nur Beispiele dafür, wie unvorbereitete Arbeit die Pflegekraft selbst verunsichern, sondern dadurch möglicherweise auch den/die Patient_in. Das wiederum erschwert die erfolgreiche *Interaktionsarbeit*. Daraus kann sich nicht nur Stress entwickeln, sondern es kann auch zusätzlich mehr Zeit kosten, was wiederum den Zeitdruck (und damit ebenfalls Stress) erhöhen kann. Es wird deutlich, dass durch mangelnde arbeitsvorbereitende Kommunikation hier Unsicherheiten über Arbeitsziel, -gestaltung und das Erreichen von Arbeitszielen (Versorgung der Klient_innen) entstehen können.

Tourenpläne, welche zum Teil die einzig genutzten Informationsquellen darstellen, beinhalten meist nicht ausreichende Informationen: „Das erzeugt bei den Pflegekräften Unsicherheit, weil sie nicht genau wissen, was ihnen in der nächsten Wohnung begegnet und ob sie den Anforderungen dort gerecht werden können“ (Bleses et al. 2013: 67). Auch Büscher und Horn bezeichnen „unzureichende Informationen über zu leistende Arbeit“ (2010: 39) in ihrer Bestandsaufnahme als Belastungsfaktor für die Pflegekräfte. Die Ergebnisse von Seidls umfangreicher Querschnittsstudie zeigen ebenfalls, dass die Pflegekräfte selbst diesen Mangel wahrnehmen (2008: 48).⁷

Neben dem Kontakt mit den Klient_innen und dazugehörigen Bezugspersonen, sind die Pflegekräfte allerdings auch auf eine koordinierende Kooperation und auf einen Austausch mit anderen - externen - Dienstleistern wie bspw. Ärzte und Apotheken angewiesen (Bleses und Jahns 2015b: 60). Auch hier gibt es oft nur ungenügende Kommunikationsstrukturen (die in dem Fall schwer zu beeinflussen sind), die Ungewissheiten und Unsicherheit verursachen (Büscher und Horn 2010: 29f.). In dieser Diskrepanz zwischen geforderter Pflegequalität und den beeinträchtigten Handlungsmöglichkeiten durch einen erschwerten Zugang zu Informationen werden die *widersprüchlichen Arbeitsanforderungen* erkennbar.

Es wird deutlich, wie *Regulationshindernisse*, hier am Beispiel unzureichender arbeitsvor- und -nachbereitender Kommunikationsstrukturen dargelegt, einen Stressor für die Pflegenden bilden können.

Regulationsunsicherheit

Regulationsunsicherheiten gehen mit der Arbeit am und mit Menschen einher. Zielunsicherheiten sind bereits in der Komplexität und Individualität einer Leistung zu finden. Trotz nachlesbarer konkreter Inhalte von Leistungskomplexen, kann sich das Ziel am Einsatzort abhängig vom Zustand und Willen der Patient_innen jeder Zeit verändern. Der Weg der Ziel-Erreichung ist also nicht immer vorhersehbar - und auch das Ziel selbst kann durch Rollenkonflikte und Rollenambiguität unklar oder sogar widersprüchlich

⁷ Permanente Ungewissheit wird ebenfalls in einer verwandten Branche - dem Rettungsdienst - beschrieben: Die Ungewissheit darüber, wann und wo der nächste Einsatz sein und in welcher Verfassung der Mensch aufgefunden wird, fördert laut Schorn eine besondere Belastung der Arbeitenden (2011: 82f.). Im Unterschied zum Rettungsdienst sind diese Unsicherheiten allerdings in der ambulanten Pflege zumindest teilweise vermeidbar. Durch effektive Kommunikationsstrukturen wie bspw. durch gute Übergabestrukturen oder Einlesen in gut geführte Dokumentationsunterlagen können die Pflegenden oft gut vorbereitet in die Pflegesituationen gehen.

sein. In der komplexen *Interaktionsarbeit* muss flexibel auf die psychosozialen Befindlichkeiten eingegangen werden (v.a. *Emotionsarbeit* und *subjektivierendes Arbeitshandeln*). So ist bspw. die Stimmung der Patient_innen, „... die sich oft und rasch verändern kann und einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf eines Pflegeeinsatzes hat“ (Büscher und Horn 2010: 14) eine unwägbare Komponente. Zusätzlich werden Zielunsicherheiten verstärkt, wenn Patient_innen unbekannt sind (besonders häufig für ‚Springer_innen‘).

Des Weiteren lassen sich *Regulationsunsicherheiten* in der Unklarheit der Erwartungen an die Rolle der Pfleger_innen (*Rollenambiguität*) und in inneren *Rollenkonflikten* (der Pflegekräfte) erkennen: Letztere können bspw. entstehen, indem unter Umständen Patient_innen in schwieriger emotionaler Verfassung zurückgelassen werden müssen. Das hohe Maß an Flexibilität gepaart mit nicht gewährten Leistungen und dem Leid der Betroffenen kann mit Ohnmachtsgefühlen (beim Pflegepersonal) einhergehen (Büscher und Horn 2010: 40). Es kann also zu einem Wandel von zunächst neutralen *Anforderungen der Gefühls- und Emotionsarbeit* hin zu *Stressoren* kommen. In arbeitsnachbereitenden Kommunikationsstrukturen können *Rollenkonflikte* und *-ambiguitäten* besprochen und eventuell geklärt werden, sodass *Ressourcen* statt *Stressoren* gestärkt werden.

Wie zuvor beschrieben, kann auch ungenügendes oder verspätetes Feedback eine Ursache für *Regulationsunsicherheiten* darstellen. Denn nicht nur im Rahmen der bisher genannten *Regulationshindernisse* - durch das Nicht-Vorhandensein bzw. das Nicht-**Rezipieren** von Information - entstehen *Stressoren*, sondern auch in der Rolle des Informations**senders**. In dem Zwischenbericht von Bleses et al. wird von dem Bedürfnis der Pflegekräfte nach Feedback und Anerkennung von Führungs- und Verwaltungskräften u.a. in **Übergabesituationen** gesprochen (2013: 72f.). Das ist eine Möglichkeit, durch welche *Regulationsunsicherheiten* - in dem Fall Unsicherheiten über eigene Leistungen - strukturell gemindert werden können. Zu einer guten Arbeitsqualität gehört außerdem der Abschluss der täglichen Arbeit mit der Ab- und Weitergabe von relevanten, aktuellen Informationen über die Klient_innen. Wenn der oder die Pflegenden sich nicht sicher sein kann, dass Informationen aufgenommen und weitergeleitet werden, ist auch das eine Ungewissheit, die Unsicherheit hervorrufen kann und den subjektiven ‚Abschluss‘ des Arbeitstages verhindern kann (Bleses et al. 2013: 69). Somit würden Gedanken aus der Arbeit mit in die Freizeit genommen werden, sodass möglicherweise Erholungsphasen beeinträchtigt sein können.

