



DIPLOMARBEIT

Titel

„Psychische Belastungen des Intensivpflegepersonals“

Eine qualitative Studie an Intensivstationen in Wien

Verfasser

Ganster Robert

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Univ. Prof. Dr. Walter Klimscha

Erklärung

Hiermit erkläre ich, Ganster Robert, dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst habe. Weiters wurden von mir keine anderen Hilfsmittel und Quellen als angegeben verwendet.

Wien, im September 2009

Inhaltsangabe:

1. Einleitung	1
1.1 <i>Zur Wahl des Themas, Die Relevanz</i>	1
1.2 <i>Darstellung der Thematik</i>	2
2. Die Intensivstation	4
2.1 <i>Eine Vorstellung</i>	4
2.2 <i>Gerätetechnik auf höchstem Niveau</i>	5
2.2.1 <i>Monitoring Herz- Kreislaufüberwachung</i>	6
2.2.2 <i>Beatmung des Intensivpatienten</i>	7
2.2.3 <i>Infusionsgeräte</i>	7
2.2.4 <i>Atemgasbefeuchtung</i>	8
2.2.5 <i>Nierenersatztherapie</i>	9
2.2.5 <i>Spezialbetten</i>	10
2.2.6 <i>Allgemeine Erklärung zur Bedienung</i>	11
2.3 <i>Die gesetzlichen Voraussetzungen</i>	11
2.3.1 <i>Das Berufsbild</i>	11
2.3.2 <i>Die gesetzliche Regelung für die Ausübung der allgemeinen Krankenpflege</i>	11
2.3.3 <i>Auswahlverfahren für die Eignung zur Intensivpflege</i>	12
2.3.4 <i>Die gesetzliche Regelung für Tätigkeit im Spezialbereich</i>	12
2.4 <i>Tätigkeitsbereiche</i>	14
2.4.1 <i>Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	14
2.4.2 <i>Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	15
2.4.3 <i>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</i>	16
2.4.4 <i>Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereich</i>	16
2.5 <i>Vorstellung des pflegerischen Dienstablaufs auf der Intensivstation</i>	18
2.5.1 <i>Der Tagdienst</i>	18
2.5.2 <i>Der Nachtdienst</i>	22

3. Belastungsfaktoren der Intensivpflege	23
3.1 Die Lärmproblematik.....	23
3.1.1 Grenzwerte des Gehörs.....	24
3.1.2 Lärmmessungen und Probleme.....	25
3.1.3 Regelbare und unregelbare Alarme.....	28
3.1.4 Alarmhäufigkeiten.....	29
3.1.5 Psychische Auswirkungen von Lärm	29
3.1.6 Erhebungen zum Thema der Geräuschkulisse.....	32
3.2 Die Arbeitszeiten.....	33
3.2.1 Arbeitszeitregelung	33
3.2.2 Die Nachtdienstarbeit.....	34
3.2.3 Nachtdienstarbeit beeinflusst die Leistungsfähigkeit	35
3.2.4 Arbeitszufriedenheit in Europa.....	36
3.3 Erwartungen als Belastung?	37
3.3.1 Erwartungen der Patienten und Angehörigen.....	38
3.3.2 Anerkennung	39
3.3.3 Studien	40
3.3.4 Negative Aspekte.....	41
3.3.5 Kontakt mit Angehörigen.....	42
3.3.6 Grenzen des Machbaren.....	43
3.3.7 Die emotionale Distanz.....	44
3.3.8 Krise.....	44
3.4 Weitere belastende Faktoren	45
3.4.1 Das Zeitmanagement	45
3.4.2 Personalmangel	45
3.4.3 Infektionsgefahr	46
3.4.4 Das kreative Gleichgewicht.....	46

3.4.5 Drei wichtige Orientierungsfragen.....	47
4. Mögliche Auswirkungen der Belastung.....	47
4.1 Stress	47
4.1.1 Ist Belastung Stress?	48
4.1.2 Definitionen von Stress	50
4.1.3 Stressarten	51
4.1.4 Stresstheorien.....	52
4.1.5 Stresstypen	55
4.1.6 Mögliche Stressoren	57
4.1.7 Auswirkungen von Stress	58
4.1.8 Weitere Auswirkungen von Stress.....	60
4.2 Die post-traumatische Belastungsstörung.....	62
4.2.1 Risikogruppen und weitere Symptome	63
4.3 Das Burnout-Syndrom	65
4.3.1 Begriffsbestimmung	66
4.3.2 Phasen des Burnout- Syndroms	67
4.3.3 Risikofaktoren für Burnout	68
4.3.4 Auswirkungen auf die Person	69
4.3.5 Auswirkungen auf die Arbeit.....	70
4.3.6 Eine Studie bei Erwerbstätigen.....	70
4.3.7 Studien im speziellen Bereich der Pflege.....	71
4.3.8 Was kann man präventiv tun?.....	72
4.3.9 Stresskompetenz	72
4.4 Depression.....	73
4.4.1 Auslöser der Depression.....	74
4.4.2 Symptome	75
4.4.3 Studien im Pflegeberuf.....	76

5. Empirischer Teil	77
5.1 Hintergrund.....	77
5.2 Methode	77
5.3 Kategorisierung.....	78
5.3.1 Kategorien	78
5.4 Interviews	83
5.5 Interpretation der Interviews	83
5.5.1 Warum arbeiten Pflegepersonen auf der Intensivstation?	83
5.5.2 Wie sehen Sie die Hochtechnisierung und die Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung?	84
5.5.3 Empfinden Sie speziell die Lärmkulisse durch die Geräte als Belastung?.....	85
5.5.4 Sehen sie die verschiedenen Verantwortungsbereiche als Belastung an?	87
5.5.5 Sind Akutsituationen eine Belastung?	88
5.5.6 Dienstzeiten als Belastung?	90
5.6 Erwartungshaltung als Belastung?	92
5.6.1 Erwartungshaltung der Angehörigen	92
5.6.2 Erwartungshaltung der Patienten.....	93
5.6.3 Die Anerkennung der Tätigkeit.....	94
5.7 Schwierige Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe als Belastung?	96
5.7.1 Mögliche Grenzen des Machbaren.....	96
5.7.2 Das Alter als Belastungskriterium.....	96
5.7.3 Die emotionale Distanz.....	97
5.8 Die Infektionsgefahr als belastender Faktor	97
5.9 Personalmangel.....	98
5.10 Das soziale Umfeld.....	100
5.11 Ranking der belastenden Komponenten.....	101
5.12 Was soll man ändern?.....	101
5.13 Die Pflege und der Status in der Gesellschaft.....	102

6. Conclusio.....	103
6.1 <i>Ausblick in die Zukunft</i>.....	103
6.2 <i>Danksagung</i>.....	104
6.3 <i>Index</i>	105
6.3.1 <i>Abkürzungen</i>	105
6.3.2 <i>Erklärungen</i>	105
6.4 <i>Literaturliste</i>.....	106
7. Anhang.....	111
7.1 <i>Abstract</i>	111
7.1.1 <i>Methode</i>	111
7.1.2 <i>Ergebnisse</i>	111
7.1.3 <i>Ausblick</i>	112
7.2 <i>Lebenslauf</i>.....	113

1. Einleitung

Ich bin seit 10 Jahren an verschiedenen Intensivstationen der Gemeinde Wien tätig. Vor dieser Tätigkeit erlernte ich den Beruf des Elektroinstallateurs, leistete dann den Zivildienst beim Roten Kreuz in Mürzzuschlag ab und begann 1994 an der Krankenpflegeschule am Donauspital die Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, die ich 1997 erfolgreich beendete. Von 1997-2002 arbeitete ich an der Internistischen Intensivstation am SMZ- Süd und seit 2002 bin ich am Donauspital an der Anästhesiologischen Intensivstation angestellt. Weiters absolvierte ich noch die Sonderausbildung für Intensivpflege an der Fortbildungsakademie am AKH Wien.

Während meiner Tätigkeit in der Intensivpflege lernte ich durch die verschiedenen Aspekte meiner Arbeit auch einige Schattenseiten des schönen Berufes kennen. Der hohe Grad an psychischer Belastung durch Akutsituationen, komplexe Krankheitsbilder, Schicksale usw. ist nicht zu unterschätzen. Auch die physische Belastung des Pflegepersonales durch Mobilisation, Heben und andere fachspezifische Tätigkeiten geht konform mit einem hohen Maß an Beanspruchung.

1.1 Zur Wahl des Themas, Die Relevanz

Wie in der persönlichen Einleitung angesprochen hat das gewählte Thema einen sehr hohen Stellenwert um die Belastungen die auf das Pflegepersonal einwirken aufzuzeigen, und möglicherweise auch neue Ansätze und Ideen zu bieten. Es ist in diesem Beruf essentiell das psychische und physische Wohlbefinden zu erhalten, denn Leistungsfähigkeit kumuliert aus den Gesundheitsfaktoren.

1.2 Darstellung der Thematik

Als Einleitung und Darstellung der Krankenpflege ist das folgende Zitat von Thallner ein Spiegelbild der Tätigkeiten in diesem Bereich;

Krankenpflege muss an 24 Stunden am Tag und an 7 Tagen in der Woche geleistet werden¹

In der Krankenpflege gibt es sehr viele “krankmachende“ Faktoren. Je nach Art der Ausübung der professionellen Pflege, ob auf einer Normalstation, im Operationsbereich, oder im speziellen Fall auf einer Intensivstation, kommt es zu einer Vielzahl an Einflüssen. Dazu zählen die psychischen Belastungen wie der hohe Grad an Verantwortung, auch die Verpflichtung bzw. der essentielle Bestandteil immer „up to date“ zu sein. Neue Therapieformen, Behandlungsmöglichkeiten und Pflegeforschungsergebnisse anzuwenden steht ebenfalls an der Tagesordnung.. Besonders die Technisierung auf den Intensivstationen birgt ein hohes Maß an belastenden Komponenten. Aus persönlicher Erfahrung kann ich berichten, dass es oft bei Besuchern großes Staunen auslöst in welchem hoch technisierten Umfeld die Pflege und Therapie der Patienten abläuft.

„ Was ihr alles macht und welche Geräte ihr bedient. Das hätte ich nicht gedacht!“

Aus diesem Statement von Besuchern interpretiere ich, dass die Pflege in der Öffentlichkeit noch immer einen geringen Stellenwert genießt. Besonders die Belastungen des Pflegepersonals sind selten in den Medien publiziert geworden. Durch die beliebten Fernsehsendungen wie Grey`s Anatomy oder Emergency Room wird der Öffentlichkeit ein Bild dargestellt, wo es permanent Notfälle gibt. Dies sind aber nicht alle Anforderungen an

¹ Thallner W., Belastungen und Konflikte im Pflegedienst, Pflegeserver Österreich, 17.3.2006, S 2, aus: Bartholomeycik,1993, S.86,f

das Pflegepersonal auf einer Intensivstation, *denn die Arbeit mit Schwerkranken verlangt dem Pflegepersonal zusätzliche Qualifikationen ab.*²

Im Pschyrembel wird die Intensivmedizin wie folgt definiert;

*„Intensivmedizin: engl. Intensive care medicine; Behandlung mit den bestmöglichen räumlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen zur Überwachung und Therapie von Patienten mit lebensbedrohenden Erkrankungen oder Komplikationen, unter Anwendung aller therapeutischen Möglichkeiten, dh. auch zum temporären Ersatz gestörter oder ausgefallener Organfunktionen (z.B. durch Beatmung; Hämodialyse;...)“*³

Durch dieses Zitat wird die Arbeit auf einer Intensivstation fassbar und realistisch dargestellt. Die Intensität dieser Behandlungseinheiten, das Arbeiten am Limit, das Streben nach Fortschritt und nicht zu vergessen die menschliche Komponente machen diese Arbeit so reizvoll und interessant. Jedoch verbergen sich einige Gefahren, die aufzuzeigen sind.

² Roschitz P., aus: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2005/12/roschitz.pdf (10.11.2008)

³ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter- Berlin- New York,1994

2. Die Intensivstation

2.1 Eine Vorstellung



Eine weitere Definition;

Die Intensivstation, englisch Intensiv-Care-Unit, definiert sich als Krankenstation mit einer besonderen personellen, räumlichen und materiellen Ausstattung zur bestmöglichen Behandlung und Pflege von Patienten im Rahmen der Intensivmedizin. Die Intensivstation beschäftigt sich mit der Überwachung und Therapie von lebensbedrohlich erkrankten Patienten.⁴

Es kommt zu einem Höchstmaß an Behandlungsintensität mittels professioneller Pflege und auch maschinellen Therapiemöglichkeiten. Beatmungs-, Infusions-, Nierenersatzgeräte, sowie Monitore zur Herz- und Blutdrucküberwachung sind Routine auf einer Intensivstation.

Je nach Spezialgebieten, wie den Disziplinen

- Anästhesie,
- Innere Medizin
- Neurochirurgie,
- Verbrennung,
- Neonatologie,
- und Pädiatrie,

⁴ Roschitz P., Ebd.

variieren die maschinelle Bestückung, die Therapieformen und die Anforderungen an das Pflegepersonal. Schwerpunktspitäler wie das Donauespital oder das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien, haben mehrere fachspezifische Intensivstationen der aufgezählten Disziplinen, um eine optimale Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

2.2 Gerätetechnik auf höchstem Niveau



Die ständige Überwachung der Intensivpatienten ist ein wichtiger Baustein der Therapie. Mit diesen Systemen wird mittels eines Zugangs in einer Arterie permanent der Blutdruck gemessen. Weitere Parameter, wie die Herzfrequenz, die Atemfrequenz, die Sauerstoffsättigung, der intracerebrale Druck⁵, die cerebrale Perfusion⁶, und der Puls sind wichtige Indikatoren für das frühzeitige Erkennen von Veränderungen des Zustandsbildes der Patienten. Durch verschiedene Alarmsequenzen wird das Personal bei Überschreiten gewisser Parameter informiert, und kann somit frühzeitig Handlungen setzen. Die Überwachung erfolgt wie schon angeführt über einen Zentralmonitor, der die Alarmmeldungen je nach Patientenposition anzeigt.

Intensivstationen sind für das jeweilige Spezialgebiet mit verschiedenen Geräten bestückt. Die folgenden Beschreibungen sollen einen kleinen Einblick über das hochtechnische

⁵ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, 1. Auflage, Lübeck –Stuttgart-Jena-Ulm, 1997, S.560

⁶ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, S.560

Ambiente geben. Die Intensivmedizin beschäftigt sich mit der Überwachung und Therapie bei lebensbedrohlichen Zustandsbildern. Der Name „Intensiv“ benennt das Gemeinte sehr gut.

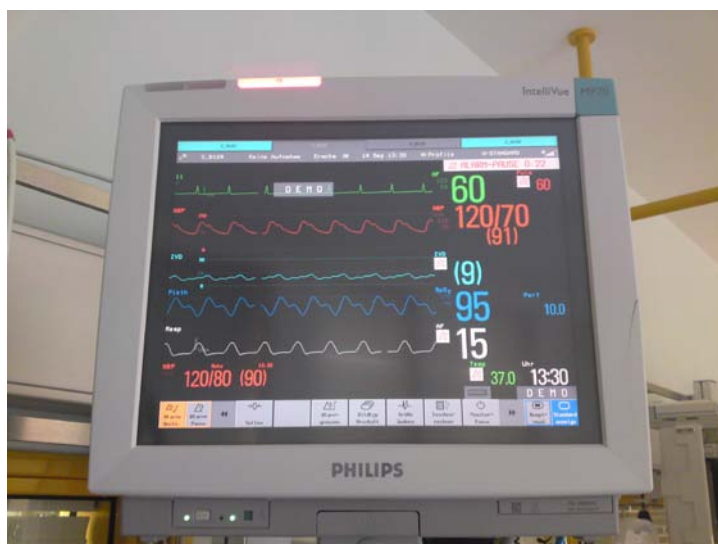
In den frühen 60er Jahren begann die Überwachung von Patienten auf Intensivstationen mit Hilfe von technischen Überwachungsgeräten, wie z.B. der kontinuierlichen EKG- Ableitung.⁷

Man unterscheidet Geräte zur Therapie, wie Beatmungsmaschinen, Infusionspumpen, Spritzenpumpen, Nierenersatzgeräten, thermische Therapiegeräte und therapeutische Bettsysteme, sowie Geräte zur Überwachung.

2.2.1 Monitoring Herz- Kreislaufüberwachung

Die Herz- Kreislaufüberwachung ist auf einer Intensivstation essentiell. Die Verbindung erfolgt mittels eines Kabels an einen Computer, und wird dann an einen Zentralmonitor angeschlossen. Damit kann das gesamte pflegerische- und ärztliche Personal jederzeit von jeder Position Alarmmeldungen sehen. Die Einrichtung der Alarmgrenzen obliegt den zuständigen diensthabenden Personen. Damit ist eine permanente Überwachung der Patienten gewährleistet.

Eine Veranschaulichung bringt Abbildung 1;



⁷ http://www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation (17.3.2006)

2.2.2 Beatmung des Intensivpatienten

In der Intensivmedizin ist oft eine Beatmung des Patienten notwendig. Das geschieht mit einer hochtechnischen Maschine, die an die Bedürfnisse des Patienten angepasst wird. Die Überwachung und Wartung dieser Apparaturen übernimmt das Pflegepersonal, die Einstellungen werden vom ärztlichen Personal nach Abstimmung mit den neuesten Laborparametern, angepasst. Diese Beatmungsmaschinen dienen der Unterstützung und Therapie bei verschiedenen Krankheitsbildern. Folgende Abbildung 2 bringt ein Beispiel einer Beatmungseinheit;



Abb.2⁸

2.2.3 Infusionsgeräte

Sie dienen zur Infusionstherapie, d.h. zur intravenösen oder anders bestimmten Applikation von Medikamenten. Man unterscheidet eine Dauerinfusion, oder alternierende Infusionstherapien. Die Bedienung, der Wechsel und die Aufbereitung der Medikamente obliegt dem Pflegepersonal. Diese Tätigkeiten unterliegen einem strengen Schema, welches sich an Wechselwirkungen, Dosen, und der Verträglichkeit mit anderen Medikamenten orientiert.

In der Sonderausbildung für Intensivpflege, welche verpflichtend für das Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren ist, liegt ein Schwerpunkt in der Pharmakologie. Dort wird das Wissen über die Wirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten angeeignet. Somit kommt den Pflegepersonen bei dieser Arbeit ein hohes Maß an Verantwortung zu. Über das zentrale Dokumentationssystem ordnet das ärztliche Personal die Medikamente an, für das verabreichende Pflegepersonal kommt hier, wie vom Gesetzesgeber angegeben, die Durchführungsverantwortung zum

⁸ http://www.draeger.com/MT/internet/pdf/lib/de/ventilation/evita4_edition_br.pdf (17.11.2008)

Tragen. Die Kontrolle über die ordnungsgemäße Verabreichung, die Applikationsraten und die Wirkung ist ein essentieller Bestandteil der Arbeit des Intensivpflegepersonals.

In Abbildung 3 ist ein Infusionsgerät zu sehen;

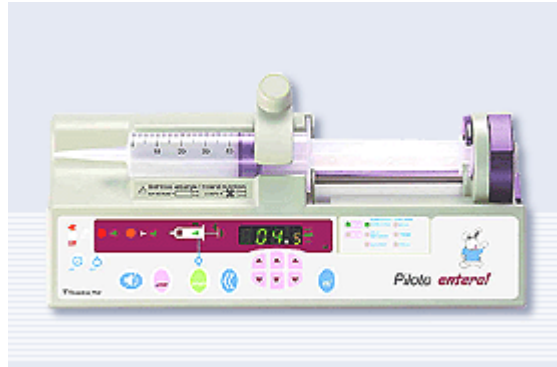


Abb.3⁹

2.2.4 Atemgasbefeuchtung

Bei beatmeten Patienten ist die physiologische Befeuchtung der Atemluft aufgehoben. Somit erfolgt diese mittels einer automatischen Atemgasbefeuchtung. Dieses Gerät ersetzt die natürliche Befeuchtung der Atemluft, und führt sie dem Patienten zu. Dem Pflegepersonal kommt eine verantwortungsvolle Tätigkeit bei der Überprüfung, Wartung und Kontrolle hinzu. Als Beispiel dient folgende Abbildung 4;



Abb.4¹⁰

⁹ <http://www.pharmaco.co.nz/?t=85> (17.11.2008)

¹⁰ <http://www.atemgasbefeuchtung.de> (18.11.2008)

2.2.5 Nierenersatztherapie

Die Nierenersatztherapie gehört zu den Routine-Therapieformen. Sie kommt bei schweren Erkrankungen zur Anwendung. Bekannte Krankheitsbilder sind das akute Nierenversagen, die terminale Niereninsuffizienz, die Entgiftung usw. Dieses Blutreinigungsverfahren wird auf der Intensivstation angewendet. Die Verantwortung der Bedienung des Gerätes liegt im interdisziplinären Bereich der verschiedenen Berufsgruppen, die Handhabung obliegt dem Pflege-, die Wahl der Therapieform dem ärztlichen Personal. Nach dem Aufbau der Maschine durch das Pflegepersonal wird das System in Betrieb gesetzt. *Während einer Akutdialyse besteht eine permanente Anwesenheitspflicht der durchführenden Pflegekraft. Eine lückenlose Beobachtung des Patienten und der laufenden Maschine sind zwingend notwendig. Eine fortlaufende mindestens halbstündige Dokumentation aller beobachteten Parameter, sowie aller Maschinenwerte sind Pflicht.*¹¹

Die wichtigsten Parameter werden mittels einer Schnittstelle an das automatische Dokumentationssystem übertragen und aktualisiert. Wie bei allen verwendeten Maschinen bedarf es einer professionellen Einschulung durch eine ausgebildete Fachkraft. Jede die Maschine benutzende Person hat diese nachzuweisen!

In Abbildung 5 sehen sie ein Beispiel der Nierenersatztherapie;



¹¹ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, S.451

Diese Vorstellung der Überwachungseinheiten und Geräte zur Therapie und Überwachung der Intensivpatienten sollte einen kurzen Einblick geben, welches technische Know-how sich das Personal aneignen muss. Diese unentbehrlichen Hilfsmittel in der intensiv-pflegerischen und intensivmedizinischen Betreuung von Schwerstkranken sind Hightech-Geräte. Die Liste dieser einstellbaren, regulierbaren, berechenbaren Hilfsmittel könnte um ein Vielfaches erweitert werden. Bei allem Hightech bleibt jedoch der Patient mit seinen elementaren menschlichen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Die Kombination zwischen Hightech- und psychosozialer Betreuung ist der Kern pflegerischer Arbeit auf der Intensivstation.¹²

2.2.5 Spezialbetten

Die Bettlägerigkeit während der Intensivtherapie stellt ein hohes Risiko für Komplikationen (z.B. Wundliegen) dar und verlangt aus therapeutischer und prophylaktischer Sicht spezielle Bettsysteme. Diese dienen einerseits zur Therapie, aber auch zur Prophylaxe gegen Komplikationen wie dem Auftreten von Haut- und Gewebeschädigungen, die durch das Krankheitsbild potenziert werden. Dem Pflegepersonal kommt hier eine sehr wichtige Rolle zu. Es beurteilt die Notwendigkeit und die Art des Bettsystems. Verschiedene Firmen bieten eine reiche Palette an therapeutischen und prophylaktischen Möglichkeiten an. Zur Anwendung kommen hochwertige Materialien in Kombination mit vollautomatischen Funktionen zur Lagerung und Therapie. Eine Veranschaulichung eines solchen Systems bringt die Abbildung 6



Abb.6¹³

¹² <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/119546/> (15.4.2007)

¹³ <http://www.kcimedical.com/kci/austria/kcitherapien/antidekubitussystemeundadipositasversorgung/produkte/hohesdekubitusrisiko/therapulseatp/therapulseatp.htm> (18.11.2008)

2.2.6 Allgemeine Erklärung zur Bedienung

Die Bedienung der komplexen Gerätetechnik erfordert ein hohes Grundverständnis, sowohl in technischer Hinsicht, als auch in der Fähigkeit Querverbindungen zu schaffen. Um die Technik und Handhabung zu beherrschen bedarf es einer gewissenhaften Einschulung. Diese geschieht durch die jeweiligen Firmen. Jede mit dem Gerät arbeitende Person durchläuft eine solche Phase der Ausbildung.

2.3 Die gesetzlichen Voraussetzungen

2.3.1 Das Berufsbild

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.¹⁴

2.3.2 Die gesetzliche Regelung für die Ausübung der allgemeinen Krankenpflege

Die gesetzlichen Voraussetzungen zur Ausübung des Berufes des Gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sehen eine schulische Ausbildung vor, die im Krankenpflegegesetz verankert ist. Eine Veranschaulichung des Umfanges der Ausbildung bieten folgende Auszüge aus dem Gesetzestext.

§41 (1) Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre und dient der Vermittlung der zur Ausübung des Berufes erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten.

(2) Die Ausbildung in der (...) hat mindestens 4600 Stunden in Theorie und Praxis zu enthalten, (...)

¹⁴ Sladeczek E., et al., Recht für Gesundheitsberufe, 2.Auflage, Lexis Nexis Verlag, Wien 2004, S.52

(3) Die Ausbildung in der (...) erfolgt an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.¹⁵

Umgangssprachlich erläutert handelt es sich hierbei um die Ausbildung zur/zum Diplomkrankenschwester/pfleger mit Qualifikation in der allgemeinen Krankenpflege.

Mit der Gesetzesänderung 1997 kam es zu einer Änderung der Bezeichnung, also zum Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

2.3.3 Auswahlverfahren für die Eignung zur Intensivpflege

Für die Tätigkeit auf einer Intensivstation der Gemeinde Wien, muss eine Pflegeperson ein psychologisches Auswahlverfahren, den so genannten „PAFI-Test“, durchlaufen. Das Ziel dieses Tests ist es, gezielt jene Krankenpflegepersonen zu identifizieren, die über optimale persönliche und soziale Voraussetzungen für die Arbeit im Intensivbereich verfügen. Anhand eines Projektes im Auftrag der Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbundes, wurde diese Selektion entwickelt. Das Hauptanliegen des Verfahrens ist die Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung durch den Einsatz von Mitarbeitern, mit arbeitsplatzspezifisch hoher Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz.¹⁶ Dieses Auswahlverfahren kommt aber nur als Zugangsvoraussetzung für die Tätigkeit auf Intensivstationen der Gemeinde Wien zur Anwendung. In anderen Spitälern und Bundesländern gibt es keine oder andere Selektionsverfahren.

2.3.4 Die gesetzliche Regelung für Tätigkeit im Spezialbereich

Zur Ausübung von erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereichen wie der Intensivpflege sieht der Gesetzesgeber eine Zusatzausbildung vor. Dieses Spezialgebiet der Gesundheits- und Krankenpflege bedarf einer weiteren Ausbildung die wie folgt definiert ist;

¹⁵ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, § 41, Teil 1, 1997, S.1295

¹⁶ Team Krischkowsky, Zugangsvoraussetzungen für dipl. Krankenpflegepersonen an Intensivstationen, Projektbericht, S.3, ff

§65 (1) Angehörige des gehobenen Dienstes (...) sind verpflichtet, eine Sonderausbildung zu absolvieren, sofern sie in einem erweiterten Tätigkeitsbereich gemäß § 17 Abs. 1 tätig werden.¹⁷

§68 (1) Die Sonderausbildungen in der Intensivpflege, (...) umfassen eine gemeinsame Basisausbildung und eine spezielle Zusatzausbildung.

(2) Die Basisausbildung gemäß Abs.1 dauert mindestens vier Monate und umfasst mindestens 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. (...)

Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

- *Pflege und Überwachung von Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden*
- *(...)*
- *Reanimation und Schocktherapie*
- *Spezielle Pharmakologie*
- *(..)*
- *Biomedizinische Technik und Gerätelehre*
- *Kommunikation und Ethik¹⁸*

Nach erfolgreicher Absolvierung der Basisausbildung, beinhaltet diese Sonderausbildung in der Intensivpflege noch eine spezielle Zusatzausbildung, welche im Gesetz wie folgt geregelt ist;

(3) Die spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege dauert mindestens vier Monate und beinhaltet mindestens 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Sie beinhaltet neben der Spezialisierung (...) folgende Sachgebiete:

- *1. Spezielle Pflege von Patienten im Intensivbereich*
- *2. Grundlagen der Intensivtherapie*
- *3. Anästhesieverfahren¹⁹*

Laut der gesetzlichen Regelung dürfen diese Spezialaufgaben berufsmäßig bereits vor Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung ausgeübt werden, jedoch ist die

¹⁷ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, § 65, S.1302

¹⁸ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, §68, S.1304

¹⁹ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), Ebd

erfolgreiche Absolvierung dieser innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit nachzuweisen.

2.4 Tätigkeitsbereiche

Die verschiedenen Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind gesetzlich in mehrere Bereiche gegliedert. Sie sind ein essentieller Bestandteil für die Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Gesetzesgeber sieht darin eine klare Abgrenzung der Kompetenzen vor. Die Aufzählung dieser trägt zum besseren Verständnis der Tätigkeiten und gesetzlich geregelten Bereiche bei.

2.4.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich gehören grundsätzlich alle pflegerischen Maßnahmen. Durch diesen Auszug aus dem Gesetzestext wird dieser eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich veranschaulicht.

§14 (1) Die Ausübung des gehobenen(...) umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen(...)

(2) Der eigenverantwortliche Bereich umfasst insbesondere:

- *Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten(...) zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen(Pflegeanamnese)*
- *Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)*
- *Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende Maßnahmen (Pflegeplanung)*
- *(...)*
- *Dokumentation des Pflegeprozesses*
- *(...)*
- *Mitwirkung in der Pflegeforschung²⁰*

²⁰ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, §14, S.1285

Eigenverantwortlich durchgeführt werden auch lebensrettende Sofortmaßnahmen, solange kein Arzt zur Verfügung steht. Lebensrettende Sofortmaßnahmen sind insbesondere die Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten und die Verabreichung von Sauerstoff. (...)

Weiters gehören zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals (z.Bsp. Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienste) sowie die Anleitung und Begleitung der Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen.²¹

2.4.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Dieser Bereich umfasst die Kategorie der durchführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung. Daraus entsteht eine geteilte Verantwortung die sich wie folgt darstellt;

§15 (1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

(5) Der mitverantwortliche Bereich umfasst insbesondere

- *Verabreichung von Arzneimitteln*
- *Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen*
- *Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen*
- *Blutentnahme aus der Vene(...)*
- *Setzen transurethraler Blasenkatheter (...)*
- *Legen von Magensonden²²*

²¹ Sladeczek E., et al., Recht für Gesundheitsberufe, 2004, S. 52,f

²² Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBI, §15, S.1285,f

Im Rahmen dieses Tätigkeitsbereiches besteht auch das Recht für die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die angeordneten Tätigkeiten nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen weiter zu übertragen, und die Aufsicht über deren Durchführung zu übernehmen.²³

Wie im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich angeführt, fällt dies unter den Punkt der Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal, bzw. der Anleitung von SchülerInnen.

2.4.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Dieser Bereich umfasst die Bereiche, wo es zu einer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens kommt.

§16 (2) Im (...)haben Angehörige des gehobenen Dienstes (...) das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle in diesem Bereich gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Bereich umfasst insbesondere

- *Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit.*
- *Vorbereitung der Patienten (...) auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die (...) und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung*
- *Gesundheitsberatung*
- *Beratung und Sorge für die Betreuung(...)²⁴*

Zusammengefasst haben die Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht für die oben genannten Maßnahmen. Es gilt jedoch die Durchführungsverantwortung für jede gesetzte Maßnahme.

