

Auswirkungen der psychischen Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften auf den Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch (Anhand einer Studie von Peter Herschbach 1991)

Ziel der empirischen Untersuchung war es, die psychosoziale Belastung von Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern herauszufinden. Zusätzlich auch, welches die Hauptprobleme am Arbeitsplatz sind und mit welchen Faktoren die gefundenen Belastungen einhergehen. Berücksichtigung fand auch die Frage, ob die Art und Größe des Krankenhauses mit der Belastung zusammenhängt und ob die Belastungen in onkologischen und nichtonkologischen Abteilungen sich unterscheiden.

An der 1991 durchgeführten Studie beteiligten sich 54 Kliniken oder Fachabteilungen. Die Studie wurde in besonders belasteten Fachabteilungen oder Kliniken welche mit mindestens 30% Krebspatienten belegt waren, durchgeführt. Kleinere Krankenhäuser unter 350 Betten wurden nicht berücksichtigt, da der Anteil der Krebspatienten auf den Stationen unter 30 % lag.

1. Die Rücklaufquote der Befragung betrug 52 %

Insgesamt wurden die Fragebögen von 299 Ärzten (Ø 36,5 Jahre alt, Ø 25,1% weiblich, Ø Beschäftigungsdauer 3 Jahre 4 Monate) und 592 Krankenpflegekräften (Ø 32,3 Jahre alt, Ø 90,9% weiblich, Ø Beschäftigungsdauer 5 Jahre) ausgewertet. Dabei waren ca. 2/3 der Personen auf onkologischen Stationen tätig.

2. Die Informationen über die Belastungen

und Belastungsbedingungen wurden durch den Einsatz eines Fragebogenpaketes gewonnen. Der Hauptfragebogen (Belastungsfragebogen) bestand aus 64 realitätsnah formulierten Belastungssituationen am Arbeitsplatz. Zusätzlich wurde den Befragten aber noch eine Beschwerdeliste, ein Fragebogen zur Erfassung körperlicher und Allgemeinbeschwerden, ein Fragebogen zum Burn-Out sowie jeweils eine Frage zur Arbeitszufriedenheit und eine Frage nach eigenen Entlastungsvorschlägen vorgelegt.

3. Die Auswertung

ergab Hinweise auf die Art der Probleme am Arbeitsplatz und zusätzlich ein Maß für die Gesamtbelastung. Gleichzeitig neben der Personenbefragung wurden Daten aus den befragten Krankenhäusern zur Fluktuation und den Ausfallzeiten eingeholt und verwertet. Demnach bestand eine mittlere Fluktuationsquote (Anzahl der Kündigungen im Kalenderjahr relativ zum Gesamtpersonal) bei den Ärzten von 11% und bei dem Krankenpflegepersonal von 13,9 %. Die Ausfallzeiten (jährliche Tage pro Beschäftigten) betragen bei den Ärzten 2,8 Tage und bei dem Krankenpflegepersonal 13,6 Tage.

4. Die erfassten körperlichen und Allgemeinbeschwerden ergaben folgendes Bild:

Die Krankenpflegekräfte gaben mit 74,4 % mäßige oder starke Kreuzschmerzen an. Die Ärzte gaben mit 45,4 % als häufigste Beschwerde Reizbarkeit an. Die gefundenen Burn-

Out Werte waren bei den Ärzten 3,2 und beim Krankenpflegepersonal 3,3 (bei einer Antwortskala von 1 - 7).

5. Die Arbeitszufriedenheit

wurde bei den Ärzten mit einem \bar{x} von 3,91 und das Krankenpflegepersonal von \bar{x} 4,19 (bei einem variiertem Antwortspektrum von 1 = sehr zufrieden bis 9 = sehr unzufrieden) angegeben.

Um die Hauptfaktoren beim Zustandekommen der Belastungen zu ermitteln, wurden alle 41 Fragen zur Person und zur Arbeitssituation mit dem Gesamtbelastungswert in Zusammenhang gebracht.