Regulationsüberforderung

Ein Beispiel für die *Regulationsüberforderung* bietet das Befragungsergebnis von Seidl, wonach 50 % der befragten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege angaben, „zu viel Arbeit“ zu haben (Seidl 2008: 46). Die Arbeit auf den Touren wird u.a. auf Grund ihrer Komplexität und wegen eines erhöhten Zeitdrucks als übermächtig wahrgenommen (Seidl 2008: 46f.). Zeitspielräume als *Ressource* stehen oft nur begrenzt zur Verfügung und werden häufig in der ambulanten Pflege als zu gering empfunden (Busse et al. 2017: 54f.). Zusätzlich wirken sich zuvor genannte *Rollenkonflikte* und *-ambiguitäten* in der *Interaktionsarbeit* sowie weitere Unwägbarkeiten bei Patient_innen und im Straßenverkehr verschärfend auf Einsatzdauer und auf Veränderungen des Zeitplans aus und können den Zeitdruck weiter erhöhen. Der Anspruch an hohe Qualität in der Pflege steht immer wieder im Widerspruch zu den meist knappen zeitlichen Rahmenbedingungen (*widersprüchliche Arbeitsanforderungen*).

Es kann vorkommen, dass spontane Extrafahrten unternommen werden müssen. Folglich gibt es keine Sicherheit darüber, ob die Pflegekraft pünktlich ihren Arbeitstag beenden kann. Selbst freie Tage oder freie Vor- bzw. Nachmittage sind durch Erreichbarkeit und damit tatsächlichen Anfragen des Einspringens nicht immer gewiss (Bleses et al. 2013: 66f.). Dies erhöht zusätzlich zur tatsächlichen auch die wahrgenommene Quantität der Arbeit.

Ein weiterer Aspekt der *Regulationsüberforderung* ist die informationelle Überforderung des Arbeitsgedächtnisses. In der ambulanten Pflege ist neben einem Informationsmangel auch ein Informationsüber-

fluss zu nennen. Die umfangreichen Dokumentationstätigkeiten wurden bislang von den Pflegenden als *psychische Beanspruchung* wahrgenommen (siehe Kapitel 6.1). Auch kann die Komplexität der parallelen Aufgaben an sich bereits eine Überforderung darstellen. Eine mögliche Folge dieser Überforderung ist das Vergessen von Dingen (siehe Kapitel 4.2.3).

6 Gestaltung bestehender arbeitsvor- und -nachbereitender Kommunikationsstrukturen - Herausforderungen und Chancen

Aus dem vorangegangenen Kapitel wird deutlich, dass arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstrukturen, je nachdem wie sie gestaltet sind, als *Stressoren* oder aber auch als *Ressourcen* wirken können. Sicherlich kann nicht allen Unsicherheiten und Stressoren durch gut funktionierende Kommunikationsstrukturen vorgebeugt werden, doch es zeigen sich Potentiale:

„Zentrale Gestaltungsbedarfe sehen die Pflegekräfte im Informationsfluss an den Schnittstellen der Übergabe [...]. Sie erleben bspw. Informationsdefizite, wenn sie sich auf Patientinnen und Patienten vorbereiten wollen ...“ (Bleses und Jahns 2015b: 62).

Gut funktionierende Kommunikationsstrukturen bilden hierfür eine Grundlage und gehören zum Großteil - v.a. was die schriftliche Dokumentation angeht - zu den Tätigkeitanforderungen der Pflegekräfte dazu.

Neben der Vermeidung von Stressoren, die durch den Mangel an Informationen entstehen, bieten Instrumente der Kommunikation darüber hinaus auch Gestaltungsräume, die Pflegenden in ihren Ressourcen und ihrer Gesundheit stärken.

In diesem Kapitel werden die Kommunikationsstrukturen konkret betrachtet und ihr Einfluss auf *Stressoren* bzw. *Ressourcen* näher beleuchtet. Dazu gehe ich auf Kommunikationsstrukturen ein, die in der Literatur in Verbindung mit Arbeitsvor- und -nachbereitung genannt werden. Darunter fallen erstens die schriftliche **Dokumentation**, zweitens die **Übergabe**, drittens **organisierte Besprechungen im Team** und viertens **Schnittstellenkommunikation** mit externen Dienstleistern. Kommunikationsstrukturen, welche andere Bereiche wie Tourenplanung, unternehmenskulturelle Kommunikation und Vertretungsregelungen betreffen, werden bewusst ausgeklammert, da ich mich vor allem auf Kommunikationsstrukturen konzentrieren möchte, die der **inhaltlichen** Arbeitsvor- und -nachbereitung dienen.

6.1 Dokumentation

Mit der Pflegeversicherung 1994 hat ein zusätzliches Aufgabengebiet an Raum gewonnen, die Dokumentation. Das schriftliche Dokumentieren und Planen wurde zu einem neuen Aufgabenbereich der Pflegenden. Diese neuen, administrativen Arbeiten wurden zur Qualitätssicherung und -verbesserung eingeführt, doch wurden sie laut früherer Literatur von den Pflegekräften vielmehr als Kontrolle der Leistungen und zur rechtlichen Absicherung wahrgenommen (Polak und Garms-Homolova 1999: 218ff.). Zwar beschreibt die neuere Literatur ebenfalls die Aufgabe der Absicherung (für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen), allerdings wird auch die Rolle für das Qualitätsmanagement als zentral hervorgehoben. Laut Bleses et al. hat die Pflegedokumentation neben der Funktion der Übergabe auch die Funktion der Kommunikation zwischen den Pflegenden und Führungs- und Verwaltungskräften (2013: 70). Das lässt eine im Laufe der Zeit veränderte Wahrnehmung (bei den Pflegenden) der Funktion von Dokumentation vermuten.

Die Pflegedokumentation ist ein fester Bestandteil in der ambulanten Pflege. Eine aussagefähige und regelmäßig überprüfte Dokumentation bildet laut Palesch und Klau-Fischer die Grundlage der individuellen Pflege (2016: 32). Doch was wird eigentlich dokumentiert? Es ist der Pflegeprozess: Es werden Ressourcen und Probleme der Patient_innen erhoben, Pflegeziele festgelegt und der Weg dorthin geplant. Es wird zudem die Durchführung und die Bewertung der Umsetzung notiert (Häse 2013: 11ff.). Eine Beson-

derheit der Dokumentation in der ambulanten Pflege ist, dass sie durch eine mehrfache und dabei nicht unbedingt identische Ausführung (beim Patienten und in der Zentrale) aufwändiger ist als im stationären Bereich (Bleses 2017: 28). Zu den Dokumentationen gehören u.a. eine große Anzahl digitaler und analoger Standardblätter: Pflegeberichtblatt, Stammbblatt, Pflegeplanungsblatt etc. Dazu kommen weitere Ergänzungsblätter, wie ärztliches Versorgungsblatt, Wundprotokoll, Risikoerfassungen, Ernährungs-/Trinkprotokoll und viele mehr. Jedes dieser Formulare soll nach bestimmten Regeln ausgefüllt werden. Diese Formulare mit ihren Regeln sind unterschiedlich komplex und entwickeln sich mit der Zeit weiter (Palesch und Klau-Fischer 2016: 32ff.).

Diese schriftlich kommunizierten Informationen bilden - gerade in einem Arbeitssetting der Alleinarbeit, in dem zeitversetzt viele Kolleg_innen „an einem Strang ziehen“ sollen die Basis für eine gute Arbeitsqualität professioneller Pflege.

Bislang wurde bzw. wird zum Teil immer noch die „Durchführung pflegefremder Tätigkeiten (hoher Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand ...“ (Büscher und Horn 2010: 39) als Belastungsfaktor für Mitarbeiter_innen in ambulanten Pflegediensten genannt (Büscher und Horn 2010: 39). Über die Jahre wurden immer wieder neue Dokumentationspflichten eingeführt, die trotz des einhergehenden Mehraufwands keinen zeitlichen oder finanziellen Ausgleich durch Leistungsträger erfuhren (Bleses et al. 2013: 70). Nach Busse et al.