2.4.4 Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereich

Dieser Bereich umfasst die Ausübung von Spezialaufgaben die, wie bereits bekannt, einer Zusatzausbildung bedürfen. Nach erfolgreicher Beendigung dieser umfassen die Kompetenzen zusätzlich folgende Punkte, die im Gesetz verankert sind.

²³ Sladeczek E., et al., Recht für Gesundheitsberufe, 2004, S. 53

²⁴ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, §16, S.1286

§20 (1) Die Intensivpflege umfasst die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von Schwerstkranken sowie die Mitwirkung bei Anästhesie und Nierenersatztherapie.

(4) Zu den Tätigkeitsbereichen gemäß Abs.1 bis 3 zählen insbesondere

- Mitwirkung an der Reanimation und Schocktherapie*
- Mitwirkung an sämtlichen Anästhesieverfahren*
- Überwachung und Betreuung schwerstkranker und ateminsuffizienter Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden*
- Mitwirkung an der Überwachung und Funktionsaufrechterhaltung der apparativen Ausstattung (Monitoring, Beatmung, Katheter und dazugehörige Infusionssysteme)*
- Blutentnahme aus liegenden Kathetern und Arterienkathetern*
- Legen von Magen-, Duodenal- und Temperatursonden*
- Durchführung und Überwachung der Eliminationsverfahren bei liegendem Katheter*
- Mitwirkung an der Durchführung und Überwachung des extrakorporalen Kreislaufs, insbesondere bei Nierenersatztherapie und Entgiftungsverfahren, ausgenommen Setzen der hierfür erforderlichen Katheter²⁵*

Auf einer Intensivstation herrscht ständiges Arbeiten am Limit mit größter Verantwortung und Hightech- Medizin und Pflege!

Durch die Erweiterung der Kompetenzen und Tätigkeiten nach Absolvierung der Zusatzausbildung für Intensivpflege, kommt den auf Intensivstationen tätigen Pflegepersonen ein großes Maß an Verantwortung hinzu. Sie haben sich zusätzliche Qualifikationen wie tiefgreifende anatomische, physiologische, aber auch pharmakologische Kenntnisse anzueignen.

Der Umgang und die Handhabung hochtechnisierter medizinischer Geräte, erfordern ein Grundverständnis und die Bereitschaft zur ständigen Fortbildung über Neuerung am Markt. Nicht zu vergessen ist die ständige Lernbereitschaft zur Erlangung neuer pflegerischer Erkenntnisse. Verschiedene Handlungsabläufe müssen automatisiert werden, was eine sehr hohe Fähigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit erfordert. Die Reaktion auf verschiedene Akutsituationen verlangt ein hohes Maß an Kompetenz, aber auch eine Prioritätensetzung auf die der jeweiligen Situation entsprechenden, Tätigkeiten.

²⁵ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl, §15, S.1287

2.5 Vorstellung des pflegerischen Dienstablaufs auf der Intensivstation

Diesen Punkt der Arbeit sehe ich als sehr wichtig für das Verständnis für Außenstehende an, die nicht den Einblick in die Abläufe und die Strukturen der Tätigkeiten auf einer Intensivstation haben. Die Komplexität der verschiedenen Einflüsse, seien sie auf nicht vorhersehbaren Ereignissen basierend, oder einfach nur Routine, bestimmt den Tagesablauf gravierend. Oftmalig sind Organisations- und auch Improvisationsfähigkeiten notwendig.

2.5.1 Der Tagdienst

Den Beginn des Tagdienstes bildet die Dienstübergabe, wo der Nachtdienst die wichtigsten Vorkommnisse der vergangenen Nacht bzw. auch des vorangegangenen Tages darstellt. Weiters werden die geplanten Untersuchungen und Eingriffe bekannt gegeben, um eine gute Koordination der Aufteilung der Pflegepersonen zu gewährleisten. Bei Patienten mit schwierigen Krankheitsbildern, die also intensivisierte Betreuung benötigen, erfolgt die Betreuung durch eine Pflegeperson. Voraussetzung ist natürlich der Personalschlüssel der jeweiligen Station.

Beginn des Dienstes am Patientenbett

Nach erfolgter Übergabe an die nun zuständige Pflegeperson beginnt diese mit der Routineüberwachung und Kontrolle der Patientenparameter. Es werden die Alarmgrenzen am Monitor, die Beatmungseinstellungen, die Vigilanz²⁶ und Neurologie, und die laufenden Infusionen auf Richtigkeit überprüft. Jede Pflegeperson informiert sich über die aktuelle Situation, die Parameter, und steckt das Zeitmanagement des Tages ab.

Gleichzeitig kommt es immer wieder zu Alarmmeldungen vom Monitor anderer Patienten, und ebenfalls zu Alarmmeldungen durch Beatmungsmaschinen usw. Diese Lärmkulisse wird zusätzlich durch Kommunikation aller Berufsgruppen untereinander erhöht. Nicht zu vergessen ist dabei die erhöhte Lärmentwicklung durch Telefone und Überwachungsalarme von anderen Patienten.

²⁶Wachheit, vgl. Bewusstsein aus Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 1637

Körperpflege

Nach Verabreichung der geplanten Therapie, die aus dem automatischen Dokumentationssystem abzulesen ist, kommt es zur Körperpflege der Patienten. Diese orientiert sich am ATL²⁷ Schema. Die Mobilisation nach Arztanordnung in einen Lehnssessel, bzw. Therapien wie Steh- oder Gehversuche zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sind an der Tagesordnung.

Zwischendurch kann es immer wieder zu Alarmmeldungen, wie Blutdruckkrisen, EKG-Unregelmäßigkeiten, Beatmungsproblemen, oder auch Alarme durch leer gewordene Infusionen kommen. Bei Patienten die noch im Tiefschlaf sind erfolgt keine Mobilisation, aber eine, je nach Stabilität des Patienten abhängige Seitenlagerung, um die Gefahr der Druckstellen im Gewebe zu minimieren. Zusätzlich gewährleistet eine Lageänderung eine Verbesserung der Lungenbelüftung. Das Telefon läutet permanent!

Andere Berufsgruppen wie die Physiotherapie behandeln die Patienten und Ärzte anderer Fächer informieren sich über den Gesundheitszustand der Patienten ihrer Abteilung. Die tägliche Körperpflege mit Mobilisation dauert je nach Auslastung der Station den ganzen Vormittag. Am Nachmittag erfolgt die nächste Körperpflegerunde, wo bereits mobilisierte Patienten wieder in das Bett umgelagert werden. Neben diesen Tätigkeiten kümmert sich das Personal um das Wohlergehen und Stabilisierung der Patienten. Nicht selten kommt es vor, dass Pflegepersonen Motivatoren und Trostspender zugleich sind!

Verbandswechsel

Nach der Körperpflege erfolgt der Verbandswechsel durch das Pflegepersonal. Dieser wird nach Pflegestandards aseptisch, also keimfrei, durchgeführt. Je nach Krankheitsbildern und Art der Operation bzw. Verletzung erfolgt der Verbandswechsel immer in Absprache mit dem zuständigen ärztlichen Personal. Manche Eingriffe erfordern eine lange Vorbereitungszeit, umso genauer ist das Zeitmanagement zu planen.

Weitere Tätigkeiten

Während eines Tages kommt es zu geplanten Aufnahmen aus dem Operationssaal. Diese werden, soweit vorhersehbar, schon am Morgen koordiniert und an die zuständige

²⁷ Aktivitäten des tägl. Lebens, aus; Juchli L., Krankenpflege, 6. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart- New York, 1991, S. 76

Pflegeperson übergeben. Bei einer Aufnahme folgt eine engmaschige Kontrolle der wichtigsten Parameter. Notwendige Tätigkeiten, wie das Setzen einer Magensonde oder eines Dauerkatheters werden durchgeführt, und die Stabilisierung angestrebt.

Bei notwendigen Patiententransporten in die Computertomographie oder in den OP muss das Pflegepersonal unter Absprache mit dem ärztlichen Personal den Patienten auf die Fahrt vorbereiten. Die wichtigsten Gerätschaften und Medikamente werden für den Transport montiert und die Transportüberwachung installiert. Einen Intensivpatienten transportfähig zu machen verlangt einen hohen Grad an Qualifikation für die Pflegepersonen!

Die Therapie erfordert das Zubereiten und die Verabreichung der neu verordneten Medikamente. Diese werden unter Einhaltung von standardisierten Verfahren vorbereitet und verabreicht. Hier kommt der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich zum Tragen! Die pharmakologischen Verträglichkeiten, und weiters die Wechsel- und Nebenwirkungen von mehreren Medikamenten sind zu beachten.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie bereits bei den gesetzlichen Voraussetzungen erläutert, arbeiten auf einer Intensivstation viele Berufsgruppen als ein Ganzes. Die Koordination der Arbeit, als Beispiel ist die Physiotherapie zu nennen, ist sehr wichtig. Die Physiotherapeuten/Innen arbeiten sehr engmaschig mit der Pflege zusammen. Bei Mobilisation der Patienten in den Lehnstuhl, bei der Unterstützung nach erfolgter Extubation, ist die Zeitstruktur der Arbeit ausschlaggebend. Die Koordination mit dem ärztlichen Personal ist ebenfalls essentiell. Morgens und mittags erfolgen gemeinsame Besprechungen und Visiten, wo jeder Patient genauestens besprochen wird. Nur durch diese sehr gute Zusammenarbeit ist die effiziente Therapie und Pflege der Patienten auf dem höchsten Niveau möglich.

Tätigkeiten außerhalb der Routine

Während der Routinetätigkeiten kann es immer wieder zu Notfällen auf der Intensivstation, als auch auf anderen Stationen kommen. Das Herzalarmteam, welches am Morgen bei der Dienstübergabe eingeteilt wird, ist für solche Akutsituationen auf anderen Stationen zuständig. Über ein Telefon das direkt mit der Zentrale der Intensivstation verbunden ist, erfolgt die Alarmmeldung. Die Anrufer nennen den Ort des Akutereignisses, und das

zuständige Team macht sich auf den Weg. Jede Pflegeperson hat eine Ausbildung in BLS²⁸ und ALS²⁹ nach dem European Resuscitation Council zu absolvieren. Weiters kommt es zu einer Schulung unter Einbeziehung aller Neuerungen in der Reanimation.

*Der ERC hat im Dezember 2005 überarbeitete Leitlinien veröffentlicht, europaweit werden Berufs- und Laienhelfer nach diesen unterrichtet. Diese Leitlinien wurden von einem internationalen Gremium von Wiederbelebungsexperten erstellt.*³⁰

Diese Schulungen finden regelmäßig durch ausgebildete ALS- Tutoren auf der Station statt. Damit ist eine effektive Patientenversorgung bei Herzalarmen und bei Notfällen auf anderen Stationen und der Intensivstation gewährleistet.

Zur Therapie und bei respiratorischen Insuffizienzen verlangt der Krankheitszustand von Patienten ein akutes Eingreifen, wie eine Bronchoskopie³¹ die auf der Station durchgeführt wird. Bei dieser Untersuchung ist das Pflegepersonal für die Assistenz bzw. Vor- und Nachbereitung der Instrumente zuständig.

Schwere Krankheitsverläufe wo ein Transport der Patienten in den Operationssaal nicht möglich ist, verlangen Eingriffe, die dann auf der Intensivstation durchgeführt werden müssen. Dabei wird der interdisziplinären Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Ärzten ein hohes Maß an Koordination abverlangt. Die Versorgung, Vor- und Nachbereitung der Patienten und des Instrumentariums wird von der Pflege koordiniert.

Umlagerungen der Patienten, die aufgrund einer Verschlechterung resultieren, müssen in Eile erfolgen. Als Beispiel ist die im Fachjargon „Bauchlage“ genannte Methode angeführt. Diese kommt vorwiegend beim Krankheitsbild des ARDS zur Anwendung.

*ARDS zeichnet sich durch die Unterschiedlichkeit der Ursachen sowie der Symptomatik aus, und entgegen den meisten Krankheitsformen handelt es sich bei dem Namen ARDS um einen möglichst weiten, alles umfassenden Begriff: "Adult Respiratory Distress Syndrome" (Akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen).*³²

²⁸ Basic Life Support, Basisreanimationskurs

²⁹ ALS – DER Kurs „Advanced Life Support“ für Profis in der Patientenversorgung, aus http://de.wikipedia.org/wiki/European_Resuscitation_Council, (18.11.2008)

³⁰ www.erc.edu/index.php/docLibrary/en/viewDoc/520/3/ (18.11.2008)

³¹ endoskopische Untersuchung des Tracheobronchialsystems, aus Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 218

³² http://www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/ARDS_aus_pflegerischer_Sicht (18.11.2008)

Die Patienten werden bei dieser Therapieform ca. 135 ° auf den Bauch gelagert. Die Indikationen für die Bauchlagerung³³ sind vielfältig, aber beim genannten Krankheitsbild steht die therapeutische Komponente im Vordergrund.

Durch diese Lage kommt es zu einer besseren Belüftung anderer Lungenareale. Diese Tätigkeit muss im Beisein von mindestens 3 Pflegepersonen und einem Mitglied des ärztlichen Personals erfolgen. Die Pflege, Vorbereitung, Überwachung und die prophylaktischen Maßnahmen übernehmen das Pflegepersonal.

*Die Aufgabe des Pflegepersonals liegt hierbei neben der Krankenbeobachtung in der regelmäßigen Durchführung von Blutgasanalysen (BGA), um Veränderungen von pO₂- und pCO₂-Werten zu erkennen und nach Rücksprache mit dem Arzt die Beatmungseinstellungen zu modifizieren oder vollständig zu verändern. Bei jeder Veränderung der Parametereinstellungen am Respirator ist eine intensive Beobachtung der Vitalzeichen unabdingbar.*³⁴

Das Intervall dieser Lagerung ist vom Zustand des Patienten abhängig, jedoch wird in den meisten Fällen ein zeitlicher Abschnitt von 8- 12 Stunden zwischen den Umlagerungen beachtet.

2.5.2 Der Nachtdienst

Der Nachtdienst beginnt auf den meisten Intensivstationen um 19 Uhr. Die Dauer ist wieder stationsspezifisch und variiert. In der Regel dauert ein Nachtdienst bis 7.30 Uhr morgens, also 12,5 Stunden. Bei Dienstantritt erfolgt eine Übergabe an die zuständige Pflegeperson direkt am Krankenbett. Es werden die besonderen Vorkommnisse des Tages, die Pflegeprobleme und geplante Eingriffe und Therapien besprochen. Diese Dienstübergabe ist immens wichtig für die Orientierung und Strukturbildung der Pflegepersonen.

Die Aufteilung der Personenanzahl ist vom Personalschlüssel der Station, als auch von den jeweiligen Schweregraden der Krankheitsbilder abhängig. In der Regel übernimmt eine Pflegeperson zwei Patienten zur Betreuung und Pflege. Eine weitere Abhängigkeit besteht natürlich in der Auslastung der Station.

Pflegerisch folgen ähnliche Tätigkeiten wie im Tagdienst, wie Lagerungen, die Durchführung der Prophylaxen und die Vorbereitung und Verabreichung der angeordneten Medikamente. Die Arbeit im Nachtdienst bringt jenen Unterschied, dass die Körperpflege nicht durchgeführt

³³ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, S. 89

³⁴ <http://www.zwai.net>, Ebd.

wird. Diese erfolgt im Tagdienst. Es besteht die Möglichkeit von Akutaufnahmen, Herzalarmen, Transporten usw. Die Tätigkeiten orientieren sich immer am gleichen Schema, nämlich der Vorbereitung und Stabilisierung der Patienten. Es kann vorkommen, dass ein kritisches Zustandsbild eines Patienten einer anderen Station, einer sofortigen Aufnahme bedarf. Somit müssen die diensthabenden Personen schnellstmöglich handeln und die organisatorischen Tätigkeiten setzen.

3. Belastungsfaktoren der Intensivpflege

Die einleitende Vorstellung der Arbeit der Pflegepersonen gab einen Einblick in das komplexe Gebiet der Intensivpflege. Erörtert wurde die Hightech- Medizin mit den Geräten, mögliche Dienstabläufe und die gesetzliche Regelung. Darin steckt großes Potential an Gefahren und Belastungen, die bei Fehlen von Kompensationsmechanismen psychovegetative Symptome hervorrufen können.

Die Aufzählung der folgenden Faktoren soll nicht nach einem Ranking gesehen werden, denn jedes Individuum setzt die Prioritäten anders.

3.1 Die Lärmproblematik

Die Arbeit auf einer Intensivstation ist durch eine hohe Anzahl an Maschinen und Geräten begleitet.

Die ständige Steigerung der Technisierung in allen Bereichen des Krankenhauses stellt eine große Herausforderung an das Pflegepersonal dar.³⁵

Hinter dem positiven Effekt der Erleichterung und Automatisierung stecken auch Gefahren, konkret die hohe Lärmbelastung auf Intensivstationen. Die Präsenz von Lärm auf Intensivstationen, und dessen zum Teil gravierenden Auswirkungen auf das Personal, muss in das Bewusstsein gerückt werden.

In den USA, England, Kanada und Australien beschäftigen sich schon seit ca. 20 Jahren Ärzte, Psychologen und andere Berufsgruppen einerseits mit dem Lärmaufkommen und andererseits mit den möglichen Auswirkungen auf Menschen, die diesem Lärm über einen längeren Zeitraum ausgesetzt sind. Studien mit Lärmpegelmessungen auf diversen

³⁵ <http://beginn.at/pflegeserver/pfgr/belastung.htm> (17.3.2006)

*Intensivstationen oder Befragungen von Patienten belegen, (...)die Bedeutung von Lärm und dessen Auswirkungen (...)*³⁶

Abhängigkeiten von anderen Gegebenheiten, wie z.B. dem sozialen Kontext und dem psychischen Empfinden der Personen zeigt folgender Satz von Heinz Hoffmann, 1993, auf; „Ob ein Geräusch als Lärm empfunden wird hängt nicht nur von der Lautstärke, sondern auch vom Informationsgehalt des Geräusches und der Einstellung des Hörers gegenüber dem Schallereignis ab.“³⁷

3.1.1 Grenzwerte des Gehörs

Die nachfolgenden Angaben von Fleischer, sind zum Verständnis der Messwerte und Grenzen des Gehörs dargestellt.³⁸

Als Schall bezeichnet man für den Menschen hörbare, regelmäßige Hin- und Herbewegungen (Schwingungen) der Teilchen eines ihn umgebenden Mediums. Im Allgemeinen ist dieses Medium die Luft, jedoch kann auch jede Flüssigkeit, z.B. Wasser, oder ein fester Stoff Schwingungen übertragen. Hörbar sind diese wenn die Anzahl der Bewegungen zwischen 16 und 20000 Hertz in der Sekunde liegt. 16 Schwingungen wären dann 16 Hertz, diese sind als sehr tiefer Ton hörbar. Je höher diese Anzahl ist, umso höher ist der Ton, also 20000 Hertz wären dann ein sehr hoher Ton (gerade noch hörbar). Zwischen diesem Frequenzgebiet liegt eine Vielfalt von Schalleindrücken.

Wir empfinden subjektiv einen Ton, einen Klang oder ein Geräusch als „laut“, wenn der Ausschlag der schwingenden Teilchen groß ist. Der Schalldruck „leise“ stellt sich bei geringerer Teilchenbewegung ein.

³⁶ http://zwai.net/pflege/intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation , S.1 (17.3.2006)

³⁷ Hoffmann H., et al., 0-Dezibel+0 Dezibel= 3 Dezibel, 6. überarb. Auflage, Schmidt Verlag, 1993, S.19

³⁸ Fleischer K., Hals- Nasen- Ohren- Heilkunde für..., 5. überarb. Auflage, Thieme Verlag Stuttgart- New York, S.5

Folgende Abbildung 7 gibt eine Erklärung;

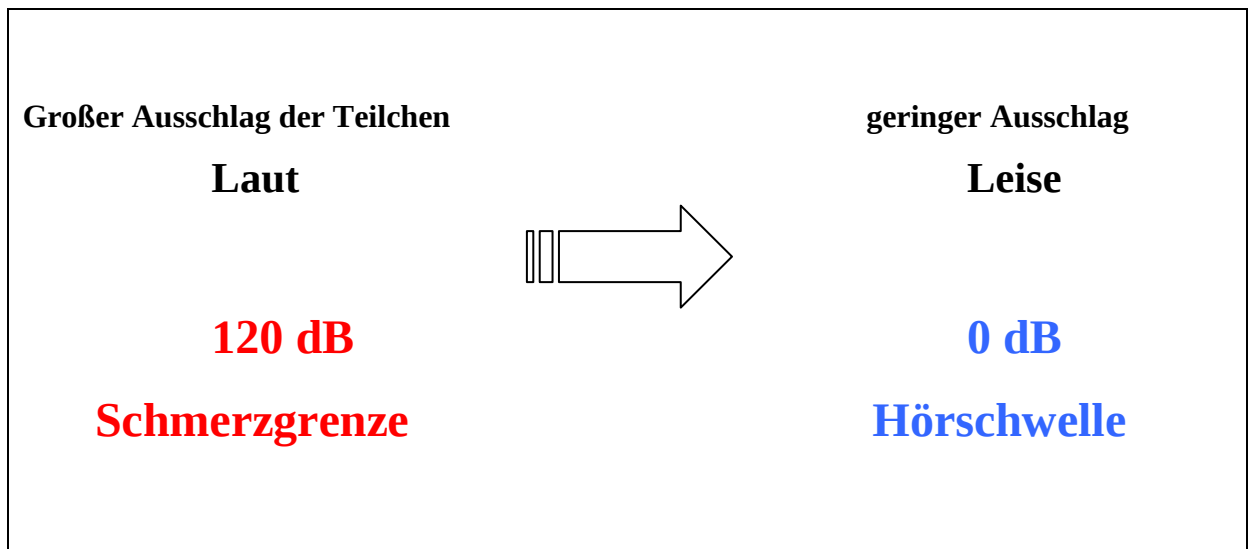


Abb.7

Als Maß für die Stärke eines Schalls wird der Druck der bewegten Teilchen (Schalldruck) gebraucht. Man drückt ihn in Dezibel aus. Für den gerade hörbaren Schalldruck hat man 0 Dezibel (dB) festgesetzt; bei einem Ansteigen der Intensität des Schalls ist mit 120 dB eine Größe erreicht, wo wir ihn als unerträglich laut und schmerzhaft empfinden.

3.1.2 Lärmmessungen und Probleme

Lärm kann eine gesundheitsschädigende Wirkung hervorrufen. Diese Annahme wird in vielen Publikationen untermauert;

Ein Anstieg des nächtlichen Fluglärmpegels im Bereich von 30 und 60 dB um 10 dB erhöht das Risiko für Blutdruck um 14%.³⁹

Wiederkom Petra⁴⁰ untersuchte 2004 die Leistungsbeeinflussung bei Hintergrundgeräuschen. Dafür wurden 36 Versuchspersonen mittel EEG und EKG, Temperatur und Hautleitwert getestet. Ihre Aufgabe war es sieben verschiedene Tasks mit unterschiedlicher Schwierigkeitsstufe zu lösen, während sie im Hintergrund von 50, 70 und 85 dB beschallt wurden. Ergebnis war, dass es tatsächlich zu einer Belastung der Versuchspersonen kam. In

³⁹ „Ohne Autor“, Neue Kronen Zeitung, Nachtfluglärm sorgt für höheren Blutdruck, Wien, 16.1.2008, S.8

⁴⁰ Wiederkom P., Mentale und autonome physiologische Leistung als Reaktion auf akustische Belastung, Diplomarbeit, Wien, 2004; S.115

einem weiteren Teil untersuchte sie mittels Musikstücken die vorgespielt wurden, die Reaktionen. Wieder konnten signifikante Unterschiede in den Parametern Herzrate, Temperatur und Hautleitwert festgestellt werden.

Aus der Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene geht hervor⁴¹, dass Lärm sowohl beim Menschen als auch beim Tier Reaktionen hervorrufen, wie sie durch physikalische Stressoren wie Kälte, Schock nach Blutverlust oder Trauma entstehen können, *oder auch durch psychische Ursachen wie Arbeitsüberlastung und sogar durch heftige Aufregungen!*

Diese Publikationen geben Anlass über die Lärmwirkungen nachzudenken. Lärm wirkt als Stressor und ist nicht zu unterschätzen! Die Höhe des Schalldrucks, in dB angegeben, im täglichen Umfeld ruft also eine vegetative Wirkung hervor.

Die Abhängigkeit dieser Komponente von anderen Faktoren sieht Guski⁴² in seiner Studie als Wirkungs- Moderatoren an. Er spricht von mehreren Faktoren die einander ergänzen;

- *von der Faktoren der Geräuschquelle*
- *den Faktoren der allgemeinen Situation der Betroffenen*
- *vom sozialen Kontext und sonstigen Umweltbedingungen*
- *und den individuellen Faktoren der betroffenen Personen*

Es ist zu erkennen das die Lärmbelastung und ihre Wirkung von anderen Faktoren abhängt, als den physikalischen Einflüssen. Die Lärmwirkung ist also im Kontext mit anderen Einflüssen zu betrachten. Die Intensität der Geräusche wird von vielen unterschätzt.

⁴¹ Altura B.M., et al., Extraaurale Wirkungen chron. Lärmbelastung auf Blutdruck, Mikrozirkulation und Elektrolyte bei Ratten: Beeinfl. durch Mg, S.66, aus: Ising H.(Hsrg), Lärm und Krankheit – Noise and disease, Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, Gustav Fischer Verlag; Stuttgart- New York, 1993

⁴² Guski,1998, aus: Geineder M., Lärmbelastung, Lärmbelästigung und Reaktion auf Lärm, Diplomarbeit, Langenzersdorf, 2005, S.8

Folgende Abbildung 8 bringt eine Orientierung und einen Vergleich mit bekannten Geräuschen aus dem Alltag;

Geräusch	Schalldruckpegel in dB
Kaum hörbares Geräusch (Hörschwelle)	0
Blätterrascheln	10
Flüstern	30
Straßenverkehr	70
Presslufthammer in 1m Abstand	90-105
Schmerzgrenze	120
Startendes Düsenflugzeug	140

Abb.8⁴³

(in abgeänderter Form dargestellt)

Folgende Tabelle zeigt die spezifischen Alarmer von gebräuchlichen Geräten auf Intensivstation. Einige Werte wurden von den Firmen angegeben und sind aktuell, einige Werte wurden aus einer Studie übernommen. Beim Vergleich der Beispiele in Abbildung 8 und Abbildung 9 ist gut zu erkennen welche Lärmkulisse auf das Personal einwirkt.

Geräusch	Schalldruckpegel in dB
Monitore	
Sirecust 404 (Siemens)	74
Bettssysteme Normalbetrieb⁴⁴	
Thera Puls ATP (Fa. KCI)	61-62
Monarch (Fa. KCI)	63

⁴³ http://zwai.net/pflege/intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation , S.3 (17.3.2006)

⁴⁴ Nöckler R., Beurteilung des Thera Puls ATP im Bereich der Universitätsklinik für Notfallmedizin im AKH der Stadt Wien, aus: Ohne Autor, KCI Times, Zeitschrift, 2006, S.25

Beatmungsgeräte	
Evita (Fa. Dräger)	69
Servo 900 C (Fa. Siemens)	81,2
Infusionsgeräte	
Perfusor Secura (Fa. Braun)	66
Perfusor Secura FT (Fa. Braun)	72,8
Gehörschädigende Wirkung	65-90
Nierenersatztherapie	
Hämofiltration (Fa. Gambro)	72,9
Hämofiltration	
Prisma (Fa. Gambro)⁴⁵	45
Schmerzgrenze	120

Abb.9⁴⁶

(Die Abbildung ist in abgeänderter Form dargestellt, eigene erhobene Daten wurden hinzugefügt)

Die angeführten Geräte in Abb.9 dienen sowohl der Therapie, als auch der Überwachung. Es ist wichtig die Lärmkulisse so niedrig wie möglich zu halten. Alarme haben eine unterschiedliche Wertigkeit. Man spricht auch von regelbaren und unbeeinflussbaren Alarmen.

3.1.3 Regelbare und unregelbare Alarme

Schrader, et al.⁴⁷, erörtert diese Einteilung der Signale, dass unbeeinflussbare Alarme weder abgeschaltet, noch verändert werden können. Als Beispiel führt er Gasmangelalarme oder Stromausfälle an. Im Gegensatz dazu sind regelbare Alarme, solche die entweder abgeschaltet, oder in ihren Grenzwerten verändert werden können. Beispiele dafür sind die

⁴⁵ Dorner J., Fa. Gambro Mitteilung der Angabe laut dem Hersteller

⁴⁶ Schrader D. et al., aus: http://zwai.net/pflege/intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation , S.10 (17.3.2006)

⁴⁷Schrader D. et al., S.8 (17.3.2006)

Beatmungsmaschine, die Monitore oder auch die Infusionsgeräte. Wichtig dabei ist aber die realistische Einschätzung der Alarmgrenzen.

Zu großzügig eingestellte Alarmer können zu einer Gefährdung der Patienten führen! Es erfordert eine hohe Qualifikation um abschätzen zu können, inwieweit die Signalgrenzen einzustellen sind. Die Pflegepersonen informieren sich bei der Dienstübergabe über das aktuelle Zustandsbild des Patienten, und optimieren so die Einstellungen.

3.1.4 Alarmhäufigkeiten

Ein interessantes Faktum ist die Häufigkeit der Alarmer. Balogh, et al.⁴⁸, führt 42 gezählte Alarmer pro Stunde in seiner Studie an! Cropp AJ.⁴⁹ wiederum spricht von einer minimalen Alarmhäufigkeit von 50 Anschlägen pro Stunde. In einer Studie von Deller A.⁵⁰, wurden in einem Zeitraum von 190 Stunden bei 254 Patienten 2054 Alarmer gezählt. Separat betrachtet entfielen 72% auf Beatmungsgeräte, 17% auf Monitore, 10% auf Infusionspumpen und 1% auf sonstige Geräte. 33% aller Alarmer erwiesen sich als Fehlalarmer, also Signale die keine akute Behandlung nach sich zogen. Zum Beispiel kommt es zu einem solchen Alarm, wenn bei Blutabnahmen der Monitor nicht auf „Alarm-Aus“ gestellt wird. Das Gerät erkennt die Abnahme als akute Meldung und alarmiert. Darum ist es möglich durch ein Quittieren des Alarmes den Ton zu unterdrücken. Nach der erfolgten Abnahme muss die Überwachung wieder aktiviert werden! Deller A. führt für größte Häufigkeit der Fehlalarmer die Gruppe der Monitore an, nämlich 57% waren Fehlalarmer.

3.1.5 Psychische Auswirkungen von Lärm

Die vegetativen Auswirkungen von Lärm, wie z.B. Taubheit, Schwerhörigkeit usw. sind allgemein bekannt. Dass eine laute Umgebung auch psychische Probleme auslösen kann beweisen einige Studien und Aussagen.

⁴⁸ Balogh D., et al.; Noise in the ICU-Intensiv care medicine, 1993, S. 343-346, aus: zwai.net, S.8

⁴⁹ Cropp AJ., et al., The proliferation of alarms in the intensiv care medicine, 1994, 105: 1217-12204, aus: zwai.net, S.8

⁵⁰ Deller A., et al.; Alarmer durch medizinisch- technische Geräte auf der operativen Intensivstation,...,Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin, 1988, 23, 238-243,

De Jong R.G.⁵¹ belegt dieses Faktum in seinen Ausführungen einer Studie von Meecham et al. Bei dieser Untersuchung in der Umgebung des Flughafens von Los Angeles kam es bei Personen mit hoher Lärmexposition zu einer überproportional großen Anzahl von Einweisungen in psychiatrische Kliniken als in Gegenden ohne Lärm. Der prozentuelle Unterschied betrug 29%!

