

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung und Management

Stress bei Pflegefachkräften im ambulanten Pflegesetting

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe : 29.07.2016

Vorgelegt von: Scharifi, Sara Jana



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Susanne Busch

Zweiter Prüfer: Kay Winkler-Budwasch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund	2
1.2. Zielsetzung.....	3
1.3. Aufbau	3
2. Methodisches Vorgehen	4
3. Stress	6
3.1 Definitionsansätze.....	7
3.1.1 Stressoren und mögliche Auswirkungen	8
3.1.2 Ressourcen und mögliche Auswirkungen.....	11
3.1.3 Stressreaktion	13
3.2 Kognitiv Transaktionale Stresstheorie von Lazarus & Folkman	16
3.3 Stressbewältigungsstrategien	19
4. Ambulante Pflege.....	22
4.1 Rahmenbedingungen.....	22
4.1.1 Finanzierung der Versorgung	23
4.1.2 Leistungen.....	25
4.2 Besonderheiten im Berufsalltag.....	27
4.2.1 Handlungsfeld.....	28
4.2.2 Aufgaben der Pflegefachkräfte	30
5. Stress und mögliche Auswirkungen in der ambulanten Pflege	32
6. Handlungsempfehlungen	39
7. Diskussion	41
8. Fazit.....	43

9. Literaturverzeichnis	44
10. Eidesstattliche Erklärung.....	57

Abkürzungsverzeichnis

SGB	Sozialgesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Literaturrecherche	4
Abbildung 2 psychische und physische Auswirkungen von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Rensing et al., 2006, S. 283 f.)	9
Abbildung 3 Stressampel (Kaluza, 2015, S. 16)	14
Abbildung 4 akute körperliche Stressreaktion (Kaluza, 2015, S. 19)	15
Abbildung 5 Transaktionales Stressmodell – eigene Darstellung in Anlehnung an (Lazarus, 1991, S. 143 ff.; Mainka-Riedel, 2013, S. 78)	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Eingruppierung von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1029 ff.).....	10
Tabelle 2 Ressourcen – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1041 ff.)	12

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Stress bei Pflegefachkräften im ambulanten Pflegesetting“. Laut dem BMFSFJ (2016) erreicht die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ein immer höheres Alter. Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden die Leistungen der Pflege zugänglich gemacht und die Familien der Pflegebedürftigen dadurch entlastet. In der ambulanten Pflege werden die pflege- und hilfebedürftigen Menschen in ihrem eigenen zu Hause betreut. Aufgrund der Tatsache, dass Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig werden (BMG, 2016), fehlen bereits heute in den Pflegeberufen Fachkräfte. In diesem Sinne gilt es die Pflegefachkräfte so lange wie möglich in ihrer Pflegetätigkeit zu erhalten. In dem Gesundheitsreport der Barmer-GEK (Grobe et al., 2015, S. 222) wird im Jahre 2014 ein Krankenstand bei den Gesundheits- und Krankenpflegern von 6,20 Prozent verzeichnet und bei den Altenpflegern von 7,43 Prozent. Die hohen körperlichen und psychischen Anforderungen an diese (Galatsch et al., 2011) sind eine der Ursachen für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Attraktivität des Berufsfeldes zu erhöhen, arbeitsbedingte Belastungen wie Stress, möglichst gering zu halten und Bewältigungsstrategien aufzuzeigen. Laut Baus (2015, S. 125) sind die Stressbewältigung, der Auslöser der Stressreaktion und das individuelle Wahrnehmen von Stress von großer Bedeutung, um den richtigen Umgang mit der belastenden Situation zu finden. In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, inwiefern es möglich ist, die Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege gesund und lange im Beruf zu halten. Die vorliegende Theoriearbeit basiert auf der Hypothese, dass die Pflegefachkräfte im ambulanten Pflegesetting den Beruf aufgrund von veränderten Rahmenbedingungen und vermehrten psychischen sowie physischen Anforderungen zunehmend verlassen.

1.1. Hintergrund

Nach dem § 3 SGB XI (2015) sind ambulante Pflegeeinrichtungen selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft die pflegebedürftigen Menschen in ihrer Häuslichkeit pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Die ambulante Pflege ist in der heutigen Zeit (Meißner, 2012, S. 52) ein wichtiger Versorgungssektor im Gesundheitswesen. Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) werden mit 71 Prozent mehr als zwei Drittel aller pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit versorgt, von denen 616.000 durch ambulante Pflegedienste betreut werden. Nach dem § 3 SGB XI (2015) ist das Ziel der Pflegeversicherung, die Pflege in der Häuslichkeit zu bewahren. Pflegefachkräfte sind Personen (Gesetz über Berufe in der Krankenpflege Krankenpflegegesetz KrPflG, 2003) mit einer dreijährigen Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger. Es gibt zunehmend mehr ältere Menschen (Bleses & Jahns, 2016, S. 131), deren bevorzugte Wohnform das eigene zu Hause ist und die grund- oder behandlungspflegerisch durch Pflegefachkräfte¹ betreut werden. Einen hohen Stellenwert hat unter anderem die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Pflegefachkräfte (Bleses & Jahns, 2016, S. 127), um einen möglichst langen Verbleib im Pflegeberuf zu gewährleisten. Kauffeld (2014, S. 248 f.) definiert das Empfinden von Stress durch eine als subjektiv bedrohlich empfundene Anforderung mit zu geringen zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und Faller und Lang (2016, S. 25 f.) sind der Ansicht, dass Stress im Körper eines Individuums entsteht, wenn die Anforderungen in einer Situation stärker sind als die Ressourcen und Möglichkeiten, die zur Bewältigung nutzbar werden. Der Stress kann negativ und positiv behaftet sein und wird meistens durch eine negative Situation verursacht (Ulich & Wülser, 2009, S. 60 f.), die für den Menschen ein großes Hindernis darstellt, das durch eigene Taten nicht bewältigt werden kann.

Die individuelle Bewertung in einer Situation entscheidet (Felfe, 2012, S. 99), ob das Individuum Eustress oder Distress empfindet, dabei ist für die Gesundheit die Erholungszeit nach einer Stressreaktion bedeutend.

¹ In dieser Arbeit sind ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte gemeint. Es wird auf eine geschlechterneutrale Schreibweise geachtet. Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird das ursprüngliche grammatische Geschlecht verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch jeweils das andere Geschlecht gemeint ist.

1.2. Zielsetzung

Aufgrund des demografischen Wandels und der Tatsache, dass immer mehr Pflegefachkräfte älter werden und davon weniger in ihrem Berufsfeld tätig sein möchten, ist es wichtig zu betrachten, wie eine möglichst lange Verweildauer im Beruf gewährleistet werden kann. Zunehmend mehr Berufstätige in der Pflege leiden an psychischen und körperlichen Belastungen und sehen sich dadurch nicht in der Lage, bis ins hohe Alter in der Pflege tätig sein zu können. Daraus resultiert eine große Versorgungslücke für die Organisationen und die zu Pflegenden. Es stellt sich die Frage, inwiefern die enorm hohen psychischen und körperlichen Belastungen im Pflegealltag Auswirkungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit haben. Ziel der Theoriearbeit ist, die Auswirkungen von Stress bei Pflegefachkräften zu thematisieren und Handlungsstrategien abzuleiten, um einen fortschreitenden Personalmangel in der Pflege zu verhindern. In der vorliegenden Arbeit wird das ambulante Pflegesetting näher betrachtet, da die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (Statistisches Bundesamt, 2015) zunehmend nachgefragt wird.

1.3. Aufbau

Die Theoriearbeit gliedert sich in acht Kapitel. In dem ersten Kapitel geht es um die Beweggründe und Motivation die Arbeit zu schreiben, also um den Hintergrund und die Zielsetzung. Das darauf folgende Kapitel beinhaltet die Methodik, in der das wissenschaftliche Verfahren zur Literaturgewinnung beschrieben wird. Im dritten Kapitel werden diverse Definitionsansätze, Auswirkungen von Stressoren, Ressourcen und die Stressreaktion am Beispiel des Transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman sowie Stressbewältigungsstrategien dargelegt. Das nächste Kapitel befasst sich mit dem ambulanten Pflegesetting und beinhaltet die Rahmenbedingungen und Besonderheiten im Berufsalltag. Das fünfte Kapitel beinhaltet eine eigene Zusammenführung der gefundenen Literatur in den Kapiteln drei und vier. Außerdem folgt eine Diskussion sowie werden abgeleitete Handlungsempfehlungen beschrieben. Das Fazit schließt diese Bachelorarbeit mit einer Stellungnahme zum Themengebiet ab.

2. Methodisches Vorgehen

Die Darstellung des aktuellen Wissenstandes hat durch eine umfassende systematische Literaturrecherche im Internet stattgefunden, die durch die bekannten Suchmaschinen (Google Scholar, SpringerLink, Base) und Datenbanken (Pubmed, PsycINFO, CINAHL) ermöglicht wurde. Hinzugezogen wurden Referenzlisten relevanter Beiträge sowie relevante Bücher zum Thema, die mittels Handsuche gesichtet wurden.

Die Literaturrecherche fand zwischen dem 02.05.2016 bis 23.05.2016 statt, somit umfasste der Suchzeitraum für die zugrunde liegende Literatur drei Wochen. In den Suchprotokollen wurden ausführlich Suchmaschinen, Datenbanken, Referenzlisten, Handsuchen und Schlüsselwörter notiert.