6. Hauptfaktoren der Belastung

Als Hauptfaktoren der Belastung **für Ärzte und Krankenpflegepersonal** kommen so in Frage:

Krankenhaustyp, Alter und Berufserfahrung, medizinisches Fachgebiet, der Anteil moribunder und sterbender Patienten, die Ausstattung mit genügend Krankenpflegekräften, die Verfügbarkeit eines Psychologen;

6.1. Für das Pflegepersonal kommt noch hinzu:

die Schichtform, die Gesamtarbeitszeit, die tatsächliche verfügbare tägliche Pausenzeit, die tägliche verfügbare Zeit für den Patienten, die Liegezeit der Patienten, die genügende Ausstattung mit Ärzten, die Verfügbarkeit einer Balint-Gruppe (Kommunikation und Kooperation im Team in Gesprächsgruppen), die Verfügbarkeit eines Krankenhausseelsorgers

6.2. Für die Ärzte kommt noch hinzu:

Position und kollegiale Anrede (Du/Sie), die Arbeitszeit mit der Anzahl der Nacht- und Wochenenddienste, die Anzahl der wöchentlichen Neuaufnahmen;

7. Belastungsgruppen und die Risikogruppen

Zum besonderen Vergleich und Auswertung, um ein klares Bild über die tatsächlichen belasteten Personenkreise zu erhalten, wurde in einem nächsten Auswertungsschritt die Gesamtgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie des Krankenpflegepersonals in homogene Untergruppen aufgeteilt.

8. Das Krankenpflegepersonal

wurde in 4 Untergruppen aufgeteilt, welche sich hochsignifikant in 7 Belastungsbereichen unterscheiden:

8.1. Die I. Gruppe:

Bestand aus 100 Personen. Hier ist der Gesamtbelastungswert mit 1,1 (gegenüber 2,2 der Gesamtstichprobe) sehr gering. Der Beschwerdensummenwert von 16,6 liegt auch deutlich unter dem Durchschnittswert (22,7).

Hier ist auch der Burn-Out Wert mit 2,8 (gegenüber Durchschnittlich 3,3) sehr gering und die Arbeitszufriedenheit mit 3,1 (gegenüber 4,1) am höchsten.

8.1.1. Der Personenkreis dieser Krankenpflegekräfte unterscheidet sich gegenüber den übrigen Gruppen folgendermaßen:

- Das Durchschnittsalter beträgt 35,2 Jahre,
- die Krankenpflegekräfte verfügen über die längste Berufserfahrung,
- die Personen arbeiten zum größten Teil in Reha-Kliniken oder Ambulanzen,
- der Personenkreis arbeitet selten im Dreischichtwechseldienst,
- es werden die wenigsten Überstunden im Monat gemacht,
- hier gibt es die meisten freien Wochenenden,
- es gibt viel Zeit für tägliche Pausen und die direkte Patientenbetreuung,
- es wird ein relativ geringer Anteil an moribunden oder sterbenden Patienten versorgt;

Diese Gruppe zeichnet sich dadurch aus, daß hier die meisten der bekannten belastenden Faktoren nicht vorliegen.

8.2. Die II. Gruppe:

Diese Gruppe bestand aus 294 Personen. In dieser Gruppe liegt der mittlere Gesamtbelastungswert bei 2,2 (also genau bei dem Durchschnittswert von 2,2). Der Beschwerdewert liegt mit 22 (gegenüber 22,7) ebenso wie der Burn-Out Wert von 3,2 (gegenüber 3,3) und die Arbeitszufriedenheit von 3,8 (gegenüber 4,1) nur geringfügig unter dem Durchschnittswert.

Diese Werte zeigen, dass diese Gruppe etwa der Gesamtstichprobe entspricht und als durchschnittlich belastet anzusehen ist.

8.2.1. Der Unterschied zu den anderen Gruppen:

- die Pflegekräfte arbeiten überwiegend auf onkologischen Abteilungen/Stationen der großen Universitäts- oder Kreiskrankenhäuser
- die monatliche Arbeitsstundenzahl ist leicht unterdurchschnittlich,
- das Alter, die Schichtform, die zu betreuenden Patienten entsprechen der Gesamtstichprobe,
- es handelt sich zu 91,1% um Onkologieschwester aus Großkliniken,
- das Durchschnittsalter beträgt 32,1 Jahre,
- die Berufserfahrung liegt bei ca. 10 Jahren;

8.3. Die III. Gruppe:

Die III. Gruppe bestand aus 91 Personen. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe, die weniger im onkologischen Bereich, häufig in mittleren Kliniken arbeitet und weniger unter patientenbezogenen Belastungen, aber mehr unter den ungünstigen Arbeitsbedingungen leidet und hier die Auswirkungen auf das Privatleben beklagt.