De Jong⁵² zitiert in einer weiteren Studie von Abey- Wickrama et al., dass es in lärm-exponierteren Gegenden zu vermehrten psychischen Erkrankungen kam.

Lärm potenziert die Gefahr von psychischen Erkrankungen und hat mentale Auswirkungen. Diese Annahme bestätigt Grandjean 1991⁵³ in einer Studie. Lärm führe zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit. Weiters beeinträchtigen Geräusche die Leistung bei geistigen Arbeiten, oder wenn eine hohe Informationsverarbeitung erforderlich ist.

Diese Aussage lässt sich gut auf die komplexe Arbeit auf einer Intensivstation übertragen. Genau in diesem Tätigkeitsbereich erfordert es ein hohes Maß an Konzentration und Leistungsfähigkeit. Besonders bei Signalen die nicht regelbar sind, kommt es zu Reaktionen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass es gerade in Akutsituationen zu einer erhöhten Lärmexposition kommt. Den Grund dafür sehe ich in der Anzahl der arbeitenden Personen. Gerade bei akuten Ereignissen ist das Aufkommen von personal- bedingtem Lärm erheblich. Die Zusammenarbeit des pflegerischen und ärztlichen Personals ist sehr wichtig, aber die Kommunikationslautstärke ist somit erhöht.

Palomino⁵⁴ gibt in einer Zusammenfassung über Gesundheitsschäden an, dass Lärm folgende Auswirkungen nach sich ziehen kann;

- *Neuropsychologische Störungen*
Messbare Verminderung der Leitungsfähigkeit aufgrund lärmbedingter
Schlafstörungen und während Lärmbelastungen
- Konzentrationsprobleme

⁵¹ De Jong R.G., Extraaurale Wirkungen von Fluglärm auf die Gesundheit, S.255,aus: Ising H.(Hsrg), Lärm und Krankheit – Noise and disease, Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, Gustav Fischer Verlag; Stuttgart- New York, 1993

⁵² De Jong R.G.,Ebd.

⁵³ Grandjean E., Lärm, 1991,aus: Physiologische Arbeitsgestaltung - Leitfaden der Ergonomie, 4. überarbeitete Auflage, Landsberg- Ecomed Verlags GesmbH, S. 319

⁵⁴ http://www.geschichteinchronologie.ch/v/Laerm/VCS2003_gesundheitsschaeden-durch-Laerm.htm

- vermindertes Erinnerungsvermögen
- Lernstörungen
- Ermüdungserscheinungen

Die Folgen sind eine verminderte Leistungsfähigkeit und eine erhöhte Anzahl an Arbeitsunfällen.

- *Psychische Erkrankungen*
 - stressbedingte Überempfindlichkeit
 - chronische Müdigkeit
 - Kopfschmerzen
 - chronische Schmerzen
 - gestörte Libido
 - Ängstlichkeit
 - Depression
 - Reizbarkeit
 - Aggressivität

Wie angegeben können hohe Geräuschpegel auf Intensivstationen vielfältige psychologische Auswirkungen haben. Lärm ist ein Stressfaktor der nicht zu unterschätzen ist. Ereignisse wie Akutsituationen kombiniert mit einer hohen Lärmintensität führen zu einer Stressbelastung für das Personal. Diese führt wiederum zu einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen.

Schrader et al.⁵⁵ spricht davon, dass Lärm den Schlaf, die Leitungsfähigkeit, und die Konzentration bei geistigen Tätigkeiten enorm einschränken kann. Er führt weiter an, dass eine hohe Geräuschbelastung das Kurzzeitgedächtnis und die schnelle Verarbeitung verbaler Informationen behindert. „Eine Leistungsminderung durch Lärm tritt besonders bei anspruchsvollen, länger dauernden Tätigkeiten unter Zeitdruck ein.“

⁵⁵Schrader D. et al., aus: http://zwai.net/pflege/intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation , S.15 (17.3.2006)

Molnar⁵⁶ schreibt in ihrem Fazit das es nicht nur zu einer technischen Reduktion des Lärms am Arbeitsplatz kommen sollte, sondern auch andere Komponenten außer der Lärmschwerhörigkeit, in Betracht gezogen werden müssten. Sie schreibt; *„Auch wenn die Lärmbelastung unter diesem Schwellenwert liegt, kann er belästigend sein, zu einer chronischen Stressspannung führen, und damit sowohl mentale Leistungsminderungen als auch gesundheitsschädigende psycho-vegetative Effekte auslösen. (...) Damit besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, die stressauslösenden Lärmquellen nicht nur technische, sondern auch psychologische in den Griff zu bekommen.“*

Abschließend zu diesem Punkt möchte ich anfügen, dass Lärmentwicklung und die Folgen durch Handlungen beeinflussbar sind. Eine Reduktion ist durch bessere Planung und Struktur möglich. Die Alarmhäufigkeit kann einerseits reduziert werden, und andererseits zu einer verbesserten Arbeitsleistung führen.

3.1.6 Erhebungen zum Thema der Geräuschkulisse

Tsiou et al.⁵⁷ zeigt in einer Studie am Evgenidion Therapeftirion Universitätsklinik, Ilisia in Athen, Messergebnisse von Lärm. Der durchschnittliche Soundlevel war zwischen 60,3 und 67,4 dB. Unterschiede zwischen Tag- und Nacht waren mit 61,3 bis 67,4 dB untertags und 60,3 bis 62,7 dB in der Nacht messbar. Also war der Lärmpegel in der Nacht nur um 1-4db leiser. Der maximale akustische Level (MAXL) lag zwischen 83,5 und 90,3 dB.

Verglichen mit den Angaben in den Abbildungen 8 und 9 kommt man zur Erkenntnis der Problematik!

In einer Befragung im Zuge eines Projektes zur Erhebung der Verweildauer von Pflegekräften auf Intensivstationen, im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbundes⁵⁸, wurde die Geräuschkulisse und die Hochtechnisierung als belastender Faktor erwähnt. Es wurden 31 ehemalige Intensivpflegekräfte interviewt und ihre Beweggründe für das frühe Ausscheiden aus dem Betätigungsfeld der Intensivpflege eruiert.

⁵⁶ Molnar M., Schluss mit Lärm, Reduzierung lärmbedingter Risiken am Arbeitsplatz, 2005, aus: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/schluss-mit-laerm/pdfs/molnar.pdf> S.5

⁵⁷ Tsiou C., et al., Noise sources and levels in the Evgenidion Hospital intensive care unit, 1997, aus: Intensive Care Med, Brief Report, Vol.24, 1998, Springer Verlag, S. 845, f

⁵⁸ Team Krischkowsky, Zugangsvoraussetzungen für dipl. Krankenpflegepersonen an Intensivstationen, Projektbericht, S.9,f

3.2 Die Arbeitszeiten

Vorhergehend wurde über die verschiedenen Dienstarten, also Tag- und Nachtdienst berichtet. Die Aufteilung des Personals bzw. die Dauer der Dienste ist von mehreren organisatorischen Faktoren abhängig. Damit sind der Personalschlüssel, also die Anzahl der Tagespräsenz von Pflegepersonen, aber auch die Dauer der Dienste gemeint. Die Betreuung der Patienten hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. Lässt es das Zustandsbild zu, kann es vorkommen, dass eine Pflegeperson die Zuständigkeit für zwei Patienten übernimmt. Die Evaluierung erfolgt bei der morgendlichen Dienstübergabe im Konsens mit allen Mitarbeitern. Die Tätigkeiten im Nachtdienst sind ähnlich denen des Tagdienstes. Die Körperpflege bzw. die Untersuchungen werden allerdings vorwiegend im Tagdienst durchgeführt, um den normalen Tag- Nacht- Rhythmus der Patienten, und damit das Zeitgefühl zu erhalten. Dieses Faktum hängt aber ebenfalls von dem vom Schweregrad der Erkrankungen ab. Bei akutem Interventionsbedarf, wie Herzalarmen, oder einer Verschlechterung des Zustandsbildes, kommt es zu sofortigen Eingriffen und Untersuchungen.

3.2.1 Arbeitszeitregelung

Der Gesetzesgeber sieht in den Arbeitszeitregelungen nach dem Krankenanstaltengesetz folgendes vor⁵⁹;

„Das Krankenanstalten- Arbeitszeitengesetz gilt für die Beschäftigung von Dienstnehmern, die in Krankenanstalten, (...)

Die Tagesarbeitszeit darf grundsätzlich 13 Stunden, die Wochenarbeitszeit innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden und in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 60 Stunden nicht überschreiten. (...)

Beträgt die Arbeitszeit mehr als 6 Stunden, so ist die Arbeitszeit durch eine Ruhepause von mindestens 30 Minuten zu unterbrechen. (...)

Nach Beendigung der Tagesarbeitszeit beträgt die Ruhezeit mindestens 11 Stunden.“

Im Gesetz sind also Ruhezeiten vorgeschrieben. Da es auf Intensivstationen nicht immer planbar ist, wann man die Pause einlegt, führt der Gesetzgeber Ausnahmen an;⁶⁰

⁵⁹ Sladeczek E., et al., Recht für Gesundheitsberufe, 2004, S. 181, ff

„In außergewöhnlichen und unvorhersehbaren Fällen finden die KA-AZG- Bestimmungen über Arbeitszeit, verlängerten Dienst, Ruhepausen und tägliche Ruhezeit keine Anwendung, wenn die Patientenbetreuung nicht unterbrochen werden kann oder eine sofortige Patientenbetreuung unbedingt erforderlich wird und durch andere organisatorische Maßnahmen nicht Abhilfe geschaffen werden kann.“⁶¹

Die Nachtschicht fällt in das Schwerarbeitergesetz. Für diese Arbeit sind Schutzmaßnahmen für das Personal vorgesehen. Für die Nachtarbeit sieht die gesetzliche Regelung folgend aus;⁶²
*Nachtschwerarbeit leistet ein Arbeitnehmer, der in der Zeit zwischen 22.00 und 6.00 Uhr mindestens 6 Stunden in bestimmten Einrichtungen beschäftigt ist und während dieser Zeit unmittelbar Betreuungs- und Behandlungsarbeit für Patienten leistet,(...)*⁶³

Es fallen aber nicht alle Abteilungen eines Krankenhauses in dieses Gesetz, nur wenn unmittelbar Betreuungs- und Behandlungsarbeit geleistet wird, kommt diese Regelung zum Tragen. Für Intensivstation gilt sie aber auf jeden Fall!

Laut Gesetzgeber ist ein Zeitguthaben, dass bei jedem Nachtdienst geltend wird veranschlagt, d.h. für jeden Nachtdienst bekommt die Pflegeperson zwei „Nachtdienst-Gutstunden“. Diese müssen innerhalb von sechs Monaten nach dem Entstehen verbraucht werden. Dies geschieht in Form eines Zeitausgleiches, eine finanzielle Abfertigung ist nicht erlaubt.

3.2.2 Die Nachtdienstarbeit

Die Arbeitszeit fällt unter das Schwerarbeitergesetz. Deshalb widme ich mich diesem Punkt ausführlicher, um die Belastungen aufzuzeigen.

Die Nachtdienstarbeit ist eine Sache der Gewöhnung an die Veränderung des Zeitempfindens, die nicht unterschätzt werden sollte! Die bereits beschriebenen Tätigkeiten verlangen eine hohe Qualifikation und Leistungsfähigkeit. Andreas Boernsen, Student und ausgebildeter Krankenpfleger berichtet⁶⁴;

„Bei meinen ersten Nachtdiensten war die Belastung vor allem deshalb sehr groß,... weil ich für eine Station verantwortlich war“(...),„Nach fünf Nachtdiensten fühle ich mich total ausgepumpt“

⁶⁰ Sladeczek E., Ebd

⁶¹ Sladeczek E., Ebd

⁶² Sladeczek E., Ebd

⁶³ Sladeczek E., Ebd

⁶⁴ http://www.jobber.de/studenten/ipc-tmn-20020930-9-dpa_2688464.nitf.htm (31.1.2008)

3.2.3 Nachtdienstarbeit beeinflusst die Leistungsfähigkeit

Ein erschwerendes Faktum der Nachtarbeit ist der Schlafentzug. Der veränderte Tag- Nacht-Rhythmus erfordert eine Umstellung des biologischen Gleichgewichts, die normalen Gewohnheiten müssen den Gegebenheiten angepasst werden. Der Schlaf wird am Tag nachgeholt. Vor dem Dienst sollten keine außergewöhnlichen Aktivitäten gesetzt werden, um dem stressigen Umfeld Stand halten zu können.

Möller⁶⁵ sieht dies folgendermaßen,

„Die Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus führt zu Klagen über Schlaflosigkeit während der üblichen Schlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode. Die Betroffenen sind deutlich erschöpft und in ihrer sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Besonders betroffen sind Schichtarbeiter und Personen mit häufigen Fernreisen.“

Unter Hypersomnie versteht man die exzessive Schläfrigkeit während des Tages mit Schlafanfällen. Möller⁶⁶ begründet dies mit der unzureichenden Schlafdauer.

Durch die Unregelmäßigkeiten des Biorhythmus` kommt die Erholung des Körpers zu kurz. Die Einhaltung der Ruhezeiten ist eine wichtige Unterstützung und Prophylaxe.

Overlander⁶⁷ propagiert, dass Nachtarbeit für Schlafstörungen, Befindlichkeitsstörungen und langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen verantwortlich ist. Auch der Freizeitbereich würde erheblich eingeschränkt!

Galuschka⁶⁸ meint; Aufgrund von künstlich herbeigeführten Tag- Nacht- Rhythmus ist eine ausreichende Erholung oft unmöglich, was wiederum das Auftreten von Pflegefehlern begünstigt.

Juchli⁶⁹ thematisiert die Nachtarbeit so, dass bei einer Umkehr von Tag- auf Nachtdienst die meisten biologischen Funktionen einer Umstellung bedürfen. Weiters komme es dazu, dass der am Tag nachgeholte Schlaf verkürzt und weniger tief sei. Der Stoffwechsel, die Atmung die Körpertemperatur und der Blutdruck behalten ihr Maximum am Tag. *„Wer nachts arbeitet ist also gezwungen, gegen seine biologischen Voraussetzungen zu arbeiten.(...) Er*

⁶⁵ Möller H.J., et al, Duale Reihe-Psychiatrie und Psychotherapie, 3. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag Stuttgart, 2001-2005, S. 299

⁶⁶ Möller H.J., Ebd

⁶⁷ David D., Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege, Diplomarbeit, Wien 2001, S.44

⁶⁸ David D., Ebd

⁶⁹ Juchl L., S.426,ff

muss nachts bei verminderter Leistungsfähigkeit arbeiten, und am Tage bei mangelhafter Erholungsbereitschaft schlafen, so dass ein anwachsendes Erholungsdefizit die Folge ist.“⁷⁰

Vidacek⁷¹ behauptet das aufgrund des zirkadianen Rhythmus die Leistungsbereitschaft, was einfache Aufgaben betrifft, in der Nacht am Tiefpunkt ist. Der Körper passt sich erst nach einer langen Folge von Nachtdiensten dem neuen Rhythmus an. Akerstedt⁷² behauptet, dass das Schlafmuster am Tag tendenziell ein bis vier Stunden kürzer ist, wodurch sich bei Menschen die tagsüber schlafen, nach einiger Zeit ein nicht unbedeutender Schlafmangel akkumuliert.

Aus eigener Erfahrung kann ich berichten dass ich eine Erholungsphase von mindestens zwei freien Tagen nach einer Nachtdienstserie benötige um wieder im normalen Alltag zu landen. Die Leistungsfähigkeit ist nach einer Folge von zwei Nachtdiensten sehr eingeschränkt, die Beschwerden sind Einschlafstörungen am Abend und eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit.

Ein weiteres Problem des Nachtdienstes ist die Gefahr der sozialen Isolation. Benner⁷³ sieht in der Schichtarbeit eine Veränderung der Essmuster, eine Gefahr der sozialen Isolation und Schwierigkeiten in der Bewältigung der veränderten zirkadianen Muster.

Leistung und Erholung stehen im Gleichgewicht das in einer Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensstil steht. Kommt es zu keiner Ausgewogenheit, dann kann als Folge der Zusammenbruch des Kräftehaushaltes stehen. Juchli spricht von negativem Stress, auch als Distress bezeichnet.

3.2.4 Arbeitszufriedenheit in Europa

In der von der EU in Auftrag gegebenen „Next- Studie“⁷⁴ zum Thema Arbeitszeitgestaltung in Europa, zeigen sich mehrere Sachverhalte. Die Arbeitszeit sei ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Pflegenden. Probleme bringen wiederum die

⁷⁰ Juchli L., Ebd

⁷¹ Vidacek et al., 1986, aus: Benner P., Pflege- Stress und Bewältigung, Verlag Huber, Bern- Göttingen- Toronto- Seattle, 1997, S.438,f

⁷² Akerstedt, 1985, aus: Benner P., Ebd

⁷³ Benner P., Pflege- Stress und Bewältigung, Verlag Huber, Bern- Göttingen- Toronto- Seattle, 1997, S.439

⁷⁴ Oginska H., et al., Arbeitszeitgestaltung in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al., Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW, S.88,ff

Schichtarbeit und die untypischen Arbeitszeiten, aber auch die Regelmäßigkeit oder die Vorhersagbarkeit von Dienstzeiten.

Weiters führt diese Studie an, dass wissenschaftliche Untersuchungen die schon vorher bestätigten Argumente unterstützen, dass Nachtarbeit schädlich für das Gesundheits- und Sozialleben sei. Wörtlich; *„Es ist bekannt, dass nur etwa 10% der Schichtarbeiter diese Form der Arbeit über einen längeren Zeitraum aushalten, etwa 20% müssen sie dagegen hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen beenden.“*⁷⁵

Zusätzlich wurde die Situation der Pflege in Europa behandelt. Ziel war es, Lösungen gegen den vermehrten Berufsaustieg in der Pflege zu finden.

Zum Thema Nachtdienst findet sich ein weiteres interessantes Faktum, die altersabhängige Korrelation; *Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schichtform und Alter. 60% der Pflegenden unter 30 Jahren arbeiteten in Nachtdiensten, dagegen waren es nur 30% in der ältesten untersuchten Gruppe (55 Jahre und älter).*

Ein gender-spezifischer Unterschied wurde ebenfalls dargestellt, nämlich dass männliche Pflegepersonen in einem Verhältnis von 59 zu 41% häufiger Nachtdienst leisten als weibliche.

Insgesamt war der Anteil der Pflegenden die häufiger an die Aufgabe des Pflegeberufes dachten, in Schichtsystemen die Nachtdienste beinhalteten, signifikant höher: 15% der Dauernachtwachen und 13,5% derer, die in Tag- und Nachtschichten arbeiteten gegenüber 11,2% bis 12,2% die ohne Nachtdienst arbeiteten.⁷⁶

Schichtarbeit und besonders der Nachtdienst führen zu einer vermehrten Belastung des Pflegepersonals. Die Folgen wie Stress, Burn- Out und eine Verminderung der Leitungsfähigkeit können durch Kompensationsmechanismen wie einer effektiven Freizeitgestaltung und einer sozialen Integration abgefedert werden.

3.3 Erwartungen als Belastung?

Eine weitere Frage ist wie das Pflegepersonal mit den eigenen Erwartungen, und denen der Angehörigen und Patienten umgeht. Resultiert daraus eine höhere Belastung?

⁷⁵ Oginska H., Et al., Ebd

⁷⁶ Oginska H., Et al., Ebd

3.3.1 Erwartungen der Patienten und Angehörigen

Die Arbeit auf einer Intensivstation bringt sehr viele positive Effekte, nämlich wenn Therapie und Pflege sichtbare Fortschritte bringen, und der Patient dann so rehabilitiert ist, um die Station verlassen zu können. Eine Transferierung von Patienten bringt also Genugtuung und Stolz. Das gesamte Personal freut sich über den Erfolg! Besondere Freude kommt auch dann auf, wenn Patienten nach der Entlassung von der Normalstation wieder auf Besuch kommen, sich bedanken und über ihre Erinnerungen berichten.

Lang⁷⁷ spricht von allgemeinen positiven Aspekten die in der folgenden Abbildung 10 dargestellt sind;

Allgemeine positive Aspekte	Spezifische positive Aspekte
Mit Menschen arbeiten	Lernen für das eigene Leben
Anderen helfen können	Intensive Begegnung mit Menschen in einer für sie besonderen Lebensphase bzw. Grenzsituation
Positive Rückmeldung von Betreuten Persönliche Erfolgserlebnisse Arbeit im Team	Ermöglichen von menschenwürdigem Sterben

Abb.10⁷⁸
(in abgeänderter Darstellung)

⁷⁷ Lang K., Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenmatl. Helfer- zwischen Belastung und Bereicherung, S. 3 ff

⁷⁸ Lang K., Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenmatl. Helfer- zwischen Belastung und Bereicherung, Ebd

Die positiven Aspekte die Lang hier aufzählt sind ein essentieller Bestandteil für den Verbleib in diesem Beruf. Persönliche Erfolgserlebnisse und die damit verbundene Belohnung motivieren um den nächsten Dienst wieder erfolgreich zu bestreiten.

3.3.2 Anerkennung

Die positiven Aspekte der Pflegearbeit ergeben eine gewisse Erwartungshaltung, aber Pflegepersonen erwarten auch Anerkennung.

Eyer beschreibt dies in einem Erleben von Anerkennung. Sie zitiert Winkler der die Merkmale von Anerkennung wie folgt zusammenfasst; *„Erleben ist vielfältig, Erleben ist prozesshaft, Erleben entwickelt sich nicht linear, Erleben ist irrational und Erleben ist dynamisch.“*⁷⁹

Das Verhältnis zum Patienten ist ein Beziehungsprozess. Pflegepersonen die lange Dienstfolgen hintereinander arbeiten, wählen zur Betreuung öfters den gleichen Patienten aus. Das bringt den Vorteil mit sich, das die zuständige Person über die individuellen Bedürfnisse des Patienten Bescheid weiß, und mögliche akute Situationen besser abschätzen kann.

Pflegepersonen sind aber ebenfalls Individuen, denen Anerkennung und Akzeptanz wichtig sind. Die Frage ist wie Pflegende Anerkennung erleben. Eyer nimmt in einer Arbeit von Watson⁸⁰ wie folgt Stellung; *„Die zwischenmenschliche Zuwendung erfordert von den Pflegenden ein großes persönliches, soziales, moralisches und spirituelles Engagement, was sich wiederum in der Gesellschaft positiv auswirkt.(...) Watson sagt, das es vielmehr um das moralische Ideal der Pflege geht, das heißt, die menschliche Würde zu schützen und zu bewahren. Dazu braucht es bestimmte Voraussetzungen: der Wille und die Verpflichtung, sich dem anderen fürsorglich zuzuwenden und ein qualifiziertes Pflegewissen und ein hohes Maß an Selbsterkenntnis.“*

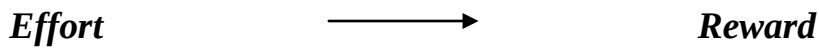
Anerkennung ist auch für die Pflegepersonen ein wichtiges Ziel. Die Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegeperson muss aufgebaut sein um dieses Stadium erreichen zu können.

⁷⁹ Winkler, 1997, zitiert von Eyer H., Anerkennung ist wie die Luft zum Atmen, aus: Mayer H.(Hrsg), Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Band 1, Wien, Facultas Verlag, 2000, S. 161

⁸⁰ Watson J., 1996, aus: Eyer H., Anerkennung ist wie die Luft zum Atmen, zitiert aus: Mayer H.(Hrsg), Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Band 1, Wien, Facultas Verlag, 2000, S. 162, ff

3.3.3 Studien

Eine Theorie um die Anerkennung realitätsnaher dazustellen entwickelte Siegrist⁸¹ 1996. Es handelt sich um das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“, im englischen „Effort Reward Imbalance Model“. Es basiert auf der Vorstellung, dass ein Abweichen vom Prinzip der Reziprozität gegenseitigen Handelns zu Stresserfahrungen führt.



Auf den Arbeitsplatz bezogen bedeutet dies, dass es zu einer Balance zwischen dem was der Pflegende gibt, also dem Aufwand (**„Effort“**), und dem was er erhält (Belohnung- **„Reward“**), kommen sollte. Wenn in diesem sozialen Gefüge ein Ungleichgewicht auftritt, dann kann es zu ungünstigen gesundheitlichen Bedingungen kommen.

Eine weitere Annahme von Siegrist ist, dass Menschen mit einem ausgeprägten arbeitsbezogenen Engagement und einem hohen Bedarf an Anerkennung (**„Overcommitment“**) ein Ungleichgewicht stärker erfahren.

Eine Studie mit Hilfe des erwähnten Modells von Siegrist wurde im Zuge der Erhebung des Berufsaustiegs von Pflegepersonal in Europa, der NEXT- Studie, von Hasselhorn et al.⁸², durchgeführt. Dabei wurden der Aufwand, die Belohnung und die Anerkennung gemessen. Die Datengewinnung erfolgte durch den ERI- Fragebogen von Siegrist. Die Ergebnisse bezüglich des ERI- Quotienten, also dem Verhältnis zwischen Aufwand und Belohnung, zeigten dass es in Polen, Deutschland, Italien und der Slowakei zu einem ungünstigen Quotienten, also hohen Werten kam. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Absicht den Pflegeberuf zu verlassen und dem ERI- Quotienten. Fast jeder dritte Teilnehmer dachte mehrfach im Monat darüber nach den Pflegeberuf zu verlassen!

Die Werte für **„Overcommitment“** waren in den Niederlanden am geringsten und in der slowakischen und deutschen Stichprobe am höchsten. Demnach sind in den beiden

⁸¹ Siegrist J., et al., 1996 aus: Hasselhorn H.M., et al., Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW, S.116,ff

⁸² Hasselhorn H.M., et al., Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW, S.116,ff

letztgenannten Ländern die Pflegepersonen am wenigsten in der Lage, sich von den Problemen in der Arbeit zu lösen.

Wörtlich; *„Der konsistent deutliche Zusammenhang zwischen ERI und der Absicht, den Beruf zu verlassen, scheint für Einrichtungen des Gesundheitsdienstes in allen beteiligten Ländern von Bedeutung zu sein.“*⁸³

3.3.4 Negative Aspekte

Die Kehrseite der Medaille bringt den negativen Effekt. Nicht immer ist es möglich trotz Einsatzes aller medizinisch- technischen- und pflegerischen Maßnahmen den „ Erwartungen“ der Patienten zu entsprechen. Die Belastung bei negativem Ausgang der Behandlung ist sehr groß. Hat man den Erwartungen nicht entsprochen? Hat man die Erwartungen erfüllt?

Folgende anonyme Aussage einer Pflegeperson spiegelt die negative Bedeutung der Belastung und Erwartungshaltung wider;

*„ (...)sehr erschreckend finde ich aber, dass in diesem ganzen Stress die Bedürfnisse der Patienten oftmals zu kurz kommen.“*⁸⁴

Gerade diese Momente des schlechten Gewissens verbergen die Gefahr der Belastung und der daraus resultierenden Auswirkungen für das Personal.

Die Weitergabe von Informationen an Patienten, also die Auskunftsgabe ist dem ärztlichen Personal vorbehalten. Pflegerische Auskünfte werden vom Pflegepersonal erteilt, aber Untersuchungsergebnisse, Therapien, und den derzeitigen Zustand darf nur der Arzt mitteilen. Es kommt zu moralischen Konflikten innerhalb der Pflege. Nicht selten fragen die Patienten wie es jetzt weitergehe, ob sie wieder gesund werden usw.

Wird man den Ansprüchen gerecht? Was erwartet der Patient?

Konflikte mit Patienten oder Angehörigen sind eine Belastungsquelle, die oft angeführt wird. Lang⁸⁵ stellt diese unter Einbeziehung anderer Aspekte in Abbildung 10 dar;

⁸³ Hasselhorn H.M., et al., Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa; Ebd

⁸⁴ Ohne Autor, Leserbrief aus: Die Schwester/ Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 06/08, Bibliomed Medizinische VerlagsgesmbH, Melsungen, S.507

⁸⁵ Lang K., Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenmatl. Helfer- zwischen Belastung und Bereicherung, Ebd

Allgemeine belastende Aspekte	Spezifisch belastende Aspekte
Konflikte mit Patienten	Schuldgefühle Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten (nicht heilen- und nicht alle Schmerzen lindern können)
Konflikte mit Angehörigen	Identifikation mit dem Schmerz der Angehörigen Verlust einer Beziehung

Abb.10⁸⁶

(Darstellung der Abbildung in abgeänderter Form)

David⁸⁷ stellt in ihrer Arbeit den Kontakt mit den Angehörigen als potentiellen Stressor dar. Die Pflegenden würden alltäglich mit Situationen konfrontiert, die ethische oder moralische Konflikte aufwerfen. Als Beispiel führt sie die Mitteilung des wahren Ausmaßes einer Erkrankung, oder die künstliche Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen bei sterbenden Patienten an.

3.3.5 Kontakt mit Angehörigen

Der Kontakt mit den Angehörigen entwickelt sich nach einem normalen Lernprozess. Beim erstmaligen Besuch auf einer Intensivstation herrscht Nervosität und Unsicherheit. Den Pflegepersonen kommt hier eine sehr wichtige Funktion zu. Sie informieren die Angehörigen über die Gegebenheiten auf Station, die Besuchszeiten, die Handhabung der Utensilien die sie beim Betreten des Patientenzimmers benötigen, die Limitierung der Besucheranzahl usw. Die Pflegepersonen sind Vermittler, Erklärer, aber auch Psychologen zugleich. Es gilt die

⁸⁶ Lang K., Ebd

⁸⁷ David D., Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege, S.47

Unsicherheiten zu erkennen und darauf einzugehen. Probleme ergeben sich bei der Auskunft über medizinische Diagnosen.

David zitiert Galuschka folgendermaßen⁸⁸;

„Eng mit der Patientenbetreuung verbunden ist der Kontakt mit den Angehörigen. Häufig fühlt sich das Pflegepersonal emotional überfordert, auf Fragen der Angehörigen einzugehen. Insbesondere wenn diese den Sterbeprozess betreffen“

Anzufügen ist, dass es in der Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege keine tief greifende psychologische Schulung gibt. Aufgrund der wichtigen Thematik wäre es jedenfalls essentiell den Pflegepersonen eine solche zu ermöglichen. Das Personal in diesem Akutbereich arbeitet unter Einbeziehung aller eigenen Ressourcen ständig am Limit! Eine empathische Behandlung der Patienten und deren Angehörigen muss auf höchstem Niveau gewährleistet sein. Die Angehörigenbetreuung könnte durch stationseigene Psychologen ausreichend abgedeckt, und die Pflegepersonen damit entlastet werden.

3.3.6 Grenzen des Machbaren

Ein weiterer Aspekt wird in Abbildung 10 ebenfalls erwähnt, die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten. Die Intensivmedizin arbeitet mit den besten Therapieformen, sei es in medikamentöser, gerätetechnischer und pflegerischer Hinsicht. Wenn es aber trotz dieses hohen Einsatzes nicht möglich ist den Patienten zu retten, dann wird die Grenze des Machbaren spürbar! Es kommt zu enormen Belastungen für das Personal.

Düpmann⁸⁹ identifiziert dies in seiner Untersuchung zum Thema Umgang mit Sterbenden oder unheilbar Kranken als wesentlichen Belastungsfaktor. Die eigenen Kompensationsmechanismen sind wichtig um die Grenzen zu erkennen und auch „Loslassen“ zu können.