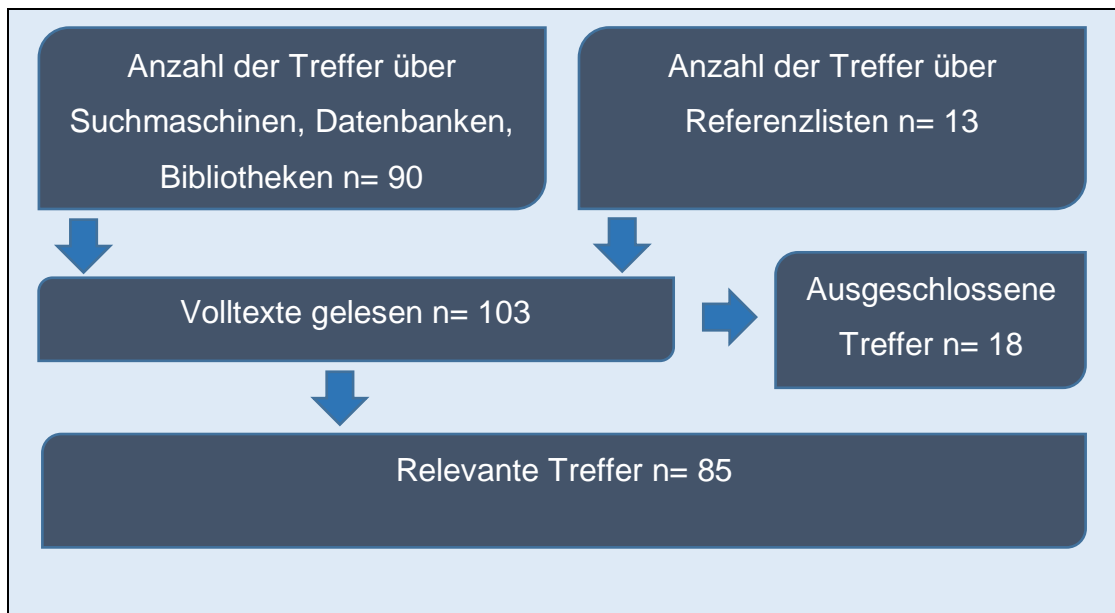


Abbildung 1 Literaturrecherche

In dieser Theoriearbeit werden die gewonnenen Erkenntnisse über Stress analysiert, präventive Handlungsempfehlungen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt und auf die Pflegefachkräfte im ambulanten Pflegesektor übertragen. In der vorliegenden Arbeit wurden Originalarbeiten, Studien, Artikel, Gesetzestexte und Bücher benutzt. Bei der Literaturrecherche wurden als Schlüsselwörter die Begriffe miteinbezogen, die im Zusammenhang mit „Stress“, „Pflegefachkräften“ und dem „ambulanten Pflegesetting“ stehen.

Als Platzhalter zwischen den gesuchten Begriffen wurden „UND“ oder „AND“ in Anspruch genommen, um auf Zusammenhänge in der Literatur zu stoßen. Es galten folgende Limits: Das Publikationsjahr durfte mit Ausnahme der Referenzlisten², ausgehend vom Zeitpunkt der Recherche nicht länger als zehn Jahre zurückliegen. Ein Einschlusskriterium der vorliegenden Arbeit war, dass die gesuchten Begriffe im Text enthalten sein mussten. Als Ausschlusskriterium galt, dass mehrfach vorkommende Treffer heraus genommen wurden, die Begriffe nicht im Text vorkamen oder die gefundene Literatur mit Ausnahme der Referenzlisten älter als zehn Jahre war. Die Studienqualität wurde mittels qualitativer und quantitativer Gütekriterien überprüft. Die qualitativen Studien wurden anhand der Gütekriterien Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung, Reflexivität und Flexibilität untersucht. Die quantitativen Studien wurden mittels quantitativer Gütekriterien wie Objektivität, Validität und Reliabilität von Forschung auf die Studienqualität untersucht.

² In dieser Arbeit weist die vor 2006 veröffentlichte und im Literaturverzeichnis aufgeführte Literatur auf die in Referenzlisten relevanter Beiträge gefundene Literatur hin.

3. Stress

In der Gesellschaft ist Stress eine allgegenwärtige Erscheinung, sowohl in der Familie als auch in der Freizeit und insbesondere auf der Arbeit leiden die Menschen unter Stress, der oftmals als Bedrohung empfunden wird. Laut Kaluza (2014, S. 54 f.) sind seit Mitte der 1980er Jahre die psychischen und körperlichen Belastungen im Berufsleben aufgrund von vermehrten Arbeitsaufgaben, materiellen sowie sozialen und organisatorischen Arbeitsbedingungen gestiegen. In den letzten zwei Jahren haben vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen Stress, Arbeitsdruck und fachliche Überforderung (Lohman-Haislah, 2012, S. 84, S. 88) bei ungefähr 43 Prozent der Beschäftigten zugenommen. Aufgrund der erwarteten Anforderungen und chronischen Belastungen im Berufsleben verzeichnen im Jahre 2013 um die 3,4 Millionen Erwerbstätige arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme (Crößmann & Schüller, 2015, S. 18) von denen 9,4 Prozent auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Ein Jahr später werden die psychischen Erkrankungen mit einem Anteil von 10,5 Prozent (Meyer, Böttcher & Glushanok, 2015, S. 341 f.) als eine der Ursachen für die vermehrten Fehlzeiten im Gesundheits- und Sozialwesen gesehen. Die Auswirkungen führen zudem auch zu hohen betriebswirtschaftlichen Kosten (Mainka-Riedel, 2013, S. 23) und laut Möller (2013, S. 56) führt Stress auch in der Pflege vor allem zu finanziellen und sozialen Beeinträchtigungen.

3.1 Definitionsansätze

Die Stressforschung geht auf den österreichisch-kanadischen Arzt und Biochemiker Hans Selye zurück (Kaluzza, 2014, S. 4), der in den 40er Jahren den Begriff Stress eingeführt hat und diesen als Auswirkungen von Belastungen und Veränderungen auf den Körper und die Psyche definierte. Es gibt verschiedene Definitionen von Stress, die im Folgenden dargelegt werden. Stress bezieht sich laut Benner und Wrubel (1997, S. 86) auf das Verständnis des Individuums, das sich bei den normalen Funktionen in einer Situation bedroht fühlt und dadurch eine Störung von Bedeutungs- und Sinnzusammenhängen erfährt. Nach Kaluzza (2015, S. 18 f.) ist Stress ein psychophysischer Zustand, der nicht kompensiert werden kann, eine unspezifische Reaktion im Körper auslöst und bei dem Abweichungen von der Homöostase vorliegen. Bei der Homöostase geht das harmonische Gleichgewicht zwischen dem Individuum und der Umwelt bei dem Gefühl von Stress verloren (Faller & Lang, 2016, S. 25 f.), sodass der Stress als eine unspezifische Antwort des Organismus auf eine Störung gesehen werden kann. Schwartz und Kailuwait (2006, S. 1) wiederum sind der Ansicht, dass Stress eine emotionale, kognitive, körperliche und verhaltensbezogene Reaktion auf die subjektiv erlebte Ungleichheit zwischen den Anforderungen an die Umwelt und den persönlichen, sozialen, instrumentellen und strukturellen Ressourcen ist. Kauffeld (2014, S. 248 f.) definiert das Empfinden von Stress durch eine als subjektiv bedrohlich empfundene Anforderung oder Situation mit zu geringen zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und Faller und Lang (2016, S. 25 f.) sind der Ansicht, dass Stress im Körper eines Individuums entsteht, wenn die Anforderungen in einer Situation stärker sind als die Ressourcen und Möglichkeiten, die zur Bewältigung nutzbar werden.

Nach den oben genannten Definitionsansätzen wird Stress als Folgereaktion gesehen, die aufgrund eines unkontrollierten Ungleichgewichts zwischen den individuellen und situativen, als bedrohlich empfundenen Anforderungen mit einer zu geringen Anzahl von zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten ausgelöst wird. Im Gegensatz dazu sieht Mainka-Riedel (2013, S. 55 f.) das Verursachen von Stress im Körper, aufgrund einer physischen und psychischen Reaktion auf Reize und für Plaumann und Walter (2006, S. 3) ist der Stress eine

psychosoziale Belastung in einer Situation, die Störungen, Ängste und Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens hervorruft. Ob das Individuum eine Anforderung als Bedrohung oder Herausforderung erlebt (Tewes, 2015, S. 152), hängt vor allem von der subjektiv-kognitiv vorgenommenen Bewertung ab. Aus diesem Grund sieht Möller (2013, S. 57) Stress als eine emotionale und individuelle Empfindung, bei der jedes Individuum andere Verhaltensweisen zeigt und für McIntosh und Sheppy (2013, S. 36) entsteht psychischer Stress ebenfalls durch eine subjektive und kognitive Einschätzung einer Person. Der Stress wird unterschieden in Eustress, der als positiver, herausfordernder Stress gesehen werden kann und Distress (Tewes, 2015, S. 152), der als Bedrohung erlebt wird. Üblicherweise wird Stress mit negativen Gefühlen assoziiert. Aus diesem Grund wird laut Dragano (2007, S. 74) unter Distress ein negativer, sich auf die Gesundheit auswirkender Stress bezeichnet, der oftmals mit bedrohlichen Gefühlen in Verbindung gebracht wird und in naher Zeit nicht überwindbar oder ins Positive umwandelbar scheint.

3.1.1 Stressoren und mögliche Auswirkungen

Die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz wirken sich auf die körperliche und psychische Gesundheit (Dragano, 2007, S. 69), in Form von muskuloskelettalen Beschwerden, Stresssymptomen, Befindlichkeitsstörungen, die durch arbeitsbedingte Veränderungen verringert werden könnten (Zok, 2011, S. 29), aus. Vor allem im Dienstleistungssektor, der sich aufgrund von Mehrbelastungen, ständigem Zeitdruck, Umstrukturierungen, einer Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitsverdichtungen körperlich und psychisch auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirkt (Hannack & Räder, 2011, S. 433 f.), haben sich die Arbeitsbedingungen durch Stress verändert. Ein indirekter Zusammenhang besteht zwischen Stress (Wimbush & Nelson, 2005, S. 201) sowie dem Auftreten von Krankheiten und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Laut Mainka-Riedel (2013, S. 109) werden durch Stress vor allem psychosomatische Erkrankungen ausgelöst, die sich auf Körper und Seele auswirken.