„... wird die Dokumentation von vielen Pflegekräften als eine unangenehme, zusätzliche Aufgabe empfunden. Sie zählt für diese Pflegekräfte [...] nicht zu den ‚eigentlichen‘ Pflegeaufgaben und kostet sie in ihren Augen viel Zeit, die für die Patient_innenversorgung verloren geht“ (2017: 51).

Des Weiteren wird von Busse et al. beschrieben, dass Bereiche der schriftlichen Pflegedokumentation nur von examinierten Kräften vorgenommen werden dürfen und sich dadurch eine „zusätzliche Belastung für das ohnehin stark geforderte Fachpersonal“ (Busse et al. 2017: 52) ergibt. Weitere Herausforderungen bilden u.a. eine zeitintensive, doppelte Dokumentation, die sowohl vor Ort bei den Patient_innen als auch digital an den PC in der Pflegezentrale erfolgt. Folglich birgt diese Vielzahl und Komplexität der Dokumentationstätigkeiten sowie Dokumentationsanforderungen teilweise *Regulationsüberforderungen*, -*unsicherheiten* und -*hindernissen* sowie *widersprüchliche Arbeitsanforderungen*, was wiederum zu Stress mit genannten Folgen führen kann.

2014 wurde im Zuge der Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ein neues Dokumentations-Konzept entwickelt: Dieses „... Strukturmodell soll eine effiziente, übersichtliche, [...] Pflegedokumentation ermöglichen, die [...] zu einer Entlastung und Motivation im beruflichen Alltag beiträgt“ (Wolf-Ostermann et al. 2017: III). Einen wichtigen Bestandteil bildet die „Strukturierte Informationssammlung“ (SIS®). Sie beinhaltet das Berichteblatt, den Maßnahmenplan, die Evaluation sowie eine Risikomatrix. Die Aktivitäten zur Etablierung des Konzepts wurde durch das Projektbüro „Ein-STEP“ bundesweit begleitet und unterstützt. Noch nutzen nicht alle Pflegedienste und -einrichtung dieses Format, doch bis November 2016 wurden bereits knapp 9000 Pflegeeinrichtungen für die Einführung des Strukturmodells registriert (Wolf-Ostermann et al. 2017: III). Vergangenes Jahr wurde die Implementierung und Zielerreichung der SIS® wissenschaftlich evaluiert. Im Abschlussbericht dieser Evaluation wurde folgendes Fazit gezogen:

„Der gegenwärtige Stand der Einführung lässt [...] den Schluss zu, dass das Strukturmodell aus Sicht der Pflegenden [...] gut verständlich ist, die meisten wichtigen Informationen ermöglicht und diese im pflegerischen Alltag gut zu vermitteln vermag. [...] Ziele wie die Entlastung und Motivation der Pflegenden im beruflichen Alltag, eine ‚schlankere‘ Pflegedokumentation, die mit einem Zeitgewinn [...] einhergeht sowie die Förderung der Fachlichkeit der Pflegenden [wurden] mehrheitlich erreicht.“ (Wolf-Ostermann et al. 2017: 161)

In dem Bericht gaben 96-97 % der verantwortlichen Pflegekräfte der Pflegedienste an, dass das neue Strukturmodell praktikabel bzw. teilweise praktikabel sei, und dass sich die Umstellung voll und ganz bzw.

teilweise gelohnt habe (Wolf-Ostermann et al. 2017: 83). Ca. 71 % der Pflegenden gaben an, dadurch eine Zeitersparnis zu erleben (Wolf-Ostermann et al. 2017: 86).

In Fokusgruppendifkussionen wurden - neben einigen Hürden - folgende Stärken des neuen Konzepts benannt:

- ✓ „Schnellere Übergabe, bessere Nachvollziehbarkeit
- ✓ [...]
- ✓ Gesteigerte Kommunikation zwischen den Kolleginnen und Kollegen
- ✓ Gesteigerte Kommunikation zu verschiedenen Berufsgruppen
- ✓ [...]
- ✓ Maßnahmenplanung [...] fällt leichter
- ✓ Höhere Wertschätzung des Pflegeberichts
- ✓ [...]
- ✓ Steigerung der Zufriedenheit und Motivation der Pflegekräfte
- ✓ [...]“ (Wolf-Ostermann et al. 2017: 107)

Hier wird deutlich, wie auf bestehende Ressourcen der *instrumentellen* und *formationellen Unterstützung* (siehe 5.4.3) aufgebaut wird und diese durch eine handhabbar-gestaltete Kommunikationsstruktur gestärkt werden. Resultate, wie verbesserte Zufriedenheit, Motivation und die höhere Wertschätzung von Dokumentationsarbeiten könnten auf eine gesteigerte Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit dieser Tätigkeiten deuten.

Ältere Dokumentationsverfahren waren und sind recht bürokratisch und zeitaufwändig angelegt, sodass deren Nutzen für eine gute Pflege nur kaum nachvollziehbar für die Pflegenden ist. Das neue Konzept scheint aneignungs- und anwendungsfreundlicher gestaltet zu sein. Das führt zur Verringerung der Widersprüchlichkeiten (*widersprüchlichen Arbeitsanforderung*): Die bisherige Diskrepanz zwischen Sinnhaftigkeit und Nutzen der Struktur auf der einen Seite und dem zeitaufwändigen regelkonformen Ausfüllen der Dokumentation auf der anderen Seite wird dadurch reduziert. Dies bildet eine Voraussetzung dafür, dass die Pflegekräfte die *Anforderung* Dokumentation wegen ihrer praxisfernen Handhabung nicht mehr als *Stressor* wahrnehmen, sondern sie stattdessen durch das neue benutzerfreundliche Konzept auch als *Ressource* verstehen können.⁸

In diesem Sinne und laut der genannten Resultate der SIS®-Evaluation lässt das neue Dokumentationskonzept auf eine gesundheitsfördernde Wirkung schließen. Des Weiteren lässt sich vermuten, dass Stress fördernde *Stressoren*, wie *Regulationsüberforderungen* und *-unsicherheiten*, hervorgerufen durch zu komplexe und ineffiziente Pflegedokumentationen, mit Hilfe des neuen Strukturmodell gemindert werden können.

Es bleiben dennoch zuvor genannte Herausforderungen, wie bspw. zeitaufwändige doppelte Dokumentationen, von dem neuen Dokumentationskonzept unberührt. Hierfür stellen verschiedene Dokumentationssoftware, aber auch die von Busse et al. (2017) vorgeschlagenen digitalen Entwicklungsideen, Lösungsansätze dar. Inwiefern diese tatsächlich *Ressourcen* (wie *Zeitspielräume* und eine sichere Zustellung von Information) stärken können, bleibt noch abzuwarten.