Thaller⁹⁰ wiederum spricht davon, dass die größten Belastungen bei der Pflege Sterbender und Schwerkranker im Spannungsfeld der Medizin liegen. Durch die Einbindung in den Prozess der Therapie und dem Erreichen der Grenzen des Machbaren kann es zu psychischen Konflikten kommen. Speziell in den Gebieten Intensivmedizin tritt dieses Phänomen in

⁸⁸ Galuschka et al., Die Zukunft braucht Pflege. Eine qualitative Studie über die Belastungswahrnehmung beim Pflegepersonal, 2. Auflage, 1994, aus: David D., Ebd

⁸⁹ Düpmann H., Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals, aus: David D., Ebd

⁹⁰ Thaller W., Belastungen und Konflikte im Pflegedienst, S. 4

Erscheinung. Er führt weiter an; *„Moralische Fragen und psychische Belastung treten infolge der täglichen Pflege und dem damit verbundenen Miterleben der gesamten Situation der Patienten für die Krankenschwestern unmittelbar in Erscheinung.“*⁹¹

3.3.7 Die emotionale Distanz

Die emotionale Distanz ist ein Begriff den ich als zutreffend für die Verarbeitung der verschiedenen Einflüsse erachte. Nicht selten erzählen Pflegepersonen über Probleme beim „Abschalten“ nach Dienstende. Schicksalsschläge von Patienten und Angehörigen zählen zum Alltag, und folglich müssen diese Erlebnisse von den Betreuenden verarbeitet werden. Oft ist dies nicht möglich!

Dafür benötigen die Intensivpflegepersonen ausreichende Bewältigungsmechanismen. Diese Fähigkeit des „Loslassens“ ist von mehreren Faktoren abhängig. Einerseits vom Teamgeist und der internen Kommunikation, und andererseits vom sozialen Netzwerk, wie Freunden, Bekannten und privaten Ressourcen. Probleme bei der Verarbeitung kritischer Ereignisse können eine Krise nach sich ziehen.

3.3.8 Krise

*„Ein akuter Verlust des psychischen Gleichgewichts, bei dem die gewohnten Bewältigungsmechanismen versagen und Symptome von Stressbelastung und funktionaler Beeinträchtigung auftreten.“*⁹²

Caplan⁹³ spricht von Krisensymptomen die zu einer großen Bandbreite von affektiven Auffälligkeiten von Panik bis Depression, kognitiven Dysfunktionen bzw. einer großen Palette körperlicher Beschwerden führen.

⁹¹ Thallner W., Ebd

⁹² George S., et al., CISM, Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, Facultas Verlag, Wien, 2002, S. 17

⁹³ Caplan G., Opportunities for school psychologists in the primary prevention of mental health disorders in children, aus CISM, Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, S. 16f

3.4 Weitere belastende Faktoren

3.4.1 Das Zeitmanagement

Besonders im Bereich der Intensivmedizin müssen Abläufe schnell und konzentriert trainiert werden. Beispiele sind Akutsituationen, wie Herzalarme, Notfälle auf der Station, Notfälle auf anderen Stationen oder auch akute Eingriffe die einen Transport bedürfen. Auch diese stressigen Situationen müssen kompensiert werden. Die Zeit ist als Komponente mitverantwortlich für die erhöhte Stressbelastung. Es kann vorkommen, dass mehrere schwer „handle-bare“ Situationen die Belastung erhöhen. Ein ordentliches Zeitmanagement mit Prioritätensetzung ist unerlässlich. Weiters ist die Zusammenarbeit im Pflgeteam, aber auch die Koordination mit anderen Berufsgruppen ein wichtiger Bestandteil der Arbeit.

3.4.2 Personalmangel

In einem Schwerpunktartikel zum Thema „Überlastungsanzeigen“ aus der Zeitschrift „Die Schwester/ Der Pfleger“ wird zum Thema Personalmangel Stellung bezogen. Die Autoren berichten über Umstrukturierungen im Gesundheitswesen, Überbelegungen, unzureichende Personalbesetzungen und wachsendem Konkurrenzdruck. Die Folge ist eine chronische Überbelastung des Pflegepersonals!

Ein Leserbrief zu diesem Thema zeichnet das Thema der Überbelastung gut auf;

„ Leider ist Burn- Out für mich kein Schlagwort mehr, sondern nur Realität in meinem Leben geworden. (...) habe in den letzten zwei bis drei Jahren am eigenen Leib erfahren, dass der Stellenabbau und die Mehrarbeit auf Dauer an meinem Körper nagen. (...) Wenn wir nur zwei bis drei Schwestern mehr auf der Station wären, dann würden wir- wie in unserer alten Besetzung vor drei Jahren- kein schlechtes Gewissen haben,...“⁹⁴

Nicht immer ist ein Personalengpass verantwortlich für Stress, er ist jedoch ein wichtiger Faktor. Intensivstationen decken den Bereich schwerster Zustandsbilder ab, wo ein gefestigtes Team und genügend Personal unentbehrlich sind. Bei kurzfristigem Personalmangel kompensieren die noch gesunden Pflegepersonen den Bedarf, aber langfristig betrachtet ist dies nicht möglich. Der Kreislauf ist in Gang gesetzt und es kann bei Ausbleiben von

⁹⁴ Ohne Autor, Leserbrief aus: Die Schwester/ Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 06/08, Bibliomed Medizinische VerlagsgesmbH, Melsungen, S.506

Interventionen zu weiteren Erkrankungen kommen. Die Moral und Belastungsfähigkeit des Teams leidet!

3.4.3 Infektionsgefahr

Bei Aufnahmen direkt von der Straße ist es nicht immer möglich festzustellen ob der Patient eine infektiöse Erkrankung hat. Aus eigener Erfahrung veranschauliche ich wie so eine Akutaufnahme abläuft. Der Patient wird direkt von der Rettung auf die Intensivstation transportiert und stabilisiert. Gleich anschließend wird Blut abgenommen und routinemäßig auf verschiedene Infektionskrankheiten, wie HIV/ AIDS, Hepatitis usw., analysiert. Bis es aber zum endgültigen Ergebnis kommt besteht ein zeitliches Fenster. Deshalb liegt es in der Verantwortung des Personals sich gegen möglichen Krankheitserreger zu schützen. Der Schutz wird durch das Tragen von Mundmasken, einer Schürze, Handschuhen und einer Schutzbrille gewährleistet. Diese Hygienemaßnahmen werden auf einer Intensivstation immer befolgt, aber Akutnahmen sind eine zusätzliche Belastungsquelle für das Personal. Die mentale Komponente ist ein wichtiger Faktor, denn bei der Vermutung von infektiösen Erkrankungen geht man unterbewusst vorsichtiger und vorbereiteter an die Arbeit.

Ich sehe dieses Faktum als große Belastung für das Pflegepersonal an.

3.4.4 Das kreative Gleichgewicht

Das kreative Gleichgewicht ist sehr wichtig für die Kompensation kritischer Ereignisse. Wenn man alles verarbeiten könnte und es schafft in stressigen Situationen und bei Zeitdruck entspannt zu bleiben, wäre der Prototyp der perfekten Bewältigung geschaffen!

Doch um dieses Ziel zu erreichen bedarf es präventiven Maßnahmen um in keine Krise, Burn-Out oder Depressionen zu schlittern. Der Weg aus der Spirale der Erschöpfung und Krise ist kein leichter, aber möglich. Am besten ist es vorbeugende Mittel zu ergreifen.

Stress, Arbeit  ***Soziales Netzwerk, Sport***

Präventive Maßnahmen könnten durch eine soziale Integration gesetzt werden. Bei Personen mit guten privaten Kontakten und gutem sozialen Umfeld bietet sich die Möglichkeit einer Art Auffangbecken. Es sollte eine gute Balance zwischen dem Berufs- und dem Privatleben herrschen. Weitere Möglichkeiten sind der Sport und die Freizeitbetätigung mit Freunden.

Astrid Kelter, Dipl. Sozialpädagogin erklärt; „*Natürlich bin ich nach meinem Arbeitstag manchmal angespannt, deshalb ist Sport für mich ganz wichtig*“⁹⁵

3.4.5 Drei wichtige Orientierungsfragen

Unger⁹⁶ schreibt von drei wichtigen Orientierungsfragen die man sich stellen sollte um aus der Erschöpfungsspirale zu kommen.

- *Achte ich gerade genug auf mich selbst, meine Rhythmen, Bedürfnisse und Körpersignale?*
- *Wie verantwortlich und wertschätzend bin ich im Moment mir selbst und mir wichtigen anderen Menschen gegenüber?*
- *Entspricht meine Arbeit meinen persönlichen Wertvorstellungen und Lebenszielen?*

Jeder Mensch hat seine eigene Strategie das Leben in Balance zu bringen, aber diese Fragen können unterstützend sein!

4. Mögliche Auswirkungen der Belastung

4.1 Stress

Nachdem in den vorigen Kapiteln ein Versuch unternommen wurde die Belastung, Beanspruchung und die Intensität der Tätigkeiten der Pflegepersonen auf Intensivstationen darzustellen, ist es wichtig mögliche Auswirkungen zu diskutieren. Die Stressbelastung, die bewiesen auf das Personal einwirkt, ist ein wichtiger Indikator. Stress kann vielschichtig sein und wie bereits öfters erwähnt bei einem Fehlen von Kompensatoren zu verschiedenen Krankheitsbildern führen. Doch was ist Stress? Welche Gefahren und Auswirkungen

⁹⁵ Unger H.-P., Bevor der Job krank macht, Kösel- Verlag- München, 2006, S. 132

⁹⁶ Unger H.-P., Bevor der Job krank macht, Ebd

verbergen sich hinter diesem Begriff? Viele Medien haben das Thema als eine Gefahr erkannt. Hier sind ein paar Schlagzeilen aus verschiedenen Zeitungen um dies zu verdeutlichen;

„Unsere Zeit wird immer schnelllebiger, die Menschen müssen ständig höheren Ansprüchen gerecht werden. Die Folgen sind oft fatal: Stress, der manchmal auch zum Burn- Out führen kann“⁹⁷

oder aus einem weiteren Beitrag;

„Fast jeder vierte in der EU leidet laut Studie unter Stress am Arbeitsplatz“⁹⁸

Diese Schlagzeilen bringen das Thema Stress zu Diskussion. Stress als Volkskrankheit ist salonfähig geworden. Wie oft kommt es vor dass sie von Kollegen die Worte „ Ich bin gestresst“ hören? Das Faktum der Medienwirksamkeit bringt ein höheres Gesundheitsverständnis für Menschen im Alltag, man fragt sich was die Hintergründe dieser Symptome sind und erkennt mögliche Ursachen.

4.1.1 Ist Belastung Stress?

Belastung bedeutet nicht gezwungenermaßen Stress, sie ist umgangssprachlich aber als Synonym dafür bekannt.

Belastung wird von der europäischen Norm EN ISO 10075-1 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung folgendermaßen definiert als *„Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen einwirken.“⁹⁹*

Belastung, Beanspruchung und Stress werden in unterschiedlicher Bedeutung behandelt. Ulich¹⁰⁰ behauptet, dass Belastung als die von außen einwirkenden Komponenten bezeichnet wird, während deren Auswirkungen zu einer entsprechenden Beanspruchung führen. Prognosen über die zu erwartende Beanspruchung könnten nur unter Einbeziehung von

⁹⁷ Ohne Autor, Neue Kronen Zeitung, Wenn Stress zu groß wird, Wien, 26.3.2008, S.20

⁹⁸ Ohne Autor, Zeitung Österreich, EU- Studie: Wenn der Job krank macht, Wien, 1.10.2008, S.21

⁹⁹ König H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivst. In Südtiroler KH, Innsbruck, 2003, S. 35 ff

¹⁰⁰ Ulich, 1998, aus: David D., Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege, S.5, f

beeinflussenden Faktoren wie den Persönlichkeitseigenschaften, der Handlungskompetenz und verfügbaren Ressourcen gemacht werden.¹⁰¹

Die Folgen¹⁰² von Belastung sind vom Spektrum der Beanspruchung abhängig. Auf der körperlichen Ebene kommt es zu erhöhter Adrenalin ausschüttung, gesteigerter Herzfrequenz und Bluthochdruck. Psychisch kommt es zu Anspannung, Frustration und Ermüdungserscheinungen. Langfristige Beschwerden sind auf der psychosomatischen Ebene angesiedelt. Zu nennen sind wiederum chronischer Stress mit weiteren Folgen wie Burn-Out und Depression.

Belastungen bringen positive und negative Folgen. Küng¹⁰³ hat in ihrer Arbeit, Abbildung 11, das Belastungs- Beanspruchungskonzept nach Wendel dargestellt;

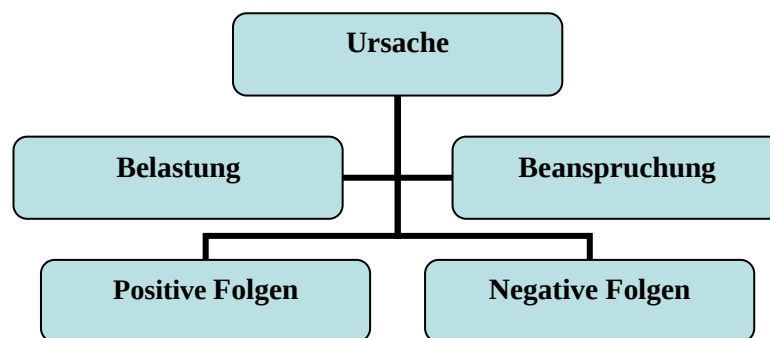


Abbildung 11¹⁰⁴

(in abgeänderter Form dargestellt)

Negative Folgen können Stress, Burn-Out, aber auch Depression sein. Nicht immer sind drastische Krankheitsbilder Resultate erhöhter Beanspruchung. Diese kann auch positive Folgen haben, wie erhöhte Motivation und Lernbereitschaft. Man spricht terminologisch vom Eustress.

¹⁰¹ Zimmer, et al., aus: David D. Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege, Ebd

¹⁰² David D., Ebd

¹⁰³ Küng H., Ebd

¹⁰⁴ Wenchel, 2001, S.16, aus: Küng H., Ebd

4.1.2 Definitionen von Stress

Stress hat viele Definitionen, zur Veranschaulichung möchte ich einige erwähnen.

Dytrich¹⁰⁵ definiert Stress folgendermaßen;

„ Ganz allgemein versteht man unter Stress eine Anforderung aus der Umwelt, die das Individuum wahrnimmt, erlebt und zu bewältigen hat. Die Reaktion auf diese Anforderung ist davon abhängig, wie die Person die Bedeutung eines Ereignisses interpretiert oder einschätzt.“

Keim¹⁰⁶ wiederum definiert Stress als einen Zustand des Organismus, der durch ein spezifisches Syndrom (erhöhte Sympatikusaktivität, vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen, Blutdrucksteigerung usw.) gekennzeichnet ist, und verschiedenartige Reize auslösen kann.

Nitsch¹⁰⁷ versteht unter Stress einen Sammelbegriff in dessen Alltagssprachlichem Verständnis häufig sowohl Stressoren oder Belastungsfaktoren als auch Stressreaktionen oder Stressfolgen zusammengefasst werden.

Lazarus¹⁰⁸ definiert Stress als ganzheitlich. Alle Komponenten wie das soziale Umfeld und die Ressourcen fließen in diesen Begriff mit ein;

„ Stress is any event in which environmental or internal demands tax or exceed the adaptive resources of an individual, social system, or tissue system“.

Janke¹⁰⁹ definiert Stress unter Einbeziehung aller Komponenten;

„Stress ist ein psychischer und somatischer Zustand, der als länger andauernde und/oder stärkere Abweichung von dem zu einem bestimmten Zeitpunkt normalerweise gegebenen Erregungsniveau zu kennzeichnen ist. Stress wird erschlossen aus somatischen und psychischen Veränderungen. Somatische Parameter betreffen v.a. vegetative Veränderungen...Psychische Parameter sind auf der Verhaltensebene ungerichtete und gerichtete Handlungen und Aktivitäten, die bei hohen Stressintensitäten desorganisiert werden können“

¹⁰⁵ Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, Diplomarbeit, Wien, 1993, S.10

¹⁰⁶ Keim V., Psychosoziale Aspekte, aus: Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, S. 66

¹⁰⁷ Nitsch, 1989, aus Bengel J., Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg- New York, 1997, S.230

¹⁰⁸ Lazarus & Launier, 1978, S. 296 aus: Schwarzer R., Stress, Angst und Handlungsreaktion, 4. überarbeitete Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart- Berlin- Köln, 2000, S.11

¹⁰⁹ Janke, 1985, aus: König H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivst. In Südtiroler KH, S. 38

Diese Definitionen orientieren sich vorwiegend am ganzheitlichen Ansatz, nämlich der Einbeziehung aller Parameter, die bei Dysbalance Stress produzieren.

„Ich persönlich sehe Stress als Produkt einer Disharmonie von psychischer und/oder physischer Belastung und Kompensationsmechanismen.“

4.1.3 Stressarten

Distress

Unter Distress versteht man den **negativen Stress**. Es kommt zu einer Dysbalance der Gefühle. Das bedeutet die Nichtbefriedigung vitaler Bedürfnisse, bzw. die Stimulierung der Unlustareale im limbischen System. Es folgt ein „Paniksignal“, das dem Stammhirn signalisiert, Hormone in den Blutstrom zu leiten. Diese Hormone sind die Stresshormone, welche den Herzschlag, Pulsfrequenz, Blutdruck und auch die Blutzusammensetzung beeinflussen. Die Reaktionen des Körpers sind ein schnelleres Atmen, stärkeres Schwitzen, also Stresssymptome die allgegenwärtig sind.¹¹⁰ Langfristig ist Distress schädlich für den Organismus und kann bekannte Krankheiten nach sich ziehen. Zu nennen sind das Burn-Out-Syndrom, das psychische Belastungssyndrom und depressive Zustandsbilder. Weitere psychosomatische Symptome wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Angeschlagenheit oder auch gastrointestinale Erkrankungen wie Ulcera sind möglich. Nicht von ungefähr kommt der Ausspruch;

„ Das schlägt mir auf den Magen“

Eustress

Eustress ist die Form, wo die vitalen Bedürfnisse befriedigt sind. Man spricht auch vom **„gesunden Stress“**. Eustress ist motivierend, bringt mehr Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit. Diesen Stress benötigt der Körper um zu funktionieren. Die Erkenntnis

¹¹⁰ Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, S.20, f

ist, dass Stress nicht nur negativ wirkt! Seyle bezeichnet den **positiven Stress** als „ Würze des Lebens“¹¹¹

4.1.4 Stresstheorien

Die Einführung zeigte die Stressarten und verschiedene Definitionsversuche auf. Es gibt verschiedene Theorien über die Entstehung von Stress.

Die kognitive- transaktionale Stresstheorie

Die transaktionale Position wird von Lazarus¹¹² vertreten. Ihr liegt eine Wechselwirkung von Situation und Person zugrunde. Sie schreibt dem kognitiven Prozessen und der Stressbewältigung eine primäre Bedeutung zu. *Transaktion bedeutet, dass sich der Stress nicht auf In- oder Output beschränkt, sondern eine Verbindung zwischen einer sich veränderten Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person widerspiegelt* *Psychologischer Stress beruht auf der Einschätzung der jeweiligen Person, dass die jeweilige Person- Umwelt- Beziehung entweder herausfordernd, bedrohlich oder schädigend ist. Die kognitive Einschätzung oder Bewertung (appraisal) wird somit zum zentralen Bestimmungsstück von Stress.*¹¹³

Lazarus behauptet, dass Stress ein Status nach einem Bewertungsschema ist.

„Stress is a postappraisal state!“¹¹⁴

Das bedeutet, dass das Stressempfinden von der jeweiligen individuellen Sichtweise und Bewertung abhängig ist. Man spricht auch von Ereigniswahrnehmung oder einem Situationsmodell gegenüber Ressourcenwahrnehmung oder Selbstmodell.

Lazarus` Erklärungen basieren aufgrund der Annahme, dass es primäre und sekundäre Einschätzungen gibt. Die primäre Einschätzung hänge von der Persönlichkeit der Person, von seinen Erfahrungen, aber auch von seinen Umweltinformationen ab. Beispiele wären Schicksalsschläge, Alltagsanforderungen oder Reizkonfigurationen. Unter Einbeziehung des eigenen Wohlbefindens überprüft die Person die Relevanz und Bedeutung und bewertet die Situation.

¹¹¹Lüder gen. Lühr, 1998, aus: König H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivst. In Südtiroler KH, S.40

¹¹²Schwarzer R., Stress, Angst und Handlungsreaktion, S.14, ff

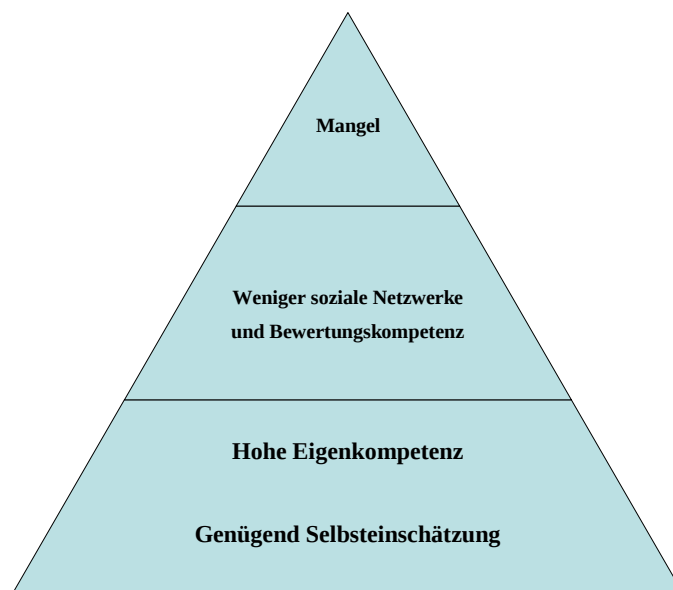
¹¹³ Schwarzer R., Ebd

¹¹⁴ Schwarzer R., Ebd

Die sekundären Einschätzungen stützen sich an den Merkmalen der Person, wie den Kompetenzen, den Wertvorstellungen, Zielen, Überzeugungen. Die Bewältigungsmöglichkeiten werden eingeschätzt und evaluiert. Lazarus sieht die Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerks als essentiell, und entscheidend für die Bewältigungsstrategie an. Der Mensch ist also für die Aufnahme von Reizen die belastend sind nicht in der passiven Rolle, sondern das individuelle Erleben entscheidet.¹¹⁵

Einem Mangel an Verfügbarkeit steht eine größere Gefahr an Verwundbarkeit gegenüber.¹¹⁶ Defizitäre Verhältnisse an Ressourcen bringen eine größere Verwundbarkeit, d.h. Personen die sich verwundbar fühlen, werden mehr Stress erleben. Zur Erläuterung dient Abbildung 12;

Höhere Stress- Compliance



Geringere Stress- Compliance

(Abbildung 12 in eigener Darstellung))

¹¹⁵ König H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivst. In Südtiroler KH, S. 46

¹¹⁶ Jerusalem, 1990, aus: Schwarzer R., Ebd

Das Modell in Abbildung 12 bringt eine Erklärung der Abhängigkeiten von Selbsteinschätzung und den eigenen Kompetenzen. Die Stresstheorie nach Lazarus ist auch in der Gegenwart mit den primären und sekundären Einschätzungskriterien ein wichtiger Standpunkt.

Die physiologische Stresstheorie nach Selye

Ein anderer Ansatz der Stresstheorie bietet das Konzept nach Selye. Er spricht von Anpassungsreaktionen des Körpers auf bestimmte Auslöser. Im Gegensatz zu Lazarus verfolgt er den physischen, also den biologischen Ansatz.

Dytrich beschreibt in ihrer Arbeit die Anfänge der Forschung von Selye sehr gut.¹¹⁷ „Was immer die Patienten auch für eine Krankheit hatten, sie waren gekennzeichnet von schlechtem Aussehen, Appetitmangel, unbestimmten Schmerzen, Fieber und Verdauungsstörungen.“

Diese Beobachtungen waren der Anlass, das Selye den Begriff des „Allgemeinen Adaptationssyndroms“ konzipierte.¹¹⁸ Er fand heraus, dass alle höheren Lebewesen bei Konfrontation mit einem Stressreiz dieselbe physiologische Reaktion zeigten. Man unterscheidet nach Selye verschiedene Stadien dieses Syndroms;

Die Alarmphase

Die Wahrnehmung eines Reizes versetzt den Körper in einen Alarmzustand. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf den Reiz. Dieser Stimulus aktiviert den Hypothalamus, der wiederum aktiviert mittels Hormonausschüttung auf neuronalem Weg die Nebennierenrinde. Es kommt zu einer Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin, den Stresshormonen, welche eine Beschleunigung des Blutdrucks, eine Erhöhung des Pulsschlages, erhöhte Transpiration und auch eine schnellere Atmung mit sich bringen. Der Körper ist in höchster Spannung! Im Gegensatz dazu sind aber jene Körperfunktionen die nicht benötigt werden gedrosselt. Unter anderem ist die Immunabwehr geschwächt, was nicht nur Vorteile mit sich bringt.

Die Widerstands- oder Resistenzphase

Die Person bzw. der Organismus versucht in dieser Phase unter Einbeziehung aller oben genannten Abwehrmechanismen die Stresssituation erfolgreich zu bewältigen. Ist dies der

¹¹⁷ Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, S.14

¹¹⁸ Selye H., Stress in Health and disease, London, 1976, Butterworths, S 1146, ff

Fall, dann stellt der Körper wieder auf den normalen Modus um. Die Bewältigung war erfolgreich.

Wenn es aber nicht möglich ist die Stressoren auszuschalten, dann verbleibt er in dieser Phase. Das bedeutet, dass die permanente Schwächung des Immunsystems, die andauernde Stresssituation den Übergang in das dritte Stadium nach Selye bedeuten kann.

Die Erschöpfungsphase

Diese Phase ist, so wie der Name sagt, ein Stadium der Erschöpfung. Das Individuum ist nicht mehr in der Lage die Situation zu bewältigen. Der Widerstand und die Kontrolle entgleiten und die physiologischen Symptome, die bereits in der Alarmphase genannt wurden, bleiben aufrecht.

Die Energiereserven werden aufgebraucht, das Immunsystem ist geschwächt, der Körper bietet eine breite Angriffsfläche für Krankheitserreger. Es kann zu einer dauerhaften Schädigung des Organismus führen. Charakteristische Krankheitsbilder wie Magengeschwüre, erhöhte Thrombosegefahr, Bluthochdruck aber auch Konzentrationsstörungen sind die Folge.

Klingt die Stressphase wieder ab, kommt es zu einer Erholung und Regeneration des Körpers. Die Energiereserven werden wieder aufgeladen. Um eine solche Phase wieder erfolgreich bestehen zu können, bedarf es einer längeren Ruhepause. Sollte es jedoch immer wieder zu Stresssituationen kommen, dann erschöpft sich der Körper. Dauerstress ist die Folge.

*Nach Selye verbraucht jede Stressreaktion, von der Auslösung der Alarmphase an, Anpassungsenergie. Diese Energie muss in ausreichend langen Ruhepausen wieder aufgebaut werden. Zu seltene oder zu kurze Regenerationsphasen können zur Erschöpfung des Reservoirs führen.*¹¹⁹

4.1.5 Stresstypen

Friedrich und Rosenman¹²⁰ stellten 1975 eine Studie über Stress und die Zusammenhänge von Infarktrisiko, Lebensstil und Persönlichkeitseigenschaften vor. Diese Erhebung wurde gerade von Managern und Arbeitsmedizinern begrüßt. Es erwies sich, dass die bisher angenommenen Risikofaktoren wie genetische Veranlagung, Übergewicht, hoher Blutdruck oder Rauchen

¹¹⁹ Bruckner M., Zeit und Gefühlswelt im Burnout- Syndrom, Diplomarbeit, Wien, 2006, S.33

¹²⁰ Linneweh K., Stresskompetenz- Der erfolgreiche Umgang mit Belastungssituationen in Beruf und Alltag, Beltz- Verlag, Weinheim-Basel, 2002, S. 75, ff

sich nicht alleine für den überproportionalen Anstieg der Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich zeigten. Sie verglichen zwei Persönlichkeitstypen, die sich am Verhalten orientieren;

- den Infarkt- gefährdeten Typ A
- den nicht Infarkt- gefährdeten Typ B

Diese beiden Stresstypen unterscheiden sich gegensätzlich.

Typ A Kennzeichnung¹²¹

- *ein äußerst starkes Leistungsstreben*
- *hohe körperliche und geistige Handlungs- und Anstrengungsbereitschaft*
- *den starken Willen, das eigene Leben aktiv beeinflussen und etwas bewirken zu wollen*
- *ein ständiges Bedürfnis nach Anerkennung, Vorwärtskommen und Überlegenheit*
- *extremes Konkurrenzverhalten*
- *innere Ruhe- und Rastlosigkeit, Ungeduld mit sich selbst und Anderen, Unfähigkeit zu warten oder zuzuhören*
- *Tendenz die Ausführungen aller Handlungen zu beschleunigen*
- *Ein starkes Bedürfnis die eigene Umwelt unter Kontrolle zu bringen, alles im „Griff“ zu haben*
- *Eine starke Tendenz unter Zeitdruck mehrere unterschiedliche Dinge gleichzeitig zu erledigen (Multitasking)*
- *Eine überdurchschnittliche hohe Aggressivität*

Im Gegensatz dazu ist der Typ B,

- *ruhig, besonnen*
- *unaufgeregt*
- *gelassen*
- *und er achtet darauf seine Kräfte nicht zu verausgaben.*

Roseman und Friedrich machten mit dieser Typisierung eine revolutionäre Entdeckung. Es erhoben sich aber auch Gegenstimmen! Eine Untersuchung von Friczewski¹²² an deutschen

¹²¹ Linneweh K, Ebd

Industriearbeitern zeigte, dass sich Infarktpatienten über die gesamte Breite der Menschentypen verteilen. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen lebhaften, ängstlichen und risikofreudigen Personen.

Sollten aber auch Meinungen gegen die Theorie von Roseman und Friedrich vorhanden sein, so haben sie doch erheblich zum Nachdenken über das Gesundheitsbewusstsein beigetragen.

4.1.6 Mögliche Stressoren

Arbeitsstressoren

In den vorigen Kapiteln wurde auf die Tätigkeitsfelder und auch die belastenden Faktoren auf Intensivstationen eingegangen. Die „Krankmacher“ werden auch als „Arbeitsstressoren“ bezeichnet.

Die neuen Hightech- Geräte beanspruchen die Pflegepersonen immer stärker und verlangen eine Umstrukturierung, bzw. eine Neuanpassung an veränderte Arbeitsbedingungen. Greif¹²³ behauptet, dass sich die Art der Stressoren geändert habe; *„Wenn man vergleichsweise früher durch rasch aufeinander folgende Routinetätigkeiten unter Zeitdruck geriet, ist heute die Stressursache nicht mehr in der Tätigkeit selbst zu sehen, sondern in der Automatisierung.(...) So werden jetzt Handlungsunterbrechungen, (...) undurchschaubare Arbeitsvorgänge sowie das Gefühl der lückenlosen Überwachung und Kontrolle durch Computersysteme zum Problem für die Arbeitskraft.“*

Dieses Problem der ständigen Weiterentwicklung ist nur durch Fortbildung, Anpassung und eine starke Fach- und Eigenkompetenz in den Griff zu bekommen.

Allenspach und Brechbühler¹²⁴ führen an, dass Stress am Arbeitsplatz dann entsteht, wenn die Anforderungen hoch und die persönlichen Bewältigungskompetenzen gering sind. Sie sehen auch Erfolg und Misserfolg als einen großen auslösenden Faktor.