8.3.1. Diese Gruppe unterscheidet sich vom Durchschnitt der Gesamtstichprobe und gegenüber den anderen Gruppen eher in der durchschnittlichen Gesamtbelastung:

- der mittlere Gesamtbelastungswert dieser Gruppe beträgt 2,3 (gegenüber \emptyset 2,2);
- der Beschwerdewert ist 23,7 (gegenüber \emptyset 22,7);
- der Burn-Out Wert liegt bei 3,5 (gegenüber \emptyset 3,3);
- die Arbeitszufriedenheit liegt bei einem Wert von 4,8 (gegenüber \emptyset 4,1);
- hier sind die Belastungen eher Probleme im Privatleben (durch unregelmäßige Dienstzeiten);

- die Gruppe besteht mit 17,8 % zu einem großen Teil aus Pflegern (gegenüber einem \emptyset von 1,2 %);
- die Pflegekräfte arbeiten überdurchschnittlich häufig in chirurgischen (nichtonkologischen) Abteilungen der kleinen Primärkliniken

8.4. Die IV. Gruppe ist die Risikogruppe:

Sie bestand aus 86 Personen (16% des Krankenpflegepersonals). Die Gruppe setzt sich aus besonders jungen und im Beruf unerfahrenen Personen zusammen (arbeitet meist in Großkliniken und häufig in den Inneren Abteilungen). Die Hauptprobleme haben mit der Betroffenheit durch Schwerkranke zu tun, mit Zeitdruck und Hetze auf der Station gegenüber mangelnder Entlastung im Privatleben. Probleme liegen auch in der körperlichen Belastung und der Unterbezahlung.

8.4.1. Die Gesamtbelastung hier:

- der \emptyset der Gesamtbelastung lag hier bei 3,2 (bei einer \emptyset - Belastung aller Gruppen von 2,2);
- der Burn-Out Wert liegt deutlich höher bei 3,9 (gegenüber einem \emptyset - Wert von 3,3);
- die Arbeitszufriedenheit ist hier niedrig bei 5,6 (gegenüber einem \emptyset von 4,1).

8.4.2. Diese Gruppe hat folgende besondere Merkmale:

- diese Pflegekräfte machen die meisten Überstunden und haben die wenigsten freien Wochenenden;
- die Hauptschichtform ist der Dreischichtwechseldienst (bei 60%);
- es sind die meisten Betten zu betreuen;
- sie haben die geringste Zeit für tägliche Pausen (29,9 min.);
- sie haben die geringste Zeit für die Patientenbetreuung (222 min.);
- unter den Patienten sind besonders viele moribunde Patienten;
- die Patientenliegezeit liegt mit 6,3 Wochen deutlich über den Durchschnitt.

15,5% dieses Pflegepersonals haben ein Alkoholproblem (gegenüber 6,7% aus der Gesamtstichprobe).

9. Die Ärzte/Ärztinnen

wurden aufgrund einer höheren Heterogenität in 6 verschiedene Untergruppen aufgeteilt:

9.1. Die I. Gruppe:

Diese Gruppe bestand aus 15 Personen. Das Belastungsprofil dieser Personen ist in den meisten Problemfeldern gering ausgeprägt. Die Belastung ist als durchschnittlich bis unterdurchschnittlich anzusehen.

9.1.1. Die durchschnittliche Belastung stellt sich folgendermaßen dar:

- Gesamtbelastung 1,9 (bei \emptyset 1,9);
- Beschwerdenstärke 13,6 (bei \emptyset 14,1);
- Burn-Out 3,4 (bei \emptyset 3,2);
- Arbeitszufriedenheit 3,3 (gegenüber einem \emptyset von 3,9),

9.1.2. Die höchsten Einzelbelastungswerte entfielen auf:

- Aufklärung über Rezidive/Rückfälle 4,5,
- Angst, Fehler zu machen 4,0,
- Angehörigen den Tod eines Patienten mitteilen 3,7,
- Miterleben langer Krankheitsprozesse;

9.1.3. Diese Gruppe sticht durch folgende Merkmale hervor:

- sie besteht aus überwiegend berufserfahrenen, älteren Frauen;
- die Personen arbeiten schon sehr lange in der gleichen Abteilung (innere Med. und Hämatologie) in Reha-Kliniken und Kliniken VS III;
- die Arbeitsbeanspruchung (Dienste/Pausen) ist relativ gering;
- der Personenkreis arbeitet auf Stationen mit einem hohen Anteil an Schwerkranken und Tumorpatienten;

Die Belastung dieser Gruppe hängt wohl weniger mit ungünstigen Arbeitsbedingungen als mit lange andauernder Konfrontation mit Schwerkranken (hoher Burn-Out Wert).