Trotz der recht positiven Ergebnisse der Evaluationsstudie (über Implementierung und Zielerreichung der SIS®) bleibt unklar, inwieweit die (von zuvor schlechten Erfahrungen mit vorherigen Dokumentations-

⁸ Hier zeigt sich, dass Handlungen in den Kommunikationsstrukturen stark vom Nutzenverständnis und von Einführungsprozessen der Neuerungen geprägt werden. Außerdem wird deutlich, wie durch eben dieses Handeln die Struktur ‚gelebt‘ und geprägt wird.

pflichten geprägte) Berufskultur und die damit einhergehenden eher skeptischen Einstellungen gegenüber Dokumentationsaufgaben in der Einführung der SIS® berücksichtigt wurden (Wolf-Ostermann et al. 2017: VIII). Es stellt sich die Frage, ob eine Neuerung der Instrumente allein ausreichen kann, um die (durch Struktur, Unternehmenskultur und individuellen Einflüssen geprägten) Handlungen in Strukturen nachhaltig so zu prägen, dass Pflegekräfte das Dokumentationskonzept tatsächlich nutzen wollen und Vorteile für ihre Arbeit und in diesem Fall auch für ihre Gesundheit erkennen.

6.2 Übergabe

Eine weitere inhaltliche arbeitsvor- und -nachbereitende Kommunikationsstruktur in der ambulanten Pflege stellt die Übergabe dar. In stationären Einrichtungen findet diese oft in Form einer direkten, mündlichen Übergabe statt. Die Dienste sind etwas überschneidend geplant, sodass bspw. die Mitarbeitenden der Frühschicht direkt in den Austausch mit denen der Spätschicht treten können. Auf Grund der unterschiedlichen Start- und Endzeiten der verschiedenen Kolleg_innen in der ambulanten Pflege ist dieser direkte Austausch strukturell hier nicht üblich und nur schwer möglich. Das ‚Einspringen‘ und die Alleinarbeit auf den Touren verlangen jedoch besonders gute Formen der Übergabe. Herausfordernd sind vor allem Zeitbereiche, in denen persönlicher Austausch - sei es mit den zuständigen Pflege- oder Führungskräften - schwer stattfinden kann: vor den Frühdiensten, nach den Spätdiensten, am Wochenende und an Feiertagen (Busse et al. 2017: 47). Hierfür gibt es zum Teil formelle, vorstrukturierte Übergabebögen oder Mitteilungszettel, die ausgefüllt und bei Bedarf kopiert werden können. Die Praxis zeigt jedoch, dass dieser Lösungsweg allein nicht auszureichen scheint: „Teilweise scheitert ein solches Verfahren schon daran, dass Kopierer nicht zuverlässig funktionieren bzw. abends nicht mehr auf sie zugegriffen werden kann“ (Busse et al. 2017: 49). Der Mangel an praktikablen, formellen Strukturen führt zu eigenen informellen Lösungen. Es werden bspw. individuell strukturierte oder auch unstrukturierte Übergabe-Emails an das Büro geschrieben (häufig mit Unklarheit über zuständige Adressaten) und informelle Notizen auf Zetteln an unterschiedlichen Orten abgelegt (Busse et al. 2017: 47ff.). Die Vielfalt der verschiedenen parallelen und unkoordinierten Kommunikationswege geht mit „...doppelte(n) und evtl. nicht vollkommen identische(n) Informationsweitergaben“ (Busse et al. 2017: 47) einher.

Anhand der Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „KOLEGE“ wird deutlich, dass die inhaltliche Tourenvorbereitung vor dem Frühdienst von den Pflegenden als besonders wichtig erachtet wird: Um sich auf die ‚Unbekannten‘ des Tages vorzubereiten und sich nötige Informationen zu beschaffen, stehen den Pflegenden in der ‚Rüstzeit‘ häufig nur wenige Minuten zur Verfügung. Diese Informationen werden u.a. aus dem (von vielen Pflegediensten genutzten) Übergabebuch entnommen. Da der Frühdienst für die meisten Pflegekräfte um die gleiche Uhrzeit beginnt, müssen mehrere Mitarbeitende sich gleichzeitig innerhalb der kurzen Zeit im Übergabebuch verpflichtend über Neuigkeiten ihrer Patient_innen erkundigen. Das führt laut Busse et al. zu einer „...zeitweisen Überfrequentierung des Übergabebuchs...“ (Busse et al. 2017: 48). Die zum Teil schwer zu entziffernden Handschriften tragen zusätzlich zu dem dadurch entstehenden Zeitdruck bei.

Prinzipiell ist das Übergabebuch vor allem aber als *Ressource* zu sehen, da es den Pflegekräften aktuelle relevante Informationen liefert. Es ist in der Regel

„...vor dem Tourstart einsehbar und ermöglicht damit die Vorbereitung auf die Patient_innen. Das gibt den Pflegekräften Sicherheit und die Chance, weitere Informationen zu Patient_innen bei Kolleg_innen und der Pflegedienstleitung einzuholen, bevor sie bei den Patient_innen eintreffen.“ (Bleses 2017: 27)

Allerdings lässt der offizielle Zeitrahmen der Rüstzeit den Pflegenden kaum Spielraum, um offene Fragen zu klären (eingeschränkte *Zeit- und Handlungsspielräume*). Es zeigt sich deshalb, dass Pflegekräfte in ihrer Freizeit regelmäßig vor offiziellem Arbeitsbeginn in die Pflegezentrale fahren: „...Das ist völlig in Ordnung, weil ich dann gut vorbereitet in die Tour starten kann...“ (Busse et al. 2017: 58). Pflegekräfte

nutzen diese Zeit u.a., um sich direkt und informell über Patient_innen auszutauschen, sodass eine ungenügende Übergabe kompensiert werden kann (Busse et al. 2017: 58). An dieser Stelle wird erkennbar, wie sich (durch offiziellen Strukturen) eingeschränkte *Ressourcen* durch Handlungen zurückerobert werden können (allerdings hier auf Kosten der eigenen Freizeit).

Mündliche Übergaben finden neben diesen informellen Strukturen oft in Form von unterschiedlich koordinierten, persönlichen Übergaben in der Mittags- bis Nachmittagszeit im Büro statt. Der mündlichen Übergabe kommt eine besondere Bedeutung zu, denn sie bietet neben der Funktion des Informationsaustausches auch die Chance auf *emotionale Unterstützung* und direktes Feedback.

„Die Möglichkeit, direkt nach der Tour Informationen persönlich weiterzugeben, wird von den Pflegekräften sehr geschätzt, insbesondere wenn es darum geht, dass emotionale Unterstützung oder Rat benötigt werden“ (Busse et al. 2017: 46f.).

Doch auch hierfür bilden arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen eine Voraussetzung. Betrachten wir die direkte, dem Dienst anschließende, persönliche Übergabe von Pflegekräften an eine Bürokräft: Bleses und Jahns beschreiben eine oft hektische Situation, da mehrere Kolleg_innen gleichzeitig ‚Übergabe machen‘ möchten, und dies teilweise auch gleichzeitig geschieht. Die zuständigen Bürokräfte haben parallel häufig weitere Aufgaben zu erledigen. Von Seiten der Pflegenden gibt es zusätzlich Unsicherheiten über Umfang und Inhalt der Übergabe (2015b: 62f.): Was darf und soll angesprochen werden? Welche Themen sind hier irrelevant oder ‚zu viel‘?