Zur Gruppe der Arbeitsstressoren ist auch Lärm zu zählen. Folgendes Zitat beweist die krankmachende Komponente die Lärm nach sich ziehen kann. *„Lärm kann sowohl beim Menschen, wie auch im Tier Reaktionen hervorrufen, wie sie ähnlich auch durch physikalische Stressoren wie Kälte, Schock nach Blutverlust oder Trauma oder auch durch*

¹²² Linneweh K, Ebd

¹²³ Greif, 1991, aus: Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, S.42

¹²⁴ Allenspach et al., aus Unger H. P., Bevor der Job krank macht, S.70

psychische Ursachen wie Arbeitüberlastung und sogar durch heftige Aufregungen hervorgerufen werden können.“¹²⁵

Soziale Stressoren

Wie wichtig die von mir schon oft zitierte interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und der Teamgeist sind, zeigt folgendes Zitat; „*Soziale Stressoren sind Merkmale der sozialen Situation am Arbeitsplatz und als solche gekennzeichnet durch kleine Ärgernisse und Spannungen mit Kolleg/Innen und Vorgesetzten.*“¹²⁶

Die Zusammenarbeit in Akutsituationen ist eine wichtige Komponente und tritt der Stressentwicklung entgegen. Deshalb wirkt ein gutes Klima präventiv.

Innere Stressoren

Innere Stressoren lösen psychischen Stress aus. Speziell bei der Erwartungshaltung der Patienten und Angehörigen ist dieser Typus in Betracht zu ziehen. Die Grenzen der Intensivmedizin und das „Nicht Loslassen Können“ einerseits, sowie fehlende Möglichkeiten zur Kompensation andererseits, können pathologische Auswirkungen mit sich bringen. Ständige innere Konflikte unverarbeiteter Ereignisse zeigen nach einer Weile Auswirkungen, die im Extremfall, schwerwiegend enden können.

4.1.7 Auswirkungen von Stress

Nach der Vorstellung verschiedener Stresskonzepte, der Stresstypen und möglicher Stressoren möchte ich nun die möglichen Auswirkungen von Stress hervorheben. Die oft publizierte „Volkskrankheit“ Stress wird in manchen Kreisen unterbewertet. Deshalb sollen die Auswirkungen zum Nachdenken anregen.

Bengel¹²⁷ beschreibt typische Stressreaktionen während und nach Einsätzen. Dies sind kurzfristige Reaktionen auf Akutsituationen;

¹²⁵ Ising H.(Hrsg), Lärm und Krankheit – Noise and disease, Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, Gustav Fischer Verlag; Stuttgart- New York, 1993, S.67

¹²⁶ Zapf D., et al., aus: Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, S.43

¹²⁷ Bengel J. (Hrsg)et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S.230

- *Gefühle wie z.B. Angst, Hilflosigkeit, Mitgefühl und Wut*
- *Gedanken(Kognitionen) wie z. B. „Jetzt das noch“, kreisende Gedanken oder Erinnerungen und Bilder bereits erlebter Einsätze*
- *Körperlich Reaktionen wie z. B. feuchte Hände, Zittern, erhöhte Muskelanspannung oder Herzrasen*
- *Verhaltensweisen wie z. B. unkonzentriertes Arbeiten, Nervosität,(...)*

Diese kurzfristigen Auswirkungen sind vergleichbar mit der Alarmreaktion des Stresskonzeptes nach Selye. Diese Symptome werden nach der Situation wieder abgebaut. Wenn es jedoch zu einer dauernden Anspannung kommt, dann spricht man von Dauerstress. Diese dauernde Belastung bei fehlender Eliminierung des Stressors führt zu einer Destabilisierung des Gleichgewichts. Der Körper ist in permanentem Alarmzustand!

Küng¹²⁸ bietet eine strukturierte Aufzählung von möglichen Auswirkungen von Dauerstress. Diese beziehen sich auf verschiedene Ebenen;

- Die kognitive Ebene

Es kommt zu einer Verminderung der Wahrnehmungsfähigkeit und der Informationsverarbeitung. Resultate sind Konzentrationsstörungen, Wahrnehmungsverschiebungen, Gedächtnisstörungen und Denkblockaden. Weiters folgen Einbußen in der Leistungsfähigkeit und eine höhere Fehleranfälligkeit.

- Die emotionale Ebene

Dauerstress löst eine Empfindung von unangenehmen und negativen Gefühlen aus. Diese aversiven Gefühlszustände bewirken Symptome wie Ängste, Nervosität, Depression, Gereiztheit, geringes Selbstvertrauen, Apathie (Teilnahmslosigkeit) und auch Hypochondrie (eingebildete Krankheiten).

- Die muskuläre Ebene

Die permanente hohe Muskelanspannung bewirkt verminderten Abtransport von Schadstoffen und verschlechterte Zellversorgung mit wichtigen Nährstoffen. Es können im Fall von Dauerstress Symptome wie allgemeine Verspannung, Muskelzittern, Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerz und eine leichte Ermüdbarkeit auftreten.

¹²⁸ Küng H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivst. In Südtiroler KH, S. 53

- Die vegetative hormonelle Ebene

Die Daueraktivierung des vegetativen Nervensystems kann auch Veränderungen wie Herz-Kreislauf- Erkrankungen, erhöhtes Infarktrisiko, gesteigerte Anfälligkeit für Infektionen, Magen- Darmgeschwüre, Gastritis, hormonelle Störungen, Veränderungen des Cholesterinspiegels, Migräne, chronische Müdigkeit und Schlafstörungen begünstigen.

Linneweh¹²⁹ unterscheidet direkte und indirekte Auswirkungen. Die direkten Stressfolgen sind ähnlich denen der vorigen Ausführungen von Bengel. Die indirekten Stressfolgen sieht Linneweh folgendermaßen;

„Wichtig in diesem Zusammenhang scheint aber die Tatsache, dass Stressoren und Stressreaktionen auf längere Sicht zu kritischen Veränderungen ihres Gesundheitsverhaltens führen und damit auch das psychosomatische Erkrankungsrisiko erhöhen.“

4.1.8 Weitere Auswirkungen von Stress

Dytrich¹³⁰ sieht in ihren Ausführungen die Auswirkungen von Stress individuell, also vom Individuum abhängig. Bei Intervention eines Stressors sind die daraus resultierenden Mechanismen wiederum von der Einschätzung, der persönlichen Disposition und dem sozialen Kontext abhängig. Sie führt ebenfalls drei Ebenen der Reaktion auf Stressoren an. Sie nennt die vegetative, die subjektiv-kognitive und als letztes die motorische Ebene. Hier sind Parallelen zu den vorigen Ausführungen erkennbar. Weiters unterscheidet sie zwischen kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen. Kurzfristige wären erhöhte Nervosität und Gereiztheit. Weiters komme es zu Angstgefühlen, psychischer Ermüdung und vegetativen Symptomen. Diese ähneln den Ausführungen von Küng, also Symptome wie Blutdruckerhöhung, Pulsfrequenzsteigerung, Zittern usw.

Langfristige Auswirkungen gleichen den bereits erwähnten Symptomen wie;

- *Zunahme der depressiven Verstimmung*
- *„Nicht abschalten Können“ nach der Arbeit*
- *Gefühle der Angespanntheit*
- *Unzureichende Fähigkeit sich zu erholen*

¹²⁹ Linneweh K., S. 42

¹³⁰ Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, S.57, ff

- *Herabsetzung des Gesundheitsbewusstseins (ungesunde Ernährung, Erhöhung der Rauchintensität)*
- *psychosomatische Beschwerden wie organische Krankheiten treten auf (z. B. Magengeschwüre und Kopfschmerzen)*
- *Nervenzusammenbrüche*

Diese Auswirkungen von Stress sind ein besorgniserregendes Faktum. Es gilt die Präventionsmaßnahmen anzutreiben, und auch der frühzeitigen Erkennung und Demaskierung der Symptome Aufmerksamkeit zu schenken.

Leistungsbeeinflussung

Die Leistung korreliert in signifikanter Art und Weise mit Stress. Gerade im Bereich der Intensivpflege ist es notwendig auf hohem Level Leistung zu bringen. Stress und hohe Leistungsfähigkeit stehen an der Tagesordnung.

Die Begriffe Eustress und Distress wurden bereits erläutert. Zur Wiederholung; bei Eustress spricht man auch von „gesundem“ und bei Distress von „ungesundem“, möglicherweise Krankheits-auslösenden Stress.

Das die Leistungsfähigkeit bei Stress nicht immer abfällt sondern auch ansteigen kann, hängt wiederum von den Bewertungen und Einschätzungen, also den Kompensationsmechanismen des Individuums ab. Eine Person mit Erfahrung reagiert in stressigen Situationen möglicherweise anders, als eine junge unerfahrene. Nicht jede Situation stellt für routinierte Pflegepersonen die gleiche Problematik dar.

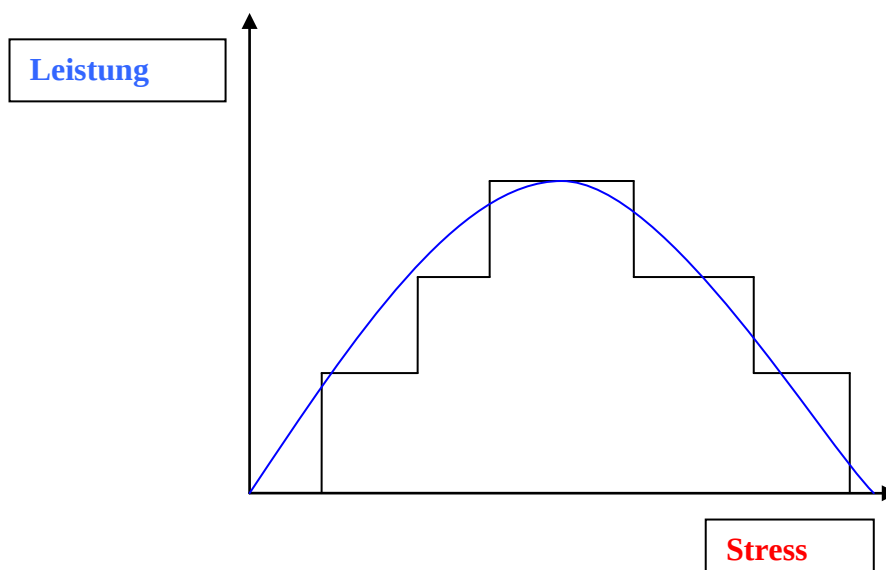
Nitsch¹³¹ sieht den dauerhaften Druck als Parameter für Leistungseinbußen an, jedoch umgekehrt könnten unter angemessenem Druck Höchstleistungen erbracht werden.

Der Kurvenverlauf in Abbildung 13 zeigt, dass bei steigender Belastung auch die Leistungsfähigkeit ansteigt. Die Konzentration gilt voll und ganz der Aufgabenbewältigung. In Belastungssituationen werden die letzten Energiereserven mobilisiert und daraus resultiert eine Leistungssteigerung. Ohne Erholungszeit kann diese aber nicht aufrechterhalten werden. Es kommt bei fehlenden Ruhephasen zu einer Verwandlung des positiven Eustress in

¹³¹ Nitsch J.R., Aspekte der Stressforschung, aus: Dytrich M., S. 61

Distress. Diese Umwandlung ist als Dauerstress zu bezeichnen. Die Mechanik und die Folgen von Dauerstress wurden schon erörtert.

Folgende Abbildung 13 bringt Klarheit.



(Abbildung 13¹³² übernommen)

4.2 Die post-traumatische Belastungsstörung

Eine Form der durch traumatische Ereignisse hervorgerufenen Erkrankungen, ist die posttraumatische Belastungsstörung. Lenz et al¹³³ beschreibt die zentrale Symptomatik dieser Störung als das beständige Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, mit in sich aufdrängenden Erinnerungen oder Träumen. Es kommt zum sozialen Rückzug, zum Verlust der Lebensfreude und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten gegenüber gewissen Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Zustände wie erhöhte Sensitivität,

¹³² Nitsch J. R., Aspekte der Stressforschung, aus: Dytrich M., S 62

¹³³ Lenz G. et al, Klinische Psychiatrie, 2.Auflage UTB, Facultas Verlag, 1998,2002, S.285

Schlafstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit und auch Konzentrationsschwierigkeiten können die Folge sein.

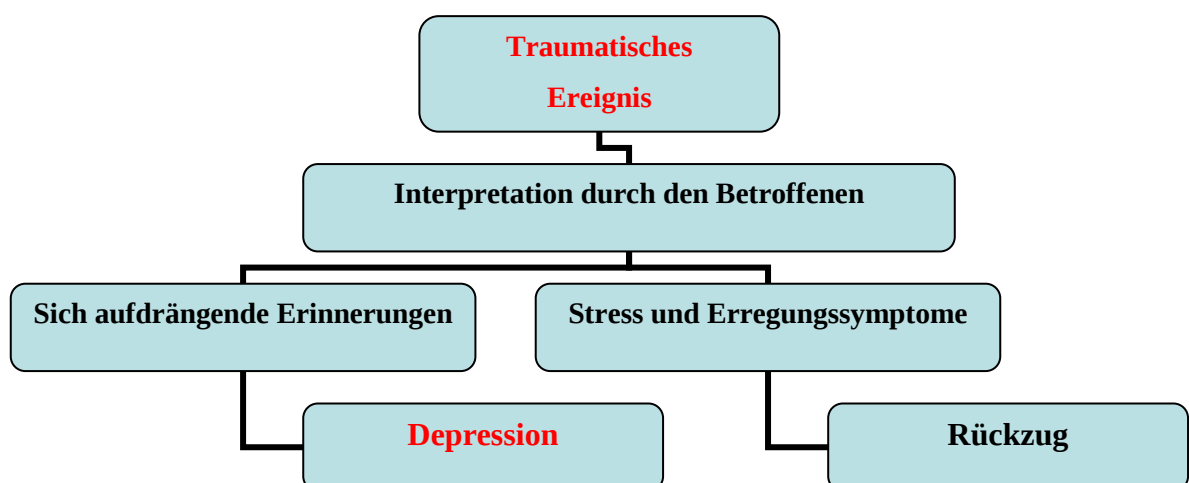
4.2.1 Risikogruppen und weitere Symptome

Diese, kurz PTBS, genannte Störung wird bei folgenden Berufsgruppen vermehrt beobachtet. Risikogruppen nach Teegen¹³⁴ sind psychosoziale Helfer, Personen in der Intensivpflege, aber auch Einsatzkräfte der Polizei, Rettung und Feuerwehr.

Die PTBS ist durch drei wesentliche Symptomgruppen gekennzeichnet¹³⁵;

- *Es kommt zu sich immer wieder aufdrängenden Erinnerungen an das traumatische Ereignis in Form von Alpträumen, Gedanken und Vorstellungen*
- *Es kommt zu einer anhaltenden Vermeidung von Personen, Orten oder Gegenständen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen*
- *Es kommt weiters zu anhaltenden Symptomen erhöhter Erregung, Irritierbarkeit, Wutausbrüchen und auch Schlaflosigkeit*

Everly¹³⁶ hat bei der PTBS ein Modell erstellt, welches in Abbildung 14 zu sehen ist;



¹³⁴ [http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Traumatische Ereignisse/Fakten/statistik \(19.4.2007\)](http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Traumatische_Ereignisse/Fakten/statistik_(19.4.2007)), S.1,f

¹³⁵ George S., et al., CISM- Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, S.38,f

¹³⁶ Everly, 1995, et al, aus: CISM- Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, Ebd

(Abbildung 14 in abgeänderter Form dargestellt)

Die Bedingung für das Auftreten des PTBS ist ein traumatisches Ereignis. Die Bewertungs- und Einschätzungskriterien entscheiden aber über die Intensität und Schwere der Belastung.

Als wissenschaftliche Untermauerung dient folgende Studie von Teegen¹³⁷ die das Auftreten von PTBS untersuchte. Es beteiligten sich insgesamt 687 Personen, davon 198 Feuerwehrleute, 155 Polizisten, 129 Rettungskräfte, 144 Intensivpflegekräfte und 61 Journalisten. Die Beschäftigung war in überwiegendermaßen Vollzeit.

Die Ergebnisse, besonders im Fall der Intensivpflegekräfte, waren beeindruckend. Die Angaben über traumatische Ereignisse von nahe stehenden Personen betrugen 83%. Der Faktor der Empathie und des damit verbundenen „Nicht abschalten Könnens“ kommt hier zum Tragen. Auffällig viele Intensivpflegekräfte berichteten über den Selbstmord von Kolleg/Innen! **Die Häufigkeit des Auftretens des PTBS ist laut dieser Studie bei Rettungs- und Pflegekräften deutlich erhöht.** Es kam bei **mehr als zwei Drittel** der befragten Intensivpflege- und Rettungskräfte **zu Auswirkungen von partieller oder voller Beeinträchtigung durch PTBS.** Angaben zu Depressivität wurden bei etwa 20% der Befragten eruiert.

¹³⁷[http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Traumatische Ereignisse/Fakten/statistik](http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Traumatische_Ereignisse/Fakten/statistik) 19.4.2007, Ebd

Mealer et al.¹³⁸ schreibt, dass traumatische „Events“ in Zusammenhang mit Symptomen des PTBS stehen. Die Symptome sind vergleichbar mit denen von Veteranen im Krieg, also bei der Behandlung von Sterbenden und bei der Assistenz bei traumatischen Erlebnissen! Die Ergebnisse dieser Studie waren, dass **20% der Intensivpflegepersonen Symptome von Angst**, und annähernd **30% Symptome von Depression** zeigten.

4.3 Das Burnout-Syndrom

Stress kann kurz- oder langfristige Auswirkungen haben. Das Krankheitsbild des Burnout-Syndroms ist eine gravierende Auswirkung, dem in letzter Zeit vermehrt Interesse entgegengebracht wurde.

Ich fühle mich ausgebrannt und leer!

Freudenberger¹³⁹ beobachtete in einer Untersuchung in den USA bei ehrenamtlichen Mitarbeitern einer Hilfsorganisation der Gesundheitsversorgung folgende Symptome. Es kam zu Erschöpfung, Übermüdung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Zynismus, Frustration und sozialer Isolation. Als charakteristisch beschreibt er ihren hohen Einsatz und die große Begeisterung am Anfang ihrer Tätigkeit.

„Burnout ist ein Zustand gefühlsmäßiger oder emotionaler, physischer und mentaler Erschöpfung. Dieser tritt nach einem länger dauernden Umgang mit Personen auf, die im emotionalen Bereich stark fordernd sind, wie es z.B. Patienten sein können.“¹⁴⁰

Schadler¹⁴¹ et al. führen an, dass sich die Folgen auf mehreren Ebenen beschreiben lassen. Dies sind psychische, physische bzw. psychosomatische Symptome sowie Konsequenzen im Verhalten, in sozialen Beziehungen und in Einstellungen.

¹³⁸ Mealer L.M., et al., „Increased Prevalence of posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses“, aus: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol 175, 2007, S.696

¹³⁹ Freudenberger, 1974, aus: Bengel J. (Hrsg) et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S.244, ff

¹⁴⁰ Pines, et al, 1981, aus: Bengel J. , Ebd

¹⁴¹ Schadler et al., aus: Bengel Ebd

Im Zusammenhang mit Pflegepersonen ist der folgende Ausschnitt aus der „Next- Studie“ sehr aussagekräftig wie hoch das Risiko von Burnout in der Pflege ist¹⁴²;

*„Berufliches Burnout betrifft vor allem Arbeitsfelder, in denen Interaktion mit anderen Personen eine Schlüsselfunktion einnimmt und die Bedeutung für Arbeitserfolg und Entwicklung ist. Die Kosten für eine solche Interaktion und die Konfrontation mit negativen Gefühlen, Leid und anhaltendem Stress können sehr hoch sein. Dies vor allem dann, wenn der Pflegende nicht in der Lage ist mit der Arbeitsbelastung, den Erfahrungen von Niederlagen und dem Ausbleiben von beruflichem Erfolg umzugehen.“¹⁴³(...) „**Burnout betrifft etwa 25% aller Pflegekräfte, dieser Anteil steigt auf 64% bei Pflegekräften mit hohen affektiven Belastungen und auf 39% bei Pflegekräften mit hohen kognitiven Belastungen.**“¹⁴⁴*

4.3.1 Begriffsbestimmung

Maslach und Jackson¹⁴⁵ definieren Burnout als Syndrom aus;

- *emotionaler Erschöpfung (durch Kontakt mit anderen Menschen überbeansprucht und ausgelaugt sein),*
- *Entpersönlichung (gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf die Empfänger der eigenen Dienstleistung und Fürsorge),*
- *und reduzierter Leistungsfähigkeit.*

Diese Begriffsbestimmung stellt die Symptome dar, aber hat nicht jeder irgendwann einmal Phasen der Erschöpfung? Nicht jedes Symptom bedeutet sofort ein Burnout, aber bei langfristigen Einwirkungen stressender Komponenten besteht eine große Gefahr der Erkrankung. Das Zusammenwirken mehrerer Faktoren ist für das Entstehen verantwortlich. Lang¹⁴⁶ behauptet, dass am Anfang ein hohes Engagement der Pflegepersonen steht. Dieses

¹⁴² van der Schoot, et al., Burnout im Pflegeberuf, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW, S57,f

¹⁴³ Sek, 2000, aus: Burnout im Pflegeberuf, aus: Hasselhorn H., et al.; Ebd

¹⁴⁴ Estryn-Behar et al., 1990, aus: Burnout im Pflegeberuf, aus: Hasselhorn H., et al.; Ebd

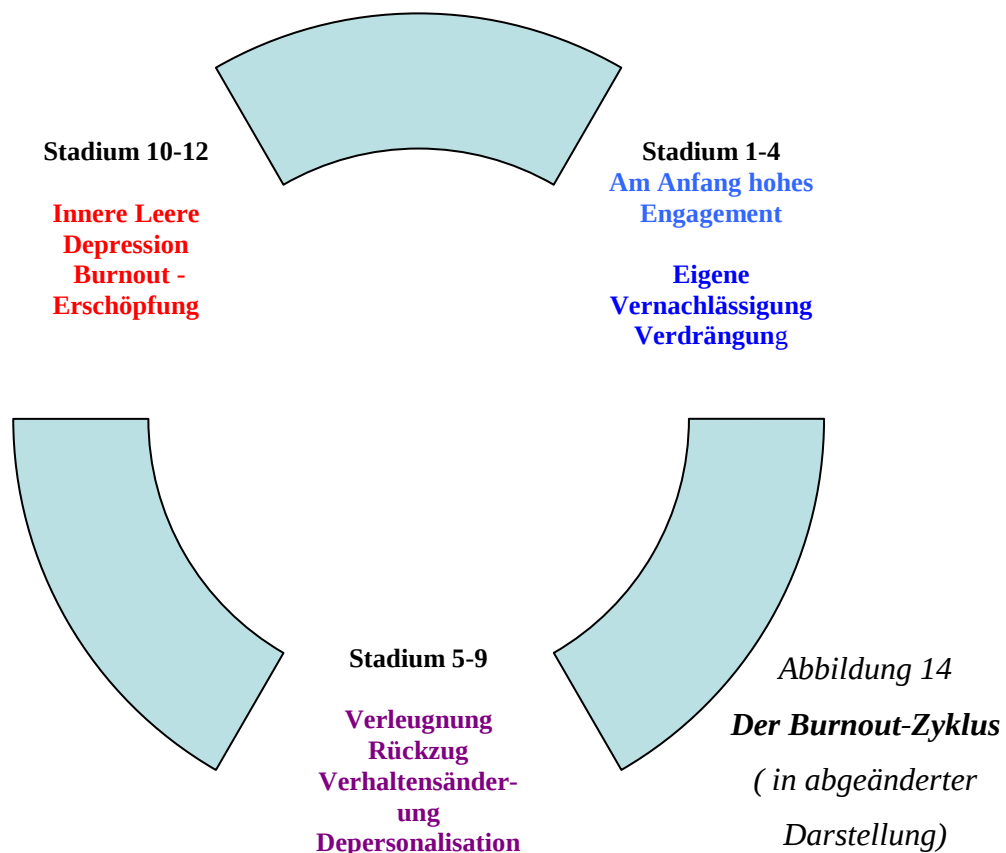
¹⁴⁵ Maslach-Jackson, 1984, aus: Lang K., Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenmatl. Helfer- zwischen Belastung und Bereicherung, S. 9

¹⁴⁶ Lang K., Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenmatl. Helfer- zwischen Belastung und Bereicherung, S. 9, f

kann sehr lange anhalten, sofern daraus am Ende ein „Gewinn“ resultiert. Unter Gewinn verstehe ich die Akzeptanz in der interdisziplinären Zusammenarbeit, aber auch die Anerkennung von Seiten der Patienten, Angehörigen und Kollegen/Innen.

Lang¹⁴⁷ beschreibt weiter, dass bei Ausbleiben des „Gewinns“, also bei Konflikten mit Angehörigen, Kollegen oder auch Patienten, sich das Engagement in Entmutigung und Erschöpfung widerspiegelt.

4.3.2 Phasen des Burnout- Syndroms



Die Abbildung 14¹⁴⁸ verdeutlicht, dass Burnout nicht sofort entsteht, sondern ein Prozess ist, der sich über einen längeren Zeitraum zieht. Nicht selten vermischen sich die Stufen, es besteht also eine gegenseitige Abhängigkeit. Bei Abnehmen der Wahrnehmung kommt es zu einem Fortschreiten des Zyklus¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Lang K, Ebd

¹⁴⁸ Freudenberger, et al., 1992, aus: Bruckner M., Zeit und Gefühlswelt im Burnout- Syndrom, S.19,f

„Tief im Zyklus des Burnouts kann man die realen Grenzen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten nicht mehr erkennen. Man ist getrieben von einem ständigen „muss“, womit man permanent überfordert ist.“¹⁵⁰

4.3.3 Risikofaktoren für Burnout

Die begünstigten Faktoren für dieses Krankheitsbild wurden schon weitgehend im Kapitel Stress behandelt. Stress hat eine große Affinität zum Burnout-Syndrom, das bedeutet, dass Stress ein Schlüsselphänomen ist. Bengel¹⁵¹ unterscheidet in seinen Ausführungen der fördernden Faktoren 3 Ebenen;

- *Die Ebene der Person*
- *Die Ebene der sozialen Arbeitsbeziehungen und Rollen*
- *Die Ebene der Arbeitsbedingungen*

Ebene der Person

Wenn man sich an der physiologischen und psychologischen Stressforschung orientiert, entstehen Beanspruchungen durch von außen einwirkende Faktoren (Stressoren). Die Reaktion auf diese wird als Stressreaktion bezeichnet. Die physiologische Komponente, also das von Seyle in Kapitel der Stresstheorien vorgestellte Konzept, unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den beobachtbaren Symptomen des Burnout-Syndroms.

Die psychologische Komponente sieht die individuellen Reaktionen als treibende Kraft an. Derselbe Stressor kann bei einer Person Symptome hervorrufen, bei einer anderen Person wiederum keine. Es stellt sich die Frage nach den individuellen Bewertungen, die ein Individuum dem Stressor zuordnet. Stressoren sind immer subjektiv und personenabhängig zu definieren. Bengel¹⁵² führt weiter an;

„ Stressreaktionen können aufgrund der Wahrnehmung einer tatsächlichen oder erwarteten Diskrepanz zwischen Anforderungen im Beruf und der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zustande kommen. Analog zu Stressreaktionen könnte dies auch die Ursache für Burnout sein.“

¹⁵⁰ Freudenberger, et al., 1992, aus: Bruckner M., Zeit und Gefühlswelt im Burnout- Syndrom, Ebd

¹⁵¹ Bengel J. (Hrsg)et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S.247,ff

¹⁵² Bengel J. (Hrsg)et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Ebd

Ebene der sozialen Beziehungen und Rollen

In diesem Punkt stellt Bengel die sozialen Beziehungen zu Kollegen/Innen und den Umgang mit Problemen und Konflikten in den Mittelpunkt. Als Belastungsfaktoren definiert er Konflikte in persönlichen Beziehungen, vergleichbar mit Problemen im Umgang mit Kollegen/Innen, aber auch Patienten und den Angehörigen. Das Problem der Rollenkonflikte sieht Bengel als essentiell an. Diese Konflikte ergeben sich aus Forderungen und Erwartungen, die für eine Person unvereinbar mit der Aufgabenerfüllung sind. Umgemünzt auf die Intensivstation können solche Probleme im Zuge von verantwortungsvollen Entscheidungen für Patienten und gleichzeitigem Zeitmangel auftreten.

Als Rollenüberforderung sieht Bengel, wenn von einer Person mehr gefordert wird, als sie in der verfügbaren Zeit im Stande ist zu leisten.

Ebene der Arbeitsbedingungen

Maslach¹⁵³ erforschte, dass Faktoren am Arbeitsplatz, also die Arbeitsbedingungen entscheidend zur Entstehung von Burnout beitragen. Risiken liegen im Bereich der Unter- aber für die Intensivstation wichtiger der Überforderung.

Diese 3 Ebenen zeigen große Parallelen zu den bis jetzt dargestellten Theorien. Belastung, Beanspruchung und als Folge erhöhte Stressbelastung im Sinne des „Distress“ können die Entstehung von Burnout begünstigen!

4.3.4 Auswirkungen auf die Person

Das Burnout- Syndrom kann viele Symptome hervorrufen. Nachfolgend werden die wichtigsten aufgezählt¹⁵⁴;

- *Emotionale Erschöpfung, Apathie, Unzufriedenheit*
- *Verstärktes Auftreten psychosomatischer Beschwerden z.B. Schlafstörungen, Verspannungen, Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, Magen- Darm- Ulcera, Bluthochdruck und eine Schwächung der Immunabwehr*

¹⁵³ Maslach, 1993, aus: Bengel J. (Hrsg) et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Ebd

¹⁵⁴ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, S.69

- *Extremes Essverhalten, d.h. entweder zuviel oder zuwenig*
- *Starker Konsum von Tabak, Kaffee, Alkohol oder Drogen*
- *Private Probleme, Erschöpfung und Überdruß beeinträchtigen alle Lebensbereiche*

4.3.5 Auswirkungen auf die Arbeit

Die Auswirkungen auf die Arbeit können drastische Konsequenzen nach sich ziehen. Besonders im Bereich der Intensivmedizin dürfen keine Fehler passieren!

Auswirkungen können sein¹⁵⁵;

- *Engagement, Motivation und Initiative in der Arbeit fehlen*
- *Keine Identifizierung mit der Tätigkeit, folglich Distanzierung*
- *Nur das Nötigste wird gemacht, der Patientenkontakt ist minimiert*
- *Es herrscht eine negative Grundeinstellung gegenüber den Patienten und der Arbeit*
- *Vermehrtes Auftreten von Konflikten im Team*
- *Vermehrte Krankenstandszeiten*

Das Auftreten von Burnout hat, wie die Aufzählung der Symptome zeigt, nicht nur Auswirkungen auf die betroffenen Personen selbst. Es ist auch mit Problemen im Team zu rechnen. Die vermehrte Fehlzeit durch Krankenstände ist zu kompensieren, was sich im Faktor des Personalmangels und seinen Folgen niederschlägt. Weitere sich ergebende Probleme sind der Patientenkontakt, das hohe Konfliktpotential und auch die Motivation.

