



Julia Leydecker¹
Jan Kutscher²

19.01.2017

Wenn Gefährdungsanzeigen zur Gefahr werden –

Vier Säulen, die Gefährdungsanzeigen in der Pflege entbehrlich machen

Gefährdungsanzeigen im Pflegedienst haben sich in deutschen Gesundheitseinrichtungen, speziell in Akutkrankenhäusern, zu einem Alltagsphänomen entwickelt. Sie sind – nach einem weit verbreiteten Konsens – Ausdruck einer zutiefst unbefriedigenden Situation in der Pflege und werden als Instrument interpretiert, mit dem diese Situation verbessert werden könne. Gefährdungsanzeigen seien, heißt es dann beispielsweise, „ein probates Instrument“, mit dem sich die Mitarbeiter „gegen unverantwortliche Zustände am Arbeitsplatz wehren können.“³

Wir haben das Phänomen Gefährdungsanzeige einmal näher betrachtet. Zunächst werfen wir einen Blick auf die rechtlichen Grundlagen (Abschnitt 1) und befassen uns anschließend damit, dass Gefährdungsanzeigen im Wesentlichen ein Branchenphänomen sind (Abschnitt 2) und zudem häufig zweckentfremdet eingesetzt werden (Abschnitt 3). Nachdem wir uns mit den Ursachen hierfür auseinandergesetzt haben (Abschnitt 4) erläutern wir, warum Gefährdungsanzeigen keine geeignete Problemlösungsmethode darstellen (Abschnitt 5) und zeigen auf, welche Instrumente sich besser dafür eignen, Gefährdungs- und Überlastungssituationen gar nicht erst entstehen zu lassen, so dass auch die Erstellung von Gefährdungsanzeigen obsolet wird (Abschnitt 6).

1 Rechtliche Grundlagen der Gefährdungsanzeige

Die Gefährdungsanzeige – synonym werden in der Fachliteratur auch Überlastungs-, Entlastungs-, Gefahren-, Fehlbelastungs- oder Präventionsanzeige verwendet – ist in keinem Gesetz ausdrücklich erwähnt oder gar definiert. Die rechtlichen Grundlagen, aus denen sich das Erstellen von Gefährdungsanzeigen ableitet, finden sich im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Insbesondere sind hier §§ 3, 5 und 9 ArbSchG im zweiten Abschnitt („Pflichten des Arbeitgebers“) und §§ 15, 16 und 17 ArbSchG im dritten Abschnitt („Pflichten und Rechte der Beschäftigten“) relevant.

So sind nach § 15 Abs. 1 ArbSchG die Beschäftigten verpflichtet, „für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen(,) [...] auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen [...], die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der

¹ Partnerin der Arbeitszeit & Organisation im Gesundheitswesen Herrmann Kutscher Leydecker Woodruff, Berlin

² Dipl.-Psych., Partner der Arbeitszeitberatung Arbeitszeit & Organisation im Gesundheitswesen Herrmann Kutscher Leydecker Woodruff, Berlin

³ Eberhardt (2014), S. 18



Arbeit betroffen sind.“ Und nach § 16 Abs. 1 ArbSchG haben die Beschäftigten dem Arbeitgeber „jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit sowie jeden an den Schutzsystemen festgestellten Defekt unverzüglich zu melden.“

Die Gefährdungsanzeige dient auf dieser Grundlage somit dazu, der zuständigen Führungskraft durch den betroffenen bzw. die Gefahr erkennenden Arbeitnehmer⁴ eine unmittelbare erhebliche Gefährdung der Sicherheit und/oder Gesundheit der Arbeitnehmer und/oder der Patienten zu melden – woran die Führungskraft als Vertreterin des Arbeitgebers natürlich ein großes Interesse haben sollte, um entsprechende Gefahrenquellen zu beseitigen und damit eventuell drohenden straf- und haftungsrechtlichen Konsequenzen vorzubeugen.

2 Die Gefährdungsanzeige – ein branchenspezifisches Phänomen

An sich ist das Instrument Gefährdungsanzeige unabhängig von Branche und Berufsgruppe. Jedoch stößt man in den Medien und sonstigen Veröffentlichungen in erster Linie auf Berichte zu überlasteten Pflegekräften, Forderungen nach mehr Pflege- und auch sonstigem Personal in Krankenhäusern sowie speziell auf die Pflegebranche zugeschnittene Formulierungshilfen für Gefährdungsanzeigen.

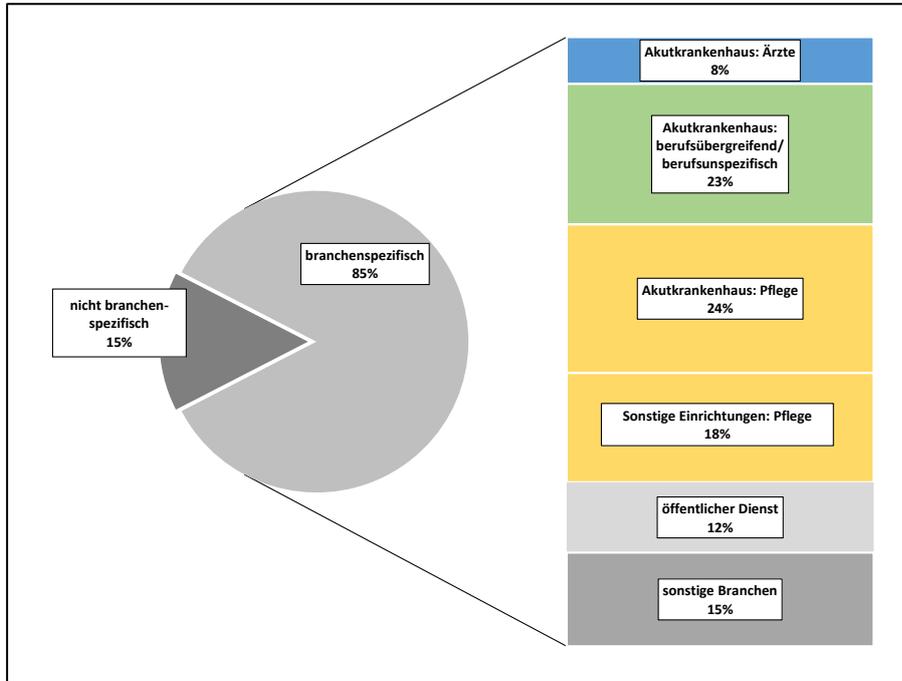
Um diesen Eindruck zu quantifizieren, haben wir im Oktober 2016 eine Auswertung der ersten 100 Treffer der Google-Suche nach dem Stichwort „Gefährdungsanzeige“ vorgenommen (**Abbildung 1**):⁵ 85 Prozent der Einträge waren branchenspezifisch. Fast drei Viertel davon (73 Prozent) behandelten Gefährdungsanzeigen in den Bereichen Akutkrankenhaus und sonstige Pflegeeinrichtungen. Ausschließlich der Berufsgruppe Krankenpflege zuzuordnen, waren 42 Prozent aller branchenspezifischen Einträge. Die sonstigen vertretenen Branchen (27 Prozent der branchenspezifischen Einträge) umfassten zu knapp der Hälfte (43 Prozent) Einträge aus dem öffentlichen Dienst.

⁴ Ausschließlich im Interesse der leichteren Lesbarkeit wird hier und im Folgenden jeweils nur die männliche Form verwendet.

⁵ Diese Auswertung haben wir bereits im August 2015 und im Juni 2016 durchgeführt. Da die Ergebnisse sehr ähnlich waren, beschränken wir uns in der Darstellung hier auf die Auswertung vom Oktober 2016 (bei Interesse an den Ergebnissen zu den früheren Auswertungen mailen wir diese gerne zu).



Abbildung 1: Auswertung der ersten 100 Treffer⁶ der Google-Suche nach „Gefährdungsanzeige“ am 08.10.2016



Rund 5,2 Millionen (ca. 11 Prozent) aller Beschäftigten in Deutschland arbeiten im Gesundheitswesen.⁷ Davon sind 717.000 (ca. 1,5 Prozent) als Gesundheits- und Krankenpfleger einschließlich Hebammen und Entbindungspfleger und 223.000 (ca. 0,5 Prozent) als Gesundheits- und Krankenpflegehelfer tätig – zusammen also rund 2 Prozent aller Beschäftigten.⁸ Diesem Anteil von ca. 11 Prozent Arbeitnehmern im Gesundheitswesen an allen Beschäftigten stehen ca. 73 Prozent der branchenspezifischen Top-100-Google-Einträge gegenüber. Und den ca. 2 Prozent Krankenpflegepersonal stehen ca. 42 Prozent der branchenspezifischen Top-100-Google-Einträge gegenüber (**Abbildung 2**).

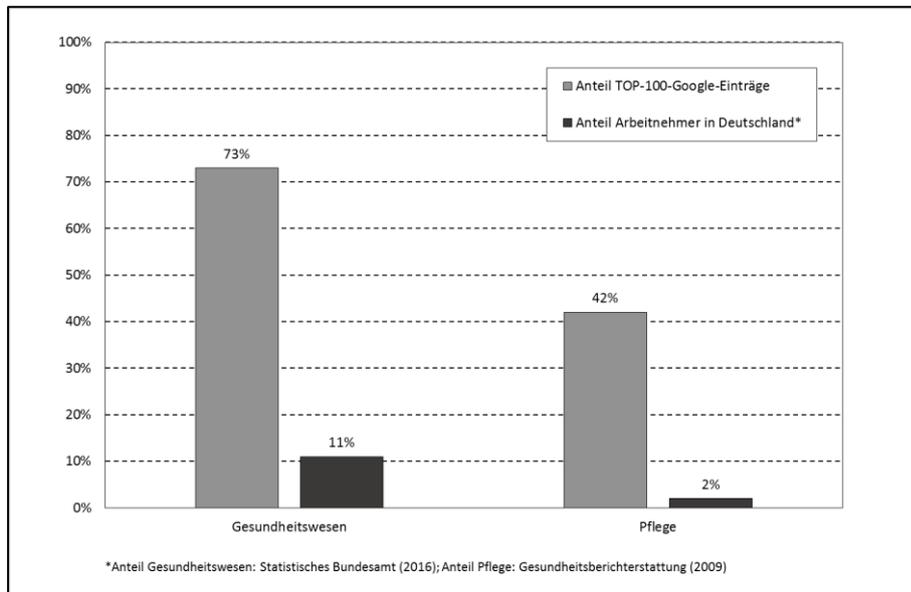
⁶ unter Ausschluss von 8 Treffern (thematisch irrelevant / Link nicht verfügbar / Dopplung)

⁷ Statistisches Bundesamt (2016)

⁸ Gesundheitsberichterstattung (2009)



Abbildung 2: Überrepräsentation von Gefährdungsanzeigen im Gesundheitswesen und speziell in der Pflege



Gefährdungsanzeigen in der Gesundheitsbranche und speziell in der Pflege sind, wie diese Auswertung zeigt, im Internet deutlich überrepräsentiert. Das ist ein starkes Indiz dafür, dass sie tatsächlich überwiegend in Akutkrankenhäusern sowie in der Pflege thematisiert werden. In anderen Branchen und anderen Berufsgruppen, insbesondere außerhalb des öffentlichen Dienstes, spielen sie demgegenüber eine erheblich geringere Rolle.

3 Zweckentfremdung von Gefährdungsanzeigen

Für einen Einblick, welche Problematiken in Gefährdungsanzeigen in der Krankenpflege üblicherweise angesprochen werden, stellen wir in **Tabelle 1** einige Ausschnitte aus uns vorliegenden Gefährdungsanzeigen vor.