Die Stressoren sind potenzielle Stressauslöser (Vincent, 2011, S. 51) und können das Denkvermögen erheblich beeinträchtigen. Bei einer stressigen Situation

reagiert das vegetative Nervensystem eines Menschen, indem es die Wahrnehmung und das Denkvermögen einer Person einschränkt (Möller, 2013, S. 59) sowie die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Fehlern und inadäquaten Entscheidungen erhöht (siehe Abbildung 2 psychische und physische Auswirkungen von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Rensing et al., 2006, S. 283 f.).



Abbildung 2 psychische und physische Auswirkungen von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Rensing et al., 2006, S. 283 f.)

Die Reaktion eines Individuums auf eine belastende Situation wird als Stress bezeichnet (Faller & Lang, 2016, S. 25 f.), wobei der Auslöser der Belastung ein Stressor ist. Die Empfindung einer Situation ist individuell und ein Stressor ist eine Bedingung oder Situation (Plaumann & Walter, 2006, S. 5), die eine vorwiegend negative Reaktion im Körper des Individuums hervorruft. Im Berufsleben (Plaumann & Walter, 2006, S. 141 f.) gibt es aufgabenbezogene, physikalische, soziale und arbeitsorganisatorische Stressoren (siehe Tabelle 1 Eingruppierung von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1029 ff.).

Gruppierung von Stressoren	
aufgabenbezogene Störungen	Missverhältnis zwischen der Aufgabe und den Anforderungen zur Ausführung
	Störungen durch Unterbrechungen
	Beeinträchtigungen durch fehlende Informationen
	Missverhältnis zwischen Anspruch und erreichter Leistung
aufgabenbezogene Überforderungen	Zeitdruck, viele zu erledigende Aufgaben - quantitative Überforderung
	zu hohe Komplexität der Aufgaben - qualitative Überforderung
	Unterforderung durch eintönige Arbeiten
unvorteilhafte physikalische Umgebungsfaktoren	fehlende Bewegung durch monotone Benutzung des Körpers
	Lärm, Hitze, Schmutz
arbeitszeitliche Belastungen	unnachsichtige oder zu flexible Arbeitszeiten, Nacht- und Schichtarbeit
soziale Belastungen	Auseinandersetzungen, Konflikte mit Arbeitskollegen und Führungskraft, Kunden
	Mobbing, Aggressionen, sexuelle Belästigung
	Rollenkonflikte
psychische Belastungen	emotionale Disharmonie, Stress durch Kommunikation
	selbstwertbedrohendes Verhalten
körperliche Belastungen	schweres Heben, Tragen
	fehlende Bewegung durch monotone Benutzung des Körpers
organisationale Belastungen	Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Regulationshindernis
	Veränderungen im Unternehmen
	gesellschaftlicher Status, Wertschätzung und Anerkennung unfaires Verhalten, Ungerechtigkeit in der Organisation
private Belastungen	Work- Life- Balance, fehlende soziale Unterstützung, Konflikte

Tabelle 1 Eingruppierung von Stressoren – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1029 ff.)

Die Organisation spielt eine wichtige Rolle und sollte bei einer zu starken Belastung der Führungskräfte und Mitarbeiter im Sinne der Gesundheitsförderung (Stilijanow, 2012, S. 127) handeln. In der Arbeitswelt sind es die Führungskräfte, die bei den Anforderungen, Stressoren und Ressourcen eine wichtige Rolle spielen (Vincent, 2011, S. 51), da diese durch die Delegation von zu schweren Aufgaben und die Übertragung von zu vielen Aufgaben bei den Mitarbeitern Zeitdruck auslösen können und den Stress damit begünstigen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwiefern der Stress kompensiert werden kann. Im folgenden Kapitel werden die Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten erläutert, die sich auf den Stress auswirken.

3.1.2 Ressourcen und mögliche Auswirkungen

Im Gegensatz zu den Stressoren, die eine Stressreaktion auslösen, werden Merkmale, die den Umgang mit Stressoren erleichtern (Schuler, 2007, S. 179), als Ressourcen bezeichnet. Die Ressourcen werden in situative und personale Ressourcen unterteilt, vermindern negative Auswirkungen von Stress (Plaumann & Walter, 2006, S. 134) und sorgen dafür (Vincent, 2011, S. 51), dass die Anforderungen und Belastungen bewältigt werden können (siehe Tabelle 2 Ressourcen – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1041 ff.).

Ressourcen	
interne Ressourcen (personale Ressourcen)	soziale Kompetenzen – Beeinflussung von Konflikten
	Stressbewältigungsstrategien, Kontrollüberzeugungen
	berufliche, fachliche Kompetenzen – Vermeidung von qualitativer Überforderung
	Selbstwert, Selbstwirksamkeit, körperliche Ressourcen, Eigenverantwortlichkeit, Vertrauen
externe Ressourcen (situative Ressourcen)	Regulationsmöglichkeiten, mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten
	Handlungsspielraum, Kontrolle und Einflussmöglichkeiten, Anerkennung, Wertschätzung
	Autonomie, soziale Unterstützung durch Kollegen und Führungskraft (soziale Ressource)

direkte Wirkung von Ressourcen	Gesundheit und Wohlbefinden, Selbstwertgefühl
	Arbeitszufriedenheit
indirekte Wirkung von Ressourcen	Reduktion der Stressoren durch eingeschränkte Erreichbarkeit, Ablehnung von Aufgaben, Reduzierung von Unterbrechungen
Instrumentelle Unterstützung	konkrete Hilfeleistung auf der Arbeit durch Übernahme von Aufgaben
informale Unterstützung	Hilfeleistung bei der Einschätzung von Problemlösungen
Emotionale Unterstützung	Verständnis zeigen, zuhören, trösten

Tabelle 2 Ressourcen – eigene Darstellung in Anlehnung an (Zapf & Semmer, 2004, S. 1041 ff.)

Aus diesem Grund haben die Ressourcen direkten und maßgeblichen Einfluss auf das Ausmaß von Stress (Plaumann & Walter, 2006, S. 141 f.), denn durch diese kann die Zufriedenheit des Individuums wieder gesteigert werden. Die Ressourcen Handlungs- und Entscheidungsspielraum sowie soziale Unterstützung können bei Termin- und Leistungsdruck verhindern (Lohman-Haislah, 2012, S. 68 f.), dass es zu negativen gesundheitlichen Folgen kommt. In diesem Zusammenhang gewinnen die Führungskräfte an Bedeutung, da sie durch ihr Führungsverhalten einen hohen Einfluss auf die Stressempfindung und die Gesundheit der Mitarbeiter haben. Durch Handlungsspielräume, soziale Ressourcen, Wertschätzung und Anerkennung von Leistungen können die Führungskräfte die Ressourcen der Mitarbeiter beeinflussen (Vincent, 2011, S.51) und die Bewältigung der Anforderungen ermöglichen. Die Arbeitnehmer verfügen über Handlungsspielraum bei der Arbeitsplanung und Arbeitseinteilung, haben jedoch einen geringen Handlungsspielraum bezüglich der Arbeitsmenge (Lohman-Haislah, 2012, S. 69 ff.). Für den Arbeitnehmer ist es wichtig, einen Sinn in der Arbeit zu erkennen, sich wertgeschätzt zu fühlen, Entwicklungschancen zu bekommen und sich zugehörig als Teammitglied zu fühlen (Fischer, 2009, S. 56), um Höchstleistungen erbringen zu können. Nach dem „Anforderungs-Kontroll-Modell“ von Karasek und Theorell ist ein Kennzeichen der stressgefährdeten Arbeitsplätze vor allem die Kombination aus hohen quantitativen Anforderungen (Kaluza, 2014, S.55) sowie einem geringen Handlungs- und

Entscheidungsspielraum. Die Erfahrungen mit begrenzter Handlungskontrolle in einer herausfordernden Situation (Siegrist & Dragano, 2008, S. 305) lösen demnach eine Stressreaktion aus.

Die personen- und haushaltsbezogene Dienstleistung wird gering wertgeschätzt (Kocyba, 2012, S. 464 & S. 459 f.), aufgrund der Abwertung der Tätigkeiten, der Qualifikation und der zu geringen Bezahlung. Durch den hohen Arbeitsdruck sind die soziale Anerkennung und Wertschätzung des Individuums sowie Sicherheit entscheidend (Kaluza, 2014, S. 56 f.), um stressbedingten Krankheiten vorzubeugen. Die persönliche Wertschätzung spiegelt sich durch einen wertschätzenden Umgang zwischen den Führungskräften und Mitarbeitern in einer angenehmen Gestaltung der Arbeitsräume, Arbeitsmittel, persönlichen Belange und individuellen Entscheidungen (Kaluza, 2014, S. 56 f.) im Sinne der Arbeitnehmer wider. In diesem Zusammenhang hat das Führungsverhalten (Kaluza, 2014, S. 56 f.) einen großen Einfluss auf das Stresserleben der Mitarbeiter. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Anforderungen beziehungsweise subjektive Belastungen durch Ressourcen bewältigt werden können. Aus diesem Grund kommt es bei fehlenden Bewältigungsstrategien zu einer Stressreaktion.

3.1.3 Stressreaktion

Im Berufsleben treten vermehrt psychische Störungen auf (Siegrist & Dragano, 2008, S. 306), die durch körperliche und psychische Spannungszustände hervorgerufen werden, sodass sich diese langfristig gesehen negativ auf die Gesundheit auswirken und zu Arbeitsunfähigkeit oder Frührenten führen.

Das Modell der Stressampel (siehe Abbildung 3 Stressampel (Kaluza, 2015, S. 16) erklärt drei Ebenen bei einem Stressgeschehen und verdeutlicht, dass Stress durch äußerliche Stressoren, innerlich belastende Auslöser und eine Stressreaktion (Kaluza, 2015, S. 15 f.) durch körperliche und psychische Folgen von Belastungen im Körper ausgelöst werden.