4.3.6 Eine Studie bei Erwerbstätigen

Das Burnout auch andere Berufsgruppen betrifft, belegt ein Forschungsergebnis der AOK. Laut dieser Studie haben die psychischen Belastungsfaktoren die physischen bereits eingeholt. Befragt wurden 15000 Personen, davon klagten 30-35% dieser Befragten über starke psychische Belastungen. Die Raten für depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Unruhe und Reizbarkeit lagen zwischen 60 und 80%.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Koch F., et al., Klinikleitfaden Intensivpflege, Ebd

¹⁵⁶ Wimmer K., Stress- Burnout und Depression, Skript, Linz, August 2005, S.16

4.3.7 Studien im speziellen Bereich der Pflege

Eine Studie, geleitet von Palfi et al.¹⁵⁷, versuchte die Rolle von Burnout im Gesundheitsbereich zu erforschen. Die Untersuchung fand in Branya, Ungarn, statt. Es wurde nach einem standardisierten Fragebogen vorgegangen. Das Ergebnis bestätigt die Relevanz des Themas und die Wichtigkeit für die Pflegepersonen. Laut dieser Studie erreichten **Intensivpflegepersonen den höchsten Score für Burnout**, gefolgt von Pflegepersonen im Langzeitpflegebereich, z.B. der Rehabilitation. Bei Intensivpflegepersonen war Burnout mit 10,7% mehr als doppelt so hoch wie bei Pflegepersonen die in der Langzeitpflege arbeiten. Ebenfalls gaben 66% der Befragten an, dass ein Jobwechsel in einem überproportional hohen Zusammenhang mit Burnout stehe. Der Prozentsatz liegt hier bei 66%!

In einer Studie der GPA-DJP¹⁵⁸, wo 737 im Gesundheits- oder Sozialbereich arbeitende Personen befragt wurden, kam man zum Ergebnis, dass 29% der Befragten dem Stadium der „emotionalen Erschöpfung“ zuordenbar sind. Dieses Symptom korreliert stark mit der psychischen Erschöpfung. Diese kann in einer Reihe anderer Beschwerden, bis zur Depression reichen. Einen weiteren Unterschied bringt diese Studie zu Tage, nämlich das **Teilzeitbeschäftigte weniger von emotionaler Erschöpfung betroffen** sind (22,9%) als Vollzeitarbeiter/innen(31,9%).

In der Phase der Depersonalisation befinden sich laut dieser Datenerhebung 14,1% der Befragten. Wiederum sind Vollzeitbeschäftigte mehr belastet (16,1%) als Teilzeitarbeiter/innen (13,9%).

Die dritte Skalierung betraf die der „persönlichen Erfüllung“. Hier sahen insgesamt **28,6%** der Befragten eine **Belastung durch mangelnde Erfüllung**. Wiederum gab es Divergenzen in der Differenzierung des Beschäftigungsausmaßes, wobei sich die Vollzeitbeschäftigten mit 29,5% zu 27,1% als stärker belastet fühlten.

Nach der Zusammenfassung aller Ergebnisse kommt diese Studie zum Schluss, dass die **Gesamtbelastung, also die Gefährdung in ein Burnout zu abzuweichen, mit 20,2%** beunruhigend hoch ist. Differenziert nach Vollzeit und Teilzeit, ergibt sich ein Unterschied von 23,3% zu 14,6%.

¹⁵⁷ Palfi I., The role of burnout among Hungarian nurses, Abstract, International Journal of Nursing Practice, 2008, Feb;14(1):19-

¹⁵⁸ Laburda A.S., Burnout im Gesundheits- und Sozialbereich, GPA-DJP(Hrsg), Juli 2008, S.17

4.3.8 Was kann man präventiv tun?

Die betroffene Person hat mehrere Einflussmöglichkeiten der Erkrankung entgegen zu wirken. An Bengel¹⁵⁹ orientiert ergeben sich mehrere Maßnahmen die präventiv wirksam sein können. Kernpunkt ist die Identifizierung bzw. die Vermeidung von Stressoren und die Entwicklung neuer Stressbewältigungsformen. Weitere Maßnahmen sind die Festlegung „klarer“ Ziele und ein geplantes „Time Management“, also eine realitätsnahe Zeit- und Arbeitsplanung. Wie schon im Kapitel „Stress“ erörtert ist das Stricken von sozialen Netzwerken ebenfalls ein präventiver Faktor. Soziale Kontakte und die Loslösung von der Arbeit, bzw. das „Abschalten Können“ sind ebenfalls wichtig.

4.3.9 Stresskompetenz

Linneweh¹⁶⁰ spricht von Stresskompetenz als Fähigkeit mit Spannungen und Belastungssituationen im Beruf und Alltagsleben erfolgreich umzugehen.

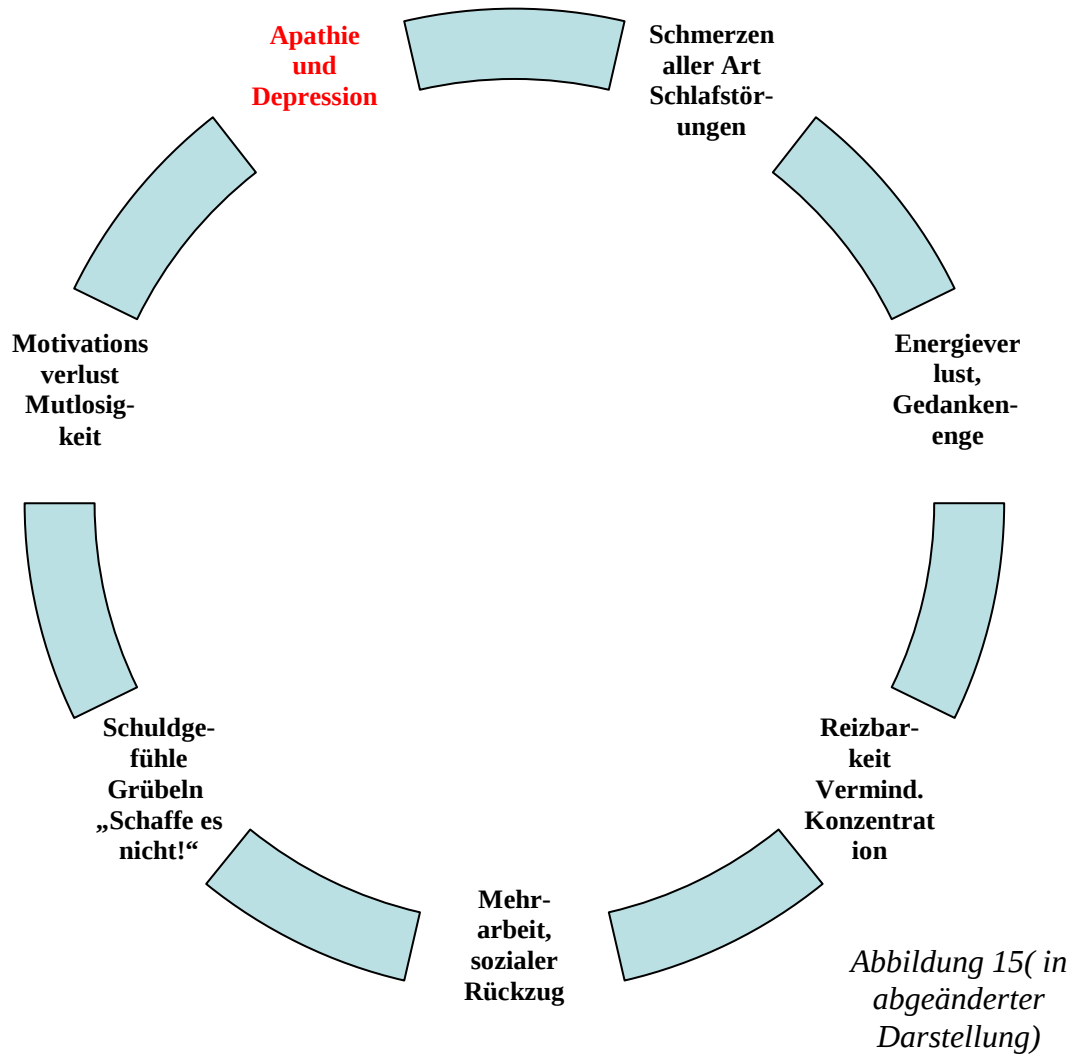
Stress entsteht, weil die notwendige Distanz zu Aufgaben, zu Menschen und zu sich selbst verloren geht. Die eigene Person als Individuum mit all seinen Fehlern zu erkennen, aber auch daraus zu lernen ist ein Teil der Eigenkompetenz. Stresskompetenz heißt, sich im Umgang mit sich selbst und seinen Mitmenschen so zu organisieren, dass die Stressoren minimiert werden, und die Stressabwehr maximiert wird.

¹⁵⁹ Bengel J. (Hrsg) et al, Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S.251

¹⁶⁰ Linneweh K., S. 7

4.4 Depression

Die Depression ist ein Krankheitsbild, die wie das Burnout-Syndrom seit jüngerer Vergangenheit in unsere Gedanken wahrgenommen wird.



Es handelt sich um eine schwerwiegende Auswirkung verschiedener nicht verarbeiteter Zustandsbilder. Ich sehe die Depression nicht als zentralen Punkt, aber als ein wichtiges Element meiner Arbeit an.

Bevor es zur vollen Ausprägung der Krankheit kommt, durchläuft der Mensch eine „Erschöpfungsspirale“, an dessen Ende die Depression steht. Abbildung 15¹⁶¹ stellt bildlich diese Entwicklung dar. Unger beschreibt in der Dynamik dieses Prozesses, dass man nicht selbst erkennt in welcher Phase der Erschöpfung man sich gerade befindet. Er begründet dies damit, dass die ersten Indizien wie körperliche Symptome, nicht ernst genommen werden.

¹⁶¹ Unger H.P., et al., Bevor der Job krank macht, S.97,f

Man konsultiert den Hausarzt würde aber keine Querverbindungen auf „tiefer liegende“ Ursachen schließen. Die Personen arbeiten gleich engagiert weiter. Ein potenzierender Faktor ist, dass Dauerstress zu einer gedanklichen Einengung führt. Dies bedeutet, dass die Personen nicht erkennen in welcher Spirale sie sich befinden. Der Grad dieser Erschöpfung wird in den meisten Fällen viel zu spät erkannt.

4.4.1 Auslöser der Depression

Auslöser können vielfältig sein. Neben bekannten Ursachen wie Problemen oder Konflikten in der Partnerschaft, Trennung oder der Tod eines nahen Angehörigen kann die Depression am Ende auch durch *“Konflikte, Überforderung oder Kränkungen im beruflichen Umfeld stehen.”*¹⁶²

Unger¹⁶³ gibt wiederum akute Lebensereignisse, Stress, traumatische Erfahrungen und chronische Belastungen als Faktoren an, die das Auftreten einer Depression begünstigen können.

Die These der Vererbung wird ebenfalls behandelt. Die genetische Disposition als auslösender Faktor ist in diesem Fall aber sekundär, da primär das Thema der belastenden Komponenten behandelt wird. Dauerstress im Job, kritische Ereignisse usw. können aber durch Bewältigungsstrategien präventiv bekämpft werden. Bei einem Fehlen dieser Mechanismen ist möglicherweise die Erschöpfungsspirale das Resultat.

Möller et al¹⁶⁴ beschreibt kritische Ereignisse, auch „Life Events“ genannt, als mögliche psychoreaktive Auslöser. Er führt an, dass depressive Patienten signifikant häufiger von kritischen Ereignissen vor Ausbruch der Erkrankung berichteten. Traumatisierungen gingen mit einem erhöhten Depressionsrisiko einher. Er geht von keinem kausalen Zusammenhang, sondern von einer unspezifischen Stressreaktion aus. Befunde der psychophysischen Stressforschung zeigten, dass länger dauernde Überlastung zu einem Rückzugsyndrom einhergehend mit Erschöpfung, „gelernter Hilflosigkeit“ und Selbstaufgabe führen können.

¹⁶² Wimmer K., Stress- Burnout und Depression, S.21

¹⁶³ Unger H.P., et al., Bevor der Job krank macht, Ebd

¹⁶⁴ Möller H.J., et al, Psychiatrie und Psychotherapie, S.80 f

4.4.2 Symptome

„Depression ist ein Sammelbegriff für ein Symptombild, das vom Gefühl der Niedergeschlagenheit und Antriebshemmung bis zur so genannten endogenen Depression mit völliger Apathie reicht.“¹⁶⁵

Die Depression bietet viele Symptome. Dethlefsen¹⁶⁶ hat sie strukturiert. Es kommt zu;

- *Müdigkeit, Schlafstörungen*
- *Appetitlosigkeit, Verstopfung*
- *Kopfschmerzen, Herzjagen*
- *Kreuzschmerzen*
- *Herabsetzung des körperlichen Tonus´(Körperspannung)*
- *bis hin zu totaler Hemmung aller Aktivitäten und niedergedrückter Stimmung*

Juchli¹⁶⁷ führt in ihren Ausführungen folgende Grundsymptome der depressiven Verstimmung nach Kielholz auf.

- *Depressive Verstimmung*

Es kommt zu einer inneren Traurigkeit, einem Gefühlsverlust, einer inneren Leere bis hin zu Unruhe und Angst

- *Denkhemmung*

Es kommt zu depressiven Gedankeninhalten, Monotonie, Entschlussunfähigkeit, Grübeln und Gedankenkonstrukten, welche sich bei primär oder sekundär devitalisierten Depressionen bis zu Wahnideen steigern können.

- *Psychomotorische Hemmung*

Wie schon der Name sagt, kann eine depressive Verstimmung motorische Einschränkungen, wie Bewegungsarmut nach sich ziehen.

- *Psychomotorische Agitiertheit*

Es kommt zu äußerer Unruhe, Getriebenheit und einem leeren Beschäftigungsdrang.

¹⁶⁵ Dethlefsen T., et al., Krankheit als Weg, 13. Auflage, Goldmann Verlag, München, 2000, S.321, f

¹⁶⁶ Dethlefsen T., et al., Krankheit als Weg, Ebd

¹⁶⁷ Juchli L., Krankenpflege, 6. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart- New York, 1991, S. 906

Zum Krankheitsbild der Depression zählen aber auch körperliche Begleiterscheinungen, die psychosomatische Symptome hervorrufen. Diese Symptome wurden in vorheriger Aufzählung nach Dethlefsen großteils erwähnt. Anzufügen sind Symptome wie Magenschmerzen, Schweißausbrüche, chronische Schmerzzustände und eine Störung der Vitalgefühle mit Kraftlosigkeit und fehlender Frische.

Möller et al.¹⁶⁸ sieht Schlafstörungen als ein häufiges Symptom psychischer Erkrankungen. So weisen 90% an einer Depression Erkrankter Schlafstörungen auf!

4.4.3 Studien im Pflegeberuf

Um die Gefahr des Auftretens von Depressionen speziell im Pflegeberuf zu untermauern, gibt die folgende Studie Anlass. Widerszal-Bazyl et al.¹⁶⁹, hat in einer Untersuchung im Rahmen der Schriftenreihe für den Berufsausstieg von Pflegepersonal, der NEXT-Studiengruppe, folgende Fakten publiziert.

Das Demand-Control-Support-Model (DCS), von Johnson 1989¹⁷⁰, ist ein Modell zur Arbeitsstressforschung. Es besagt, dass berufliche Belastungen durch ein Zusammenspiel zweier Faktoren, einerseits den psychischen Anforderungen bzw. Kontrolle, und andererseits dem Entscheidungsspielraum, zu Grunde liegen. Nach diesem DCS-Modell entsteht die größte Belastung bei Beschäftigten, deren Arbeit durch hohe Anforderungen und geringem Entscheidungsspielraum charakterisiert ist. Als dritter Faktor kommt die soziale Unterstützung hinzu. Wenn diese drei Dimensionen zusammenspielen kommt es zu einem Zustand, der als „job strain“ bezeichnet wird.

Ein Ergebnis der besagten Studie von Widerszal-Bazyl et al war, dass job strain deutlich mit der Absicht verbunden ist, den Beruf zu verlassen. Die Gründe für die Absicht den Arbeitsplatz zu verlassen sind laut einigen Aussagen der Probanden, der Stress und Unzufriedenheit mit der Arbeit.

Studien von Landsbergis 1988¹⁷¹ und de Jonge et al. 1996¹⁷², besagen dass job strain bei Pflegekräften mit Depression, geringerer Arbeitszufriedenheit und einigen Aspekten von Burnout assoziiert war.

¹⁶⁸ Möller H.J., et al, Psychiatrie und Psychotherapie, S.297

¹⁶⁹, Widerszal-Bazyl M., et al., Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europäischen Ländern, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsausstieg bei Pflegepersonal, S.109,f

¹⁷⁰ Johnson, 1989, Ebd

¹⁷¹ Landsbergis,1988, Ebd

5. Empirischer Teil

5.1 Hintergrund

Die „Krankmacher“ auf Intensivstationen führen zu psychischen und physischen Veränderungen mit Krankheitswert. Meinen Antrieb fand ich darin die relevantesten Aspekte aufzuzeigen, und eine Verbesserung der Zufriedenheit des Personals zu erreichen. Durch meine langjährige Tätigkeit in diesem Bereich sah ich mich ähnlich einem „teilnehmenden Beobachter“, der viele Situationen schon erlebt, und so einen sehr guten Einblick in die Materie hat.

5.2 Methode

Unter dem Hintergrund der theoretischen Recherchen und der bereits bekannten Fakten konzentrierte ich mich darauf neue Erkenntnisse zu gewinnen, aber ebenfalls um die Verifikation vorhandener theoretischer Annahmen. Ziel war es das ideale Instrument zur Datensammlung auf der Basis der bereits vorhandenen Erkenntnisse zu finden. Um die individuellen Eindrücke wiedergeben zu können wurde die qualitative Methode, also Interviews, gewählt. Mit der dieser Methode ist es möglich die Emotionen und Eindrücke der befragten Personen darzustellen.

*„ Mit qualitativen Methoden will man Phänomene des menschlichen Erlebens ganzheitlich und von innen heraus(subjektiv) erforschen. Es geht dabei nicht um das Erklären oder Beweisen von Sachverhalten, sondern um das Verstehen menschlicher Erfahrungen und deren subjektiver Deutung“.*¹⁷³

Mittels strukturierter Interviews von 5 Personen an zwei Intensivstationen der Gemeinde Wien wurden die Erlebnisse und Empfindungen der Pflegepersonen dokumentiert. Das Ziel war es, durch die qualitative Komponente eine Aussage über die Emotionen, Erlebnisse und

¹⁷² de Jonge, 1996, Ebd

¹⁷³ Hanna Mayer, Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Band 1, S. 9,f

Belastungen der jeweiligen Pflegepersonen zu treffen. Die Interpretation wurde nach der Methode der Themenanalyse durchgeführt. Froschauer meint zum Ziel der Themenanalyse nachfolgend;

„Ziel der Themenanalyse ist es einen Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erkunden.“¹⁷⁴

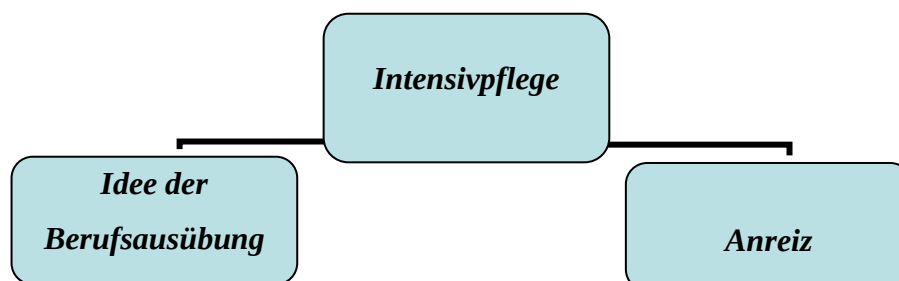
In der nachfolgenden Auswertung der Ergebnisse kommt es zu dieser Komprimierung der Kernthemen. Gemeinsamkeiten, aber auch individuelle Unterschiede werden erörtert.

5.3 Kategorisierung

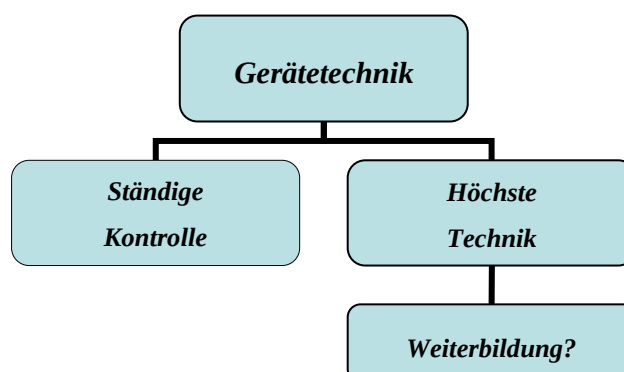
Die Strukturierung des Interviewleitfadens erfolgte durch eine Kategorisierung der wichtigsten Themen und einer nachfolgenden Bildung von möglichen Unterkategorien. In der Interpretation der Interviews orientierte ich mich an diesen und konnte so die Themen ordnen.

5.3.1 Kategorien

Die Motivation zur Arbeit auf der Intensivstation

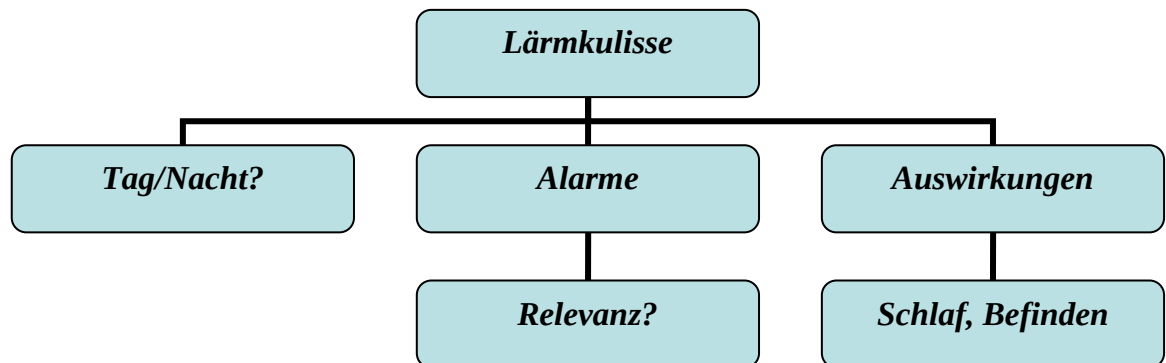


Die Gerätetechnik und die Hochtechnisierung

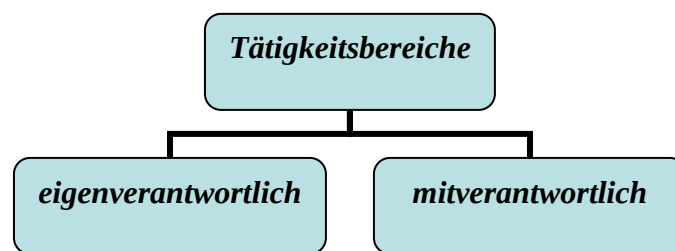


¹⁷⁴ Froschauer, et al., Das qualitative Interview, Facultas Verlag, Wien 2003, S 158

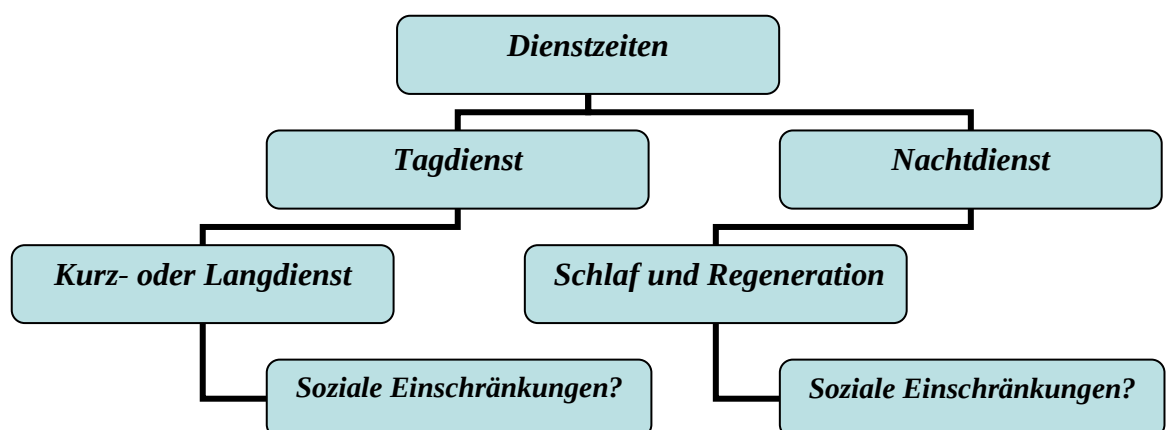
Lärmkulisse



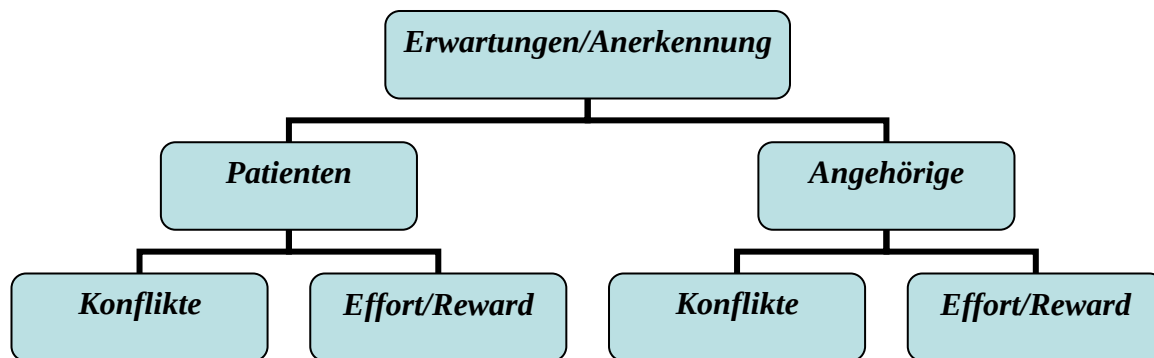
Die gesetzliche Regelung



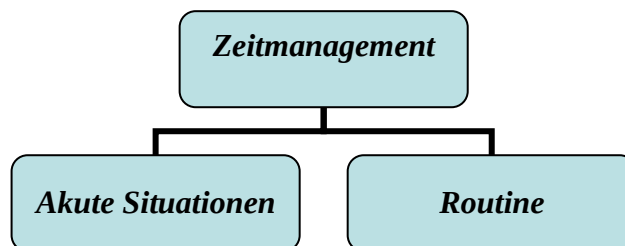
Dienstzeiten



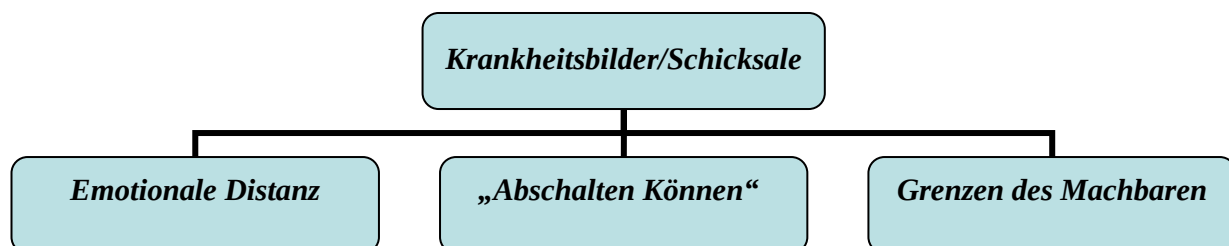
Erwartungen und Anerkennung



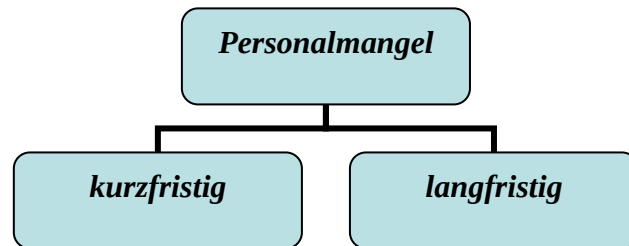
Zeitmanagement



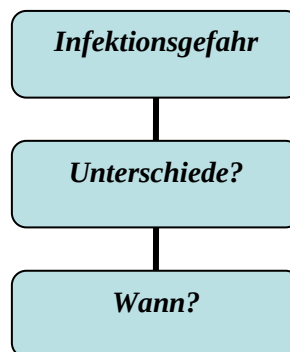
Krankheitsbilder/Schicksale



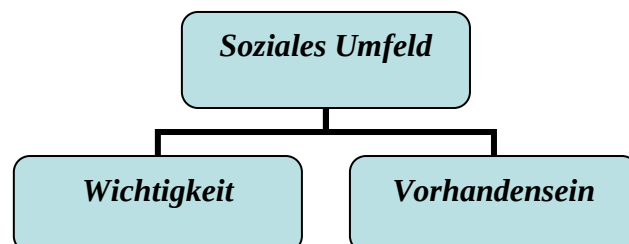
Personalmangel



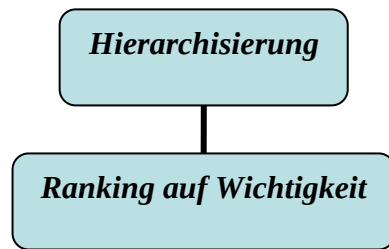
Die Gefahr der Infektion



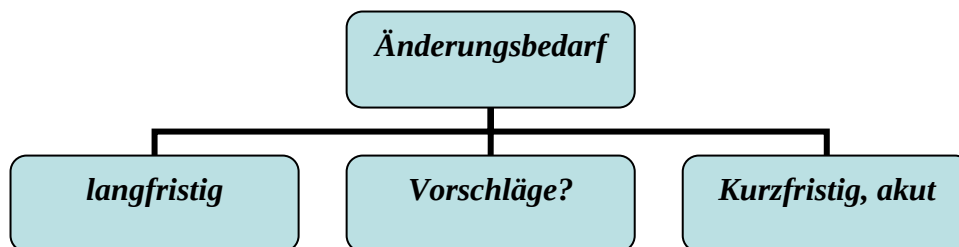
Soziales Netzwerk



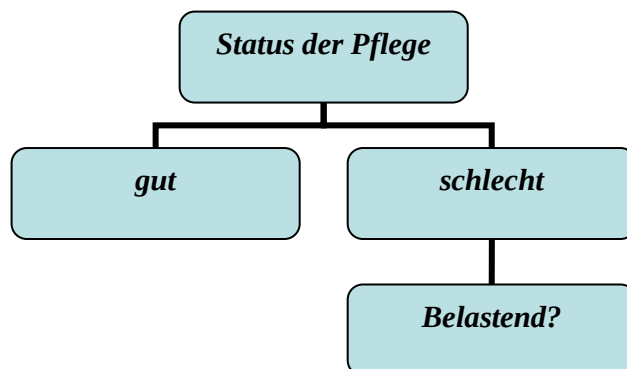
Belastende Komponenten/ Hierarchisierung



Änderungsvorschläge



Status der Pflege in der Gesellschaft



5.4 Interviews

Die Interviews wurden nach der Terminvereinbarung meistens bei den Interviewpartnern zu Hause durchgeführt. Die Dauer betrug durchschnittlich 30 Minuten, wobei es durch die offene Gesprächsführung variabel war. Wie bereits angeführt wurde auf Basis der theoretischen Recherchen ein leicht strukturierter Interviewleitfaden verwendet. Um dem wissenschaftlichen Anspruch gerecht zu werden, wurden immer die selben Fragen gestellt.

5.5 Interpretation der Interviews

Die Interpretation erfolgte nach einer Zusammenfassung der Interviewschwerpunkte und anschließender Untersuchung auf Parallelen oder Differenzen.

5.5.1 Warum arbeiten Pflegepersonen auf der Intensivstation?

Die Antworten auf diese Frage bringen verschiedene Beweggründe. Eine interviewte Person gab an, dass sie „zufällig“ in diesem Gebiet gelandet sei. Es wäre halt ein Platz frei gewesen, wobei sie sich nach zwei Schnuppertagen dafür entschieden habe.