Tabelle 1: Anonymisierte Ausschnitte aus Gefährdungsanzeigen

Situationsbeschreibungen
<ul style="list-style-type: none">- „Aufgrund der Gleichzeitigkeit der Ereignisse können Arbeitsabläufe nicht mehr koordiniert durchgeführt werden. Es wird lediglich reagiert. Ein Gesamtüberblick geht verloren, Zuständigkeiten verwischen. Die Patientenfälle (sind) zu komplex, um durch wechselnde Pflegekräfte adäquat versorgt werden zu können.“- „Stellenberechnungen orientieren sich nur an rechnerischen Annahmen und nicht an den realen Gegebenheiten vor Ort.“



- „Selbst wenn Patienten von ärztlicher Seite medizinisch als nicht aufwändig betrachtet werden, sind sie doch häufig pflegerisch aufwändig.“
- „Eine Verlegungssteuerung wird vor allem nach politischen Belangen geführt und nicht am Patientenwohl orientiert. Dies wird dann natürlich immer als subjektiver Eindruck betrachtet und durch den ärztlichen Dienst gegenteilig ausgeführt.“

Folgen bezüglich der Gefährdung der Patienten

- „Delirante/desorientierte Patienten mussten im Bett fixiert werden, da es nicht möglich war, sie im Auge zu behalten. Trotzdem zog sich der Patient seine Trachealkanüle.“
- „Komplikationen bei vital bedrohtem Patient nicht adäquat erkannt.“
- „Nach Verwendung in Notfalleinsätzen werden die Bestände inzwischen häufig ohne die notwendige Zeit dafür ausgerüstet. Leider macht sich dies in letzter Zeit deutlich und vermehrt dadurch bemerkbar, dass Geräte beim schnellen Einsatz Fehlfunktionen aufweisen oder nicht korrekt aufbereitet sind.“
- „Dieser Mittag war ein Extremfall und es ist ein kleines Wunder, dass kein Patient zu Schaden gekommen ist (ein Patient hat sich selbst extubiert).“

Folgen bezüglich der Gefährdung des Personals

- „Wertschätzung im Umgang der Ärzte mit dem Pflegepersonal wird nur noch vereinzelt erlebt. Das Pflegepersonal wird nur als Hilfs- und Assistenzpersonal behandelt und in seiner fachlichen und sozialen Kompetenz nicht im Behandlungsteam integriert und ernst genommen.“
- „Vor allem die psychische Belastung ist anhaltend auf ein Höchstmaß angestiegen. Mitarbeiter melden dies regelmäßig und konkret nachvollziehbar an die Stationsleitung zurück. Dem Mitarbeiter wird direkt darauf ein Arbeitsplatzwechsel angeordnet, oder er erhält die Kündigung. Ersatz von ausgefallenen Mitarbeitern ist aufgrund dieser Situation kaum mehr möglich.“
- „Eine Fortsetzung von immer wiederkehrenden Verhaltensmustern mit deutlichen Unstimmigkeiten, Unverhältnismäßigkeiten und Ignoranz der gegebenen Situation seitens anderer Berufsgruppen und Arbeitsbereiche im Umgang mit pflegerischen Mitarbeitern vor Ort verschärft die Gesamtsituation und den Eindruck bei den pflegerischen Mitarbeitern, nicht ernst genommen zu werden.“

Wie die Beispiele in **Tabelle 1** zeigen, werden in den Gefährdungsanzeigen unterschiedlichste Aspekte thematisiert. Darunter befinden sich Argumentationen, mit denen die Beseitigung erkannter Gefahren oder das Bestreben nach haftungsrechtlicher Entlastung im Fall eines durch die Gefahr verursachten Fehlers angestrebt wird,



die Sorge um die Gesundheit von Patienten und Kollegen ausgedrückt wird oder erfolgen Hinweise auf arbeitsorganisatorische Defizite erfolgen.

Auf der anderen Seite sind in den obigen Beispielen aber teilweise auch „versteckte Botschaften“ erkennbar, in denen darüber hinaus gehende Ziele und Anliegen erkennbar werden – etwa der Wunsch nach höherer Wertschätzung durch die Ärzte, nach geringerer Arbeitsbelastung oder nach mehr Personal. Im Pflegealltag vieler Einrichtungen hat sich die Gefährdungsanzeige auch nach unserer Einschätzung in der Tat oftmals zu einem zweiseitigen Schwert entwickelt (Veranschaulichung in **Abbildung 3**): Der Vorbeugung vor Gefahren und deren Beseitigung stehen Argumentationsstränge gegenüber, deren Motivation nicht immer offen ausgesprochen wird. So sind Gefährdungsanzeigen nicht selten ein Ausdruck von allgemeiner Unzufriedenheit und Enttäuschung. Auch können Gefährdungsanzeigen genutzt werden, um von persönlicher körperlicher oder psychischer Überforderung abzulenken, um bereits begangene Fehler zu rechtfertigen oder um die Angst vor künftigen Fehlern zu mindern.

Und nicht zuletzt werden Gefährdungsanzeigen auch als Druckmittel für die Durchsetzung berufs- und gewerkschaftspolitischer Forderungen instrumentalisiert – was kaum deutlicher als in der Einleitung zu einem einschlägigen Beitrag in einer Gewerkschaftszeitung bekundet werden kann: „Personal wird eingespart und abgebaut, Überstunden werden zur Selbstverständlichkeit, Pausen können nicht genommen werden, der Arbeitsdruck steigt.“⁹ In einer bundesweiten Aktionskampagne¹⁰ werden Pflegekräfte zur Abfassung von Gefährdungsanzeigen aufgerufen, um die Forderung nach mehr Personal einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Der Gebrauch von Gefährdungsanzeigen als Allzweckwaffe zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen entwertet sie bedauerlicherweise jedoch.

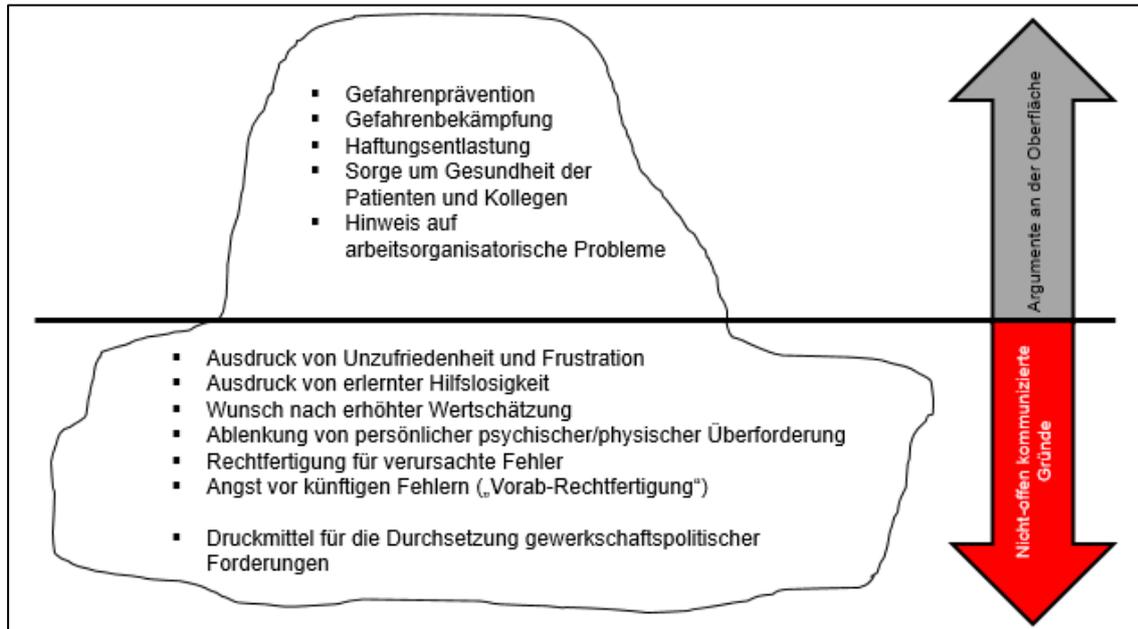
Die Häufung von Gefährdungsanzeigen ist insofern kein geeignetes Indiz für das tatsächliche Vorliegen akkumulierter Überlastungssituationen. Wenn eine Gefährdungsanzeige eingereicht wurde, ist es daher unbedingt erforderlich, der Motivation für ihre Erstellung nachzugehen – und entsprechend adäquat zu reagieren (siehe **Abschnitt 6**).

⁹ Eberhardt (2014), S. 18

¹⁰ Pflege in Bewegung e.V. (2016), Aktion „Bundesweite Gefährdungsanzeige“



Abbildung 3: Der Gefährdungsanzeigen-Eisberg



4 Ursachen für den zweckentfremdeten Einsatz von Gefährdungsanzeigen

Will man eine Strategie für den Umgang mit Gefährdungsanzeigen entwickeln, müssen zunächst einmal die nicht-offen kommunizierten Gründe für Gefährdungsanzeigen, die zu ihrem zweckentfremdeten Einsatz führen, besser verstanden werden. Im Folgenden haben wir einige diesbezüglich relevante Forschungsbefunde zusammengestellt.

Wandel des traditionellen pflegerischen Berufsbildes

Dank der medizinischen Fortschritte haben sich – salopp ausgedrückt – Krankenhäuser von „Genesungsanstalten“ zu „Reparaturbetrieben“ gewandelt. Die Einführung des DRG-Systems in Deutschland hat diese Entwicklung nochmals dramatisch beschleunigt: Kürzere Patientenverweildauern sowie daraus folgende höhere Untersuchungs- und Interventionsdichten führen zu entsprechend steigenden Anforderungen an die Prozessstabilität u.a. in der Patientenlogistik. Dementsprechend erwarten Patienten, Angehörige, Krankenhausbetreiber und Kostenträger vor allem zielgerichtete Diagnose- und Therapiemaßnahmen, rasche „Störungsbeseitigungen“ bzw. Überführungen in die Anschlussbehandlungen – und dabei eine stets freundliche Zuwendung des fachlich kompetenten Personals.

Durch diesen Wandel des traditionellen Berufsbildes Pflege ist vielfach eine zunehmende Diskrepanz zwischen Arbeitsorganisation einerseits und Arbeitsverständnis andererseits zu beobachten. Während die Arbeitsabläufe von immer komplexeren Anforderungen und höheren Taktzahlen geprägt sind, verstehen sich die Pflegekräfte



vielfach weiterhin in erster Linie als professionelle Helfer, denen es oftmals schwer fällt, diese Arbeitshaltung mit einem wirtschaftlichen Kalkül in Verbindungen zu setzen. Diese Diskrepanz fördert auch die Wahrnehmung einer erhöhten Belastung, die sich in Form von Klagen bezüglich Stress, Resignation und schwindender Identifikation mit dem Unternehmen ausdrückt.¹¹

Zunehmend wird deutlich, dass das traditionelle Berufsbild kaum mehr der neuen Wirklichkeit standhält: „Pflege heute hat nichts mehr gemein mit karitativem Idealismus. Pflege heute ist ein hoch komplexes Aufgabengebiet, das qualifizierter und motivierter Mitarbeiter bedarf.“¹² Gefährdungsanzeigen können dementsprechend ein Ausdruck der Enttäuschung darüber sein, dass ehemals im Vordergrund stehende Eigenschaften des Personals vermeintlich entwertet werden – und in Gefährdungsanzeigen kann sich auch die Angst der Pflegekräfte widerspiegeln, den inzwischen verstärkt nachgefragten Anforderungen qualifikatorisch (künftig) nicht hinreichend gewachsen zu sein.

Wertschätzungskultur in der Pflege

Der oben beschriebene Wandel des traditionellen Berufsbildes und die damit einhergehende vermeintliche Entwertung einstmals im Vordergrund stehender Eigenschaften tragen dazu bei, dass der Vorwurf einer grundsätzlich zu geringen gesellschaftlichen Wertschätzung der pflegerischen Arbeit in aller Munde ist.

In einem Forschungsprojekt namens „ProWert“¹³ wurde vor einigen Jahren untersucht, welche Erschwernisse in der Arbeit der Pflegekräfte auftreten, die deren Gefühl, wertgeschätzt zu werden, beeinträchtigen. Im Projektbericht¹⁴ wird argumentiert, dass auf den Krankenpflegekräften der Druck lastet, allen Akteuren – Patienten, Angehörigen und dem Arbeitgeber – und ihren divergierenden Qualitätsvorstellungen gerecht zu werden. Des Weiteren, so die Forscher, seien soziale Dienstleistungen durch eine „Nichtgreifbarkeit“ bzw. „Immaterialität“ gekennzeichnet und erfolgten stets im Kollektiv des Pflegeteams, was die Bewertung der persönlich erbrachten Leistung – sowohl im positiven als auch im negativen Sinn – erschwere.