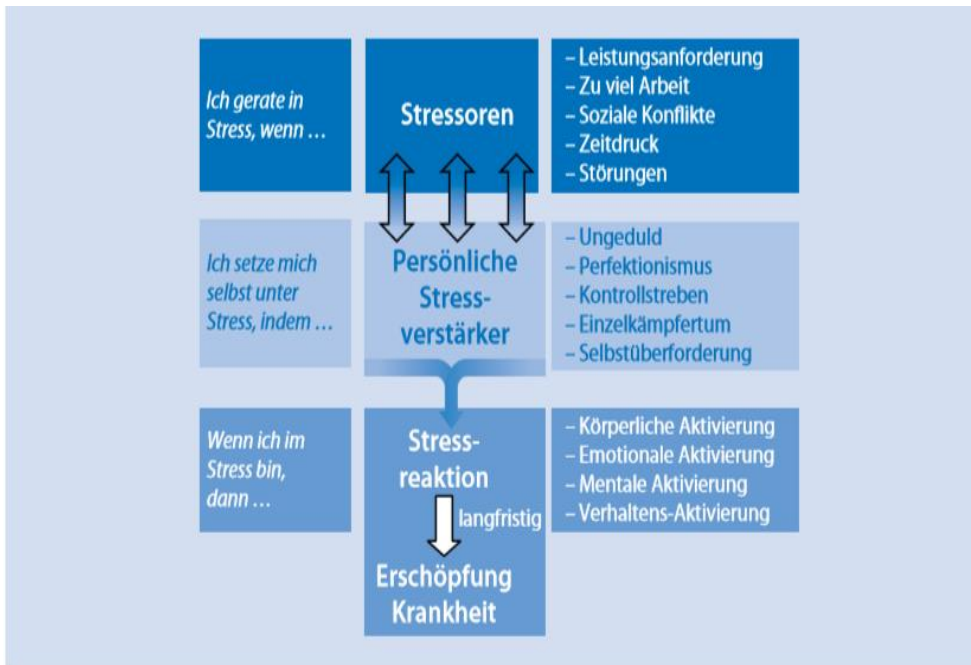


Abbildung 3 Stressampel (Kaluzza, 2015, S. 16)

Die subjektiven Einstellungen, Bewertungen und persönlichen Motive spielen in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle (Kaluzza, 2015, S. 16), da sie den Stress verstärken können und als Bindeglied zwischen den Stressoren und der Stressreaktion fungieren. Die Stressreaktionen sind situationsspezifisch und hängen mit der subjektiven Wahrnehmung, Reaktion sowie Bewertung eines Individuums zusammen (Kaluzza, 2015, S. 25 f.) und können aufgrund der persönlichen Bewältigungsstrategien sowohl als Herausforderung, die das Individuum bewältigt oder als Bedrohung, die unmittelbar nicht bewältigt wird (Faller & Lang, 2016, S. 25 f.), verstanden werden. Aus diesem Grund wird die Stressreaktion durch einen Stressor ausgelöst, bei dem die subjektive Bewertung als bedrohlich eingeschätzt wird und sich emotional-kognitiv zeigt (Mainka-Riedel, 2013, S. 81 f) auf der körperlichen Eben und Verhaltensebene. Die Stresszustände sind hinsichtlich ihrer Wirkung (Rensing, 2006, S. 254) durch den Stressor zu unterscheiden. Die äußeren Anforderungen, die eine Stressreaktion auslösen, werden als Stressoren bezeichnet und die körperlichen, kognitiv-emotionalen Prozesse, die das Individuum aufgrund eines Stressors erlebt (Kaluzza, 2015, S. 16 f.), bezeichnet man als Stressreaktion. Eine Stressreaktion ist eine notwendige Reaktion auf Bedrohungen (Faller & Lang, 2016, S. 25 f.) und setzt den Körper physiologisch in Kampf oder Flucht. Der Körper schüttelt vermehrt Hormone aus

und aktiviert das autonome Nervensystem (Rensing et al., 2006, S. 110), sodass dem Individuum Energie zur Verfügung gestellt wird, die den Stoffwechsel steigert und die Durchblutung anregt. Laut Dragano (2007, S. 74) ist ein wesentliches Kennzeichen von Stress der Stressreiz und die daraus resultierende Stressreaktion, die nach Kaluza (2015, S. 17 f.) ausgelöst oder intensiviert wird, wenn das Individuum durch einen individuellen Stressverstärker eine Situation als bedrohlich bewertet. Dennoch wirkt sich eine Stressreaktion langfristig gesehen bei einer stark anhaltenden Belastung durch die Arbeit oder aufgrund offener Konflikte körperlich, psychisch, kognitiv und emotional (Möller, 2013, S. 67) auf das Wohlbefinden eines Individuums aus. Die erfolgreichen Bewältigungsstrategien einer akuten Stresssituation werden im Gehirn gespeichert (Kaluza, 2015, S.25 f.) und in belastenden Situationen genutzt. Die Folgen einer Stressreaktion sind körperliche und psychische Symptome, die sich langfristig gesehen negativ auf die Gesundheit auswirken (siehe Abbildung 4 akute körperliche Stressreaktion (Kaluza, 2015, S. 19).



Abbildung 4 akute körperliche Stressreaktion (Kaluza, 2015, S. 19)

Die kognitiven Stressmodelle sind für die psychologische Stressforschung bedeutend, weshalb eines der häufigsten Stresskonzepte das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman ist.

3.2 Kognitiv Transaktionale Stresstheorie von Lazarus & Folkman

Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman erklärt die Entstehung von Stress (Lazarus & Folkman, 1984, S. 38), wobei im Fokus die kognitiven und individuellen Bewertungsprozesse eines Reizes als Auslöser von Stress stehen und darüber entscheiden, ob Stress empfunden wird oder nicht. Der Stress wird demnach durch die intellektuelle und individuelle Abschätzung von Bewältigungsstrategien (Möller, 2013, S. 57 f.) erzeugt. Daraus lässt sich schließen, dass Stress zwar durch einen Reiz ausgelöst wird, jedoch im Zentrum des Transaktionalen Stresskonzepts die Stressbewältigungsstrategien eines Individuums stehen und in einer subjektiv bewerteten Situation entweder Stress auslösen können oder nicht. Das Zusammenwirken der Person und der Umwelt wird transaktional betrachtet. Aus diesem Grund wird Stress (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19) durch die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt und die subjektive Bewertung ausgelöst. Die Bewältigung wird in dem Stressmodell definiert als eine Gesamtheit von verändernden, kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen zur Handhabung von Anforderungen (Lazarus & Folkman, 1984, S. 141), die von dem Individuum bewertet werden. Im Mittelpunkt des Transaktionalen Stressmodells stehen die kognitiven Bewertungsprozesse eines Individuums (Lohman-Haislah, 2012, S. 15 f.), wobei zum einen die Situation als bedrohlich, herausfordernd, schädigend oder irrelevant eingeschätzt wird und zum anderen die Anforderungen der Situation mit den Ressourcen subjektiv bewertet und die Anforderungen abgeglichen werden (siehe Abbildung 5 Transaktionales Stressmodell – eigene Darstellung in Anlehnung an (Lazarus, 1991, S. 143 ff.; Mainka-Riedel, 2013, S. 78).

Die Bewertungsprozesse lassen sich in primäre Bewertung, sekundäre Bewertung und Neubewertung (Kauffeld, 2014, S. 248 f.) unterscheiden.

Die primäre Bewertung, die sich auf die sekundäre Bewertung auswirkt, wurde in die drei Kategorien in "Schaden-Verlust", "Bedrohung" und "Herausforderung" unterteilt (Lazarus & Folkman, 1984, S. 32 ff.), von denen eine Kategorie bei der Person-Umwelt-Transaktion vorliegen muss. Bei der primären Bewertung wird beurteilt, ob der Reiz irrelevant, positiv oder stressend wahrgenommen wird

(Lazarus und Folkman, 1984, S. 32 ff.), wobei der Stress schädigend, bedrohlich oder herausfordernd sein kann. Der Mensch schätzt die individuelle Situation selbstständig ein und entscheidet (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19), ob diese eine Herausforderung mit Bewältigungsmöglichkeiten sein wird oder eine Bedrohung, bei der die Kompetenz zur Bewältigung nicht ausreicht. Bei Schaden-Verlust fühlt sich die Person bei der Einhaltung der individuellen Sollwerte gefährdet und eine Schädigung wird wahrgenommen. Bei der Bedrohung ist die Schädigung noch nicht eingetreten und Angst wird verursacht. Die Herausforderung wird nicht als potenzielle Schädigung bei der Transaktion gesehen (Kaluza, 2015, S. 44 ff.), sondern als eine schwer zu bewältigende aber mit positiven Folgen erreichte Anforderung. Die sekundäre Bewertung erfolgt bei einer Einschätzung von einer bedrohlichen Situation, die sich auf die Ressourcen einer Person bezieht und nach Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Stressor sucht. Im letzten Schritt erfolgt (Lazarus & Folkman, S. 32 ff.), je nach Ausmaß des Erfolges einer Bewältigung, eine Neubewertung des Ursprungsreizes, aufgrund neuer Informationen.

Laut Felfe (2012, S. 99) ist die Bewältigung des individuellen Stressors, also das sogenannte Coping, entscheidend für die Neubewertung einer Situation.

Die Neugestaltung und Neubewertung der Intensität und emotionalen Reaktion auf Stress (Lazarus & Folkman, 1984, S.38) geschieht aufgrund der autonom ablaufenden primären und sekundären Bewertungsprozesse. In diesem Zusammenhang findet die Neubewertung einer Situation, die sich auf die primäre und sekundäre Bewertung auswirkt (Lazarus & Folkman, 1984, S. 38), statt.

In Abhängigkeit von dem Erfolg der Bewältigung in einer Situation (Lohman-Haislah, 2012, S. 15 f.) werden die Bewältigungsstrategien selektiert und Neubewertet. Durch eine subjektive Abweichung zwischen der Anforderung und den eigenen Ressourcen kommt es nach dem Transaktionalen Stressmodell (Kaluza, 2015, S. 44 ff.) zur Entstehung von Stress.