9.2. Die II. Gruppe:

Dieser Gruppe wurden 68 Personen zugeordnet. Die Gesamtbelastung ist insgesamt wesentlich höher als in der I. Gruppe. Die meisten Merkmale unterscheiden sich aber kaum vom Gesamtdurchschnitt.

9.2.1. Die Belastungen liegen auch hier im patientenbezogenen Bereich höher:

- Gesamtbelastung 2,2 (bei $\bar{\varnothing}$ 1,9);
- Beschwerdenwert 15,9 (bei $\bar{\varnothing}$ 14,1);
- Burn-Out 3,4 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,2);
- Arbeitszufriedenheit 4,4 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,9);

9.2.2. Die höchsten Einzelbelastungswerte entfielen auf:

- miterleben langer Krankheitsprozesse 3,7;
- Unsicherheit, ob Patienten richtig geholfen wurde 3,6;
- zu viele Büroarbeiten 3,5;

9.2.3. Diese Gruppe sticht durch folgende Merkmale hervor:

- die Gruppe besteht aus relativ vielen jungen Frauen mit wenig Berufserfahrung;
- die Personen arbeiten überwiegend in Ambulanzen von Primärkliniken;
- der Arbeitsdruck ist allgemein als durchschnittlich zu beurteilen;
- es werden ein durchschnittlich hoher Anteil an moribunden Patienten betreut;
- es wird ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Krebspatienten betreut;
- es werden Patienten mit hohen Liegezeiten Betreut, mit $\bar{\varnothing}$ 3,9 Wochen;

9.3. Die III. Gruppe:

Diese Gruppe bestand aus 35 Personen. Das Belastungsmuster unterscheidet sich deutlich von den vorigen Gruppen.

9.3.1. Die durchschnittliche Gesamtbelastung liegt im unteren Bereich:

- Gesamtbelastung 1,8 (bei \bar{x} 1,9);
- Beschwerdenwert 12,2 (bei \bar{x} 14,1);
- Burn-Out 3,0 (bei \bar{x} 3,2);
- Arbeitszufriedenheit 3,8 (bei \bar{x} 3,9);

9.3.2. Die höchsten Einzelbelastungswerte entfielen auf:

- das Telefon klingelt zu oft 3,8,
- der Zeitdruck 3,7,
- zu viele Büroarbeiten 3,4;

9.3.3. Diese Gruppe sticht durch folgende Merkmale hervor:

- sie haben eine maximale monatliche Arbeitsstundenzahl (\bar{x} 221,4 Arbeitsstunden im Monat),
- sie hat den höchsten Anteil männlicher Personen, etwa die Hälfte arbeiten in Tumorzentren bzw. in Universitätskliniken,
- ein relativ hoher Anteil arbeitet in hämatologischen Abteilungen,
- es handelt sich um junge Ärzte mit weniger Berufserfahrung und durchschnittlicher Zeitbelastung,
- der Anteil der zu betreuender Tumorpatienten ist unterdurchschnittlich,
- der Anteil moribunder Patienten überdurchschnittlich;

9.4. Die IV. Gruppe:

Die 4. Gruppe setzt sich aus insgesamt 65 Ärzten und Ärztinnen zusammen. Die Belastungen konzentrieren sich auf den Bereich Beruf/Privatleben.

9.4.1. Die Belastungsparameter weisen auf eine leicht überdurchschnittliche Belastung hin:

- Gesamtbelastung 2,1 (bei \bar{x} 1,9);
- Beschwerdenwert 15,1 (bei \bar{x} 14,1);
- Burn-Out 3,4 (bei \bar{x} 3,2);
- Arbeitszufriedenheit 4,2 (bei \bar{x} 3,9);

9.4.2. Die höchsten Einzelbelastungswerte entfielen auf:

- Einschränkung von Privatkontakten durch den Arbeitsumfang 4,3,
- Belastung von Privatkontakten durch unregelmäßige Dienstzeiten 3,8;
- zu viele Büroarbeiten 3,7;

9.4.3. Diese Gruppe unterscheidet sich vom Gesamtdurchschnitt durch folgende Merkmale:

- kurze Patientenliegezeiten;
- relativ geringer Anteil aus onkologischen Abteilungen;
- hoher Anteil aus den kleineren Kliniken (VS II);
- hohe Belastung durch zusätzliche Tätigkeiten;
- relativ hoher Anteil von Oberärzten;
- es werden überdurchschnittliche Nacht- und Wochenenddienste geleistet;

9.5. Die V. Gruppe:

Die Gruppe V. gehört wie die letzte Gruppe zu den Extremgruppen der Stichprobe. Gruppe V. bestand aus 86 Personen. Insgesamt ist diese Gruppe kaum belastet und weist gegenüber den übrigen Gruppen die geringsten Werte auf.