Diese Gründe sind zwar prinzipiell nachvollziehbar, treffen jedoch zunächst einmal keineswegs exklusiv auf die Berufsgruppe der Pflegekräfte zu. Außerdem sind diese mutmaßlichen Ursachen nur schwer zu beeinflussen, da sie sehr eng mit dem Berufskonzept und dem Tätigkeitsfeld verbunden sind.

¹¹ Schütz-Pazzini (2012), S. 62

¹² Vosseler et al. (2011), S. 596

¹³ „Produzentenstolz durch Wertschätzung“ (2013), Kooperationsprojekt zwischen der TU Dortmund, Lehrstuhl für Organisationspsychologie, und der FH der Diakonie in Bielefeld, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft

¹⁴ Müller & Hellweg (2013)



Ergebnisse einer im Jahr 2016 durchgeführten Bevölkerungsbefragung der forsa GmbH¹⁵ können das Bild einer vermeintlich negativen Wertschätzungskultur der Gesellschaft für die Pflege jedenfalls nicht bestätigen (**Abbildung 4**): Kranken- und Altenpfleger belegten gemeinsam mit Ärzten vielmehr den zweiten Platz im Wertschätzungs-Ranking verschiedener Berufe. 87 Prozent der Befragten sagten, dass sie Kranken- und Altenpfleger hoch bzw. sehr hoch ansähen.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt der GfK Verein, der 2016 Menschen in 25 Ländern gefragt hat, welchen Berufen sie vertrauen.¹⁶ Auf allen Kontinenten belegen hier besonders die helfenden Berufe (neben Pflegekräften auch Sanitäter, Ärzte, Feuerwehrleute) die vorderen Plätze. Und eine große Mehrheit von 89 Prozent sagte, dass sie Pflegekräften voll und ganz bzw. überwiegend vertraue.

In dieses Bild reiht sich auch die Auswertung der regelmäßig erhobenen Statistik des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2013 zum Ansehen bestimmter Berufe in der Bevölkerung ein:¹⁷ Krankenpflegekräfte lagen hier mit ihrem sogenannten Berufs-Prestige-Wert¹⁸ von 63 Prozent direkt hinter den Ärzten (76 Prozent) auf dem zweiten Rang.

¹⁵ forsa GmbH (2016)

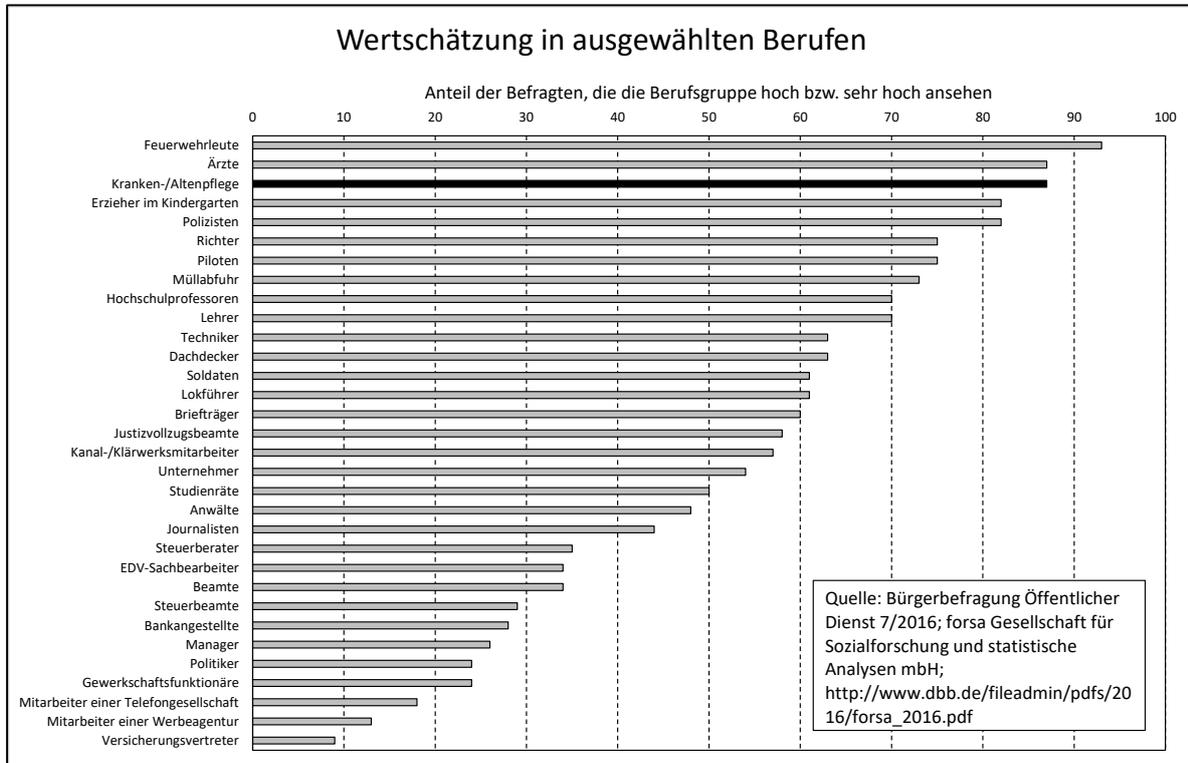
¹⁶ GfK Verein (2016); Weltweites Ranking: Vertrauenswürdige Berufe 3/2016

¹⁷ Institut für Demoskopie Allensbach (2013); Allensbacher Berufsprestige-Ranking 2013

¹⁸ Ermittlung des Berufs-Prestige-Wertes (Nennungen des Berufs in Prozent) über Vorlage einer Liste ausgewählter Berufe mit der Aufforderung diejenigen fünf herauszusuchen, die man am meisten schätzt



Abbildung 4: Bürgerbefragung zur Wertschätzung in ausgewählten Berufen



Auch aus dem Vergütungsvergleich lässt sich keinesfalls der Schluss ziehen, dass die Gesellschaft pflegerische Tätigkeiten zu wenig wertschätzte (**Abbildung 5**): Vergleicht man populäre Ausbildungsberufe in Deutschland bezüglich des mittleren Bruttoeinkommens¹⁹, so liegt das eines OP-/Endoskopie-/ITS-Fachkrankenpflegers (3.455 €), eines Fachkinderkrankenpflegers (3.319 €) oder eines Krankenpflegers (3.118 €) deutlich über dem Durchschnitt der hier dargestellten Ausbildungsberufe (2.701 €). Ein den Krankenpflegern ähnliches durchschnittliches Einkommen haben zum Beispiel Industriekaufleute (3.239 €) oder Elektromechaniker (3.082 €).

Auch die im Krankenhaus mengenmäßig deutlich kleinere Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer liegt mit einem mittleren monatlichen Bruttoeinkommen von 2.416 € nur wenig unter dem Durchschnitt.

Eine weitere Studie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit mit Daten des Jahres 2013²⁰ zeigte ebenfalls, dass Krankenpflege-Fachkräfte im Vergleich mit anderen Fachkräften in Deutschland um ca. 11,4 Prozent überdurchschnittlich verdienen.²¹ Vor allem in den neuen Ländern ist der Abstand mit ca. 30,4 Prozent über dem Durchschnitt markant (in den alten Bun-

¹⁹ Bundesagentur für Arbeit (2016)

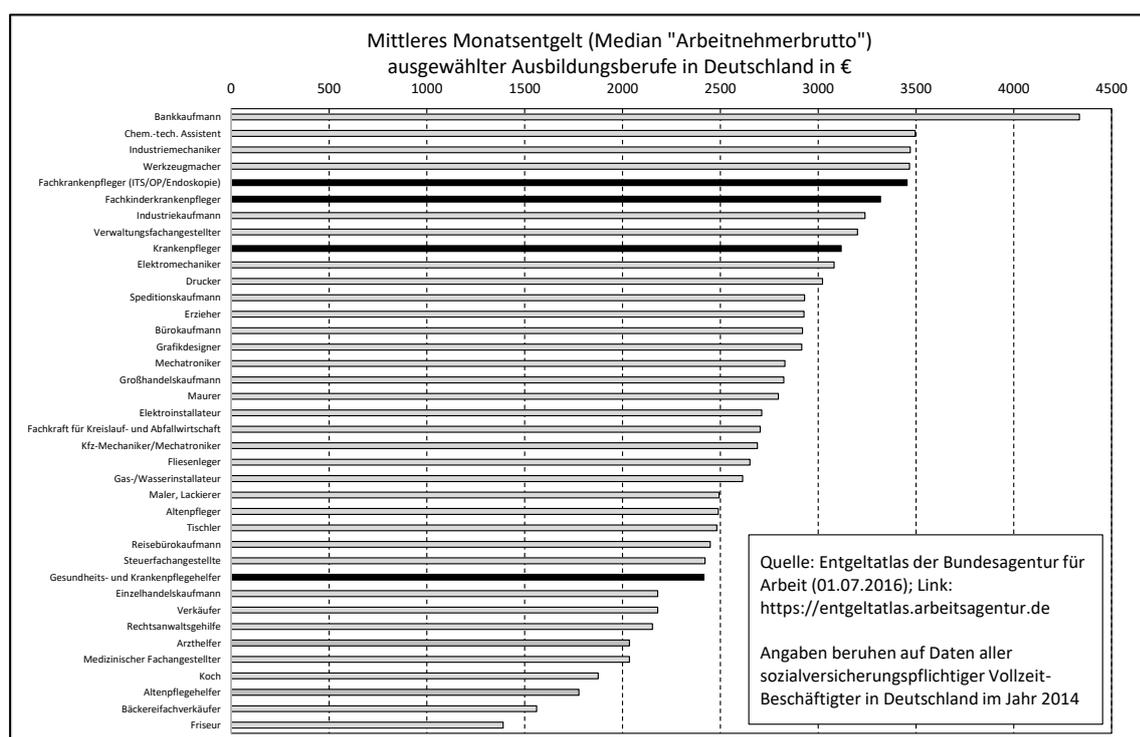
²⁰ Bogai et al. (2015)

²¹ Hier wurde das Median-Bruttoeinkommen zugrunde gelegt.



desländern beträgt er immer noch ca. 9,5 Prozent).²² Auch das Bruttoeinkommen der Krankenpflegehelfer ist in Ost und West im Vergleich mit anderen Helferbeschäftigten ähnlichen Anforderungsniveaus überdurchschnittlich (Ost: um ca. 13,6 Prozent; West: um ca. 13,3 Prozent).²³

Abbildung 5: Vergütung ausgewählter Ausbildungsberufe im Vergleich



Zusammenfassend lässt sich anhand verschiedener Indikatoren feststellen, dass pflegerische Arbeit in der Gesellschaft grundsätzlich sehr wohl wertgeschätzt wird. Wenn nun seitens vieler Pflegekräfte ein in den Medien gerne verbreitetes Bild aufgegriffen wird, wonach pflegerische Tätigkeiten in der Gesellschaft unterbewertet seien und zu wenig anerkannt würden, dürfte dies vermutlich auf eine nicht unmaßgebliche Überlagerung der Wahrnehmung durch andere Faktoren zurückzuführen sein.

Dass das gesellschaftliche Ansehen der Pflegekräfte dem Entgelt und dem Prestige nach so hoch ist, sagt allerdings per se noch nicht viel über ihre Zufriedenheit mit dem Berufsverständnis und der Rollenerwartung aus. Im Gegenteil kann die Projektion der „perfekten Helfer in Weiß“ gerade den Druck verstärken, der sich aus der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Praxis häufig ergibt. Um diesem Problem zu begegnen, bedarf es unserer Meinung nach vor allem auch interner Wertschätzung und Unterstützung durch die Führungskraft bei der Erarbeitung und Anpassung der eigenen Rollendefinition (Anregungen hierzu in Abschnitt 6).