Die Führungskräfte erleben in dem Übergabesetting immer wieder den Wunsch der Pflegekräfte nach mehr Zeit und Raum, um vom Erlebten auf der Tour zu berichten, da es ihnen bei der Verarbeitung und letztlich beim Abschließen hilft. Unsicherheiten der Pflegenden zeigen sich auch, wenn nicht immer klar ist, ob die übergebenen Informationen auch ihr Ziel erreichen (Bleses und Jahns 2015b: 62ff.):

„Laufen Übergaben unter [...] stressbelasteten und unterbrechungsanfälligen Voraussetzungen ab, entsteht bei den Pflegekräften Unsicherheit darüber, ob die wichtigen Informationen [...] tatsächlich bei allen Adressaten ankommen und ob wichtige Anliegen bearbeitet werden“ (Busse et al. 2017: 48).

Wenn Kommunikationswege nicht gut funktionieren, weil *Ressourcen*, wie *emotionelle*, *instrumentelle* und *formationelle Unterstützung* nicht ausreichend zur Verfügung gestellt und genutzt werden (bspw. fehlendes Feedback), werden dadurch *Stressoren* wie *Regulationsunsicherheiten* verstärkt (Das kann sich bspw. in Unsicherheit der Pflegekräfte äußern). Dies kann dementsprechende Auswirkungen auf die Arbeitsqualität und Gesundheit der Pflegenden nach sich ziehen (Bleses und Jahns 2015b: 59ff.).

Busse et al. nennen in dem zitierten Zwischenbericht des „KOLEGE“-Projekts Entwicklungsideen, durch die genannten Schwierigkeiten in Übergaben gelöst bzw. verbessert werden sollen. Es wird vorgeschlagen, möglichst klare Regelungen über Nutzung der verschiedenen Übergabearten festzulegen und die Schwierigkeiten der Überfrequentierung und die der mangelnden Lesbarkeit durch eine Digitalisierung des Übergabebuchs zu lösen. Ein digitales Übergabebuch hätte außerdem den Vorteil des orts- und zeitunabhängigen Zugriffs auf passgenaue Informationen (Filterfunktion) und Austausches. Auch Rückmeldungen zu und Weiterleitungen von Informationen können durch Digitalisierung transparenter gestaltet werden (2017: 49f.).

Es wird sichtbar, wie einflussreich arbeitsorganisatorische und informelle Gestaltungen der Übergabe auf *Ressourcen* und *Stressoren* der Pflegenden sind: *Ressourcen*, wie *soziale Unterstützung* auf *emotionaler* Ebene können bspw. durch ein gutes, ungestörtes, mündliches Übergabesetting gestärkt werden. Auch kann eine digitale Gestaltung *Handlungs- und Zeitspielräume* stärken. Einige *Regulationsunsicherheiten* und *Regulationsüberforderungen* (wie zum Beispiel Zeitdruck vor dem Frühdienst) könnten u.a. durch Digitalisierung des Übergabebuchs gemindert werden. Die Gestaltung der Übergabestruktur kann sich also gesundheitsfördernd oder belastend auf die Pflegekräfte auswirken.

6.3 Organisierte Besprechungen im Team

Regelmäßige Teamsitzungen/Dienstbesprechungen gehören in vielen Pflegediensten zu einer etablierten Arbeitsstruktur. Diese bilden einen offiziellen Rahmen, in dem möglichst ein großer Anteil des Teams inklusive Führungs- und Verwaltungskräfte zusammenkommt, um sich über verschiedene aktuelle Belange auszutauschen. Diese geplanten Zusammenkünfte sind - ähnlich wie bei der persönlichen Übergabe - gerade für die ambulante Pflege wichtig, da ein direkter gemeinsamer Austausch ansonsten kaum stattfindet. Die Sitzungen bieten laut Bleses und Jahns eine große thematische Offenheit. Es können dabei sowohl arbeitsorganisatorische Angelegenheiten, teambezogene Themen als auch Arbeitsbelastungen und deren Auswirkungen in strukturierten Gesprächen erörtert werden (2015a: 20). In den arbeitsorganisatorischen Analyseergebnissen von Busse et al. spiegelt sich die hohe Wertschätzung des persönlichen Austauschs in Mitarbeiterversammlungen, Team- und Fallbesprechungen wider (2017: 53). In Fallbesprechungen spielen mehr als in anderen Sitzungen ausschließlich patient_innenzentrierte Themen eine Rolle. Hier können Pflegekräfte im Team über ihre Arbeit mit den Klient_innen sprechen, gemeinsam Problemlösungen erarbeiten und sich gegenseitiges Feedback geben. Die gemeinsamen Besprechungen „...sind daher ein wichtiger Stützpfiler, um Pflegekräften Sicherheit für ihre tägliche Arbeit zu vermitteln“ (Busse et al. 2017: 53). Insgesamt wird diese Austauschzeit von den Pflegenden allerdings als zu gering eingeschätzt. Gerade Austausch- und Unterstützungsbedarf in fallbezogenen Angelegenheiten sind oft akut und können nicht bis zur nächsten Fallbesprechung warten. Laut Busse et al. könnten auch hier alternative Hilfestellungen - bspw. orts- und zeitunabhängiger digitaler Austausch - unterstützen (2017: 53.). Die Kommunikationsstrukturen der organisierten Besprechungen verschiedenster Art stellen eine wichtige *soziale Unterstützung* für die Pflegenden dar und tragen dadurch zu deren Gesundheit bei. Die Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Häufigkeit dieser Treffen zeigt jedoch, dass *Regulationshindernisse* bestehen.

6.4 Schnittstellenkommunikation

Neben den genannten Kommunikationsstrukturen sind ferner die Schnittstellen zu anderen Dienstleistern (Krankenhäuser, Hausärzte) zu erwähnen. Überleitungsbögen, u.a. genutzt für Entlassungen aus dem Krankenhaus, sollen einen nahtlosen Übergang in die häusliche Pflege ermöglichen. Was in der Theorie selbstverständlich scheint, hinterlässt in der Praxis einen dürrtigen Eindruck: Bei einer Expertenbefragung in der ambulanten Pflege, in welcher unter anderem genau diese Schnittstellen untersucht wurden, stellte sich heraus, dass sich vor allem die Abstimmung mit Kliniken bzw. mit deren Sozialdiensten am schwierigsten gestaltet. Auch der Informationsfluss mit Hausärzten und Pflege- und Krankenkassen gestaltet sich immer wieder problematisch (Büscher und Horn 2010: 29f.). Busse et al. als auch die INQA bestätigen das: In einer direkten digitale Vernetzung mit externen Kooperationspartnern wird ein großes Potential gesehen (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2018: 26), jedoch setzt diese Vernetzung ein anschlussfähiges System voraus, mit dem alle Einrichtungen arbeiten müssten. Hierfür fehlen bislang sowohl technische Voraussetzungen als auch datenschutzrechtliche Bedingungen und voranbringende Akteure (Busse et al. 2017: 44). Auch hier erkennbar: die Diskrepanz zwischen dem Bedarf an gut funktionierenden und in der Praxis unausgereiften Kommunikationsstrukturen (*Regulationshindernisse*). Diese nehmen einen erheblichen Einfluss auf die Ressourcen der Pflegenden und können neben der Arbeitsqualität auch die Pflegequalität negativ beeinflussen.

7 Fazit

Die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zeigen, dass Kommunikationsstrukturen einen maßgeblichen Einfluss auf die Bewältigung der zum Teil schwer veränderbaren *Anforderungen* (wie bspw. Alleinarbeit) haben. Es wird deutlich, dass diese Strukturen somit eine unerlässliche Ressource darstellen.