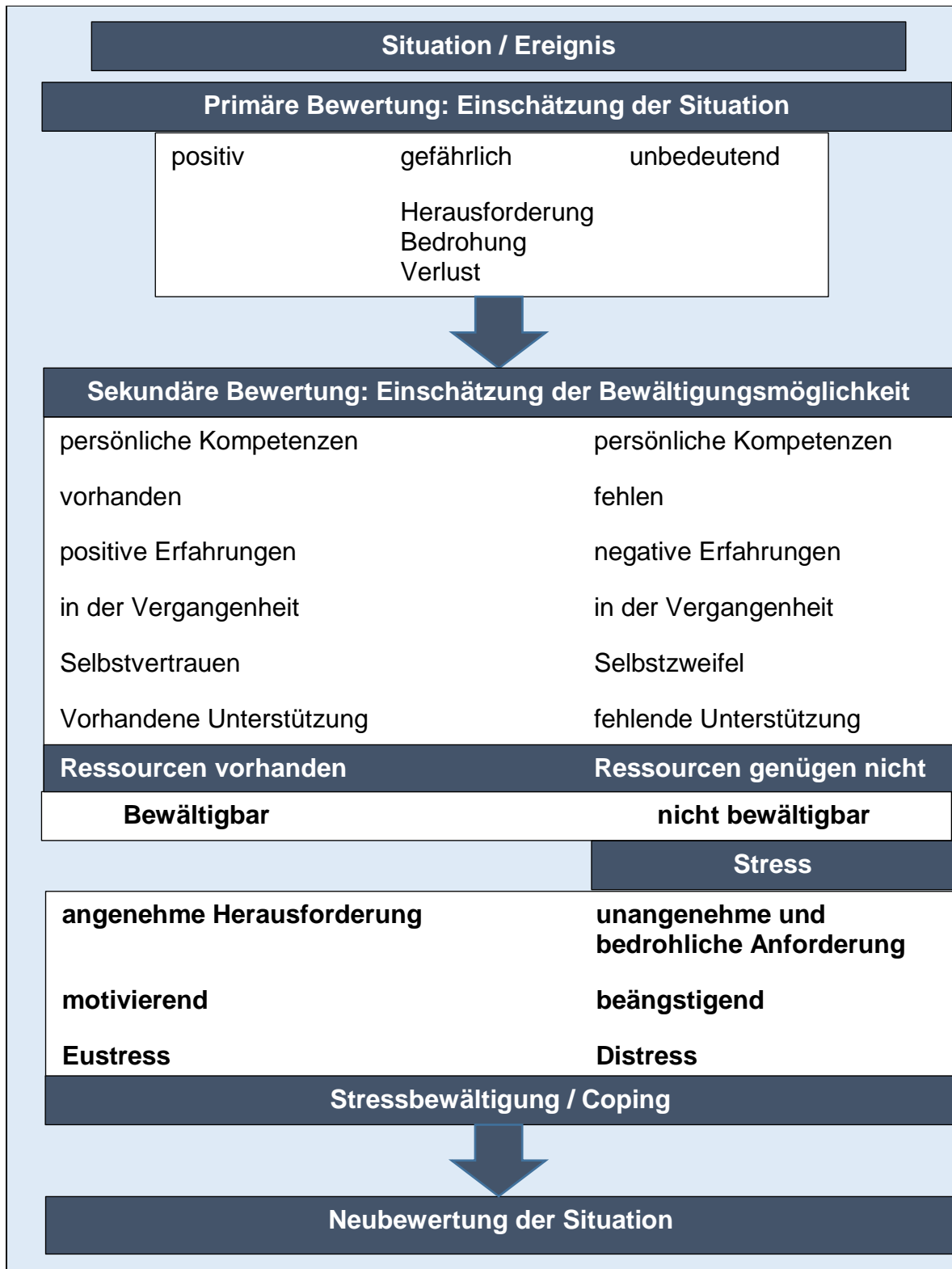


Abbildung 5 Transaktionales Stressmodell – eigene Darstellung in Anlehnung an (Lazarus, 1991, S. 143 ff.; Mainka-Riedel, 2013, S. 78)

3.3 Stressbewältigungsstrategien

Auf eine subjektiv bedrohlich bewertete Situation reagiert der Körper mit körperlichen Symptomen und Stress. Die Stressbelastung empfindet jeder Mensch unterschiedlich stark. In diesem Zusammenhang spielt die Stressbewältigung eine wichtige Rolle, da diese für die psychische und physische Gesundheit sorgt. Im Folgenden wird auf einige der Stressbewältigungsstrategien eingegangen. Möglichkeiten der Stressbewältigung und Verringerung einer Stressreaktion sind ein Ansatz des Transaktionalen Stressmodells (Renneberg & Schütz, 2006, S. 135) sowie eine Vermeidung von stressauslösenden Situationen am Arbeitsplatz und zusätzlich entstehende Ressourcen für Mitarbeiter. Die Stressbewältigung ist die Art und Weise, wie der Stress bewältigt wird (Tameling, 2004, S. 30) und laut Lazarus und Folkman (1984, S. 141 f.) ein Prozess der Person-Umwelt-Auseinandersetzung, um stressbedingte Probleme zu verringern. Die Bewältigung beinhaltet all das, was die Menschen tun, wenn sie sich in ihren Bedeutungs- und Sinnzusammenhängen bedroht fühlen (Benner & Wrubel, S. 89) und ist dadurch an die belastende beziehungsweise als stress empfundene Situation gebunden. Die Fähigkeit eines Individuums, körperlichen und seelischen Stress und Belastungen im Privatleben oder Beruf zu bewältigen (Möller, 2013, S. 61), nennt man Stressbewältigungskompetenz.

Wenn das Individuum die Herausforderung als bedrohlich einschätzt (Siegrist & Dragano, 2008, S. 305), werden vermehrt negative Gefühle ausgeschüttet und Bewältigungsstrategien hervorgerufen, die zur Bewältigung nützlich sind.

Zur Bewältigung von Stress ist es wichtig (Schneglberger, 2010, S. 59), dass Copingstrategien genutzt werden. Als Coping wird ein Versuch bezeichnet mit einem Stressor umzugehen (Lohman-Haislah, 2012, S. 15 f.), sodass abhängig von der individuellen Situation, der Persönlichkeit und der subjektiven Wahrnehmung jede Bewältigungsstrategie nützlich sein kann. Das Ziel des problemzentrierten Copingverhaltens (Lohman-Haislah, 2012, S. 15 f.) ist die Lösung des Problems während bei dem emotionsorientierten Copingverhalten die Verringerung einer Belastung bedeutend ist.

Zur Verringerung von Stress ist es ebenfalls notwendig (Renneberg & Schütz, 2006, S. 135), stressbedingte Situationen zu vermeiden. Eine effektive Stressbewältigung

nutzt vorhandene Ressourcen und ist ein Zusammenspiel von instrumentellen, kognitiven und regenerativen Copingstrategien (Kaluzka, 2015, S. 67 f.) und kann an den Stressoren, Einstellungen und Bewertungen sowie an der Stressreaktion ansetzen. Das instrumentelle Stressmanagement erfolgt bei Belastungssituationen (Kaluzka, 2015, S. 63 f.) und setzt an den Stressoren am Arbeitsplatz an, um zukünftig die Arbeits- und Lebensbedingungen stressfrei zu gestalten. Das regenerative Stressmanagement dient dazu, die körperliche und psychische Stressreaktion zu regulieren und den Spannungszustand durch Bewältigungsmöglichkeiten abzuwandeln (Kaluzka, 2015, S. 64), während das strukturelle Stressmanagement (Kaluzka, 2015, S. 68) die über das Individuum hinaus gehenden belastenden Strukturen verändern möchte. Das mentale Stressmanagement setzt bei den persönlichen Stressverstärkern an (Kaluzka, 2015, S. 64), mit dem Ziel der Entwicklung von Denkmustern und Einstellungen, die für den Umgang in einer stressigen Situation hilfreich sind. Die reaktiven Stressmanagementtechniken und die proaktiven-kognitiv-behaviorialen Stressmanagementprogramme haben das Ziel (Günthner & Batra, 2012, S. 184), die Bewältigungsstrategien in einer Situation zu verbessern und die Einstellungen eines Individuums zu verändern. Das präventive Stressmanagement (Günthner & Batra, 2012, S. 183 f.) dient dem Erhalt der Gesundheit und wird unterschieden in umgebungs- und situationsbezogene sowie personenbezogene Ansätze. Für die Stressprävention am Arbeitsplatz ist es nicht ausreichend, bloß die Stressbewältigungsfähigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den körperlichen und psychischen Anforderungen zu fördern (Kaluzka, 2014, S. 58), sondern auch strukturelle Maßnahmen in Form von gesundheitlichen Gestaltungen der Arbeitsaufgaben, Arbeitsabläufe und des Führungsstils zu ergreifen. Die Balance für die Phasen der Anspannung und Entspannung sind entscheidend (Kaluzka, 2014, S. 86), um sich von den Anforderungen zu distanzieren und zu erholen.

Zur Gesundheitsförderung zählen laut Müller (2013, S. 62) flexible Arbeitszeitmodelle wie Teilzeit, Freizeitausgleich oder Geld für Überstunden, Rückenschule, Ernährungsberatung, Stressbewältigungstraining, Meditation, Ruheräume, Vergünstigungen für Fitnessstudios, familienfreundliche Angebote, spezielle Angebote für ältere Mitarbeiter und psychosoziale Unterstützungsangebote. Der Körper wird vermehrt durch Entspannungsmethoden,

Meditation, Yoga und Sport wahrgenommen und die Stressreaktion laut Möller (2013, S. 66 f.) dadurch gelindert.