²² Bogai et al. (2015), S. 33

²³ Bogai et al. (2015), S. 34



Umgang mit Stress in der Pflege

Die jährlichen Gesundheitsreports der großen Krankenkassen weisen regelmäßig die nichtärztlichen Gesundheitsberufe unter den Spitzenreitern beim Anstieg psychischer Erkrankungen, Stressfolgen und daraus resultierender berufsbedingter Krankheitsausfälle aus.²⁴ Die Gesundheitsbranche führt beispielsweise mit ca. 4,7 Prozent Krankenstand die Arbeitsunfähigkeitstage-Statistik der Krankenkasse DAK an; einer der Hauptgründe hierfür ist die Häufung psychischer Erkrankungen der Beschäftigten.²⁵ Doch worauf sind die vermehrten Stressfolgen zurückzuführen? Wie geht die Berufsgruppe der Pflegekräfte mit Stress um?

Hinweise dazu gibt eine Feldstudie, in der die individuellen Stress-Bewältigungsmuster von Pflegekräften in zwei Brandenburger Krankenhäusern mit Hilfe eines psychologischen Tests namens „AVEM“²⁶ untersucht wurden.²⁷ Der Test ordnet die Befragten entsprechend ihres Antwortverhaltens einem von vier Stressbewältigungsmustern zu:

- „Muster G“ charakterisiert den leistungsbereiten und gesunden Stress-Bewältigungs-Typ, der sich durch hohes Engagement, hohe Widerstandsfähigkeit und ein hohes Wohlbefinden auszeichnet.
- „Muster S“ beschreibt den sich schonenden Stress-Bewältigungs-Typ, der ein niedriges Engagement, mittlere Widerstandsfähigkeit und ein mittleres Wohlbefinden aufweist.
- „Risikomuster A“ kennzeichnet den sich überfordernden Stress-Bewältigungs-Typ, für den ein hohes Engagement, eine niedrige Widerstandsfähigkeit und ein niedriges Wohlbefinden typisch sind.
- „Risikomuster B“ charakterisiert den resignativen Stress-Bewältigungs-Typ, der ein niedriges Engagement, eine niedrige Widerstandsfähigkeit und ein niedriges Wohlbefinden zeigt.

„Muster S“, „Risikomuster A“ und „Risikomuster B“ gelten als ungünstige, die letzten beiden sogar als gesundheitsschädliche Stressbewältigungsmuster.

Wie in **Abbildung 6** zu sehen ist, zeigte sich in dieser Untersuchung²⁸, dass die untersuchten Pflegekräfte sich in ihrer Fähigkeit, mit Stress angemessen umzugehen, stark unterschieden. Überwiegend wurde allerdings ungünstiges bzw. sogar gesund-

²⁴ Knüppel (2015)

²⁵ Marschall et al. (2016), S. 123-124

²⁶ AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster; psychologischer Test von Schaar-schmidt & Fischer (1996)

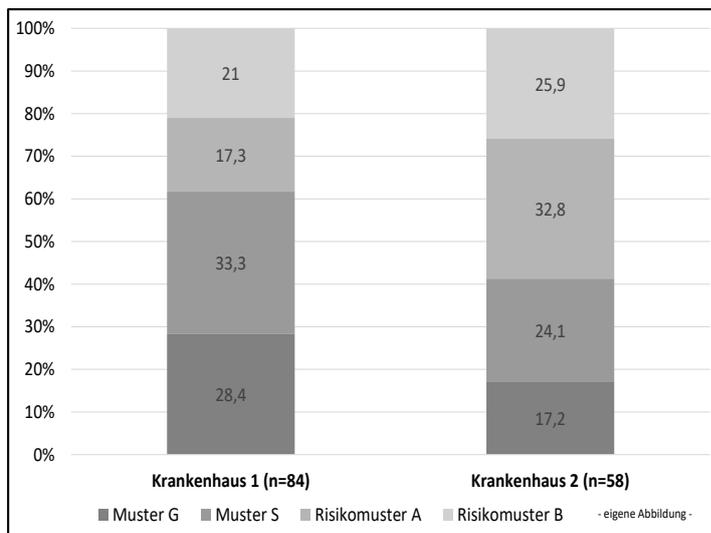
²⁷ Neuhaus & Metz (2005)

²⁸ Neuhaus & Metz (2005), S. 147-148



heitsschädliches Stressbewältigungsverhalten – in Form von sich schonendem, resignativem oder sich überlastendem Verhalten – festgestellt.

Abbildung 6: Ungünstiger Umgang mit Stress in der Krankenpflege überwiegt: Verteilung individueller Stress-Bewältigungsmuster von Pflegekräften in zwei Brandenburger Krankenhäusern²⁹



Eine ähnliche Untersuchung mit einer Stichprobe österreichischer und deutscher Pflegekräfte³⁰ erbrachte vergleichbare Ergebnisse. Der Autor der Studie merkt an, dass die Befunde zum Stressbewältigungsverhalten bei Pflegekräften die weit verbreitete Annahme relativierten, das Belastungssyndrom „Burnout“ spiele in sogenannten Helferberufen die zentrale Rolle. Die Ergebnisse zeigten eher, dass im Pflegeberuf vor allem Zurückhaltung im Engagement – die in den Mustern B und S zum Ausdruck kommt – Anlass für eine kritische Betrachtung sein müsse. Nicht die Gefahr des „Ausbrennens“ scheint nach Ansicht des Autors die größte zu sein, sondern vielmehr die, dass es gar nicht erst zum „Entflammtsein“ kommt.

Zusätzlich wurde in dieser Untersuchung³¹ das individuelle Belastungserleben spezifischer Stressoren im Krankenpflegebereich (zum Beispiel eine überdurchschnittlich hohe Bettenbelegung der Station) getrennt für die Gruppen der obigen vier Stressbewältigungstypen ausgewertet. Hier zeigte sich, dass das Belastungserleben in starkem Maße von „mitgebrachten“ Eigenschaften der jeweiligen Person abhängig war: Pflegekräfte mit Risikomuster A oder B erlebten die Stressoren stets belastender als Personen, die dem Muster S zugeordnet waren. Personen mit Muster S erlebten die Stressoren wiederum belastender als Personen mit dem Muster G.

²⁹ Neuhaus & Metz (2005), S. 147-148

³⁰ Fischer (2006)

³¹ Fischer (2006)



Gefährdungsanzeigen können dementsprechend auch Ausdruck eines inadäquaten Stressbewältigungsverhaltens seitens der betreffenden Pflegekräfte sein, welches dazu führt, dass Stressfaktoren subjektiv als sehr belastend eingeschätzt werden, obwohl sie von Menschen mit anderen Eigenschaften durchaus problemlos bewältigt werden. Auch wenn es an einer repräsentativen Vergleichsstichprobe mangelt: Der sehr hoch erscheinende Anteil von Pflegekräften in diesen Untersuchungen mit einem ungünstigen Stressbewältigungsmuster könnte möglicherweise darauf hindeuten, dass die Wahl eines Pflegeberufs in gewissem Maße auch gezielt auf solche Menschen Anziehungskraft ausübt, die in ihrer Verhaltenssteuerung in Belastungssituationen mehr Schwierigkeiten aufweisen als Menschen, die sich für andere Berufe entscheiden.

Aber natürlich ist der oft wenig zielführende Umgang mit Stress in unserer Zeit ein breites gesellschaftliches Phänomen. Der Psychologe Michael Winterhoff etwa kritisiert den allgemeinen gesellschaftlichen Trend, Probleme auf andere und nicht auf sich selbst zurückzuführen.³² Für jedes berufliche oder private Problem schein es die gleiche universale Erklärung zu geben: „Wir sind überlastet, erschöpft und fertig, weil unsere Umwelt es von uns verlangt“.³³ Winterhoff betont, dass diese Annahme nicht umso wahrer werde „je öfter es uns von den Medien vorgebetet wird“.³⁴ Er hält diesen ebenso pauschalen wie verbreiteten Erklärungsversuch für zu einfach, sogar für eine Art Selbstbetrug, weil er das eigentliche Problem nicht lösen werde. Hierfür sei es notwendig, das Problem differenzierter – und insbesondere auch in uns selbst – zu sehen.

Wie die oben zitierten Studienergebnisse zeigen, scheinen auch Pflegekräfte nicht von diesem Phänomen verschont zu bleiben und sollten sich deshalb – wie alle anderen Menschen – in herausfordernden Situationen öfter fragen: Sind tatsächlich die Umweltbedingungen oder bin eher ich selber in meiner Wahrnehmung und/oder durch mein Handeln der (Mit-)Auslöser meiner Überforderung? Unterstützung hierbei kann das pflegerische Management bieten, indem erkannte Probleme im Stressbewältigungsverhalten gezielt angesprochen werden und eine Überforderung nicht vornehmlich (nur) externen Ursachen zugeschrieben wird (siehe hierzu noch Abschnitt 6).

Eine mittelfristige Verbesserung dürfte sich auch über die Personalauswahl erreichen lassen: Es sollte im Pflegedienst weniger nach – überspitzt formuliert – „sich aufopfernden Pflege-Engeln“ Ausschau gehalten werden, sondern es sollten verstärkt solche Menschen ausgebildet und eingestellt werden, die sich zunächst einmal dadurch auszeichnen, dass sie neben einer gewissen Entspanntheit im sozialen Umgang speziell im Akutkrankenhaus ein hohes Interesse gerade an den technischen und logistischen Aspekten des Tätigkeitsfelds zeigen.

³² Winterhoff (2015)

³³ Winterhoff (2015), S.8

³⁴ Winterhoff (2015), S.8-9



Der Mangel an Fach- und Führungskräften nimmt bekanntlich (auch) in der Gesundheitsbranche zu. Rekrutierung und Bindung von qualifiziertem Personal stellt für jedes fünfte Unternehmen in der Gesundheitsbranche eine zentrale Herausforderung dar.³⁵ Aufgrund der hieraus resultierenden geringeren Selektionsmöglichkeiten unter den Bewerbern sollte darüber hinaus auch bei den Personalentwicklungsmaßnahmen noch stärker auf das persönliche Stress-Bewältigungsverhalten eingegangen werden, um auch dem Bestandspersonal günstigere Strategien im Umgang mit Belastungen zu vermitteln. Hierfür gibt es zahlreiche inhaltliche und methodische Ansätze. Eine Herangehensweise wäre zum Beispiel, eine individuelle Stressanalyse durchzuführen, darauf aufbauend persönliche Stressbewältigungsstrategien zu entwickeln und passende Methoden zur Stressbewältigung – wie zum Beispiel Entspannungs- oder Aktivierungstechniken – zu erlernen. Einige Häuser bieten für ein solches Mitarbeitercoaching z.B. sogenannte „Stresslotsen“-Programme an, die Mitarbeitern als relativ niederschwelliges Angebot zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang kommt auch der systematischeren Gestaltung von Karrierepfaden in der Pflege eine größere Bedeutung zu. Leider wird aus berufs- und gewerkschaftspolitischen Gründen die Differenzierung des pflegerischen Arbeitsspektrums vielfach noch stark bekämpft, wenn es um Tätigkeiten geht, für die geringer qualifiziertes (und vergütetes) Personal eingesetzt werden kann. Doch gerade hierin liegt eine große Chance, durch sukzessive Aufgaben- und Verantwortungsübertragungen zugleich dem individuellen Stress-Bewältigungsverhalten besser gerecht werden zu können.

5 „Melden macht frei“: Warum Gefährdungsanzeigen keine Lösung sind – und sogar selbst eine Gefährdung darstellen können

Ob zweckmäßig eingesetzt oder nicht: Das Abfassen einer Gefährdungsanzeige auf Mitarbeiterseite und deren Bearbeitung auf Arbeitgeberseite sind nicht nur mit einem vergleichsweise hohen bürokratischen Aufwand verbunden, was kurzfristige Lösungen erschwert, sondern das Verfahren ist zudem problem- statt lösungsorientiert: Dem Arbeitgeber werden die wahrgenommenen Probleme „auf den Tisch gepackt“, das Unterbreiten von Vorschlägen oder gar Maßnahmen zur Vermeidung der Problemursachen ist nur selten in den einschlägigen Formularen vorgesehen – ganz im Stil der militärischen Tradition: „Melden macht frei und belastet den Vorgesetzten“. Statt eigene Problemlösungskompetenzen zu erweitern, werden Handlungsaktivitäten „nach oben“ delegiert – wodurch nicht zuletzt Hilflosigkeit erlernt wird.