Doch werden arbeitsvor- und -nachbereitende Strukturen, je nachdem wie sie gestaltet und gelebt werden, von Pflegekräften sowohl als *Stressoren* als auch *Ressourcen* wahrgenommen:

In den Kapiteln 5.4 und 6 wird ersichtlich, dass in diesen Strukturen (die bisher in der Literatur beschrieben wurden) *Stressoren* in allen Kategorien (*Regulationshindernisse*, *-unsicherheiten*, *-überforderungen* sowie *widersprüchliche Arbeitsanforderungen*) mehrfach zu finden sind.

Ressourcen sind vor allem in dem Bereich der *sozialen Unterstützung* in formellen sowie informellen Strukturen zu erkennen: In dem persönlichen Austausch - sei es in der direkten Übergabe, in organisierten Besprechungen im Team oder auch in informellen Gesprächen unter Kolleg_innen - werden *emotionale* und *formationelle* Unterstützungen gelebt. Diese Art des Rückhalts ist deshalb ein besonders wichtiger Aspekt für die Pflegekräfte.

Es zeigt sich, dass *Zeit- und Handlungsspielräume* in Kommunikationsstrukturen, dort wo sie fehlen, zum Teil zurückerobert werden (u.a. zu erkennen im vorzeitigen Arbeitsbeginn, um sich gut auf die Tour vorbereiten zu können sowie in selbstgeschaffenen Übergabeformaten). Hier wird die Bedeutung von Handlung in Strukturen deutlich.

Instrumente und Reglemente von Strukturen allein genügen also nicht unbedingt, damit sinnvolle Strukturen entstehen und gelebt werden. Es bedarf einer stetigen Evaluation der tatsächlich praktizierten Strukturen, die sich durch die Dynamik zwischen Handlung und Regelungen beständig weiterentwickeln.

Beeinflussende Faktoren in diesem dynamischen Prozess von Struktur wie Unternehmenskultur und individuelle Einflüsse sollten mitberücksichtigt werden. Strukturen sind daher partizipativ zu gestalten. Nur so wird von Anfang an die Praxis (und damit Handlung) in Struktur mitgedacht und erfährt damit ihre Legitimität und Transparenz. Auf diese Weise kann in Pflegediensten ein Bewusstsein für die positive Wirkung von gut funktionierenden arbeitsvor- und -nachbereitenden Strukturen auf Gesundheit der Pflegenden geschaffen werden, was zu einer bewussteren Mitgestaltung und Nutzung dieser Strukturen führt.

Bisherige Literatur zeigt, dass Dokumentations-, Übergabe- und andere Kommunikationsstrukturen weiterhin besonderen Gestaltungsbedarf haben. Wenn Pflegeunternehmen nur unzureichende Kommunikationsstrukturen (und damit *Stressoren*) bereitstellen, ist das Risiko höher, dauerhaften Stress bei den Pflegekräften hervorzurufen. Als Folge ergeben sich Beeinträchtigungen auf somatischer, kognitiv-emotionaler sowie auf der Verhaltensebene. Solche Auswirkungen auf individueller Ebene ziehen wiederum Folgen auf systemischer Ebene nach sich: Sowohl das persönliche Umfeld als auch das Unternehmen kann dadurch negativ beeinflusst werden. Daraus können u.a. eine erhöhte Fluktuation und ein erhöhter Krankenstand der professionell Pflegenden resultieren. Eine Abwärtsspirale wird angestoßen, denn ein Personalmangel bei steigenden Anforderungen erhöht wiederum Stress bei den verbleibenden Pflegekräften. Ferner kann das, aus gesellschaftlicher Perspektive betrachtet, wiederum einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit des pflegebedürftigen Anteils der Bevölkerung haben.

Statt auf diese Abwärtsspirale näher einzugehen, sollen in diesem Fazit die positiven Auswirkungen fokussiert werden: Die gute Gestaltung der Kommunikationsstrukturen besitzt das Potenzial von Stärkung der Pflegekräfte in ihren Ressourcen, in ihrem Arbeitsvermögen, Selbstvertrauen und in ihrer Gesundheit. Damit geht die Förderung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit einher. Diese Ressourcen können zudem die Unternehmen und das soziale Umfeld der Pflegekräfte unterstützen. Weiterhin können die Arbeitgeber- und die Berufsattraktivität gestärkt werden, was wiederum zu einem verbesserten Personalstand führen kann. Am Ende bleibt festzuhalten, dass eine bedarfsgerechte Gestaltung und Nutzung arbeitsvor- und -nachbereitender Kommunikationsstrukturen einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Pflegenden und zur besseren Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten kann.

7.1 Ausblick und Forschungsbedarf

Es gibt bereits Gestaltungsansätze, die solche Ziele verfolgen. Aus dem Verbundprojekt „ZUKUNFT:PFLEGE“ wurden 2015 für die Praxis in der ambulanten Pflege Leitfäden zur Gestaltung von Kommunikationsstrukturen formuliert (Bleses et al. 2015). Das laufende, mehrfach zitierte Forschungs- und Entwicklungsprojekt „KOLEGE“ beschäftigt sich u.a. damit, wie Kommunikationswege durch eine nach Bedarfen zugeschnittene Software unterstützt werden können (Bleses et al. 2017). Auch die INQA sieht in der Digitalisierung das Potenzial, Arbeitsorganisation hinsichtlich der Kommunikation zu verbessern:

„Ziel ist ein verlässlicher Informationsfluss, der zu einer guten Abstimmung aller am Pflegeprozess Beteiligten beiträgt. Denn ein verbesserter Informationsaustausch führt zu einem klaren Bild der Patientin oder des Patienten [...] und damit auch zu klaren Anforderungen an die pflegerische Versorgung. [...] Zettelwirtschaft ist eine Fehlerquelle, die sich mit der elektronischen Erfassung weitgehend ausschließt“ (2018: 24).

Eine (Um-)Gestaltung kann auch durch das 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) gefördert werden. Dieses soll den Aufbau und die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in Betrieben beschleunigen. Ein hierbei wichtiges Werkzeug stellt das *Betriebliche Gesundheitsmanagement* dar. Mit Hilfe verschiedener Managementinstrumente werden damit nachhaltige Prozesse und Strukturen zur Förderung der Gesundheit in Unternehmen entwickelt (DBfK 2015: 2ff.). In dem Zuge sollte die Gestaltung effektiver arbeitsvor- und -nachbereitender Kommunikationsstrukturen in der ambulanten Pflege angegangen werden. Die INQA stellt Pflegeinstitutionen zur Etablierung eines *Betrieblichen Gesundheitsmanagements* konkrete Handlungshilfen bereit. In diesen empfiehlt sie weitere, arbeitsnachbereitende Kommunikationsinstrumente (wie u.a. die *Kollegiale Beratung*) und bietet konkrete Arbeitshilfen an (2017: 150ff.).

Der Einfluss der Gestaltung von arbeitsnach- und -vorbereitenden Kommunikationsstrukturen auf die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit der professionell Pflegenden in der ambulanten Pflege scheint - wenn auch nur vereinzelt und selten explizit - erkannt worden zu sein. Lösungsansätze wurden und werden entwickelt. Eine umfassende Umsetzung in der Praxis wird jedoch noch benötigt, um aus konzeptionellen Innovationen auch gelebte soziale Innovationen entstehen zu lassen, welche die Gesundheit der Pflegenden fördern.