Im Zusammenhang mit den Stressbewältigungsstrategien steht das "Modell der Salutogenese" von Antonovsky (Antonovsky, 1997, S. 26), das die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit beschreibt und kognitive Bewältigungsstrategien zur Abwendung von gesundheitlichen Risiken betont. Die Salutogenese geht der Frage nach (Dost, 2014, S. 52), was Individuen trotz Belastungen und Stressoren gesund hält. In dem Modell der Salutogenese von Antonovsky wirken die Stressoren auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1997, S. 26) in krankmachender, neutraler und gesundheitsförderlicher Richtung abhängig von den Copingstrategien. Der Mensch bewegt sich während seines Lebens zwischen Gesundheit und Krankheit (Moock, 2016, S. 64), wobei Stressoren und Ressourcen je nach subjektiver Empfindung gesundheitsfördernd oder krankheitsverstärkend wirken. Die Bewältigung hängt von den in der Situation vorhandenen generalisierten Widerstandsressourcen ab. Inwiefern diese genutzt werden (Antonovsky, 1997, S. 43 ff.), entscheidet nach Antonovsky, das Empfinden von Kohärenz. Das Kohärenzgefühl besteht aus der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Die Individuen mit einem starken Kohärenzsinn können in Stresssituation die Bewältigungsstrategien besser nutzen und flexibler reagieren (Antonovsky, 1997, S. 34), sodass sie sich in Richtung Gesundheit bewegen.

4. Ambulante Pflege

In den ambulanten Pflegediensten arbeiten ausgebildete und kompetente Mitarbeiter, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege, Betreuung, Durchführung von behandlungspflegerischen, grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen in ihrer Häuslichkeit unterstützen. Die Pflegefach- und Hilfskräfte sind mobil unterwegs und kommen zu den Betroffenen nach Hause, was für diese den Vorteil bietet, trotz Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit versorgt zu werden. Einer der Gründe für die im Jahre 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherung war es (Slotala, 2011, S. 19), durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflege die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten. In diesem Kapitel werden die gesetzlich geltenden Rahmenbedingungen näher erläutert, nach denen sich die ambulanten Pflegedienste richten müssen. Diesbezüglich wird im Folgenden auch auf die Finanzierung und die Leistungen in der ambulanten Pflege eingegangen.

4.1 Rahmenbedingungen

Nach dem § 3 SGB XI (2015) gilt, die Pflege in der Häuslichkeit vor der stationären Pflege zu bewahren. Ein Ziel in den 1970er und 1980er Jahren war es, die Krankenhäuser zu entlasten (Slotala, 2011, S. 18), indem der Bereich der ambulanten Pflege für die Versorgung der pflege- und hilfebedürftigen Menschen in den Vordergrund getreten ist. Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) werden unter ambulanten Pflegediensten selbstständig wirtschaftende Einrichtungen mit ausgebildeten Pflegefachkräften verstanden, die hilfebedürftige Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit pflegen, hauswirtschaftlich versorgen und behandlungspflegerische Maßnahmen ausführen. Pflegefachkräfte sind Personen mit einer dreijährigen Ausbildung, dazu zählen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger. Die Rahmenbedingungen haben für die ambulante Pflege einen hohen Stellenwert (Neumann & Spöthe, 2015, S. 13 ff.), da Veränderungen dieser unmittelbare Auswirkungen des Pflegeberufs nach sich ziehen.

Ein ambulanter Pflegedienst hat organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995), zu denen die Anzeige und Aufnahme bei den zuständigen Behörden, eine Mitgliedschaft in einer Genossenschaft, Berufs-Betriebshaftpflichtversicherung, Führungszeugnisse und Gesundheitszeugnisse für die Pflegekräfte gehören. Der ambulante Pflegedienst ist ständig erreichbar (Rahmenvertrag nach §132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, 1998), auch an Wochenenden und Feiertagen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995) prüft die Einrichtungen hinsichtlich der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten in Gegenwart der Pflegedienstleitung. Der Pflegebedürftige kann sich einen Pflegedienst (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995), der unter anderem Pflegeeinsätze durchführt, selbst aussuchen und diesen über den Leistungsanspruch bei der Pflegekasse informieren. Nach dem § 75 SGB XI (2015) schließen die Pflegekassen mit den Landesverbänden, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Verband der privaten Krankenversicherung und mit den ambulanten Pflegeeinrichtungen Rahmenverträge ab, die eine wirksame, wirtschaftliche und pflegerische Versorgung der Versicherten sicherstellen sollen.

4.1.1 Finanzierung der Versorgung

Die Vergütung von Pflegeleistungen in einem ambulanten Pflegedienst ist bundeslandspezifisch. Der ambulante Pflegedienst (Hielscher et al., 2011, S. 93 f.) schließt mit den zuständigen Kostenträgern Vergütungsvereinbarungen ab. Die Grundlage für die Vergütung der Pflegesachleistungen sind die Leistungskomplexe (Büscher et al., 2007, S. 344), deren Ausmaß und Kosten in den Vergütungsverhandlungen zwischen den ambulanten Pflegediensten und ihren Verbänden sowie den Pflegekassen ausgehandelt werden. Die ambulanten Pflegedienste haben mit den Krankenkassen Verträge abgeschlossen (Slotala, 2011, S. 40), in denen die Kosten und der Umfang der Leistungen und die Art der Abrechnung vorhanden sind, dennoch bedarf es vor Inanspruchnahme von Leistungen einer Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind zum einen Leistungen zur Vermeidung eines Krankenhauses, zum anderen dienen sie der Sicherung der Pflege (Slotala, 2011,

S. 40) und bedürfen einer ärztlichen Verordnung mit einem befristeten Zeitraum, die von der Krankenkasse finanziert und genehmigt wird. Die Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Leistungen spielt eine wichtige Rolle. Empfängt der Pflegebedürftige Leistungen nach dem SGB V und nach dem SGB XI (Rahmenvertrag nach §132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, 1998), werden diese Leistungen zusammen an einem Tag erbracht und fokussieren sich auf das notwendigste Maß. Die Finanzierung der Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes erfolgt aufgrund der sozialen Sicherung (Slotala, 2011, S. 27) durch die Pflegeversicherung nach dem SGB XI, die Krankenversicherung nach dem SGB V, die Sozialhilfe nach dem SGB XII, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der privaten Haushalte. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nur zum Teil finanziert. In diesem Zusammenhang spricht man von der sogenannten „Teilkasko-Versicherung“. Aus diesem Grund wird ein Teil der Kosten für die Leistungen (Slotala, 2011, S. 35) durch private Haushalte selbst finanziert.

Nach dem § 14 SGB XI (2015) ist ein Individuum pflegebedürftig, wenn es aufgrund einer psychischen, physischen Erkrankung oder Behinderung in den Aufgaben des alltäglichen Lebens für mindestens sechs Monate Unterstützung benötigt. Die Pflegestufen I, II und III werden im § 15 des SGB XI (2015) definiert. Sie richten sich nach dem Zeit und Unterstützungsbedarf und werden laut Slotala (2011, S. 31) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ermittelt. Die pflegebedürftigen Kunden mit einer Pflegestufe haben die Möglichkeit (Hielscher et al., 2011, S. 89) zwischen Geldleistungen, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen (Geld- und Sachleistung) auszuwählen. Aufgrund des Pflegeversicherung-Weiterentwicklungsgesetz wird der Leistungsumfang der Pflegesachleistungen je nach Pflegestufen jährlich erhöht (Slotala, 2011, S. 31) und falls die Pflegebedürftigen durch ihre Angehörige versorgt werden, ein entsprechendes Pflegegeld in der jeweiligen Stufe bezahlt. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in einem ambulanten Pflegedienst hat zur Folge (Hielscher et al., 2011, S. 89), dass das private Pflegegeld von den pflegebedürftigen Kunden reduziert und aufgrund der „Teilkasko Pflegeversicherung“ eine Zuzahlung notwendig wird. Wenn ein pflegebedürftiger Mensch oder ein Angehöriger des Betroffenen (Slotala, 2011, S. 32) die Leistung der in Anspruch genommenen

Versorgung nicht finanzieren kann, wird die Sozialhilfe die Kosten übernommen. Den Pflegekassen ist die Gewährung für die ambulanten Leistungen der Pflege nur gestattet (§ 72 SGB XI, 2015), wenn mit den Einrichtungen ein Versorgungsvertrag besteht.

4.1.2 Leistungen

In der ambulanten Pflege werden die Leistungen der Pflege in Leistungskomplexe zusammengefügt. Die Vergütung richtet sich nach dem zeitlichen Umfang (Slotala, 2011, S. 32) der erbrachten Leistungen. Der Inhalt der Pflegeleistung, der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Tätigkeiten zur Unterstützung und der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen des alltäglichen Leben (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 SGB XI, 1995) sind im Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung geregelt. Es gibt auch Pflegehilfsmittel (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995), die der Pflegebedürftige zur Förderung der Selbstständigkeit nutzen kann. Der Rahmenvertrag nach § 132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (1998) regelt den Inhalt, den Umfang, die Vergütung und Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wobei der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur für Betroffene gilt, die in ihrem eigenen Haushalt oder bei der Familie leben.

Die Leistungskomplexe sind länderspezifisch (Hielscher et al., 2011, S. 94), sodass jedes Bundesland unterschiedliche Preise hat. Sie beinhalten vierzehn grundpflegerische und acht hauswirtschaftliche komplexe Leistungen, denen Punktzahlen, die den Aufwand widerspiegeln, zugeteilt sind. Nach dem § 45 b SGB XI (2015) steht den Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ein gewisser Betrag für Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu. Der ambulante Pflegedienst handelt auf Basis der Verordnung des Arztes und die Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist die genaue Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Leistungen durch den Leistungserbringer (Rahmenvertrag nach §132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, 1998).