Es entsteht ein Teufelskreis, bei dem die Sensibilität für tatsächliche oder vermeintliche Probleme im Arbeitsbereich laufend erhöht und die Schwelle für deren Artikulation in Gefährdungsanzeigen gesenkt wird. Dies wiederum verstärkt die Wahrnehmung des eigenen Kontrollverlustes, da die Übernahme eigener Initiative und Ver-

³⁵ Schubert (2009)



antwortung angesichts der häufiger und dramatischer erlebten Gefährdungssituationen immer aussichtsloser erscheint.

Aber nicht nur wegen der Förderung der Passivität beim (Mit-)Entwickeln von Problemlösungsansätzen kann die Gefährdungsanzeige selbst zur Gefahr werden. Da sich Gefährdungsanzeigen dazu anbieten – und nachgerade dazu verführen –, zweckentfremdet eingesetzt zu werden, verleiten sie auch dazu, die eigentlichen Gründe für die persönliche Unzufriedenheit gewissermaßen „unter dem Deckmantel der Gefährdungsanzeige“ auf Umwegen zu kommunizieren. Dies ist deshalb problematisch, weil dadurch die Gefahr entsteht, dass ein inadäquater Lösungsweg eingeschlagen wird, der Ressourcen bindet, ohne die erhofften Resultate zu erzielen. Denn es wird möglicherweise dort nach Ursachen gesucht, wo sie letztlich gar nicht gefunden werden können, weil die eigentlichen Beweggründe woanders liegen. Die daraufhin umgesetzten Maßnahmen können dann auch nicht zu spürbaren und nachhaltigen Verbesserungen führen, weil die – nicht selten in den persönlichen Wahrnehmungen und Vorstellungen liegenden – Ursachen ja unverändert weiterbestehen.

Und selbst dann, wenn sie zweckmäßig eingesetzt werden, werden Gefährdungsanzeigen i.d.R. erst abgefasst, *nachdem* der Zustand eingetreten ist, der von vornherein vermieden werden müsste (beispielsweise eine quantitative und/oder qualitative personelle Unterbesetzung). So können Gefährdungsanzeigen ihrerseits zur Gefahr werden, weil der Arbeitgeber erst (zu) spät reagieren kann.

Wenn bedeutsame und fortbestehende Effekte erzielt werden sollen, ist stattdessen vor allem eine Konzentration der Anstrengungen auf die *Vermeidung* der Entstehung von Situationen, die Anlass für die Erstellung von Gefährdungsanzeigen sein könnten, anzustreben. Dies mag für viele Akteure im Pflegemanagement angesichts der „eingeschliffenen“ Gefährdungsanzeigen-Praktiken in ihren Häusern zunächst illusorisch erscheinen. Der Blick in diesbezüglich erfolgreichere Einrichtungen sowie in Betriebe anderer Branchen ohne „Gefährdungsanzeigenkultur“ zeigt jedoch, dass es vergleichsweise einfache Prinzipien und recht unaufwändige Maßnahmen sind, die hier zu einer deutlichen Entspannung beitragen können.

6 Die vier Säulen, um Gefährdungsanzeigen überflüssig zu machen

Damit Gefährdungsanzeigen von vornherein entbehrlich werden, gibt es zwei Ansatzpunkte:

a) Vermeidung von Überlastungssituationen

Das Fundament für die Vermeidung von Überlastungssituationen ist eine gleichermaßen bedarfs- und mitarbeiterorientierte Arbeitszeit-Gesamtstrategie: Zunächst sollte die angestrebte Besetzungsstärke je nach Durchschnittsbelegung und „Patientenmix“ auf der jeweiligen Station für jede Schichtlage



und jeden Wochentag festgelegt und die langfristige Abwesenheitsplanung mit den zu erwartenden Besetzungsanforderungen synchronisiert werden. Zudem bedarf es einer Vereinbarung kurzfristig greifender Personaleinsatzmaßnahmen – sowohl auf einsatz- als auch auf arbeitszeitorganisatorischer Ebene – zur Kompensation ungeplanter Personalausfälle und/oder eines unvorhersehbar hohen Arbeitsanfalls. Beiträge, die hierauf detailliert eingehen, finden Sie auf unserer Webseite^{36,37,38} und im Certified Nursing Education Portal von Thieme.³⁹

b) Vermeidung der zweckentfremdeten Nutzung von Gefährdungsanzeigen

Speziell zur Vermeidung der Zweckentfremdung von Gefährdungsanzeigen haben sich vier Instrumente (**Abbildung 7**) bewährt, die wir im Folgenden näher beschreiben. Diese Instrumente verfolgen das Ziel der Vermeidung von Überlastungssituationen, so dass Anlässe für die Erstellung von Gefährdungsanzeigen grundsätzlich entfallen. Gleichzeitig kommen sie der Transparenz und Standardisierung von Entscheidungen zugute und tragen so zu einer Verbesserung der Kommunikationskultur bei, wodurch zweckentfremdete Gefährdungsanzeigen frühzeitig erkannt und angesprochen werden können – und wodurch sie zukünftig obsolet werden.

³⁶ Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2015a)

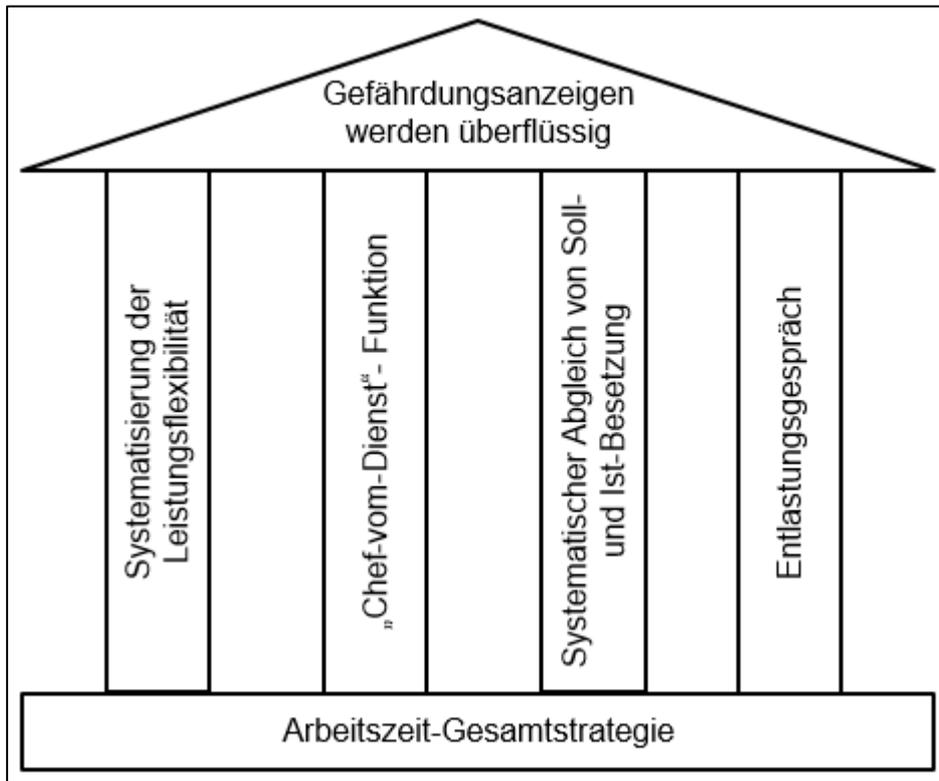
³⁷ Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2015b)

³⁸ Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2016a)

³⁹ Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2016b)



Abbildung 7: Die vier Säulen, mit denen Gefährdungsanzeigen überflüssig werden



Säule 1: Systematisierung der Leistungsflexibilität

Im Pflegealltag erfolgen tagtäglich Anpassungen der Leistungen in Abhängigkeit von der Bettenbelegung, des Pflegeaufwands der einzelnen Patienten und der Personalstärke im jeweiligen Dienst. Nur geschieht dies in den seltensten Fällen nach verbindlichen und transparenten Vorgaben, sondern es bleibt meist ausschließlich der einzelnen Pflegekraft überlassen, welche Tätigkeiten sie in der konkreten Situation verschiebt, verkürzt oder entfallen lässt. Dies hat mehrere Nachteile: Viele Mitarbeiter sind unsicher, ob ihre Entscheidungen auch die Billigung der Führungskraft finden werden, so dass die Entscheidungsfindung hinausgezögert und versucht wird, sie durch Rücksprache mit Kollegen oder Vorgesetzten abzusichern – die jedoch aufgrund fehlender Vorgaben ebenfalls keine verbindlichen Empfehlungen geben können. Während der Ausführung sind die Pflegekräfte dann entsprechend verunsichert. Und da Prioritätensetzungen individuell variieren, kommt es oft zu Unmut im Team über die getroffene und umgesetzte Entscheidung.

Es empfiehlt sich daher die Erstellung einer **Verfahrensanweisung zu systematischen Anpassungen des Service- und Leistungsversprechens zur Bewältigung**



kurzfristiger Engpasssituationen (für ein Beispiel siehe **Tabelle 2**). In einer solchen Verfahrensanweisung ist verbindlich festzulegen,

- a) welche Tätigkeiten in welchem zeitlichen Rahmen (zum Beispiel in den nachfolgenden Dienst) zu verschieben sind, entfallen müssen oder auf andere Mitarbeiter (wie Auszubildende, Servicekräfte oder Ärzte) zu verlagern sind;
- b) wer befugt ist, die Entscheidung bezüglich einer Anpassung des Service- und Leistungsversprechens in der konkreten Situation zu treffen;
- c) nach welchen Kriterien die Entscheidung zu erfolgen hat (beispielsweise unter Heranziehung definierter Bandbreiten für die Besetzungskennzahl – also der Anzahl Patienten, die von einer Pflegekraft betreut werden, ggf. gewichtet durch weitere Kennwerte für den patientenspezifischen Betreuungsaufwand).

Selbstverständlich sollte gerade in der Pflege ein situativer Spielraum für die entscheidungsbefugte Person verbleiben, so dass die Verfahrensanweisung beispielsweise eine Checkliste der für Verschiebungen usw. grundsätzlich in Frage kommenden Aufgaben enthält, aus der dann die im betreffenden Dienst zu verschiebenden usw. Tätigkeiten ausgewählt werden können. Alternativ können beispielsweise in einem Stufenkonzept verschiedene „Betriebsprogramme“ bestimmt werden, die jeweils unterschiedliche Tätigkeiten umfassen.

Darüber hinaus ist zumeist auch eine Kaskade sinnvoll, welche Entscheidung zur Verschiebung usw. definierter Tätigkeiten durch den Mitarbeiter und welche durch den „Chef vom Dienst“ (siehe unten) getroffen wird.