Es steht nun aus zu untersuchen, ob bislang entwickelte Instrumente (wie bspw. die Handlungshilfen der INQA, digitalisierte Übergabeinstrumente, ...) tatsächlich in der Praxis genutzt werden. Weitere Forschungen über das Handeln in diesen Strukturen wären nicht nur aufschlussreich für eine Weiterentwicklung dieser, sondern gäben auch Einblicke in die systemischen Wirkungen u.a. auf der Ebene der Unternehmenskultur: Inwiefern können beispielsweise Handlungsspielräume und informelle Strukturen von den Instrumenten eingerahmt werden? Wie kann die Gestaltung der Instrumente auch die kommunikationspsychologische Ebene mitberücksichtigen und u.a. Transparenz und Verständnis fördern?

Da die digitale Unterstützung von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege noch am Anfang steht, sollte hier explizit der Forschungsbedarf nach Effekten digitaler Übergabe- und Kommunikationsinstrumenten auf die Gesundheit der Pflegenden genannt werden. Dabei sollten sowohl das Potential veränderter Handlungsspielräume (wie bspw. Stärkung des *Kohärenzgefühls*) als auch Gefahren (wie bspw. das Phänomen der *interessierten Selbstgefährdung* (vgl. hierzu Peters 2011) beachtet werden.

Des Weiteren ist es lohnenswert, Kommunikationsstrukturen außerhalb der Branche der ambulanten Pflege genauer zu betrachten. Vor allem aus Strukturen in Dienstleistungsbereichen, die ebenfalls von Alleinarbeit geprägt sind, könnten Parallelen und neue Perspektiven für die häusliche Pflege gewonnen werden.

8 Literatur

- Ambulanter Pflegedienst Heymanns & Schneider (2017): „Pflegeleitbild“. Download unter: <https://www.apd-muenster.de/%C3%BCber-uns/pflegeleitbild/> (Zugriff am 20. Januar 2018).
- Bamberg, Eva; Mohr, Gisela; Busch, Christine (2012): Arbeitspsychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Becke, Guido; Bleses, Peter (2016a): „Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik?“, Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 57/2016: 105-126.
- Becke, Guido; Bleses, Peter (2016b): „Zentrale Herausforderungen der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und ihre Folgen“, in: Guido Becke; Peter Bleses; Frerich Frerichs; Monika Goldmann; Barbara Hinding; Martin Schweer (Hg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 11–14.
- Bergmann, Bärbel (2010): „Sozialisationsprozesse bei der Arbeit“, in: Uwe Kleinbeck; Klaus-Helmut Schmidt (Hg.), Arbeitspsychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe, 287-323.
- Besselmann, Klaus; Fillibeck, Heiko; Sowinski, Christine (2004): „Teil II Ambulante Pflege zukunftsweisend gestalten - Qualifikations- und Anforderungsprofil für Pflegenden in der ambulanten Pflege - Die Besonderheiten der häuslichen Pflege“, in: Martha Meyer; Martina Hasseler (Hg.), Ambulante Pflege: neue Wege und Konzepte für die Zukunft: Professionalität erhöhen - Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche, 66-85.
- Bleses, Peter (2015): „Grundlagen“, in: Pflegechancen - Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege - Leitfäden. Bremen: Universität Bremen, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit.
- Bleses, Peter (2017): „Konzeptionelle Grundlagen- Besonderheit der Arbeit und ihrer Organisation in der ambulanten Pflege“, in: Zwischenbericht des Verbundprojekts KOLEGE. Ergebnisse der Analysephase. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 6/2018: Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft, 17-23
- Bleses, Peter; Busse, Britta; Friemer, Andreas; Kludig, Rebecca; Breuer, Jens; Philippi, Luka; Bidmon-Berezinski, Julia; Schnäpp, Matthias (2017): Zwischenbericht des Verbundprojekts KOLEGE. Ergebnisse der Analysephase. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 6/2018: Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin (2015a): „Arbeitsorganisation“, in: Pflegechancen - Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege - Leitfäden. Bremen: Universität Bremen, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin (2015b): „Neugestaltung der Koordination und Interaktion in der ambulanten Pflege: Chancen und Anforderungen für Führungs- und Pflegekräfte“, in: Guido Becke; Peter Bleses (Hg.), Interaktion und Koordination. Wiesbaden: Springer VS, 53–70.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin (2016): „Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege“, in: Guido Becke; Peter Bleses; Frerich Frerichs; Monika Goldmann; Barbara Hinding; Martin Schweer (Hg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 127–144.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Behrens, Miriam (2013): „‘Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten‘ – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege“, in: Guido Becke; Miriam Behrens; Peter Bleses; Kristin Jahns; Stephanie Pöser; Wolfgang Ritter (Hg.), Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. artec-paper. Nr. 189. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, 57-83
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Lürßen, Sina; Pöser, Stephanie (2015): Pflegechancen - Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege - Leitfäden. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Weirich, Margit (2014): Interaktionsarbeit gestalten: Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Bundesgesundheitsministerium (2017): Gesundheitsförderung für Pflegekräfte: Wer pflegt die Pflege? - Lösungsansatz: Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte. Download unter: <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjYhriRirfaAhVOC-wKHZjdCn8QFghHMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.bundesgesundheitsministerium.de%2Ffileadmin>

%2FDateien%2F5_Publikationen%2FPflege%2FPraxisseiten_Pflege%2F10.0.2_Service_Material.pdf &usg=AOvVaw1m5JDgpYbrHTAdO7SNW_PA (Zugriff am 13. April 2018).

- Büscher, Andreas; Horn, Annett (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld.
- Busse, Britta; Bleses, Peter; Kludig, Rebecca (2017): „Analyseergebnisse - Arbeit und Arbeitsorganisation“, in: Zwischenbericht des Verbundprojekts KOLEGE. Ergebnisse der Analysephase. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 6/2018: Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft, 33-52
- Büssing, André; Giesenbauer, Björn; Glaser, Jürgen; Höge, Thomas (2000): Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen; eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für Neue Wissenschaft.
- DBfK (2015): „Das Präventionsgesetz. Chancen und Herausforderungen für die Umsetzung - eine Handlungshilfe für Pflegenden“. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
- Dörge, Christine (2011): „Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege: IST-Situation und Qualifizierungsbedarfe“, in: Didaktik und Bildungsverständnis, Pflegewissenschaft. Hungen: hpsmedia, 189–209.
- Giddens, Anthony (1984): The constitution of society. Los Angeles u.a.: University of California Press.
- Häse, Dörte (2013): 100 Tipps für eine individuelle und schnelle Pflegedokumentation. Hannover: Schlütersche.
- Höhm, Ulrike; Lautenschläger, Manuela; Schwarz, Laura (2016): „Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate“, in: Klaus Jacobs; Adelheid Kuhlmeier; Stefan Greß; Jürgen Klauber; Antje Schwinger (Hg.), Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Pflege-Report. Stuttgart: Schattauer, 73 - 89
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hg.) (2018): Digitalisierung in der Pflege - Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern. Berlin.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hg.) (2017): Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Berlin: BKK Dachverband e. V.
- Karasek, Robert; Theorell, Töres (1990): Healthy work - stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Knoll, Nina; Schwarzer, Ralf (2005): „Soziale Unterstützung“, in: Ralf Schwarzer (Hg.), Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe, 333-350.
- Krause, Andreas; Dorsemagen, Cosima; Stadlinger, Jörg; Baeriswyl, Sophie (2012): „Indirekte und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragung und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement“, in: Bernhard Badura; Antje Ducki; Helmut Schröder; Joachim Klose; Markus Meyer (Hg.), Fehlzeiten-Report 2012. Berlin: Springer, 191-203.
- Kumbruck, Christel; Senghaas-Knobloch, Eva (2006): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Lautenschläger, Sindy; Dörge, Christine (2016): „Kultursensible Pflege in der ambulanten Versorgung: eine qualitative Studie“, Pflege & Gesellschaft 1/2016: 64-77.
- Lazarus, Richard S. (1999): Stress and Emotion: A New Synthesis. New York: Springer Publishing Company.
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012): Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund u.a.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Mielecki, Katrin von (2017): Grenzen des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege in der sozialen Pflegeversicherung. Berlin: Duncker & Humblot
- Moldaschl, Manfred (2010): „Widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Ein nichtlinearer Ansatz zur Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit“, in: Gudrun Faller (Hg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 82–94
- Nothbaum-Leiding, Birgit (2011): Die Praxis der ambulanten Pflege aus der Perspektive einer Pflegekraft: Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Gestaltung des Verhältnisses zu den Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen; eine