Der Großteil der Befragten führte an, dass die Erweiterung der Kompetenzen, neue Herausforderungen und ein höheres Maß an Verantwortung die Hauptgründe für den Wechsel in dieses Spezialgebiet gewesen seien. (Wie im theoretischen Teil angeführt ist die Intensivpflege ein Spezialgebiet, für das eine Sonderausbildung zu absolvieren ist)

Weiters gaben einige Personen die Vielfältigkeit der Arbeit als Beweggrund an. Durch die komplexen Krankheitsbilder und verschiedene Therapieverfahren sei das Interesse groß gewesen, dorthin zu wechseln. Eine Pflegeperson sprach vom gewissen „Kick“ den sie brauche!

„Ich sag einmal,..., Akutsituationen, generell sind auf der Intensivstation irgendwo der Kick,..., als wenn man nur den laufenden Alltag hat.“

Ein weiteres erhobenes Faktum sei, das man sich auf der Intensivstation mehr und individueller um die Patienten kümmern könne. Es bestehe die Möglichkeit empathischer und ganzheitlicher zu pflegen. Weiters könne man den Patienten mehr Individualität zukommen lassen, und zusätzlich werde die Eigenkompetenz gefördert.

„Ich war im Rahmen meiner Krankenpflegeausbildung als Wunschpraktikum auf einer Intensivstation. Dort habe ich nach ein paar Tagen gewusst,..., unbedingt Intensivstation! ..., man kann sich auf den Patienten konzentrieren und individuell eingehen!“

Fazit: Die Kernaussagen gehen dahin, dass die Befragten die Intensivstation als Erweiterung der eigenen Kompetenzen sehen, bzw. die komplexen Therapieverfahren und auch die Verantwortungsbereiche als besondere Herausforderungen betrachten. Die Möglichkeit der Konzentration und Pflege auf weniger Patienten als auf der Normalstation wird als weiterer positiver Aspekt erwähnt.

5.5.2 Wie sehen Sie die Hochtechnisierung und die Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung?

In diesem Punkt gibt es auffällige Parallelen in der Beantwortung. Die Interviewpartner sehen die permanente Kontrolle, das „up to date sein“, großteils als Herausforderung und Motivation an.

„Die Geräte sehe ich für mich persönlich ned als Belastung. Es ist eher der Teil der mich interessiert, also, so, ECMO, HF, beatmungsmäßig,..., die Soch`n interessieren mich eigentlich sehr und san ned belastend für mich“

Die vielfältigen Therapiemöglichkeiten werden durchwegs positiv erwähnt. Die Interviewten sprechen von einem „Schutzwall“ um nicht so schnell in die Routine zu verfallen. Auch die Eigenkompetenz in Bezug der Bedienung der Geräte, inklusive der Kontrolle, und dem Eingreifen bei eventuellen Veränderungen der Parameter sehen die Pflegepersonen als Herausforderung an.

Die Verpflichtung immer am neuesten Stand der Technik und neuen Therapieformen zu sein, wäre auch ein Grund gewesen um auf der Intensivstation zu arbeiten;

„,..., weil man ständig auf neue Geräte eingeschult wird, weil man ständig wach sein muss, äh,..., das war auch ein Grund das nicht nur die Geräte alleine, aber schon das ein bißl Technik dabei ist und das ich mir das ausgesucht habe! Weil es einfach Spaß macht immer update halten zu müssen, das macht man automatisch auf einer Intensivstation, das muss man automatisch machen!!!

Die Weiterbildung sei eine Notwendigkeit, wobei die Kernaussage darin besteht, dass diese, ähnlich anderen Berufen, zum „Geschäft“ gehört. Wenn man sich dafür interessiere, dann stelle sie keine Belastung da. Sie bringe zusätzliche Motivation und Abwechslung.

5.5.3 Empfinden Sie speziell die Lärmkulisse durch die Geräte als Belastung?

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden die Problematik bzw. die Auswirkungen die Lärm nach sich ziehen kann diskutiert. Durch die hohe Anzahl an Lärmquellen, wie Bettsystemen, Infusionspumpen und Überwachungsgeräten ist ein großes Potential vorhanden.

Die Befragten sehen die Lärmproblematik bei der ersten Frage größtenteils als weniger belastend an. Dies sei durch einen gewissen Gewöhnungseffekt und auch durch den technischen Fortschritt bedingt. Neuere Generationen von Infusionspumpen bringen zudem eine Verminderung der Lärmkulisse mit sich. Beim Nachfragen auf individuelle Unterschiede, wie den Dienstzeiten, kam es zu interessanten Darstellungen.

„ Ich habe mich einfach daran gewöhnt! Die Alarme sind einfach da!“

Einige Befragte sprechen auch von „unnötigen“ Alarmen die die Stress produzieren. Das wären jene Alarme, die durch Bedienungsfehler oder durch falsche Einstellungen auftreten.

Weiters nennen die Interviewten den Sicherheitsfaktor den die Geräte bieten. Die Überwachung sei eine große Hilfe und Absicherung zum Wohle der Patienten, wobei dem bedienenden Personal die Verantwortung der Überwachung zukomme. Das sich auch Gefahren verbergen spiegelt folgendes Zitat wider;

„Daueralarm bei einer Infusionspumpe, wo keine Ursache zu finden ist, das ist halt oft schon sehr,..., oder Artefakte oder unnötige Alarme von an Monitor!,..., Wenn ein Kollege die Alarmgrenzen zu eng gesetzt hat,..., wenn's dauernd alarmiert, dann sehe ich das so, dass keiner mehr reagiert und glaubt das ist a unnötiger! Das ist Gefahrenpotential und ein Stressfaktor, der ned nötig is!“

Die Gefahr bestehe darin, dass bei der Überwachung die Technik nur so funktioniere wie es der Bediener einstellt. Das Erkennen, die Differenzierung der Alarmquelle und dessen Priorität, obliegt den Pflegenden. Daran erkennt man das mögliche Stresspotential und die Verantwortung, die auf den Pflegepersonen lastet.

Zeitliche Unterschiede

Durchwegs alle Interviewten erzählen von vermehrter lärmbedingter Stressbelastung im Nachtdienst. Die Zeit von 3 bis 6 Uhr morgens sei am meisten problematisch. Die Konzentration lasse nach und bedingt durch die hohe Belastung der Nachtarbeit potenziere sich das Problem!

Befindlichkeitsstörungen

Dass es speziell nach dem Nachtdienst zu Befindlichkeitsstörungen kommt zeigt folgender Auszug;

„Speziell nach Nachtdiensten die sehr belastend waren, auch vom Lärm, ist es schon so, dass man nach Hause kommt,..., mehr Ruhe einfordert,..., weil man dann mehr Ruhe braucht. Also das merk ich schon! Besonders nach dem Nachtdienst!

Wenn man jedoch sehr lange im Zimmer arbeitet, sei die Belastung durch Lärm doch sehr hoch. Eine Pflegeperson stellt in ihren Ausführungen die Intensität die auf das Personal einwirkt sehr gut dar;

„ Wenn man also sehr viele Dienste hintereinander hat, kann es schon sein das Lärm einen gewissen Stressfaktor auslöst,..., besonders merke ich das wenn ich nach Hause fahre und den Radio im Auto abdrehe,..., dann war der Lärm zuviel! ,..., Es gibt Momente überhaupt wenn ein Tag mit besonders vielen Alarmen, wo man wirklich absolute Ruhe braucht, du abschalten können musst,...,“

Befindlichkeitsstörungen wie Schlafprobleme und innere Unruhe sind für die Befragten (noch) nicht relevant.

Ein anderes Faktum wurde in einem Interview angeführt, nämlich dass die erhöhte Lärmentwicklung auch das Bewusstsein der Patienten beeinflusst. Die befragte Pflegeperson spricht von Instabilitäten und vermehrten Überwachungsalarmen, seien es der Blutdruck oder die Herzfrequenz, die eine lärmbedingte Ursache haben.

Fazit: Zusammengefasst betrachtet hat Lärm Stresspotential und kann bei hoher Intensität zu Befindlichkeitsstörungen und Unruhe führen. Einige Zitate spiegeln dieses Faktum wider. Zur Überraschung wurde auch von einer erhöhten Anzahl von Überwachungsalarmen seitens der Patienten, die auf erhöhte Lärmemissionen zurück zu führen sei, berichtet.

Weitere Ergebnisse bringen die Aussagen dahingehend, dass von einer vermehrten lärmbedingten Belastung im Nachtdienst, und nach langen intensiven Dienstfolgen, gesprochen werden kann.

5.5.4 Sehen sie die verschiedenen Verantwortungsbereiche als Belastung an?

Der Gesetzesgeber regelt den mitverantwortlichen und den eigenverantwortlichen Bereich im Krankenpflegegesetz. Die Frage war, ob es durch die spezielle Sonderstellung der die Intensivpflege unterliegt, und den damit erweiterten Kompetenzbereich, zu einer „Mehrbelastung“ für das Personal kommt.

Die interviewten Personen gehen in ihren Beantwortungen divergente Wege. Einige Ausführungen gehen in die Richtung, dass die Gesetzgebung keine zusätzlich Belastung, sondern eine Erleichterung darstelle. Durch die gesetzliche Regelung würden klare Grenzen abgesteckt und somit transparenter.

Eine weitere Person spricht ebenfalls von Unterschieden. Sie führt an, dass die Grenze und der Verantwortungsbereich zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich nun kleiner sei. Das positive Faktum sei das vermehrte „Miteinander“ auf der Intensivstation. Die höhere Eigenkompetenz der Pflege bringe eine zusätzliche Motivationssteigerung.

Andere wiederum sprechen von verschwimmenden Grenzen und Kompetenzen. Dies stellen folgende Zitate dar;

„..., für mich stellt es eine Belastung da, also die Kompetenzen die man nicht hat! ..., und trotzdem tun muss! Is für mich stressiger als eine Kompetenz, die man offiziell übertragen hat. Aber auf Intensivstationen ist es speziell so, dass man viele Dinge tut, die einem nicht unbedingt in der Kompetenz zustehen und im Zweifel oder im Streitfall oder der Diskussion stellt das dann Stress dar. ..., weil ich nicht zuständig gewesen wäre, aber es trotzdem tun musste, oder getan habe, ..., es ist oft mehr Stress und Belastung als die Soch`n die meine Verantwortung san, ...,“

oder;

„..., Belastung, teilweise schon, wen man schon lang, so wie ich, ..., in dem Job is, ..., nur is wenn Akutsituationen sein, und es ist vielleicht ein junger Arzt im Dienst, der ned wirklich

Entscheidungen treffen kann, das des schon, ..., Stressfaktor sein kann, auch selber als Pflegeperson, ..., Entscheidungen zu treffen.

Weil es halt wirklich um Patienten hoit geht,.. und ,der sie ned so auskennt,.. Wenn erfahrene Pflegepersonen im Dienst sind, die des übernehmen können,.., was sie aber ned dürfen,.., owa des is sicher ein Stressfaktor!

Natürlich wenn ein erfahrener Arzt im Dienst ist, da is sicher ein Stressfaktor weniger da! Da hat alles Hand und Fuß,...,“

Hier werden Grenzbereiche sichtbar. In akuten Situationen spielt Erfahrung eine wichtige Rolle. Besonders bei unerfahrenem Personal kann Unsicherheit und fehlende Entscheidungsfähigkeit belastend wirken. Die Pflegepersonen auf Intensivstationen müssen durch ein hohes Maß an Eigenkompetenz immer „funktionieren“, und eventuell auch Grenzbereiche überschreiten.

5.5.5 Sind Akutsituationen eine Belastung?

Die Antworten gehen in die Richtung, dass akute Ereignisse einen Reiz für die Befragten darstellen. Sie sprechen vom „gewissen Kick“ den solche Situationen mit sich bringen. Die weiteren Ausführungen bringen das in der vorigen Kategorie erwähnte Thema der Zusammenarbeit und Abhängigkeit vom jeweiligen Team ins Spiel. Bei erfahrenen Pflege- und ärztlichem Personal würde die Belastung minimiert. Bei unerfahrenen diensthabenden Personen bestehe die Gefahr der „Ansteckung“ durch Stress! Der zentrale Punkt betrifft also die Erfahrung. Die Kernaussagen aller Pflegepersonen bestehen darin, dass erfahrene Personen mehr Resistenz gegenüber Stress aufweisen.

Zeitdruck als Belastung?

Akut bedeutet auf der Intensivstation extremer zeitlichen Druck! Wie sehen die Pflegepersonen das Zeitmanagement?

Ein wichtiges Faktum zur Strukturierung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche in akuten Situationen unerlässlich sei. Bei einem routinierten Team verhalte es sich so dass ein Rad ins andere greife und folglich weniger Stress entstehe. Auch in semi-akuten Situationen sei der Teamgeist und die Routine unerlässlich!

Es is Gott sei Dank so, dass Kollegen da sind, die einen unterstützen und auch helfen,...! Es ist vielleicht kurz der Adrenalinkick, aber ned das Problem!“

Eine weitere ähnliche Ausführung beschreibt die Stresswirkung;

„ Ich empfinde es nicht als negativen Stress, ich würde es als positiven Stress sehen, denn man checkt das... “

Akutsituationen betreffen Patienten jeden Alters. Eine Pflegeperson spricht von psychischer Belastung im speziellen Fall bei der Behandlung von älteren Patienten/innen;

„Es ist halt für mich manchmal eine Belastung, wenn das eine Akutsituation ist, die alte Menschen betrifft, die eigentlich schon schlecht beinand sind,...,ah, wo ich mich dann frag`, ..., ob ich da noch eine Hilfe bin,...,und i hol ihm zruck und tu ihm tagelang Intensiv an,...,ah, letztendlich verstirbt er trotzdem. Des find ich eher als eine psychische Belastung!“

Diese Antwort greift die Thematik des „Loslassen Könnens“ auf, die in einer eigenen Kategorie behandelt wird. Die Intensivmedizin wandelt immer am schmalen Grad, wo es Schicksale zu verarbeiten gilt.

Sind Routinesituationen eine Belastung?

Eine befragte Person sieht auch die Routine als wesentlichen Faktor an. Am Anfang habe man länger gebraucht bzw. als jüngerer Mitarbeiter sei man sicher mehr gestresst.

*„ Also jetzt denk ich mir immer; **Ich kann nur arbeiten! Mehr geht ned!**“*

Der Großteil der Interviewten sieht Routinesituationen als nicht belastend an. Vielmehr sei es das Problem des Personalmangels und der Erfahrung der Teammitglieder, welche stressige Situationen hervorrufen könne.

5.5.6 Dienstzeiten als Belastung?

Tagdienste als spezielle Belastung?

Die Tagdienste sehen fast alle Befragten als eine geringere Belastung an. Im Gegenteil, so wären Dienstlängen von 12,5 Stunden ein Vorteil, der mehr Freizeit und eine bessere Planbarkeit erlaube.

Eine Befragte sieht einen weiteren wesentlichen Unterschied in langen und kurzen Dienstzeiten. Die kurzen bedürfen weniger Regenerationszeit als die langen, 12,5 Stunden-Dienste. Sie sieht den Vorteil ebenfalls in längerer Freizeit, merkt aber negativ an, dass man „ausgelaugter“ sei.

Nachtdienste als spezielle Belastung?

Alle Interviewten stellen den Nachtdiensten ein schlechtes Zeugnis aus. Sie sprechen von einer großen Belastung mit „krankmachendem“ Potential! Überraschend ist dass alle Personen von einer geringeren Belastung der Nachtdienste in ihren „früheren Jahren“ der Pflgetätigkeit sprechen. Das bestätigt die theoretische Annahme, dass Nachtdienste in einem „höheren Dienstalster“ zunehmend anstrengender werden!

Folgende Ausführungen bestätigen dieses Argument;

„..., owa mit zunehmendem Alter, haha, fallen die Nächte schwerer, weil die Regenerationsphase schon länger dauert,...“

oder;

„..., mittlerweile ist es so,,, nach Nachtdiensten san die Erholungsphasen deutlich verlängert, teilweise bis zu 2 Tagen bis ich mich wieder so fühle wie vorher,...,“

oder;

„..., bin den ganzen Tag danach ned Fisch und ned Fleisch!“

oder;

„ Es ist einfach schlechter geworden. Des kommt mit den Jahren,...,nach dem Nachtdienst habe ich eine Schlafdauer von 3 Stunden! Mittlerweile!“

Schlaf und die Qualität des Schlafes sind ausschlaggebend und essentiell für die Leitungsfähigkeit. Bei geringem oder schlechtem Schlaf braucht der Körper eine längere Regenerationsphase um wieder die Akkus aufzuladen!

„ Je älter und je länger i dabei bin umso länger dauern die Phasen!“

Ein weiteres Beispiel ist die Problematik des Einschlafens nach Nachtdiensten um in den normalen Tag- Nacht- Rhythmus zurückzukehren.

„...„was ich als Belastung sehe is, wenn man Nachtdienst hat und dann am nächsten Tag wieder in den Tagdienst muss, is es einfach der Rhythmus der einfach störend ist. Tag-Nacht-Rhythmus, das man kann normalen Biorhythmus hot!

„...dann kanns schon zu Schlafstörungen kommen, weil der Körper schon Nachtdienst ghobt hot ,... weil der Körper sie umstellt!“

Soziale Einschränkungen durch die Dienstzeiten?

Die Befragten sehen die Belastungen und Einschränkungen durch die Dienstzeiten unterschiedlich. Eine Pflegeperson sieht in den Dienstzeiten den Vorteil, dass sie sich auch unter der Woche um den Nachwuchs kümmern könne. Nachteilig seien die Feiertagsdienste für das Familienleben.

Eine andere interviewte Person sieht in diesem Thema ebenfalls die Problematik von Feiertags und –Nachtdiensten. Diese bringen insofern Einschränkungen, dass man an freien Tagen Erholung braucht, und daraus resultierend, die Kontakte zu Freunden leiden!

„Die sozialen Kontakte beeinflussen nicht nur die Nachtdienste, sondern auch diem Tagdienste, aber die Nachtdienste mehr, weil früher konnte man die Freizeit als Freizeit genießen aber jetzt braucht man die Freizeit zur Erholung! Und do kann i ned mit die Freunde etwas unternehmen, oder so!“

Überhaupt keine Einschränkung des sozialen Netzwerkes sehen zwei befragte Personen. Die Freunde und Bekannten kämen sowieso fast ausschließlich aus dem Pflegebereich, und daher herrsche mehr Akzeptanz und Verständnis!

5.6 Erwartungshaltung als Belastung?

5.6.1 Erwartungshaltung der Angehörigen

Die Erwartungen von Patienten und deren Angehörigen werden von den Pflegepersonen differenziert wahrgenommen. Einerseits sehen die Befragten bei Patienten mit kurzen Intensivaufenthalten und „positiverer“ Prognose weniger Probleme. Der Vorteil liege darin, dass es bei kurzen Aufenthalten zu einer geringeren Bindung zu den Angehörigen komme.

Bei längerer Aufenthaltsdauer entwickle sich ein engeres Vertrauensverhältnis, „man lernt sich besser kennen!“

Als belastend stufen alle Befragten die Information über den Zustand der jeweiligen Patienten ein. Oft würden Angehörige nach erfolgter Auskunft durch den Arzt immer wieder nachfragen und die Pflegepersonen in die Defensive bringen. Es fehle an der Akzeptanz der Angehörigen. (Durch die gesetzliche Regelung ist es Pflegepersonen nur erlaubt Auskunft über pflegerische Maßnahmen und Fortschritte zu geben, was mitunter Probleme mit sich bringt)

„Das Problem is daun eher mit den Angehörigen die halt natürlich immer fragen und des sunst ned akzeptieren, das da jetzt die Prognose ned so gut ist, oder das da nichts mehr geht! Das ist dann anstrengend, weil man dann oft,..., man darf keine Auskunft geben,... nur pflegerisch,..., Oder wenn man als Pflegeperson geholt wird, weil das nicht so klar ist, was die Ärzte als Aufklärung geliefert haben,...“

Eine höhere Belastung sehen also alle Befragten in der Erwartungshaltung der Angehörigen die sehr wohl über die Diagnose der Patienten informiert wurden, diese aber nicht realisiert haben. Die Erwartungen der Angehörigen an die Intensivmedizin seien sehr hoch, bzw. nicht selten mangle es an der Akzeptanz der gegebenen Auskunft durch die Ärzte.

Bei Krankheitsbildern mit schlechter Prognose sehen die Interviewten Probleme mit den Grenzen der Medizin. Die Auskunft dass „nichts mehr gehe, und die Grenze des Machbaren erreicht sei“ wird durch eine Schockphase der Angehörigen begleitet.

Durch das Vertrauensverhältnis das zu den Angehörigen aufgebaut wurde, erleben die Pflegepersonen auch alle emotionalen Höhen und Tiefen der Besucher mit. Die Belastung durch Erwartung ist oft enorm;

*„..., weil man einfach als Krankenpflegepersonal oftmals als Anker angesehen wird,..., als Anker für Wut, Aggression, Trauer, Schmerz. Es wird erwartet, dass man als Krankenschwester empathisch ist, immer gut aufgelegt, ah,..., immer Positives ausstrahlt, was aber nicht möglich ist. **Wir sind nur Menschen!** Wir haben unsere Gefühle, Emotionen,...“*

Die Pflegepersonen bekommen durch den persönlichen Kontakt mit den Besuchern viel Leid und Trauer mit. Dass dies einen wesentlichen belastenden Faktor darstellt liegt auf der Hand!

„..., oder es gibt auch Fälle wo es die Angehörigen mitkriegen, aber nicht wahrhaben wollen und immer noch Hoffnung haben und es kaum schon zur Belastung werden,...“

Fazit: Die Erwartungshaltung der Angehörigen ist abhängig von der Aufenthaltsdauer, und dem aufgebauten Vertrauensverhältnis. Bei langer Verweildauer und näherem Kontakt zu den Verwandten sei die Belastung größer. Ein weiteres Problem wird erwähnt, nämlich die Auskunftspflicht. Laut der gesetzlichen Regelung dürfen Pflegepersonen nur Auskünfte im pflegerischen Fachgebiet geben. Da es immer wieder zu Überschneidungen kommt und die Angehörigen oft mehr Vertrauen zu den Pflegepersonen aufgebaut haben, wenden sie sich bei Fragen an diese. Dies sehen einige Befragten als große Belastung an.

5.6.2 Erwartungshaltung der Patienten

Ähnlich der Belastungssituation für die Pflege im Umgang mit Angehörigen, verhält es sich mit der Erwartungshaltung der Patienten.

Die Parallelen zeigen sich in der Weise, dass es bei Patienten die nur kurz intensivmedizinische Maßnahmen benötigen, zu weniger Vertrauensaufbau komme. Die Erwartungshaltung dieser Patienten sei leichter erfüllbar, als die der Langzeitpatienten.

Eine weitere Gemeinsamkeit findet sich in der Prognose und dem Wissen der Pflegeperson darüber. Bei Erkrankungen mit wenig Chance auf Heilung sehen einige Befragte Probleme und Belastungspotentiale im Umgang mit den Patienten.

„..., schwieriger ist es bei Patienten wenn man weiß, selbst wenn sie die Intensivstation verlassen, werden sie nicht lange überleben,...,ah,.. die aber eine hohe Erwartungshaltung haben,...,. Also das ist ein Kampf, eigentlich mit mir selbst,...ah, weil ich einerseits weiß das es negativ enden wird, andererseits aber etwas Positives mitgeben möchte`!“

Fazit: Die Erwartungshaltung der Patienten sehen die Interviewten ähnlich der Erwartungshaltung der Angehörigen. Bei jungen Patienten äußern die Befragten mehr Probleme und Belastung. Das gleiche gilt für Patienten mit längerer Aufenthaltsdauer. Durch das aufgebaute Vertrauensverhältnis ergebe sich eine größere Problematik.

5.6.3 Die Anerkennung der Tätigkeit

Im theoretischen Teil wurde vom Aufwand (Effort) den man bringt und der Belohnung (Reward) die man dafür bekommt, berichtet. Ob Pflegepersonen eine Anerkennung brauchen geht in den Befragungen nicht ganz hervor. Es differenziert sich dahingehend, dass quantitativ betrachtet, drei Personen sich mehr Anerkennung wünschen und eine nicht. Eine interviewte Person „weiß“ es nicht so genau!

Die Darstellungen einer befragten Person gehen in die Richtung, dass die Anerkennung größer sei, wenn man „funktioniere“.

„... wenn man dem Bild der Krankenschwester entspricht, wenn man freundlich empathisch ist,..., wenn man immer ein offenes Ohr hat, dann ist die Anerkennung natürlich größer und tut sehr gut!“

Die Gefahr bestehe aber darin, dass man nicht immer „gleich gut drauf sei“, und folglich die Anerkennung weniger werde. In diesem Falle sei das Setzen von Grenzen essentiell!

Ein weiteres Problem sieht diese befragte Person darin, dass die Angehörigen die Kompetenzen der Pflegepersonen weniger wahrnehmen als die des ärztlichen Personals.

In die gleiche Richtung geht folgender Auszug aus einem anderen Interview;

„ Man wünscht sich schon respektiert und akzeptiert zu werden, und oft ist es so, dass der Arzt die Dankesschreiben kriegt, und,...ah, der Arzt dann die Karte kriegt vom Urlaub oder Kuraufenthalt oder irgendwas,..., und die Pflege wird dann, wenn überhaupt, nur ganz klein erwähnt! Und a do in der Aufwachphase, oder der Kommunikation mit den Angehörigen oder wie auch immer,..., und des find i wird großteils ned wirklich anerkannt!“

Ein weiteres Statement zu diesem Punkt behandelt die Sonderstellung der Intensivpflege. Durch die schweren Krankheitsbilder die auf Intensivstationen vorkommen, leide auch die Anerkennung und das Verständnis der Angehörigen, da diese sich in einer Ausnahmesituation befinden und von den neuen Eindrücken völlig überbelastet seien.

„Also Intensivstation, Angehörige,... ah, san meistens sehr belastet, also denken sehr wenig an das Personal und Anerkennung kriegt man weder von Kollegen, noch von den Patienten,..., also Anerkennung gibt's eigentlich ned wirklich!“

Im Vergleich zu Normalstationen sieht die Problematik wie folgt aus;

„..., wenn ich oft mit anderen Pflegepersonen aus anderen Abteilungen spreche, kriegt man schon sehr bewusst mit, dass die schon viel mehr positives Feedback bekommen, des is jo bei uns,..., komplett,..., nicht vorhanden ist,...!

..., Des is halt bei uns eher, wenn was schief rennt, dann fällt`s auf, aber wenn was gut rennt, dann is halt gut, das fällt`s halt nicht auf! Also das könnte schon zu Belastungen führen,...“

Zusammengefasst sind in den Antworten dahingehend Parallelen erkennbar, dass die Pflegepersonen sehr wohl Anerkennung benötigen, um die Freude an der Arbeit zu behalten. Weiters ist der Wunsch nach einer stärkeren Differenzierung von anderen Berufsgruppen zu erkennen. Diese kann nur durch eine bessere Zusammenarbeit untereinander, aber auch durch ein einheitliches Auftreten und „besserer Vermarktung“ der Tätigkeiten der Pflege gefördert werden. Anerkennung ist also ein essentieller „belastungs-protektiver“ Bestandteil der Tätigkeit.

5.7 Schwierige Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe als Belastung?

Auf Intensivstationen kommt es, wie bereits im theoretischen Teil angeführt, zur Behandlung von schweren Erkrankungen, die auch letal (tödlich) ausgehen können. Die Frage war wie die Pflegepersonen damit umgehen, und wie sie diese Situationen sehen.

Bei der Beantwortung und Interpretation dieser Fragestellung kam es zu einer Abgrenzung in zwei Themenbereiche. Zum Ersten die Thematik der Behandlungsgrenze, und zweitens, die des Alters.

5.7.1 Mögliche Grenzen des Machbaren

Schwere Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe bringen eine große Stressbelastung mit sich. Die meisten der Befragten sehen die Grenze des Machbaren als Stressor an. Gerade in Grenzsituationen bestehe der belastende Faktor darin, dass man die Grenze nicht setzen könne;

*„Es gibt auf jeden Fall Grenzen in der Medizin, und die sollte es auch geben, ah ,..., das der Patient wirklich sterben kann und ned künstlich durch die ganzen Medikamente und Geräte am Leben erhalten wird, und das man wirklich sagt ,äh, **Wir haben unser Bestes getan, owa es geht nicht mehr!**“*

oder

„Da frag ich mich,..., es kommt halt immer auf die Vorgeschichte drauf an, aber ..., bei sehr alten Menschen die schon ausgebrannt sind, da seh` ich das als Quälerei! Auf der Intensivstation! ,..., Grad da würd` ich dem Patienten Schmerzmittel geben und Grenzen setzen!“

5.7.2 Das Alter als Belastungskriterium

Die zweite Parallele ist das Alter. Durchwegs alle Befragten sehen eine größere Belastung bei Erkrankungen jüngerer Patienten/innen.

„..., natürlich denkt man sich, wenn jetzt jüngere Patienten kommen, nach an Polytrauma und der verstirbt, dann denkt man sich warum muaß des sein?“

Der Grund liegt darin, dass bei jüngeren Patienten „das Plötzliche, das Unerwartete“ eintrifft. Man rechnet nicht damit! Wenn es dann zum Kontakt mit den schockierten Angehörigen kommt, verberge sich darin ebenfalls ein Stresspotential. Diese Schicksalsschläge projizieren sich auf die betreuenden Personen und je nach Stressresistenz kann es zu belastenden Einflüssen kommen.

5.7.3 Die emotionale Distanz

Die Distanzierung von der Arbeit nach Dienstende und das „Abschalten können“ sind wesentliche Faktoren zur Stressprävention. Wiederum sehen die meisten Befragten bei jüngeren Patienten größere Probleme abzuschalten um den Kopf frei zu bekommen.

Eine Person hat überhaupt keine Probleme mit der emotionalen Distanzierung, andere wiederum sehen dies vom privaten Umfeld und den Gegebenheiten abhängig, also der persönliche Situation und des Wohlbefindens.

„..., wenn es mir nicht so gut geht, dann kann ich auch nicht abschalten, und kann nicht so leicht einen Schutzwall aufbauen,..., wenn`s mir besser geht ist es leichter!“

Der Großteil der Befragten sieht in der Distanzierung weniger Probleme, wenn das persönliche Verhältnis zu den Angehörigen nicht so nahe sei. Dadurch könne ein gewisser „Schutzwall“ aufgebaut werden.

„..., im Großen und Ganzen schaut man schon als Eigenschutz das man Distanz hält, ja? Wenn man sich da nicht so hinein lebt, sonst geht man irgendwann unter, und kommt ins Burnout! Ah,..., man hat so Phasen, wo man mehr einsteigt in das Ganze, wenn man sich mehr mit Angehörigen beschäftigt, und durch das Umfeld den Patienten näher kennen lernt. Das trifft einen mehr!“

5.8 Die Infektionsgefahr als belastender Faktor

Gerade im Akutbereich ist es beim Eintreffen intensivpflichtiger Patienten, nicht immer sofort nachvollziehbar ob diese an einer ansteckenden Erkrankung leiden oder nicht. Diese Ungewissheit stellt eine belastende Situation für das gesamte pflegende aber auch ärztliche Personal dar. Deshalb ist der Selbstschutz essentiell!

Bis auf eine Pflegeperson äußern alle Befragten leichte bis sogar starke Bedenken!

Jede interviewte Person gab an, von Beginn an alle Schutzmaßnahmen zu beachten, um sich selbst zu schützen.

„Na ja, von vorn herein muss man jeden Patienten als infektiös betrachten, aber natürlich ist es so, wenn man weiß das es eine HIV Erkrankung oder Hepatitis C oder wenn Patienten kommen, wo man eben nicht weiß was die jetzt haben, dann ist das schon eine Belastung!“

Ein weiteres Problem sieht eine Person in der langen Dauer mancher Diagnosestellungen über infektiöse Erkrankungen.