Es geht also vornehmlich darum, die in nahezu allen Einrichtungen informell „auf Zuruf“ praktizierten Anpassungen des pflegerischen Service- und Leistungsversprechens zu systematisieren und deren Anwendung in der konkreten Situation verbindlich zu machen. Das bedeutet natürlich auch, dass sich nach der entsprechenden Entscheidung jeder Mitarbeiter konsequent daran zu halten hat. Sofern er einen Bedarf für eine „Anpassung der Anpassung“ erkennt, hat er dies eigeninitiativ der entscheidungsbefugten Person mitzuteilen. Auch dies sollte in der Verfahrensanweisung geregelt werden. Durch eine solche Verfahrensanweisung zur Leistungsflexibilität wird die für das Krankenhauspersonal charakteristische, bei standardmäßigen organisatorischen Herausforderungen allerdings eher ungeeignete Herangehensweise der „Ad-hoc-Problemlösung“ vermieden.⁴⁰

Tabelle 2: Auszüge aus der Dienstanweisung eines Krankenhauses: Pflege bei unplanbar erhöhtem Arbeitsanfall und/oder Personalausfall

Verschiebungen patientenferner Routinearbeiten in nachfolgende Dienste
--

⁴⁰ Kasper (2016), S. 14-15



<ul style="list-style-type: none">- Auffüllen von Schränken- Routinekontrollen und Auffüllen von Reanimations- und Verbandswagen- Anleitungen von Auszubildenden und Praktikanten- Stellen der Medikamente für den Frühdienst (betrifft nur den Nachtdienst)
Verschiebungen patientennaher Tätigkeiten in nachfolgende Dienste
<ul style="list-style-type: none">- Gewichtskontrollen- Routinewechsel venöser Zugänge- Fotodokumentationen- Blutgasanalysen, Wartungsaufgaben an den Dialysegeräten u.a. (auf der Intensivstation)
Anpassungen der Körperpflege
<ul style="list-style-type: none">- Beschränkung auf Intimbereich, Gesäß, Gesicht, Achseln, Mundpflege- Verlängerung der Lagerungsintervalle- Bettenbeziehen nur bei dringendem Bedarf
Einschränkung bei Visitenbegleitung und ärztlicher Unterstützung
<ul style="list-style-type: none">- Visitenteilnahme nur bei schwierigen/komplexen Patienten- Absprache mit dem zuständigen Arzt, ob die Durchführung der Visite ohne Pflegekraft möglich ist- Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen nur bei expliziter Anordnung
Einschränkung der Mobilisierung
<ul style="list-style-type: none">- in Absprache mit dem zuständigen Arzt ggf. Einschränkungen mobilisierender, aktivierender und rehabilitierender Pflegemaßnahmen
Verlegung von Patienten auf andere Stationen
<ul style="list-style-type: none">- durch den Stationsarzt nach Rücksprache mit dem Oberarzt
Beschränkung der Dokumentation
<ul style="list-style-type: none">- gemäß voreingestellter Rückfallebene-Parameter im Dokumentationssystem auf patientenbezogene Tätigkeiten (Checklistenprinzip, das die obigen Anpassungen berücksichtigt)

Säule 2: Die „Chef-vom-Dienst“-Funktion

Einrichtungen, die eingegangene Gefährdungsanzeigen auswerten, berichten vielfach von einer Häufung der Anzeigen im Spätdienst.^{41,42} Für ein Akutkrankenhaus

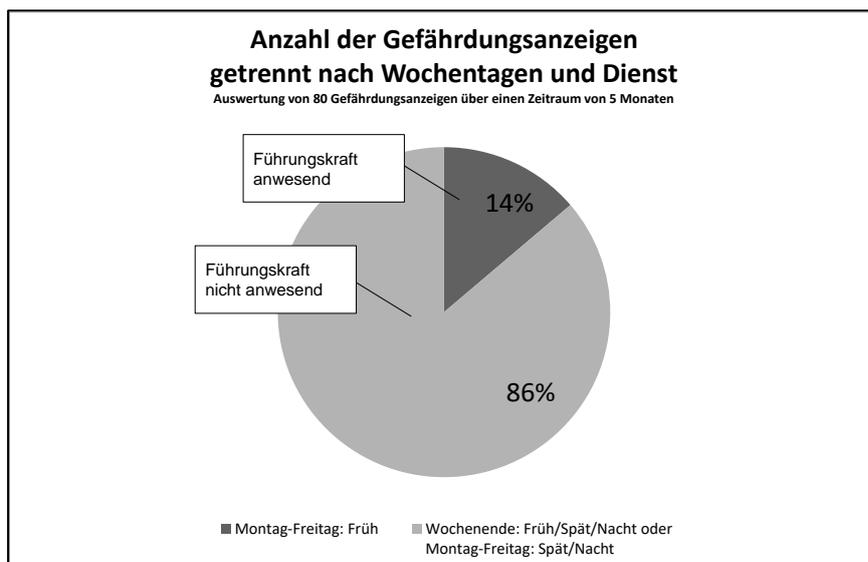
⁴¹ Personalrat der Universitätsmedizin Göttingen (2014)



haben wir einmal die dort in einem fünfmonatigen Zeitraum eingegangenen 80 Gefährdungsanzeigen vor diesem Hintergrund nach Dienstlage und Wochentagen betrachtet. Das Ergebnis zeigte, dass die Anzahl der Gefährdungsanzeigen in Frühdiensten an den Wochentagen Montag-Freitag deutlich niedriger war als in allen anderen Diensten (**Abbildung 8**). In der Regel sind auch in diesem Haus Montag-Freitag zum Frühdienst Führungskräfte (Stationsleitung, Pflegedienstleitung) anwesend, in den anderen Diensten hingegen nicht.

Eine nahelegende (Teil-)Erklärung für die erhöhte wahrgenommene Belastung des Pflegepersonals – und die daraus resultierende höhere Anzahl an Gefährdungsanzeigen in den betreffenden Diensten – wäre demnach auch das Fehlen eines entscheidungsbefugten Ansprechpartners und die mangelnde Unterstützung durch eine Führungskraft im Spät- und Nachtdienst Montag-Freitag sowie in den Wochenenddiensten.

Abbildung 8: Auswertung von Gefährdungsanzeigen in einem Akutkrankenhaus nach Dienstlage und Wochentag



Daher empfehlen wir – auch analog zu den einschlägigen Erfahrungen in anderen Branchen –, in jedem Dienst einen i.d.R. stationsübergreifenden Ansprechpartner zu benennen, der u.a. die aktuellen Belegungsdaten auswertet, von den Mitarbeitern über den aktuellen Arbeitsanfall informiert wird, die Dringlichkeit für einzuleitende Maßnahmen prüft und gegebenenfalls über zu treffende Maßnahmen entscheidet („**Chef-vom-Dienst**“-**Funktion**, mitunter auch als „**PDL vom Dienst**“ betitelt).

Die hierfür ausgewählten Mitarbeiter sollten mit dienstplanerischen Angelegenheiten sowie dem Ausfallzeitenmanagement vertraut sein und über Führungspotenzial verfügen (so eignet sich die Übertragung der „Chef-vom-Dienst“-Funktion auch ausge-

⁴² Personalrat Uniklinikum Halle (2012)



sprochen gut für die Rekrutierung von Führungskräftenachwuchs). Je nach Größe des Hauses kann der „Chef vom Dienst“ ganz regulär in seinem angestammten Arbeitsbereich eingesetzt oder aber von Routineaufgaben freigestellt sein.

Eine „Chef-vom-Dienst“-Funktion hat somit den Vorteil, dass Mitarbeiter sich mit ihren Problemen zu keiner Zeit allein gelassen fühlen und eine empfundene Überlastung direkt melden können. Die Entscheidung darüber, ob diese Überlastung tatsächlich vorliegt und welche Maßnahmen Abhilfe verschaffen können, wird dem hierfür verantwortlichen Mitarbeiter übertragen, wodurch eine objektivere und stringendere Entscheidung im Sinne möglichst aller Beteiligten wahrscheinlicher ist. Bei der Entscheidungsfindung sollte der „Chef vom Dienst“ den Pflegekräften keinesfalls grundsätzlich alle Entscheidungen abnehmen, sondern ihnen konkrete Hilfestellung bei der Arbeitsorganisation geben und sie vor allem motivieren, ihre eigenen Problemlösungsfähigkeiten zu erweitern, indem er sie zum Beispiel auffordert, aus der Liste der verschiebbaren Tätigkeiten diejenigen auszuwählen, die in der konkreten Situation am besten umgesetzt werden können.

Säule 3: Systematischer Abgleich von Soll- und Ist-Besetzungen: Ein einfaches Controlling-Werkzeug

Mit der Festlegung einzuhaltender Besetzungsstärkebandbreiten je nach Station, Patientensituation und Dienstlage kann hoher/normaler/geringer Arbeitsanfall quantifizierbar gemacht und damit objektiviert werden. Als objektive und für alle Beteiligten nachvollziehbare Entscheidungsgrundlage für den „Chef vom Dienst“ sollte die Ist-Besetzung der Stationen regelmäßig mit der definierten Soll-Besetzung abgeglichen werden. Zu diesem Zweck stellen wir hier **ein einfaches, Excel-basiertes Controlling-Werkzeug** vor, das zum Beispiel ins Intranet gestellt werden kann, um von den damit beauftragten Pflegekräften der Stationen mit wenigen Eintragungen schnell ausgefüllt zu werden.

Abbildung 9 zeigt die Voreinstellungen. Zuerst wird die Soll-Besetzung in Form der angestrebten Patientenzahlen je Pflegekraft für jede Station und Dienstlage wochentagsbezogen (Montag-Freitag sowie Samstag/Sonntag/Feiertag) definiert. Die eingesetzten Mitarbeitergruppen können gewichtet werden – zum Beispiel nach ihrer Qualifikationsgruppe und damit verbundener Leistungsfähigkeit. Und schließlich wird die tolerierte prozentuale Abweichung der Ist-Besetzung von der Soll-Besetzung festgelegt.

Abbildung 9: Voreinstellungen im Controlling-Tool



Voreinstellungen

= auszufüllen
 = bei Bedarf anzupassen

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

		Anzahl Patienten/Pflegekraft Montag-Freitag			Anzahl Patienten/Pflegekraft Samstag/Sonntag/Feiertag			Faktor für Gewichtung des Personals in Prozent		
		Soll	Minimum Soll*	Maximum Soll*	Soll	Minimum Soll*	Maximum Soll*	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr
Innere I	Früh	8	7,2	8,8	10	9,0	11,0	100%	90%	75%
	Spät	12	10,8	13,2	15	13,5	16,5	100%	90%	75%
	Nacht	30	27,0	33,0	30	27,0	33,0	100%	90%	75%
Innere II	Früh	9	8,1	9,9	10	9,0	11,0	100%	90%	75%
	Spät	12	10,8	13,2	14	12,6	15,4	100%	90%	75%
	Nacht	25	22,5	27,5	25	22,5	27,5	100%	90%	75%
Chirurgie	Früh	8	7,2	8,8	12	10,8	13,2	100%	90%	75%
	Spät	12	10,8	13,2	15	13,5	16,5	100%	90%	75%
	Nacht	35	31,5	38,5	35	31,5	38,5	100%	90%	75%
Intensiv-Station	Früh	2	1,8	2,2	2,5	2,3	2,8	100%	90%	75%
	Spät	2,5	2,3	2,8	2,5	2,3	2,8	100%	90%	75%
	Nacht	2,5	2,3	2,8	2,5	2,3	2,8	100%	90%	75%
tolerierte Abweichung der Anzahl Patienten/Pflegekraft Soll-Ist in Prozent	Maximum	10%								
	Minimum	-10%								

*In der StandardEinstellung wird das Minimum und das Maximum der Patientenzahl/Pflegekraft anhand der tolerierten prozentualen Abweichung berechnet. Alternativ können stattdessen auch individuelle Werte für das Minimum und das Maximum direkt in die Zellen eingetragen werden.

Abbildung 10 zeigt den Abgleich der Soll- mit der Ist-Besetzung, wie er regelmäßig (beispielweise zu Beginn jedes Dienstes) durchgeführt werden sollte. Das Controlling-Tool berechnet auf Basis der voreingestellten Parameter, dem verfügbaren Personal und der Anzahl der belegten Betten die Ist-Besetzungskennzahl für jede Station und Dienstlage. Die Ist-Besetzungskennzahl wird mit der Soll-Besetzungskennzahl aus den Voreinstellungen abgeglichen und – entsprechend der vorab definierten tolerierten Abweichung – als tolerabel (grün), unterschritten (rot), oder überschritten (gelb) eingestuft. Die im selben Farbschema markierte Soll-Ist-Differenz gibt die Stärke der Abweichung als Anzahl der Patienten pro Pflegekraft an.

In der „Bemerkungen“-Spalte können Besonderheiten eingetragen werden, die bei einer Entscheidung über vorzunehmende Anpassungen des Service- und Leistungsversprechens oder über personaleinsatzorganisatorische Maßnahmen ggf. ebenfalls berücksichtigt werden sollten, etwa eine gegenüber dem üblichen Umfang erhöhte Anzahl von PKMS- oder Isolationspatienten.