- qualitative Studie. Download unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:464-20120111-135642-9> (Zugriff am 08. Mai 2017).
- Palesch, Anja (2016): „Arbeitsorganisation“, in: Anja Palesch (Hg.), Leitfaden Ambulante Pflege. München: Elsevier, 11–24.
- Palesch, Anja; Klau-Fischer, Monika (2016): „Pflegerplanung und Dokumentation“, in: Anja Palesch (Hg.), Leitfaden Ambulante Pflege. München: Elsevier, 24–40.
- Polak, Ute; Garms-Homolova, Vjenka (1999): „Arbeitsbelastung durch neue Anforderungen in der ambulanten Pflege“, in: Andreas Zimmer; Siegfried Weyerer (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 215-227.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013 - Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Schorn, Nicola K. (2011): Stressbewältigung und Burnout im Rettungsdienst. Berlin: Logos.
- Schroer, Markus (2017): Soziologische Theorien - Von den Klassikern bis zur Gegenwart. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Seidl, Kay (2008): „Querschnittstudie zur Ermittlung psychischer Belastungen und Beanspruchungen in der ambulanten Pflege im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung“. HAW Hamburg. Download unter: <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2008/561/> (Zugriff am 12. Mai 2018).
- Selye, Hans. (1974): Stress without distress. Philadelphia: Lippincott.
- Skell, Wolfgang (1994): „Eigenaktives handlungsorientiertes Lernen im Prozeß beruflicher Bildung“, in: Bärbel Bergmann; Peter Richter (Hg.), Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie. Göttingen u.a.: Hogrefe
- Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege - Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: Springer VS.
- Solitaire Pflege (2017): Pflegeleitbild - Solitaire - Pflege und mehr!. Download unter: <https://www.solitaire-pflege.com/leitbild/> (Zugriff am: 20. Januar 2018).
- Spörrle, Mark (2018): Es kann nicht sein, dass der Bürger Angst vor der Pflege hat. Zeit Online, März 2018 Download unter: <https://www.zeit.de/hamburg/2018-03/elbvertiefung-29-03-2018> (Zugriff am: 25. April 2018).
- Stangl, Werner (2018): Eustress. Download unter: <http://lexikon.stangl.eu/4136/eustress/> (Zugriff am: 5. Januar 2018).
- Statistisches Bundesamt (2017): „Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse“. Wiesbaden.
- Wolf-Ostermann, Karin; Langer, Gero; Bratan, Tanja; Seibert, Kathrin; Hanf, Maria; Richter, Christin; Aichinger, Heike; Peschke, Dirk (2017): Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation SV16-9002 (EVASIS) - Abschlussbericht. Bremen. Download unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/evasis.jsp (Zugriff am 27. Januar 2018).
- Zapf, Dieter; Semmer, Norbert (2004): „Stress und Gesundheit in Organisationen“, in: Heinz Schuler (Hg.), Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft

Nr. 1

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Neue Governance-Formen in Wirtschaft, Arbeit und Stadt/Region.

Nr. 2

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Der Wandel maritimer Strukturen.

Nr. 3

Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Kühn, Manuel (2009): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 4

Baumheier, Ulrike/Schwarzer, Thomas (2009): Neue Ansätze der Vernetzung durch Quartierszentren in Bremen.

Nr. 5

Warsewa, Günter (2010): Evaluation und Optimierung institutioneller Praktiken der Beratung und Förderung von Existenzgründerinnen.

Nr. 6

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2010): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 7

Baumheier, Ulrike/Fortmann, Claudia/Warsewa, Günter (2010): Schulen in lokalen Bildungs- und Integrationsnetzwerken.

Nr. 8

Sommer, Jörg/Wehlau, Diana (2010): Governance der Politikberatung in der deutschen Rentenpolitik.

Nr. 9

Fortmann, Claudia/von Rittern, Roy/Warsewa, Günter (2011): Zum Umgang mit Diversität und Heterogenität in Bildungslandschaften.

Nr. 10

Klöpper, Arne/Holtrup, André (2011): Ambivalenzen betrieblicher Krisenbewältigung.

Nr. 11

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2011): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 12

Rosenthal, Peer/Sommer Jörg/Matysik, Alexander (2012): Wandel von Reziprozität in der deutschen Arbeitsmarktpolitik

Nr. 13

Schröter, Anne (2012): Zur Bedürftigkeit von Aufstocker-Familien

Nr. 14

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Wolnik Kevin (2012): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 15

Almstadt, Esther/Gebauer, Günter/Medjedovic, Irena (2012): Arbeitsplatz Kita – Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Nr. 16

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2013): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr.17

Barlen, Vivien (2014): Herausforderung Leiharbeit und Werkverträge. Strategien der Mitbestimmung auf gewerkschaftlicher und betrieblicher Ebene im Organisationsbereich der IG Metall.

Nr. 18

Böhme, René/Warsewa, Günter (2014): „Urban Improvement Districts“ als Instrumente lokaler Governance.

Nr. 19

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2014): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 20

Dombois, R. (2015): Wohlfahrtsmix, Wohlfahrtsregime und Arbeit in Lateinamerika.

Nr. 21

Dingeldey, Irene/Kathmann, Till (2017): Einführung und Wirkmächtigkeit des gesetzlichen Mindestlohns. Institutionelle Reformen und gewerkschaftliche Strategien in einem segmentierten Tarifsystern.

Nr. 22

Peter, Tobias (2017): Die fiskalischen Kosten der Minijobs.

Nr. 23

Nischwitz, Guido/Böhme, Rene/Fortmann, Fabian (2017): Kommunale Wirtschaftsförderung in Bremen. – Handlungsrahmen, Programme und Wirkungen-

Nr. 24

Bleses, Peter/Busse, Britta/Friemer, Andreas/Kludig, Rebecca/Breuer, Jens/Philippi, Luka/Schnäpp, Matthias/Bidmon-Berezinski, Julia (2018): Das Verbundprojekt KOLEGE: Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege.

Nr. 25

Mossig, Ivo/Warsewa, Günter/Wolnik, Kevin/Fortmann, Fabian/Bas, Jessica (2018): Studentisches Wohnen in Bremen und Bremerhaven.

Nr. 26

Kludig, Rebecca (2019): Die Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege: Einfluss von arbeitsvor- und nachbereitenden Kommunikationsstrukturen.