„Belastend? Auf jeden Fall, vor allem weil meistens Patienten kommen wo, ah..., Abstriche oder Bluttests durchgeführt werden, wo man vorher nicht weiß was der hat, und es dauert bis der Befund kommt! Nur bei Befunden, dass man erst noch Tagen erfährt, das ist eine Belastung!“

Ein weiteres genanntes Faktum sei die Gefahr der Keimverschleppung nach Hause. Besonders bei Kindern stelle dies ein Problem dar!

„ ...,wie mein Kind klein war, hab ich schon öfter darüber nachgedacht!“

Zusammengefasst sehen die Pflegepersonen die Infektionsgefahr als belastenden Faktor an. Die oftmals durch die Akutsituation bedingte Unsicherheit ob die aufgenommene Person irgendwelche Erkrankungen aufweist, oder nicht wurde oft genannt. Die zweite belastende Komponente sehen die Interviewten in der Gefahr der Ansteckung von Familienmitgliedern.

5.9 Personalmangel

Der Personalmangel ist seit jeher ein wichtiges Thema. Durchwegs alle Interviewten sehen im Personalmangel ein großes Problem.

Eine befragte Person berichtet, dass bei Pflegepersonen mit mehr Erfahrung die Kompensationsmöglichkeiten höher seien. Sie geht in ihren Behauptungen so weit, dass ein höherer Grad an Ausbildung mehr zur Abfederung und Kompensation von Problemen beitrage. Trotz allem sieht sie eine Minderbesetzung als krankmachenden Faktor an. Dieser verursache einen inneren Stress! Als Beispiel sei folgendes Zitat angeführt;

„ Wenn`s wirklich akuten Personalmangel gibt, dann is es schon ein Stressfaktor. Überhaupt wenn man seine Ruhephasen zu Hause hat. ..., und alle Zeit das Telefon läuten kann...“

Aber nicht nur direkte auf die Pflegeperson bezogene Auswirkungen wären die Folge, sondern auch jene die das private Umfeld betreffen;

„ Wenn man drei Tage frei hat und man weiß das Personalmangel ist, san viele Krankenstände,..., und permanent bei jedem Telefon zuckt ma zusammen,..., muss ich vielleicht in den Nachtdienst gehen? Des is dann gaunz negativ! Das belastet die Familie, einen selbst, weil man schon überlegt ob man zum Telefon gehen soll überhaupt! Des is a Stressfaktor! Unangenehm!“

Ein weiterer Aspekt sei, dass Personalmangel eine bessere Zusammenarbeit mit sich bringe. Kurzfristig gesehen sei dies gut, aber neben diesem positiven überwiege das negative Faktum. Nach Dienstende sei man sehr müde und ausgelaugt, die Ressourcen seien begrenzt und man ist erschöpft. Langfristig gesehen sei dies sehr belastend! Man denkt man sei alleine da und habe keine Unterstützung, die Moral schwinde. Dieser Kreislauf ist nur schwer zu durchbrechen;

„,..., man fühlt sich irgendwie alleine gelassen, gerade durch den Verantwortungsbereich ist man sehr gestresst,..., hmm, wenn es länger dauert ist es zusätzlich ein Problem, dass die Ärzte nicht einsichtig sind, ah, dann kommt es auf das Patientengut an,..., wenn i viele Patienten hob die mehr fordern, dann is es heftig! Man is grantig, übermüdet, und man kummt schon mit wenig Elan rein!“

Der bereits genannte Kreislauf in den die oftmals einspringenden Personen verfallen verbirgt die Gefahr, dass die noch fitten Pflegekräfte ermüden und ebenfalls erkranken. Es leidet folglich auch die Zusammenarbeit und die Moral im Team. Langfristiger, oftmaliger Personalmangel kann gravierende Auswirkungen mit sich bringen!

Wie im vorigen Zitat angeführt, ist durch Personalmangel bedingter Stress auch von Krankheitsbildern abhängig. Je aufwendiger die Patienten und der Pflegebedarf desto mehr Personal wird benötigt!

Durchwegs alle interviewten Pflegepersonen sehen bei Personalmangel die Gefahr der nicht adäquaten Versorgung der Patienten. Durch die hohen Qualitätsansprüche sei nur eine kurzfristige Kompensation möglich. Alle Pflegepersonen sprechen sich für eine 1:1 Besetzung aus. (Eine Pflegeperson pro Patient)

Personalmangel bringe auch eine Unzufriedenheit mit sich. Man könne nicht alles so durchführen wie man wolle;

*„ weil man die Patienten nicht so versorgen kann, wie man gerne würde!,..., oder weil man auf die Patienten ned so eingehen kann, weil man schon wieder beim Anderen sein müsset, oder...und des find ich schon belastend! Weil man mit einem unguten Gewissen aus dem Dienst geht weil man sich denkt, **eigentlich hätt` der Patient mehr Zeit braucht, owa i hobs` ned ghobt, weil des Personal ned da war!**“*

Als Fazit kann man den Personalmangel als sehr großen belastenden Faktor ansehen. Die Interviewten sprechen davon, dass es kurzfristig sogar zu positiven Auswirkungen, wie eine bessere Zusammenarbeit, kommt. Langfristig gesehen sei er aber „krankmachend“!

Insgesamt betrachtet ist Personalmangel ein gefährlicher Faktor, der an die physischen und psychischen Leistungsgrenzen des Personals geht. Bei einem Nichteingreifen und eventuellen Nachbesetzungen sind drastische Auswirkungen die Folge! Diese wurden im theoretischen Teil behandelt.

5.10 Das soziale Umfeld

Das soziale Umfeld, die Freunde, Bekannte und die Familie sind ein sehr wichtiger präventiver Faktor. Besonders im Pflegeberuf und speziell auf Intensivstationen brauchen die dort tätigen Personen Kompensationsmechanismen. Dieser Punkt wurde bewusst gefragt um die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes und der Lebensgewohnheiten zu unterstreichen!

Auffällig ist, dass alle interviewten Personen ein ausreichendes soziales Umfeld angaben. Sie unterstrichen die Wichtigkeit dieses Faktums in einigen Aussagen.

„ Für mich ist das Wichtigste die Familie. Man braucht einen Partner der einen auffängt nach einem schrecklichen Dienst,...das lustige ist, man spricht nach dem Dienst meistens mit einer Freundin, ..., und die tut einem dann wirklich gut!“

Die Freunde, Bekannte und die Familie seien unersetzlich und essentiell zum Austausch von Problemen.

Eine Pflegeperson führt an das es ihr wichtig sei, Berufliches von Privatem zu trennen. Deshalb wäre es wichtig Freizeitaktivitäten nicht zu oft mit Kollegen/Innen, sondern mit berufsfremden Personen zu verbringen. Die nötige Distanz sei ein wesentlicher präventiver Faktor!

5.11 Ranking der belastenden Komponenten

Am Ende der Befragung wurde nach einem Ranking der belastenden Komponenten gefragt. Es ist nicht klar ersichtlich welcher Themenbereich an die erste Stelle zu setzen ist. Meistens ist es eine Mischung aus mehreren belastenden Faktoren die genannt wurden. Der Personalmangel und die Auswirkungen wurden am öftesten angeführt. In Kombination mit schweren und schicksalsträchtigen Krankheitsbildern sei dies ein stressender Faktor.

Eine Person nennt die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kompetenzaufteilung als wichtigsten Faktor, eine weitere Pflegeperson sieht wiederum die Lärmkulisse als Priorität an. Die Schichtarbeit und die damit verbundenen Probleme wie mangelnde Regeneration wurden ebenfalls genannt.

Zusammenfassend kristallisiert sich kein „Favorit“ hervor! Die Antworten spiegeln kein einheitliches Ranking, sondern die individuellen Unterschiede und Empfindungen der Interviewten wider. Nur die Prävention und Minimierung mehrerer belastenden Komponenten könne das Gesamte beeinflussen.

5.12 Was soll man ändern?

Diese Frage soll ein Ansporn und Ideengeber zugleich sein. Diese Denkanstöße von Pflegenden mit Erfahrung bringen neue Aspekte zum Vorschein.

Der Großteil der Befragten wünscht sich mehr Personal, womit sich nun doch ein Favorit ergibt. Sie wünschen sich keine Personalreduktionen und bei Krankenständen eine adäquate Nachbesetzung.

Weiters wurde der Wunsch nach mehr Kompetenzen geäußert. Die Aufteilung und klarere Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche wäre ein Vorschlag dafür. Bessere und längere Einschulungsphasen für neue Mitarbeiter wurden ebenso genannt, wie eine Reduktion der Arbeitszeiten.

Es sind jedoch Parallelen in den Sichtweisen erkennbar, denn alle Pflegepersonen nennen die adäquate Versorgung der Patienten als höchstes Ziel. Um dieses erreichen zu können, müssten die belastenden Faktoren minimiert werden!

5.13 Die Pflege und ihr Status in der Gesellschaft

Diese Frage wurde spontan unter dem Gesichtspunkt gestellt, welchen Status die Pflege in der Gesellschaft einnimmt. Weiters soll damit eruiert werden, ob dies eine belastende Komponente darstellt.

Die Befragten reagierten auf diese Frage differenziert. Drei Pflegepersonen sehen den Status in der Gesellschaft als eher schlecht an, zwei eher gut.

Die Interviewten sehen die positive Stellung der Pflege vor allem durch Angehörige bedingt. Diese würden als Besucher sehen, welche Tätigkeiten die Pflege vollbringt, bzw. welchen Verantwortungsbereich und welche Kompetenzen ihre Arbeit beinhaltet.

„ Vor allem Personen, die Angehörigen die im Spital besuchen kommen,..., also des schon mitkriegen, was des für ein Job is, was für Belastungen hab`n kann und des is hoit kann Job für jedermann! ,..., i seh des positiv.“

Eine negative Meinung begründet sich auf den Argumenten, dass das Ansehen durch mehr Kompetenzen und ein höheres Gehalt gesteigert würde. Eine Pflegeperson erzählt von ihren Erfahrungen im Ausland, und beklagt sich über weniger Ansehen als dort;

„ Ich glaub,..., dass das Ansehen der Pflege eher schlecht ist. ,..., weil die Kompetenzen und das Geld nicht ausreichend sind, und dadurch ist in anderen Ländern das Ansehen höher. Das Ansehen unseres Berufsstandes ist schlecht,..., in der ... wenn i gsogt hob; Ich bin Krankenschwester, war da ein WOW! Da ist das Gehalt und die Kompetenzen höher, also die Kompetenzen besser abgegrenzt und höher. Da steigt das Ansehen, do fühlt man sich wohler!“

Eine Ausführung geht soweit, dass ältere Menschen mehr Respekt vor dem Berufsstand der Pflege hätten, als die jüngere Generation. Die Jüngeren würden den Pflegeberuf eher schlechter beurteilen. Auf die Frage ob dies belastend sei, antwortet die Person mit: „ *Nein, ich weiß was ich kann, und was die Leute denken ist mir gleich!*“

6. Conclusio

Die durchgeführten Interviews brachten viele neue Erkenntnisse. Den Personalmangel und das Nachbesetzen der fehlenden Dienste, sahen durchwegs alle als sehr belastend an. Trotz allem ergibt sich keine signifikante Verschiebung oder Präferenz zu einem bestimmten belastenden Faktor. Es ist eine Kombination mehrerer Ursachen, die ein Ganzes ergeben, erkennbar. Die Befragten geben durchwegs verschiedene Stressoren an.

Nichts desto Trotz ist davon auszugehen, dass die Arbeit als Pflegeperson auf einer Intensivstation einige belastende potenziell krankmachende Faktoren beinhaltet, die bei einem entsprechenden Zusammenspiel pathologische Folgen mit sich bringen.

6.1 Ausblick in die Zukunft

Zur Prävention sind Maßnahmen notwendig, die der Arbeitgeber, als auch der Arbeitnehmer treffen muss. Beispiele dafür wären die Reduktion der Lärmkulisse, eine bessere Personalplanung und die Nachbesetzung bei Fehlzeiten.

In den meisten Ausführungen ist eine extreme Belastung in der Betreuung der Angehörigen zu erkennen. Speziell dieses Vertrauensverhältnis das bei längerer Aufenthaltsdauer mit den Angehörigen, aber auch den Patienten aufgebaut wird, kann negative Auswirkungen mit sich bringen. Eine psychologische Unterstützung der Pflegepersonen, die bei Bedarf jederzeit abrufbar wäre, ist unerlässlich. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass auf meiner Station eine Psychologin für Recherchen bezüglich ihrer Dissertation, tätig war. Sie betreute die Angehörigen und die Patienten für ihre Studie. Das gesamte Personal meiner Station war begeistert über diese professionelle Hilfe! Deshalb plädiere ich für eine permanente psychologische Unterstützung des Personals und der Angehörigen. Wie in den Interviews analysiert, müssen die Pflegenden gegenüber den Angehörigen und den Patienten große empathische Fähigkeiten vorweisen. Hier stellt sich die Frage, wie Pflegepersonen, die in ihrer Ausbildung wenig professionelle psychologische Ausbildung erfuhren, mit diesen

Alarmsituationen umgehen sollen. Im Sinne der Prävention und im Interesse von gesunden Mitarbeitern muss Abhilfe geschaffen werden. Da die Grundausbildung in der Krankenpflegeschule nur eine unzureichende psychologische Schulung beinhaltet, muss es zu einer Anpassung zum Wohle der Arbeitnehmer kommen!

Die Arbeitnehmer, also die Pflegepersonen, können sich selbst nur wenig gegen beeinflussende Faktoren, wie Arbeitsstressoren, schützen. Mit dem Aufbau eines sozialen Netzwerks, oder weiterer protektiver Maßnahmen wie vermehrter sportliche Aktivitäten und anderen Freizeitgestaltungen ist nicht Genüge getan. Die Fähigkeit abzuschalten, ist nur bei einem funktionierenden Umfeld gegeben. Der Arbeitgeber sollte alleine im wirtschaftlichen Interesse an gesunden und motivierten Mitarbeitern interessiert sein! Somit **muss** er **Maßnahmen** zur Prävention **treffen**.

6.2 Danksagung

Die Beendigung dieser Diplomarbeit wäre niemals ohne die Unterstützung mehrerer Personen möglich gewesen. Primär möchte ich mich bei Herrn Univ. Prof. Dr. Walter Klimscha für die kompetente Betreuung, die Unterstützung und die Geduld bis hin zur Fertigstellung bedanken! Der weitere Dank gilt den Interviewpartnern für die Zeit und für die Offenheit die sie mir entgegengebracht haben. Nur durch ihre Bereitschaft war es mir möglich ehrliche, reale Situationen wiederzugeben und neue Erkenntnisse zu gewinnen. Ich verbrachte viel Zeit auf der Universität und beim Schreiben. Deshalb gilt der nächste Dank meiner Lebenspartnerin Helga für die Geduld und die liebevolle Unterstützung beim gesamten Studium! Ohne die genannten Personen hätten sich die Absolvierung des Studiums und die Fertigstellung der Arbeit um ein Vielfaches schwieriger gestaltet.

Danke!

6.3 Index

6.3.1 Abkürzungen

ARDS...	Adult respiratory distress syndrom
ALS...	Advanced life Support
ATL...	Aktivitäten des täglichen Lebens
bzw..	beziehungsweise
BLS...	Basic life Support
d.h.	das heißt
ECMO...	Extrakorporale Membranoxygenierung
EEG...	Elektroencephalogramm
EKG...	Elektrokardiogramm
HF...	Hämodifiration
pO ₂ ...	Sauerstoffpartialdruck
pCO ₂ ..	Kohlendioxidpartialdruck
usw...	und so weiter

6.3.2 Erklärungen

Anästhesiologie...	Lehre von den wissenschaftlichen Grundlagen der Narkose
Ateminsuffizienz...	eingeschränkte Atemfunktion
cerebrale Perfusion...	Blutversorgung des Gehirns
extrakorporal...	außerhalb des Körpers
Hämodialyse...	Blutreinigungsverfahren
Hämodifiration...	Blutreinigungsverfahren
Insuffizienz...	Schwäche, ungenügende Leistung
intracerebraler Druck...	Gehirndruck
Katecholamine...	körpereigene Stoffe
Kognitionen...	Gedanken
Limbisches System...	Funktionseinheit des Gehirns
Monitoring...	zentrale Überwachung der Vitalfunktionen
Neonatologie...	die Lehre der Pathologie und Physiologie (menschlicher) Neugeborener
Niereninsuffizienz...	eingeschränkte Nierenfunktion
Parasympathikus...	Teil des vegetativen Nervensystems
Pädiatrie...	Kinder- und Jugendmedizin
Pharmakologie...	Wissenschaft von der Wechselwirkung zwischen Stoffen und Lebewesen
somatisch...	das was sich auf den Körper bezieht, körperlich
Sympathikus...	Teil des vegetativen Nervensystems
transurethral...	durch die Harnröhre
Ulcera...	Geschwüre
vegetativ...	nicht dem Willen oder dem Bewusstsein unterliegend

6.4 Literaturliste

ALS – DER Kurs „Advanced Life Support“ für Profis in der Patientenversorgung, aus http://de.wikipedia.org/wiki/European_Resuscitation_Council, (18.11.2008)

Balogh D., et al., Noise in the ICU-Intensiv care medicine, 1993

Benner P., Pflege- Stress und Bewältigung, Verlag Huber, Bern- Göttingen- Toronto- Seattle, 1997

Bruckner M., Zeit und Gefühlswelt im Burnout- Syndrom, Diplomarbeit, Wien, 2006

Caplan G., Opportunities for scholl psychologists in the primary prevention of mental health disorders in children, aus CISM, Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, Facultas. Wien, 2002

Cropp AJ., et al., The proliferation of alarms in the intensiv care medicine, 1994, 105: 1217-12204, aus: zwai.net

David D., Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in der professionellen Pflege, Diplomarbeit, Wien 2001

De Jong R.G., Extraaurale Wirkungen von Fluglärm auf die Gesundheit, aus: Ising H.(Hsrg), Lärm und Krankheit – Noise and disease, Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, Gustav Fischer Verlag; Stuttgart- New York, 1993

Deller A., et al., Alarme durch medizinisch- technische Geräte auf der operativen Intensivstation,...,Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin, 1988

Dethlefsen T., et al., Krankheit als Weg, 13. Auflage, Goldmann Verlag, München, 2000

Dytrich M., Psychophysische Belastungen am Arbeitsplatz, Diplomarbeit, Wien, 1993

Dorner J., Fa. Gambro Mitteilung der Angabe laut dem Hersteller

Froschauer, et al., Das qualitative Interview, Facultas Verlag, Wien 2003

Galuschka et al., Die Zukunft braucht Pflege. Eine qualitative Studie über die Belastungswahrnehmung beim Pflegepersonal, 2. Auflage, Frankfurt 1994

Geineder M., Lärmbelastung, Lärmbelästigung und Reaktion auf Lärm, Diplomarbeit, Langenzersdorf

George S., et al., CISM, Stressmanagement nach kritischen Ereignissen, Facultas Verlag, Wien, 2002

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGGI, § 41, Teil 1, 1997

Grandjean E., Lärm, 1991, aus: Physiologische Arbeitsgestaltung - Leitfaden der Ergonomie, 4. überarbeitete Auflage, Landsberg- Ecomed Verlags GesmbH, 1991

Fleischer K., Hals- Nasen- Ohren- Heilkunde für Krankenpflegeberufe, 5. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag Stuttgart- New York, 1998

Hasselhorn H.M., et al., Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al., Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW

Hasselhorn H., et al., Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW

Hoffmann H., et al., 0-Dezibel+0 Dezibel= 3 Dezibel, 6. überarbeitete Auflage, Schmidt Verlag, 1993

Internet Recherchen:

<http://www.kcimedical.com/kci/austria/kcitherapien/antidekubitussystemeundadipositasversorgung/produkte/hohesdekubitusrisiko/therapulseatp/therapulseatp.htm> (18.11.2008)

<http://www.gambro.de/Pages/InfoPage.aspx?id=4487> (18.11.2008)

http://www.geschichteinchronologie.ch/v/Laerm/VCS2003_gesundheitsschaeden-durch-Laerm.htm

<http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/119546/> (15.4.2007)

<http://www.pharmaco.co.nz/?t=85> (17.11.2008)

http://www.jobber.de/studenten/ipc-tmn-20020930-9-dpa_2688464.nitf.htm (31.1.2008)

<http://www.atemgasbefeuchtung.de/> (18.11.2008)

http://www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation (17.3.2006)

http://www.boehmelektromedizin.de/produkte_produktenachfunktionen_monitoringphilipsintellivue.html (17.11.2008)

http://www.draeger.com/MT/internet/pdf/lib/de/ventilation/evita4_edition_br.pdf (17.11.2008)

http://www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/ARDS_aus_pflegerischer_Sicht (18.11.2008)

<http://beginn.at/pflegeserver/pfgrel/belastung.htm> (17.3.2006)

http://zwai.net/pflege/intensiv/Journal/Intensivpflege/Laerm_auf_der_Intensivstation , S.1 (17.3.2006)

http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Traumatische_Ereignisse/Fakten/statistik_19.4.2007

<http://www.erc.edu/index.php/docLibrary/en/viewDoc/520/3/> (18.11.2008)

http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2005/12/roschitz.pdf (10.11.2008)

Ising H.(Hsrg), Lärm und Krankheit – Noise and disease, Schriftenreihe des Vereins für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, Gustav Fischer Verlag; Stuttgart- New York, 1993

Juchli L., Krankenpflege, 6. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart- New York, 1991

Koch F. et al, Klinikleitfaden Intensivpflege, 1. Auflage, Lübeck-Stuttgart-Jena-Ulm, 1997

Künig H., Stressbelastung und Stressbewältigung vom Ärzte- und Pflegepersonal auf der Intensivstation in Südtiroler KH, Innsbruck, 2003

Lazarus & Launier, 1978, S. 296 aus: Schwarzer R., Stress, Angst und Handlungsreaktion, 4. überarbeitete Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart- Berlin- Köln, 2000

Lenz G. et al, Klinische Psychiatrie, 2.Auflage UTB, Facultas Verlag, 1998,2002

Linneweh K., Stresskompetenz- Der erfolgreiche Umgang mit Belastungssituationen in Beruf und Alltag, Beltz-Verlag, Weinheim-Basel, 2002

Mayer H., Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Band 1, Wien, Facultas Verlag, 2000

Mealer L.M., et al., “Increased Prevalence of posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses“, aus: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol 175, 2007

Molnar M., Schluss mit Lärm, Reduzierung lärmbedingter Risiken am Arbeitsplatz, 2005, aus: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/schluss-mit-laerm/pdfs/molnar.pdf> (20.10.2008)

Möller H.J., et al, Duale Reihe-Psychiatrie und Psychotherapie, 3. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag Stuttgart, 2001-2005

Nitsch, 1989, aus Bengel J., Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg- New York, 1997

Nöckler R., Beurteilung des Thera Puls ATP im Bereich der Universitätsklinik für Notfallmed. im AKH der Stadt Wien, aus: Ohne Autor, KCI Times, Zeitschrift, 2006

Oginska H., et al., Arbeitszeitgestaltung in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW, ohne Jahresangabe

Ohne Autor, Neue Kronen Zeitung, Nachtfluglärm sorgt für höheren Blutdruck, Wien, 16.1.2008

Ohne Autor, Leserbrief aus: Die Schwester/ Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 06/08, Bibliomed Medizinische VerlagsgesmbH, Melsungen

Ohne Autor, Neue Kronen Zeitung, Wenn Stress zu groß wird, Wien, 26.3.2008

Ohne Autor, Zeitung Österreich, EU- Studie: Wenn der Job krank macht, Wien, 1.10.2008

Ohne Autor, KCI Times, Zeitschrift, 2006

Ohne Autor, Leserbrief aus: Die Schwester/ Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 06/08, Bibliomed Medizinische VerlagsgesmbH, Melsungen, 2008

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter-Berlin-New York, 1994

Selye H., Stress in Health and disease, London, Butterworths, 1976

Siegrist J., et al., 1996 aus: Hasselhorn H.M., et al., Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa, aus: Hasselhorn H., et al.; Berufsaustieg bei Pflegepersonal, Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin(Hrsg), Dortmund-Berlin-Dresden, Wirtschaftsverlag NW

Sladeczek E., et al., Recht für Gesundheitsberufe, 2.Auflage, Lexis Nexis Verlag, Wien 2004

Team Krischkowsky, Zugangsvoraussetzungen für dipl. Krankenpflegepersonen an Intensivstationen, Projektbericht, ohne Jahresangabe

Team Krischkowsky, Zugangsvoraussetzungen für dipl. Krankenpflegepersonen an Intensivstationen, Projektbericht

Thallner W., Belastungen und Konflikte im Pflegedienst, Pflegeserver Österreich, am 17.3.2006

Tsiou C., et al., Noise sources and levels in the Evgenidion Hospital intensive care unit, 1997, aus: Intensive Care Med, Brief Report, Vol.24, Springer Verlag, 1998

Vidacek et al., 1986, aus: Benner P., Pflege- Stress und Bewältigung, Verlag Huber, Bern- Göttingen- Toronto- Seattle, 1997

Winkler, 1997, zitiert von Eyer H., Anerkennung ist wie die Luft zum Atmen, aus: Mayer H.(Hrsg), Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Band 1, Wien, Facultas Verlag, 2000

Wiederkom P., Mentale und autonome physiologische Leistung als Reaktion auf akustische Belastung, Diplomarbeit, Wien, 2004

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ordnungsgemäß zu zitieren bzw. die Zustimmung zur Verwendung der Bilder eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, bitte ich um Meldung bei mir!

7. Anhang

7.1 Abstract

Je nach Art der Ausübung der professionellen Pflege, im speziellen Fall auf Intensivstationen, wirkt auf das Pflegepersonal eine hohe Belastung ein. Zu den psychische Belastungen zählen der hohe Grad an Verantwortung, der essentielle Bestandteil immer „up to date“ zu sein, bzw. auch das Wissen neue Therapieformen, Behandlungsmöglichkeiten und Pflegeforschungsergebnisse anwenden zu können. Ein weiteres großes Belastungspotential bieten die Aspekte der Erwartungshaltung der Patienten und der Angehörigen, sowie weitere „Krankmacher“ wie die Lärmkulisse, die emotionale Distanz usw.

7.1.1 Methode

Unter dem Hintergrund der theoretischen Recherchen und bereits bekannten Fakten konzentrierte ich mich darauf neue Erkenntnisse zu gewinnen, aber ebenfalls um die Verifikation vorhandener theoretischer Annahmen. Mittels strukturierter Interviews von 5 Personen an zwei Intensivstationen der Gemeinde Wien wurden die Erlebnisse und Empfindungen der Pflegepersonen dokumentiert. Das Ziel war es, durch den qualitativen Forschungsansatz, Aussagen über die Emotionen, Erlebnisse und Belastungen der jeweiligen Pflegepersonen zu bekommen. Die Interpretation wurde nach der Methode der Themenanalyse durchgeführt.

7.1.2 Ergebnisse

Die durchgeführten Interviews brachten viele neue Erkenntnisse. Den Personalmangel und das Nachbesetzen der fehlenden Dienste, sahen durchwegs alle als sehr belastend an. Trotz allem ergibt sich keine signifikante Verschiebung oder Präferenz zu einem bestimmten belastenden Faktor. Es ist eine Kombination mehrerer Ursachen, die ein Ganzes ergeben, erkennbar. Nichts desto Trotz ist davon auszugehen, dass die Arbeit als Pflegeperson auf einer Intensivstation einige belastende, potenziell krankmachende Faktoren beinhaltet, die bei einem entsprechenden Zusammenspiel pathologische Folgen mit sich bringen. Zur Prävention sind Maßnahmen notwendig, die der Arbeitgeber, als auch der Arbeitnehmer treffen muss. Beispiele dafür wären die Reduktion der Lärmkulisse, die Personalplanung und die Nachbesetzung bei Fehlzeiten.

In den meisten Ausführungen ist eine extreme Belastung in der Betreuung der Angehörigen zu erkennen. Speziell dieses Vertrauensverhältnis das bei längerer Aufenthaltsdauer mit den Angehörigen, aber auch den Patienten aufgebaut wird, kann negative Auswirkungen mit sich

bringen. Eine psychologische Unterstützung der Pflegepersonen, die bei Bedarf jederzeit abrufbar wäre, ist unerlässlich.

7.1.3 Ausblick

In der Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gibt es keine tief greifende psychologische Schulung. Aufgrund der wichtigen Thematik wäre es jedenfalls essentiell den Pflegepersonen eine solche zu ermöglichen. Das Personal in diesem Akutbereich arbeitet unter Einbeziehung aller eigenen Ressourcen ständig am Limit! Eine empathische Behandlung der Patienten und deren Angehörigen muss auf höchstem Niveau gewährleistet sein. Die Angehörigenbetreuung könnte durch stationseigene Psychologen ausreichend abgedeckt, und die Pflegepersonen damit entlastet werden.

7.2 Lebenslauf

Zur Person

Robert Ganster

geb. am 10.07.1973
in Mürzzuschlag, Steiermark

Karl-Heinz-Str.67/15/19
1230 Wien
Telefon: 01/6627385
Mobil: 0650/3556100
Email: robgan@aon.at

Familienstand :

ledig, keine Kinder
in Lebensgemeinschaft

Staatsangehörigkeit:

Österreich

Wien, am 25.09.09

Berufserfahrung

- seit Juni 2002 angestellt als Intensivpfleger an der Anästhesiologischen
Intensivstation am SMZ Ost der Gemeinde Wien
- Okt.1997-Mai 2002 angestellt als Intensivpfleger an der Internen Intensivstation am SMZ
Süd der Gemeinde Wien
- Sept.1994- Sept. 1997
Krankenpflegeschule am SMZ Ost mit ausgezeichnetem
Erfolg abgeschlossen
- Mai 1994-Aug.1994
Hauptamtlicher Mitarbeiter beim Roten Kreuz in
Mürzzuschlag
- 1988 -1993 Lehre mit erfolgreichem Abschluss als E-Installateur
bei den Stadtwerken Mürzzuschlag

Studium

- Oktober 2002 Inskription des IDS Pflegewissenschaft an der Universität
Wien
Zuerkennung eines Leistungsstipendiums für das SS und
WS 2004

Weitere Fortbildungen und Praktika

- August 2008 Business Summer College an der WU-Wien
- seit 2006 Mitglied im Analyseteam des CIRS Fehlermanagements am
Donauspital
- September 2004 Ausbildungskurs für Basic-Life-Support/AED- Tutoren
- Okt.2000 – Okt.2001
SAB an der Fortbildungsakademie am AKH Wien für Intensivpflege
- Juni 2002 -Okt. 2002
Studienberechtigungsprüfung
- 1993-1994 Zivildienst beim Roten Kreuz in Mürzzuschlag
Ehrenamtlicher Mitarbeiter beim Roten Kreuz
in Mürzzuschlag

Schulbildung

1994	Externistenprüfung Polytechnischer Lehrgang Mürzzuschlag
1983 -1988	Bundesrealgymnasium Mürzzuschlag
1979 -1983	Volksschule Mürzzuschlag

Sprachkenntnisse, EDV Kenntnisse

Englisch
MS Office 2000

Abschließend möchte ich noch weitere Interessen anführen

Snowboarden mit zwei Weltcupeteilnahmen in Davos und Radstadt, Steirischer Vizemeister im GS 2001 und zweimal 3. Platz bei den Steirischen MS im PSL, Laufen, Fußball, Kultur, Geschichte, Mountainbike, Tennis Meisterschaftsspieler 1 Klasse im Burgenland