Abbildung 10: Stationsbezogener Abgleich der Ist- mit der Soll-Besetzung im Controlling-Tool

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Entlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Innere I	Früh	33	8	0	3	1	0	8,0	7,2	8,8	8,5	-0,5		
	Spät	35	6	0	1	1	0	12,0	10,8	13,2	18,4	-6,4		
	Nacht	33	8	0	1	0	0	30,0	27,0	33,0	33,0	-3,0		
Innere II	Früh	36	4	5	2	2	0	9,0	8,1	9,9	9,5	-0,5		
	Spät	33	7	0	2	1	1	12,0	10,8	13,2	9,0	3,0		
	Nacht	27	13	0	1	0	0	25,0	22,5	27,5	27,0	-2,0		
Chirurgie	Früh	33	7	0	2	2	0	8,0	7,2	8,8	8,7	-0,7		
	Spät	33	7	0	1	1	0	12,0	10,8	13,2	17,4	-5,4		
	Nacht	35	5	0	1	0	0	35,0	31,5	38,5	35,0	0,0		
Intensiv-Station	Früh	12	0	0	4	2	1	2,0	1,8	2,2	1,8	0,2		
	Spät	12	0	0	4	1	0	2,5	2,3	2,8	2,4	0,1		
	Nacht	12	0	0	4	1	0	2,5	2,3	2,8	2,4	0,1		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

Unterschreitung	tolerierter Bereich	Überschreitung
-----------------	---------------------	----------------

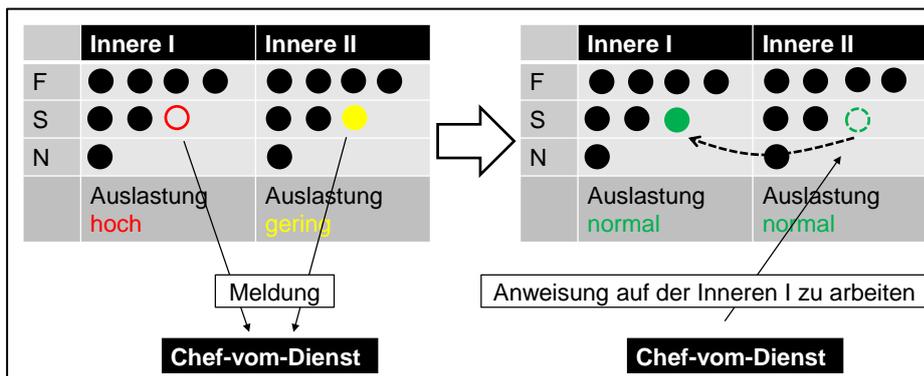
Abbildung 11 enthält ein erstes Beispiel für den Einsatz des Controlling-Tools im Stationsalltag (die Ausgangssituation ist im Überblick auch in den **Abbildungen 9** und **10** dargestellt):

- Die Belegungen der Stationen sowie die Personalsituation wurden im Morgen-Meeting der Stationsleitungen besprochen und in das Tool eingepflegt.
- Nun fällt auf, dass auf der Station Innere I statt der vorgesehenen 12,0 Patienten im Spätdienst 18,4 Patienten von einer Pflegekraft betreut werden müssten, weil sich eine examinierte Pflegekraft kurzfristig für den Spätdienst krank gemeldet hat.
- Auf der Station Innere II müssten demgegenüber im Spätdienst lediglich 9,0 statt der vorgesehenen 12,0 Patienten pro Pflegekraft betreut werden, weil die Betten-Auslastung aufgrund vieler im Frühdienst geplanter Entlassungen geringer ist als üblich.



- Der „Chef vom Dienst“ kann nun auf dieser Grundlage einen ursprünglich für den Spätdienst auf der Station Innere II eingeteilten Mitarbeiter stattdessen auf der Station Innere I einsetzen. Dann liegen alle Ist-Besetzungen wieder im vorab definierten Toleranzbereich.

Abbildung 11: Beispiel 1 für den Einsatz des Controlling-Tools im Stationsalltag



Vorher

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Einlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum-Soll	Maximum-Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Innere I	Früh	33	8	0	3	1	0	8,0	7,2	8,8	8,5	-0,5		
	Spät	35	6	0	1	1	0	12,0	10,8	13,2	18,4	-6,4		
	Nacht	33	8	0	1	0	0	30,0	27,0	33,0	33,0	-3,0		
Innere II	Früh	36	4	5	2	2	0	9,0	8,1	9,9	9,5	-0,5		
	Spät	33	7	0	2	1	1	12,0	10,8	13,2	9,0	3,0		
	Nacht	27	13	0	1	0	0	25,0	22,5	27,5	27,0	-2,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

Unterschreitung
tolerierter Bereich
Überschreitung

Nachher



Montag-Freitag

= auszufüllen

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Entlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankengflegehelfer	Auszubildende > 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Innere I	Früh	33	8	0	3	1	0	8,0	7,2	8,8	8,5	-0,5		
	Spät	35	6	0	1	2	0	12,0	10,8	13,2	12,5	-0,5		
	Nacht	33	8	0	1	0	0	30,0	27,0	33,0	33,0	-3,0		
Innere II	Früh	36	4	5	2	2	0	9,0	8,1	9,9	9,5	-0,5		
	Spät	33	7	0	2	0	1	12,0	10,8	13,2	12,0	0,0		
	Nacht	27	13	0	1	0	0	25,0	22,5	27,5	27,0	-2,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

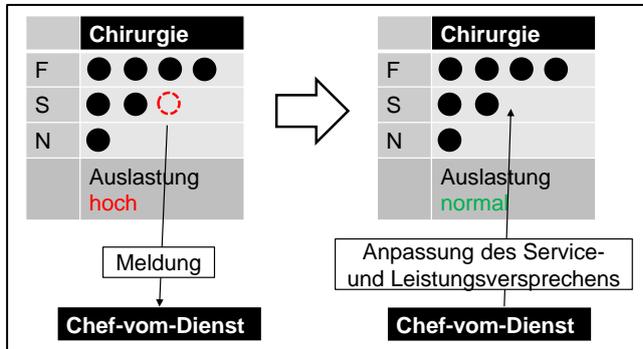
Unterschreitung tolerierter Bereich Überschreitung

In den **Abbildungen 12** und **13** sehen wir ein weiteres Beispiel für den Einsatz des Controlling-Tools (die Ausgangssituation ist auch hier im Überblick in den **Abbildungen 9** und **10** dargestellt):

- Im Spätdienst auf der Station Chirurgie müssten 17,4 statt der vorgesehenen 12,0 Patienten pro Pflegekraft betreut werden, weil eine examinierte Pflegekraft kurz vor Dienstbeginn erkrankt ist.
- Der „Chef vom Dienst“ wird kurzfristig darüber von der Stationsleitung per Telefon informiert. Er kann auf dieser Grundlage entweder eine Anpassung des Service- und Leistungsversprechens anordnen, etwa in Form einer Verschiebung von anfallenden Routinetätigkeiten auf die Nachtschicht, so dass pro Pflegekraft 16 statt vormals 12 Patienten versorgt werden können (Variante A in **Abbildung 12**).
- Wäre dies nicht möglich, könnte er alternativ zum Beispiel einen hierfür im betreffenden Krankenhaus vorgesehenen hausweiten Arbeitszeitspringer für den Spätdienst anfordern (Variante B in **Abbildung 13**).

Beide Varianten würden dazu führen, dass die Ist-Besetzungen wieder im tolerierbaren Bereich liegen.

Abbildung 12: Beispiel 2 für den Einsatz des Controlling-Tools im Stationsalltag – Variante A



Vorher

Montag-Freitag

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

□ = auszufüllen

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Einfassungen	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Chirurgie	Früh	33	7	0	2	2	0	8,0	7,2	8,8	8,7	-0,7		
	Spät	33	7	0	1	1	0	12,0	10,8	13,2	17,4	-5,4		
	Nacht	35	5	0	1	0	0	35,0	31,5	38,5	35,0	0,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

■ Unterschreitung ■ tolerierter Bereich ■ Überschreitung

Nachher

Voreinstellungen

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

□ = auszufüllen
□ = bei Bedarf anzupassen

		Anzahl Patienten/Pflegekraft Montag-Freitag			Anzahl Patienten/Pflegekraft Samstag/Sonntag/Feiertag			Faktor für Gewichtung des Personals in Prozent		
		Soll	Minimum Soll*	Maximum Soll*	Soll	Minimum Soll*	Maximum Soll*	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr
Chirurgie	Früh	8	7,2	8,8	12	10,8	13,2	100%	90%	75%
	Spät	16	14,4	17,6	15	13,5	16,5	100%	90%	75%
	Nacht	35	31,5	38,5	35	31,5	38,5	100%	90%	75%

tolerierte Abweichung der Anzahl Patienten/Pflegekraft Soll-Ist in Prozent

Maximum	10%
Minimum	-10%

Anpassung auf 16 statt bislang 12

*In der Standardinstellung wird das Minimum und das Maximum der Patientenzahl/Pflegekraft anhand der tolerierten prozentualen Abweichung berechnet. Alternativ können stattdessen auch individuelle Werte für das Minimum und das Maximum direkt in die Zellen eingetragen werden.



Montag-Freitag

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

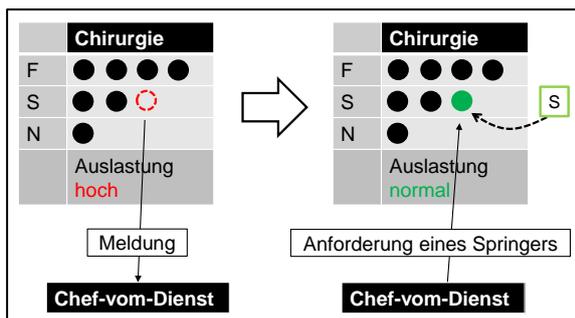
☐ = auszufüllen

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Entlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Chirurgie	Früh	33	7	0	2	2	0	8,0	7,2	8,8	8,7	-0,7		
	Spät	33	7	0	1	1	0	16,0	14,4	17,6	17,4	-1,4		
	Nacht	35	5	0	1	0	0	35,0	31,5	38,5	35,0	0,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

☐ Unterschreitung ☐ tolerierter Bereich ☐ Überschreitung

Abbildung 13: Beispiel 2 für den Einsatz des Controlling-Tools im Stationsalltag – Variante B



Vorher

Montag-Freitag

Herrmann · Kutscher · Weidinger
Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus

☐ = auszufüllen

		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft					Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen
		Anzahl belegter Betten	Anzahl freier Betten	geplante Entlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankenpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist	Soll-Ist-Differenz		
Chirurgie	Früh	33	7	0	2	2	0	8,0	7,2	8,8	8,7	-0,7		
	Spät	33	7	0	1	1	0	12,0	10,8	13,2	17,4	-5,4		
	Nacht	35	5	0	1	0	0	35,0	31,5	38,5	35,0	0,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

☐ Unterschreitung ☐ tolerierter Bereich ☐ Überschreitung



Nachher

Montag-Freitag		Herrmann · Kutscher · Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus												
		Belegung der Station			eingesetztes Personal			Anzahl Patienten/Pflegekraft				Hinweise für die Dienstplanung	Bemerkungen	
		Anzahl belegte Betten	Anzahl freier Betten	gesamte Entlassungen	examinierte Pflegekraft	Krankpflegehelfer	Auszubildende 3. Lehrjahr	Soll	Minimum Soll	Maximum Soll	Ist			Soll-Ist-Differenz
Chirurgie	Früh	33	7	0	2	2	0	8,0	7,2	8,8	8,7	-0,7		
	Spät	33	7	0	1	2	0	12,0	10,8	13,2	11,8	0,2		
	Nacht	35	5	0	1	0	0	35,0	31,5	38,5	35,0	0,0		

Legende zur farblichen Einstufung der Soll-Ist-Differenz der Anzahl Patienten/Pflegekraft

Unterschreitung	tolerierter Bereich	Überschreitung
-----------------	---------------------	----------------

Springer

Säule 4: Das Entlastungsgespräch

Wenn der Mitarbeiter sich überlastet fühlt oder die Führungskraft eine Überlastung beim Mitarbeiter vermutet, kann – ohne dass es einer Gefährdungsanzeige bedarf – jederzeit ein Entlastungsgespräch vereinbart werden: Mitarbeiter und Führungskraft erörtern darin gemeinsam konkrete Möglichkeiten für eine Entlastung und vereinbaren auf Basis ihrer Erkenntnisse Maßnahmen zur Verbesserung. Die Maßnahmen können sich zum Beispiel auf Umverteilungen von Arbeitsaufgaben im Team oder auf Steigerungen der Arbeitseffizienz des betreffenden Mitarbeiters beziehen. Es geht also um arbeitsplatz-, arbeitsablaufs- und tätigkeitsbezogene Erleichterungen und nicht um allgemeine Stressbewältigungstechniken (wobei im Entlastungsgespräch natürlich auch der Hinweis auf entsprechende Angebote des Arbeitgebers erfolgen kann, wenn sich beispielsweise herausstellt, dass der Mitarbeiter unter einer allgemeinen Überforderungssymptomatik leidet).