9.5.1. Das Belastungsprofil sieht folgendermaßen aus:

- Gesamtbelastung 1,2 (bei $\bar{\varnothing}$ 1,9);
- Beschwerdenwert 11,1 (bei $\bar{\varnothing}$ 14,1);
- Burn-Out 2,8 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,2);
- Arbeitszufriedenheit 3,0 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,9);

9.5.2. Es handelt sich dabei um folgenden Personenkreis:

- ältere, besonders berufserfahrene Ärzte/Ärztinnen, häufig Oberärzte,
- ein überdurchschnittlich hoher Anteil arbeitet in Reha-Kliniken,
- der zeitliche Arbeitsdruck (Pausen, Dienste) ist relativ gering,
- die zu betreuenden Patienten sind seltener in einem moribunden Zustand;

Diese Gruppe ist als unproblematisch anzusehen.

9.6. Die VI. Gruppe ist die Risikogruppe:

Diese Gruppe bestand aus 27 Ärzten und Ärztinnen (9,1 % der Gesamtstichprobe) und steht als belastete Gruppe im Gegensatz zur Gruppe V. Das Profil dieser Gruppe erinnert in der Form an die III. Gruppe.

9.6.1. Allerdings gibt es hier eine sehr hohe mittlere Gesamtbelastung:

- Gesamtbelastung 2,9 (bei $\bar{\varnothing}$ 1,9),
- Beschwerdenwert 19,8 (bei $\bar{\varnothing}$ 14,1),
- Burn-Out 3,9 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,2),
- besonders hohe Arbeitsunzufriedenheit 5,2 (bei $\bar{\varnothing}$ 3,9);

9.6.2. Die Einzelprobleme erreichen auch hier besonders hohe Werte:

- Zeitdruck 4,5,
- Einschränkung von Privatkontakten durch Arbeitsumfang 4,5,
- Telefon klingelt zu oft 4,4,
- zu wenig Zeit um auf einzelne Patienten einzugehen 4,2,
- zu viele Büroarbeiten 4,2,
- Unterbrechung persönlicher Patientengespräche;

9.6.3. Bei diesen Werten fallen zwei Punkte besonders auf:

bei einem Antwortbereich von 0-5 zeigt sich hier ein extrem hoher Problemdruck, die Art der Probleme bleibt nicht auf einen Problembereich beschränkt, sondern streut breit von patientenbezogenen Problemen über arbeitsstrukturelle Problemen bis zu Problemen im Privatbereich;

9.6.4. In diesem Personenkreis konzentrieren sich alle als belastungsfördernd erwiesenen Merkmale:

- geringes Lebensalter (von $\bar{\varnothing}$ 33,4 Jahren),
- geringe Berufs- und Fach Erfahrung (von 4 Jahren bzw. 2 Jahren),
- viele Nacht und Wochenenddienste (von 5,5 bzw. 2),
- nur 36,6 min Pause pro Tag, ein hoher Anteil zu betreuender moribunder Patienten (18%),

Johannes Abeler

- sie arbeiten überdurchschnittlich häufig in kleineren Kliniken (VS II),
- sie arbeiten häufig in Gynäkologischen Abteilungen, unterdurchschnittlich häufig in onkologischen Abteilungen;

Dieser gefährdete Personenkreis hat zu 37% ein Alkoholproblem (gegenüber 16,2% der Gesamtstichprobe)

Diese Gruppe ist nicht nur besonders jung und unerfahren, sondern leistet auch die meisten Dienste ab und betreut die schwierigsten Patienten. Der Personenkreis arbeitet überdurchschnittlich häufig in mittelgroßen Kliniken (VS II). Diese Gruppe bedarf besonderer Entlastungsmaßnahmen.

10. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen schlüssig dar, wo die einzelnen Belastungsschwerpunkte der beiden Berufsgruppen liegen. Die jeweiligen Problemgruppen sollten aber mit vergleichbaren Belastungsgruppen in unserem Hause verglichen werden. Hier sind diverse Möglichkeiten zur Prävention gegeben. Es bieten sich folgende Entlastungsmaßnahmen für die jeweiligen Berufsgruppen an:

10.1. Entlastungsmaßnahmen

Als Grundlage sollte zunächst gelten, daß Lösungsstrategien abhängig sind von der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen, den Umständen und Bedingungen sowie der Wichtigkeit der Belastungssituation. Es sollte auch hier berufsgruppenspezifische Lösungsansätze gesucht werden.

10.1.1. Suchtmittelgefährdung durch Stress ist für das Krankenpflegepersonal ein wesentlicher einflußnehmender Faktor.

Was für Verhaltensweisen gibt es, mit den Belastungen fertig zu werden?
Nach einer Studie aus 1986 (von Anderson, mit 544 Krankenschwestern) sind als Vorhersehbare Belastungen anzunehmen: *Arbeitsdruck; fordernde Patienten; arbeitsplatzunsicherheit; emotionsbezogene Bewältigungsstrategien.*

Soziale Unterstützung

Hier ist zum einen die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz durch Vorgesetzte (Stationsleitungen und Abteilungsleitungen sowie des Krankenhauses) ein wichtiger Faktor der Entlastung. Des Weiteren ist es auch vorteilhaft, wenn es Gesprächsgruppen zu Kommunikation und Kooperation im Team gibt (Balint-Gruppen). Als letzte Möglichkeit ist zu untersuchen, ob Belastungen auch durch arbeitsorganisatorische und gesundheitspolitische Strukturveränderungen abgebaut werden können. Hier hat das Krankenhaus auch die Chance, die zukünftigen Arbeitsbelastungen für das Pflegepersonal so gering wie möglich zu halten.

10.1.2. Bei den Ärztinnen gibt es nach einer Studie aus 1981 (Walter) 4 persönliche Entlastungsmöglichkeiten:

- Frustrationen abbauen; - Spannungen verringern; - ein System sozialer Unterstützung pflegen; - das zwanghafte exzessive Arbeiten bewältigen (Typ-A-Persönlichkeit der meisten Ärzte);

Der Typ-A-Charakter (1974, Friedmann + Rosenmann) hat folgende Eigenschaften:
- Hast und Eile; - Feindseligkeit; - Tendenz, sich stark mit materiellen Besitz zu befassen.

Auch bei den Ärzten gilt, daß bei sozialer Unterstützung, besonders durch die Vorgesetzten Oberärzte und Chefärzte eine Streßreduzierung erfolgen kann.

Für alle Berufsgruppen gibt es zudem weitere Entlastungsmöglichkeiten.

10.2. Als Individuelle Problembewältigung bietet sich folgende Möglichkeit an:

- ein systematischer Arbeitsstil, - klare Arbeitsziele, - „Zeitmanagement“ das heist Planung der Aktivitäten nach Prioritäten und Reihenfolge, feste Pausenzeiten!
Die Ärzte sollten ermutigt werden, die Ursachen der Überlastung zu erkennen und Probleme aktiv anzugehen. Es sollten dazu Absprachen und Umstrukturierungsvorschläge mit den Vorgesetzten getroffen werden.

10.3. Als Strukturelle Maßnahmen zur Entlastung kommen folgende Möglichkeiten in Betracht:

- Personalführungskompetenzen bei Chefärzten und Pflegedienstleitungen; - Personalentwicklung; - Arbeits- und Rollenstrukturen; - Supervision; - Organisatorische Problemlösungsstrategien und Entscheidungsprozesse; - Transparenz der Betriebsabläufe; - Auslagerung und Zentralisation pflegefremder Arbeiten.

10.4. Organisatorische Strategien zur Streßbewältigung (1984, Zastrow):

- Reduzierung der Patientenzahlen; - Gewährleistung der Pausenzeiten; - Begrenzung besonders belastender Arbeitsanteile; - Gewährleistung einer angenehmen Arbeitsumgebung; - Entwicklung sozialer Unterstützungssysteme am Arbeitsplatz, z.B. durch Gesprächsgruppen; - Abwechslung der Arbeit.

Herschbach, P. (1991): Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Berlin: VCH Verlag.

BS-bik Betriebliche Suchtprävention und -beratung im Krankenhaus

Johannes Abeler

Johannes Abeler
Betriebliche Suchtprävention
und -beratung im Krankenhaus