Die Durchführung und Organisation der Pflege (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995) erfolgt nach medizinisch pflegerischen Erkenntnissen. Jeder ambulante Pflegedienst kann bei einem Erstbesuch eines potenziellen Kunden individuell passende Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB V zusammenstellen. Die Anfahrt zu einem Kunden lohnt sich für den ambulanten Pflegedienst mehr (Hielscher et al., 2011, S. 95 f.), wenn ein großes Paket an Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI einkauft wird. Die pflegebedürftigen Kunden können nicht einzelne Leistungen aus den Leistungskomplexen herausnehmen und sich einen eigenen Komplex zusammenstellen lassen (Hielscher et al., 2011, S. 94), denn die Leistungskomplexe sind wie ein Paket zu betrachten, haben unabhängig von den Pflegestufen festgelegte Preise und müssen bei Inanspruchnahme bezahlt werden. Die pflegerischen Leistungen können nach dem § 89 SGB XI (2015) für den dafür entsprechenden Zeitaufwand nach Leistungskomplexen oder in besonderen Fällen nach Einzelleistungen vergütet werden. Laut dem BMG (2015) bekommt der Pflegebedürftige bei der Wahl eines Zeitkontingentes von einem ambulanten Pflegedienst einen Kostenvoranschlag, bei dem die Abrechnung nach Leistungen (Leistungskomplex) mit der Abrechnung nach Minuten oder Stunden verglichen wird und der Kunde über die Abrechnungsart entscheidet.

4.2 Besonderheiten im Berufsalltag

In der heutigen Zeit kann jeder Mensch von einer Pflege- und Hilfebedürftigkeit betroffen sein, ob zufällig durch einen Unfall, langfristig durch Erkrankungen und Behinderungen oder durch den menschlichen Alterungsprozess. Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) ist die Anzahl der ambulant zu versorgenden Pflegebedürftigen um 6,9 Prozent gestiegen. Das ambulante Pflegesetting ist ein wachsender, bedeutender und ökonomischer Versorgungssektor im Gesundheitswesen (Meißner, 2012, S. 52), der sich an den Bedürfnissen der Kunden orientiert. Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) werden mit 71 Prozent mehr als zwei Drittel aller pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit versorgt, von denen 616.000 durch ambulante Pflegedienste und nur 29 Prozent vollstationär betreut werden. Die personelle Ausstattung eines ambulanten Pflegedienstes (Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung, 1995) muss bedarfsgerecht und fachlich qualifiziert sein. Laut Stagge (2016, S. 74) liegt der Anteil von Pflegefachkräften im ambulanten Bereich bei ungefähr 52 Prozent und im stationären bei 31 Prozent. In der ambulanten Pflege macht sich der Pflegefachkräftemangel deshalb bemerkbar (Meißner, 2012, S. 56), weil für die Durchführung entsprechender Leistungen fachliches und qualifiziertes Personal eingesetzt werden muss.

Die am meisten bevorzugte Wohnform ist die eigene Häuslichkeit (Bleses & Jahns, 2016, S. 131) und der ambulante Pflegesektor wird verstärkt nachgefragt. Das ambulante Pflegesetting ist komplex, da an der Versorgung der pflege- und hilfebedürftigen Personen unterschiedliche Träger verantwortlich und beteiligt sind (Sulmann, 2010, S. 44): der Betroffene selbst, der über die Maßnahmen der Unterstützung entscheidet, Angehörige, Bezugspersonen, Ärzte, Krankenkassen und gegebenenfalls das Sozialamt. Ein Ziel in der ambulanten Pflege ist, die in Anspruch genommenen Leistungen, unter Bewahrung der Autonomie und Berücksichtigung der individuellen Wünsche der pflege- und hilfebedürftigen Kunden sowie ihrer Bezugspersonen (Sulmann, 2010, S. 45), anzupassen. Die ambulante Pflege (Naegele, 2011, S. 406) sichert in diesem Zusammenhang die Lebensqualität im Alter und fördert die Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation.

4.2.1 Handlungsfeld

Das "uno-actu Prinzip" ist ein wichtiges Kennzeichen der personenbezogenen Dienstleistung (Glatzer, 2011, S. 354), bei dem die Leistungen durch eine Pflegefachkraft unter Einbeziehung der zu Pflegenden (Naegele, 2011, S. 407) durchgeführt werden. Die Pflege findet in der Häuslichkeit der Betroffenen statt, einem Ort des persönlichsten Lebensumfeldes eines Menschen, in denen die Pflegefachkraft ein Besucher ist, direkten Einfluss auf die Pflegebetreuung hat (Sulmann, 2010, S. 44) und nach Bleses und Jahns (2016, S. 133) ohne Erbringung einer Leistung nicht verbleiben kann. Laut Bleses und Jahns (2016, S. 131) führt der demografische Wandel zu einem Anstieg der älteren Bevölkerung und vor allem im Gesundheitsbereich dazu, dass es immer weniger junge Menschen gibt, die den Beruf der Pflege erlernen möchten, aufgrund der körperlichen und psychischen Belastungen, die im Vergleich zu der Vergütung als zu stark empfunden werden. Fischer (2009, S. 63) sieht durch den demografischen Wandel auch älter werdende Arbeitnehmer, wobei der Anteil an chronisch erkrankten Mitarbeitern wächst. Die hohen psychischen und körperlichen Anforderungen führen dazu (Bleses & Jahns, 2016, S. 131), dass die Wochenarbeitszeit auf die Arbeit in Teilzeit reduziert wird, um bei den vorhandenen Belastungen einen angemessenen Ausgleich zu bekommen. In Deutschland arbeiten mit 44 Prozent vorwiegend Frauen in einem Teilzeitverhältnis (Lohman-Haislah, 2012, S. 41), Männer lediglich zu 6 Prozent. Das Statistische Bundesamt (2015) bestätigt, dass die Mehrzahl der Beschäftigten und zwar 70 Prozent in Teilzeit und lediglich 27 Prozent in Vollzeit, in einem ambulanten Pflegedienst arbeiten. Ein wesentliches Merkmal der Pflegebranche ist die Ausübung der Pflegetätigkeit in Schichtarbeit (Bleses & Jahns, 2016, S. 131), die gekennzeichnet ist, von unerwarteten Ausfällen und Einspringen im Krankheitsfall und einer hohen Flexibilität der Arbeitnehmer, unter anderem auch durch die ständige Erreichbarkeit an freien Tagen. Die Konsequenzen langjähriger Schichtarbeit in Voll- oder Teilzeit (Brenscheidt & Beermann, 2012, S. 117 ff.) sind oftmals gesundheitliche Probleme, negative soziale Folgen und Überforderung.

Laut Spicker (2008, S. 23) erfolgt die Arbeit im Außendienst, sodass weniger Kontakt zu den Vorgesetzten und Arbeitskollegen besteht, fehlende Räume zur Durchführung einer Pause, Sanitäreinrichtungen und gegebenenfalls eine weitere

Pflegeperson, die bei der Pflege eines Kunden helfen könnte, nicht vor Ort sind. Durch die Wegezeiten kann es zu Zeitdruck kommen. In der ambulanten Pflege arbeiten die Pflegefachkräfte selbstständig in den Touren und übernehmen die Verantwortung für die Grund- und Behandlungspflege am Kunden (Bleses & Jahns, 2016, S. 133), sodass das Vorhandensein einer fachlichen Kompetenz für die Arbeit in einem ambulanten Pflegedienst eine Voraussetzung ist. Ein wesentliches Kennzeichen in der ambulanten Pflege (Spicker & Schopf, 2007, S. 12) ist die Interaktion zwischen Pflege-, Betreuungsperson und Kunden. Des Weiteren ist es bedeutend, dass unerwartete Ereignisse bei der situationsabhängigen Arbeit anfallen können, die unter anderem durch den Zutritt am Arbeitsplatz (eigene Häuslichkeit der Kunden), unterschiedliche Befindlichkeiten der Kunden, das Fehlen von Pflegehilfsmitteln oder Unklarheiten bei den ärztlich verordneten Leistungen auftreten können. Aus diesem Grund kann die Arbeit nicht alltäglich nach Plan ablaufen (Spicker & Schopf, 2007, S. 12), sondern muss auf die jeweilige Situation und Befindlichkeit der Kunden abgestimmt werden. Der Arbeitsgegenstand in der ambulanten Pflege ist ein individuell handelnder Mensch (Kunze, 2011, S. 595), der auf Zuwendung, Motivation sowie Unterstützung von der Pflegefachkraft angewiesen ist.

Die Durchführung von Leistungen in einem ambulanten Pflegedienst wird geplant, sodass es mehrere Touren in Schichtarbeit gibt. Bei der Tourenplanung wird auf die fachliche Qualifikation geachtet. Die Übergabe der Touren erfolgt im Büro (Bleses & Jahns, 2016, S. 135) zwischen der Pflegekraft und der mittleren Führungskraft, da die professionell Pflegenden sich kaum begegnen. Ein Kennzeichen für die Durchführung von Tätigkeiten in der Pflegebranche ist die interaktive Arbeit zwischen den Pflegefachkräften und den zu Pflegenden (Birken & Menz, 2014, S. 241 f.), bei der die Arbeit an und mit dem Menschen zusammen stattfindet. Die Betreuung in einem ambulanten Pflegedienst erfolgt meistens über Monate und Jahre (Spicker, 2008, S. 23), sodass eine vertrauensvolle Basis die Voraussetzung für einen Beziehungsaufbau zwischen den Pflegefachkräften und den Kunden ist. Aus diesem Grund hat laut Spicker (2008, S. 23) der lange Versorgungszeitraum einen direkten Einfluss auf die Art der Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Kunden. Die Hilfebedürftigen vertrauen bei der Durchführung von Maßnahmen (Naegele, 2011, S. 407 ff.) den Pflegefachkräften. Zum einen ist die

personenbezogene ambulante Pflege ein Erfahrungsgut (Naegele, 2011, S. 407 ff.), da die Leistungen nicht vor der Inanspruchnahme geprüft werden können, sondern nach der Erbringung erst beurteilt werden. Zum anderen ist diese ein Vertrauensgut, bei dem eine hohe Übernahme von Verantwortung und fachliche Qualifikation an das Pflegepersonal vorausgesetzt werden.