Eine Gefährdungsanzeige ist – zugespitzt formuliert – die nicht-konstruktive Art eines solchen Gespräches: Der Mitarbeiter äußert seinen Wunsch nach Entlastung beziehungsweise fordert eine Lösung der wahrgenommenen Gefährdungssituation, schließt jedoch die persönliche Mitverantwortung für die entstandene Situation ebenso wie ein aktives persönliches Mitwirken an der Verbesserung von vornherein aus.

Daher sollten den Mitarbeitern persönliche Entlastungsgespräche als Alternative zum Abfassen von Gefährdungsanzeigen offensiv angeboten werden. In diesen Gesprächen können die Mitarbeiter – genau wie sie es in den meisten Gefährdungsanzeigen tun würden – ihre Beobachtungen schildern und ihren Bedarf nach Entlastung äußern. Die Führungskraft kann im Gegenzug Entscheidungsgrundlagen und Möglichkeiten erläutern, wie auf zu hohen bzw. zu niedrigen Arbeitsanfall reagiert werden kann. Gemeinsam kann die Situation analysiert und nach konkreten Maßnahmen zur Verbesserung gesucht werden, die dann in einem verbindlichen Maßnahmenplan festgehalten werden sollten. Hierbei wird das Konzept zur Vermeidung von Überlas-



tungssituationen überprüft und kontinuierlich verbessert. Ein beispielhafter Leitfaden für das Entlastungsgespräch ist in **Tabelle 3** dargestellt.

Tabelle 3: Leitfaden für das Entlastungsgespräch

Allgemeine Bedingungen des Entlastungsgesprächs
<ul style="list-style-type: none">- Gespräch zwischen der Pflegedienstleitung und dem Mitarbeiter; auf Wunsch können Stationsleitung sowie ein Vertreter von Personalabteilung und Betriebs-/Personalrat/MAV hinzugezogen werden.- Angebot an den Mitarbeiter – als Alternative zum Erstellen einer Gefährdungsanzeige – das persönliche Gespräch mit der Führungskraft zu suchen, gemeinsam die Situation zu analysieren und gemeinsam konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu bestimmen.
Gliederung des Entlastungsgesprächs
<ul style="list-style-type: none">- Information durch die Führungskraft an den Mitarbeiter über<ul style="list-style-type: none">- (zum Beispiel in einer Betriebsvereinbarung geregelte) relevante Punkte zur Arbeitszeitorganisation und Personaleinsatzsteuerung;- die Entscheidungsgrundlagen, wann (zu) hoher bzw. (zu) niedriger Arbeitsanfall vorliegt;- die Maßnahmen, mit denen auf hohen bzw. niedrigen Arbeitsanfall reagiert werden kann.- Durchführen einer gemeinsamen Situationsanalyse (siehe unten).- Erstellen eines verbindlichen Maßnahmenplans (siehe unten).
Gemeinsame Situationsanalyse
<ul style="list-style-type: none">- Der Mitarbeiter benennt die konkrete Überlastungssituation:<ul style="list-style-type: none">- Beschreibung der Überlastungssituation (Datum und Dienst, Personalsituation, Patientensituation, Einstufung des Arbeitsanfalls usw.)- Wie ist es zur Überlastungssituation gekommen?- Gab es Kontakt zu einem entscheidungsbefugten Ansprechpartner?- Wie wurde auf den erhöhten Arbeitsanfall reagiert? War die Reaktion aus Sicht des Mitarbeiters angemessen?



- Der Mitarbeiter fühlt sich allgemein überlastet:
 - Wie entstehen Überlastungssituationen?
 - Welche Ereignisse und Tätigkeiten werden als besonders belastend empfunden?

Verbindlicher Maßnahmenplan

- Gemeinsames Fazit der Situation;
- Erarbeitung fest umrissener, mit überschaubarem Zeithorizont umsetzbarer Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens einer konkreten Überlastungssituation verringern;
- Erarbeitung von Maßnahmen, die einer allgemeinen Überlastung des Mitarbeiters entgegenwirken
- Festhalten der vereinbarten Maßnahmen in einem verbindlichen Plan (mit Verantwortlichkeiten und Zeitschiene).

7 Fazit

Gefährdungs- oder Überlastungsanzeigen sind grundsätzlich keine zweckdienlichen Instrumente, um schwierige Arbeitssituationen künftig besser meistern und Arbeitsbelastungen vermindern zu können: Sie sind problem- statt lösungsorientiert, fördern die Passivität beim (Mit-)Entwickeln von Problemlösungsansätzen und verstärken so die Wahrnehmung des eigenen Kontrollverlustes. Und selbst, wer eine Gefährdungsanzeige im guten Gefühl erstellt, das Richtige zu tun, wird damit nicht selten für Berufsgruppen- oder gewerkschaftliche Interessen instrumentalisiert. Diese und viele weitere „versteckte Botschaften“ der Gefährdungsanzeigen führen dazu, dass sie ihrerseits zur Gefahr werden können, weil sie mit dem Risiko verbunden sind, zu spät und zudem ungeeignete Maßnahmen in Angriff zu nehmen.

Dementsprechend kann es auch nur eine Zwischenlösung sein, sich dem Verfahren des Erstellens von Gefährdungsanzeigen zu widmen, um dieses zu optimieren und damit beispielsweise die mit destruktiver Absicht erstellten Anzeigen offenzulegen, so dass die anderen ordentlich bearbeitet werden können. Denn die Grundproblematik der Gefährdungsanzeige wird dadurch nicht beseitigt: Sie ist auf bereits eingetretene Ereignisse und Zustände ausgerichtet – statt darauf, diese gar nicht erst entstehen zu lassen.



Wenn bedeutsame und fortbestehende Effekte erzielt werden sollen, ist stattdessen vor allem eine Konzentration der Anstrengungen auf die *Vermeidung* der Entstehung von Situationen, die Anlass für die Erstellung von Gefährdungsanzeigen sein könnten, anzustreben. Dies mag für viele Akteure im Pflegemanagement angesichts der „eingeschliffenen“ Gefährdungsanzeigen-Praktiken in ihren Häusern zunächst illusorisch erscheinen. Der Blick in diesbezüglich erfolgreichere Einrichtungen sowie in Betriebe anderer Branchen ohne „Gefährdungsanzeigenkultur“ zeigt jedoch, dass es vergleichsweise einfache Prinzipien und recht unaufwändige Maßnahmen sind, die hier zu einer deutlichen Entspannung beitragen können. Die Umsetzung der hier vorgestellten vier Säulen macht das Erstellen von Gefährdungsanzeigen überflüssig.

Literatur

Bogai, D., Carstensen, J., Seibert, H., Wiethölter, D., Hell, S., Ludewig, O. (2015). Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Bundesagentur für Arbeit (2016). Entgeltatlas. Verfügbar unter: <https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de>

Eberhardt, B. (2014). Gefährdungsanzeige: Aus Verantwortung handeln. In *GuteArbeit - Gesundheitschutz und Arbeitsgestaltung 12/2014* (pp. 18-20).

Fischer, A. W. (2006). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf: Eine Studie an österreichischen Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits-, und arbeitspsychologischem Herangehen. Dissertation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam.

forsa GmbH (2016). Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst 7/2016. Verfügbar unter: http://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/forsa_2016.pdf

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009). Beschäftigte im Gesundheitswesen (Heft 46). Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/pdf/beschaeftigte.pdf>

GfK Verein (2016). Weltweites Ranking: Vertrauenswürdige Berufe. Verfügbar unter: <http://www.gfk-verein.org/compact/fokusthemen/weltweites-ranking-vertrauenswuerdige-berufe>

Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2015a). Der Dreisprung in eine verlässliche Arbeitszeit. In *CNE Pflegemanagement 05/2015* (pp. 6-13). Verfügbar unter: <http://www.arbeitszeitberatung.de/fileadmin/pdf-publikationen/pub134.pdf>

Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2015b): Strukturiertes Ausfallzeitenmanagement im Pflegedienst. In *das Krankenhaus 09/2015* (pp. 824-830). Verfügbar unter: <http://www.arbeitszeitberatung.de/fileadmin/pdf-publikationen/pub133.pdf>

Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2016a): Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege – und wie sie behoben werden können (pp. 240-245). Verfügbar unter: <http://www.arbeitszeitberatung.de/fileadmin/pdf-publikationen/pub138.pdf>

Herrmann & Woodruff (geb. Fischer) (2016b): Lerneinheiten zur modernen Dienstplangestaltung; verfügbar unter: <http://www.cne.thieme.de>

Institut für Demoskopie Allensbach (2013). Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. Verfügbar unter: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf



Kasper, N. (2016). Die tägliche Überlastung vermeiden. In *Rotkreuzkrankenschwester* (3/2016) (pp. 14-15).

Knüppel, J. (2015). Zahlen – Daten – Fakten „Pfleger“. Zusammenstellung der Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK).

Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H., Nolting, H.-D. (2016). DAK-Gesundheitsreport 2016: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf

Müller, K. & Hellweg, S. (2013). Projektbericht ProWert. Verfügbar unter: www.prowert.fh-diakonie.de

Neuhaus, K., & Metz, A. M. (2005). Reduzierung psychischer Fehlbelastung bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung. In *Fehlzeiten-Report 2004* (pp. 141-155). Berlin/Heidelberg: Springer.

Personalrat der Universitätsmedizin Göttingen (2014). Tätigkeitsbericht 2013/2014. Verfügbar unter: http://www.personalrat.med.uni-goettingen.de/Infoblatt/Taetigkeitsbericht_2014.pdf

Personalrat Uniklinikum Halle (2012). Personalratspost. Verfügbar unter: http://www.uk-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Universitaetsklinikum/Personalrat/Personalratspost_Ausgabe_Dezember_2012.pdf

Pflege in Bewegung e.V. (2016). Aktion „Bundesweite Gefährdungsanzeige“. Verfügbar unter: https://www.facebook.com/Pflege-in-Bewegung-eV-348911475452994/?fref=ts&hc_location=ufi

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1996). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt/Main: Swets & Zeitlinger/Computerversion im Rahmen des Wiener Testsystems, Mödling: Schuhfried GesmbH. (2. Auflage, 2003).

Schubert, P. (2009). Kienbaum Studie: Wertschöpfende Personalarbeit in Krankenhäusern. Verfügbar unter: <http://crosswater-job-guide.com/archives/2664>

Schütz-Pazzini, P. (2012). Anforderungen an pflegerische Führungskräfte im 21. Jahrhundert. In *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (pp. 61-65). Heidelberg/Berlin: Springer.

Statistisches Bundesamt (2016). Deutschland Ende 2014 rund 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Pressemitteilung vom 27. Januar 2016 – 026/16. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_026_23621pdf.pdf?__blob=publicationFile

Vosseler, B., Birnbaum, B., Prochowski, P., Zech, E. (2011). Krankenschwester ade – das neue Gesicht der Pflege. In *Pflegewissenschaft* 11/06 (pp. 596-605).

Winterhoff (2015). Mythos Überforderung: Was wir gewinnen, wenn wir uns erwachsen verhalten. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.