4.2.2 Aufgaben der Pflegefachkräfte

In der Rahmenberufsordnung des deutschen Pflegerates (Deutscher Pflegerat e.V., 2004) werden die Tätigkeiten der professionell Pflegenden also der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger- sowie Altenpfleger erläutert. Laut Hielscher et al., (2011, S. 91 ff.) sind vor allem staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger, aufgrund der Durchführung von behandlungspflegerischen Leistungen nach dem SGB V neben den betreuungs- und grundpflegerischen Leistungen nach dem SGB XI, in einem ambulanten Pflegedienst tätig. Ein weiterer Grund für den vermehrten Einsatz von examinierten Pflegefachkräften anstelle von Hilfskräften ist (Hielscher et al., 2011, S. 91 ff.), zum einen der bestehende Versorgungsauftrag und zum anderen die selbstständige, fachliche Entscheidungskompetenz mit hoher Verantwortung in der Häuslichkeit der Kunden. Einen verbindlichen Anspruch stellt für Altenpfleger, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger in Deutschland die Berufsordnung dar (Höfert, 2011, S. 57), die im Alten- und Krankenpflegegesetz geltend ist. Die Pflegefachkräfte unterliegen (Deutscher Pflegerat e.V., 2004) der Schweige-, Auskunfts-, Beratungs- und Dokumentationspflicht. Laut Sulmann (2010, S. 44 f.) führen die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflegedienste vor allem Leistungen durch, die körperbezogen, vorbeugend, beratend, anleitend, behandelnd oder hauswirtschaftlich sind. In diesem Sinne ist das Ziel der Pflege am Kunden (Sulmann, 2010, S. 44) den pflege- und hilfebedürftigen Menschen zu helfen, die vorhandenen körperlichen, seelischen und psychischen Ressourcen zu bewahren, die nicht mehr vorhandenen Fähigkeiten wiederherzustellen und gegebenenfalls neue zu fördern. Das Statistische Bundesamt (2015) bestätigt, dass 69 Prozent der Beschäftigten verrichten hauptsächlich grundpflegerische Tätigkeiten am Kunden.

Die Ausbildung der Pflegefachkräfte erfolgt nach dem Stand (Gesetz über Berufe in der Krankenpflege Krankenpflegegesetz KrPflG, 2003) pflegewissenschaftlicher,

medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Vermittlung von fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen, um bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten eines Betroffenen mitwirken zu können. Die Pflegefachkräfte (Gesetz über Berufe in der Krankenpflege Krankenpflegegesetz KrPflG, 2003) erheben und stellen den Pflegebedarf fest, planen, organisieren, führen die Pflege durch und dokumentieren, evaluieren, beraten und leiten an, unterstützen die Betroffenen und ihre Bezugspersonen, sichern und entwickeln die Qualität in der Pflege und leiten lebenserhaltende Maßnahmen ein. Die Pflegefachkräfte sind verantwortlich für den gesamten Pflegeprozess des Kunden im Gegensatz zu den Pflegehilfskräften (Blumenauer & Hörmann, 2013, S. 136 f.), die vorwiegend für die Pflege am Kunden zuständig sind und nur die Befugnis haben, Maßnahmen der einfachen Behandlungspflege durchzuführen. Laut dem Deutschen Pflegerat e.V. (2004) ermitteln die Pflegefachkräfte den Pflegebedarf, führen Maßnahmen der Pflegeplanung durch und evaluieren das pflegerische Handeln. Laut dem Rahmenvertrag nach § 132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (1998) wird die häusliche Krankenpflege nach dem § 37 SGB V durch geeignete Pflegefachkräfte wie Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung erbracht. Das Aufgabenspektrum der Pflegefachkräfte ist vielfältig und in Kombination mit den Rahmenbedingungen kommt es in der Pflegebranche zu vermehrten psychischen und physischen Anforderungen, die das Individuum als Stress erlebt. Im nachfolgenden Kapitel werden die Auswirkungen von Stress in der ambulanten Pflege näher erläutert.

5. Stress und mögliche Auswirkungen in der ambulanten Pflege

Im Jahr 2007 arbeiteten rund 4,4 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen (Statistisches Bundesamt, 2009), wobei die größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen mit 712 000 Beschäftigten die Gesundheits- und Krankenpfleger darstellten. Der demografische Wandel stellt aufgrund des vermehrt hohen Anteils der alternden Bevölkerung eine große Herausforderung für die heutige Gesellschaft dar. Auch in der Pflege macht sich der Wandel bemerkbar, da die Pflegefachkräfte altern (BMG, 2016), kürzer im Beruf verbleiben und den Personalabbau vermehrt spüren. Langfristig betrachtet, entsteht in der Bundesrepublik Deutschland bei diesem Trend eine Versorgungslücke. In diesem Zusammenhang (Statistisches Bundesamt, 2009) dürfen die hohen beruflichen Belastungsfaktoren und Auswirkungen von Stress nicht außer Acht gelassen werden. Mit dem Gedanken, den Beruf zu verlassen, spielen in der ambulanten Pflege über 18 Prozent (Simon et al., 2005, S. 51), sodass jeder Fünfte bereits den Beruf verlassen möchte. Laut Remdisch, Horstmann und Eckerth (2013, S. 4) ist der Grund dafür, die zunehmende Empfindung von Erschöpfungssymptomen der Pflegefachkräfte. Die Pflegebranche ist durch hohe Arbeitsverdichtungen, unvorteilhafte Arbeitszeiten sowie durch psychische und körperliche Belastungen gekennzeichnet (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11), die auch zu Fehlzeiten führen. Insbesondere in der Pflegebranche kommen Stressoren und Stresssituationen (Günthner & Batra, 2012, S. 184), die gesundheitliche Störungen auslösen, vor. In diesem Zusammenhang sollte nicht außer Acht gelassen werden (Determann, 2007, S. 337 f.), dass die Gesundheit der Pflegefachkräfte auch bedeutend für die Qualität der Pflege ist. Das Stresserleben bei Pflegefachkräften ist subjektiv und wird individuell bewertet, wobei bei der Empfindung von Stress die Bewältigungsmöglichkeiten reduziert in einem Individuum vorhanden sind. Die Stressoren spielen eine entscheidende Rolle bei der Stressempfindung, wobei es geläufige Stressoren gibt, die vor allem bei den Pflegefachkräften Stress auslösen. Ein Ergebnis der Next-Studie ergab, dass die Pflegefachkräfte in ihrem Berufsalltag verschiedenen Stressoren ausgesetzt sind (Dichter et al., 2010), die zur

Erschöpfung führen können, sodass Arbeitsbedingungen geschaffen werden müssen, die stressbedingte Erkrankungen verhindern.

Die vorliegende Arbeit fokussiert das ambulante Pflegesetting, da die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit im Falle von Pflegebedürftigkeit tendenziell steigend nachgefragt wird. Die ambulanten Pflegedienste sind wirtschaftliche Einrichtungen, die pflegebedürftige Kunden in der eigenen Häuslichkeit durch Pflegefach- und Hilfskräfte, die als Besucher gesehen werden, betreuen. Die Arbeit erfolgt in der Häuslichkeit der Kunden (Grabbe et al, 2006, S. 26 f.), wodurch sich einige Belastungen hinsichtlich des Zeitdrucks, einem innerlichen Druck durch die selbstständige Arbeit mit hoher Verantwortung, der fehlenden Pausen, des Arbeitsumfeldes, der Interaktion mit den Kunden und Angehörigen oder Betreuungspersonen ergeben. Beermann und Kretschmer (2015, S. 205 ff.) sehen ebenfalls aufgrund des bestehenden Termin- und Zeitdrucks, der Intensität des Arbeitsinhaltes, der Arbeit in unterschiedlichen Schichten, eines geringen Handlungsspielraumes mit hoher Verantwortung bei der Durchführung von Leistungen sowie der Unterbrechungen im Arbeitsalltag, eine Zunahme an körperlichen und psychischen Belastungen. Die quantitativen Arbeitsbedingungen (anfallende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit) führen vermehrt zu stressbedingten Erkrankungen, mehr Fehltagen und letztendlich dazu, den Pflegeberuf zu verlassen. Nach Lohman-Haislah (2012, S. 43) herrschen insbesondere im Gesundheits- und Sozialwesen hinsichtlich des Arbeitsinhaltes und der Arbeitsorganisation häufig psychische Anforderungen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Arbeit im Pflegesektor stark gewandelt. Die Beschäftigten arbeiten zunehmend in dem Arbeitszeitmodell in Teilzeit, anstelle von Vollzeit. Die Vermutung liegt nahe, dass die Reduzierung der Arbeitszeit ein Anzeichen für die zu starken psychischen und körperlichen Belastungen im Pflegeberuf sein könnte. Bleses & Jahns (2016, S. 131) bestätigen, dass zwischen den Belastungen und der Reduzierung der Arbeitszeit in Teilzeit ein Zusammenhang besteht. Die Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflegebranche haben verändernde Rahmenbedingungen und hohe Anforderungen (Spicker, 2008, S. 24 f.), die es zu bewältigen gibt, sodass sie mit organisationsbedingten, körperlichen und psychosozialen Belastungen konfrontiert werden.

Ebenfalls sind die Pflegefachkräfte in einem ambulanten Pflegedienst (Determann, 2007, S. 337 f.) Qualifizierungs- und Spezialisierungsanforderungen sowie hohen Wünschen der Kunden und vermehrter Arbeitsverdichtung ausgesetzt. In diesem Sinne bedeutet Pflege nicht bloß die Durchführung von einzelnen Pflegetätigkeiten (Kocyba, 2012, S. 464), sondern ist umfassend und beinhaltet auch, sich für die Betroffenen Zeit zu nehmen. Die Pflege ist Interaktionsarbeit, bei der mit Kunden, Angehörigen und Betreuungspersonen alltäglich kommuniziert wird. Erfahrungsgemäß ist die Pflege am Menschen allumfassend und ein wesentliches Kennzeichen einer professionellen Pflege ist der Beziehungsaufbau zu dem Kunden, der sich aber aufgrund der vorgeschriebenen Zeiten und Rahmenbedingungen, als relativ schwierig erweist. Zudem kommt hinzu, dass das in der Ausbildung vermittelte Bild von Pflege nicht mit der Realität des Berufs übereinstimmt.

Die Arbeit in unterschiedlichen Schichten auch gegen den Biorhythmus (Bleses & Jahns, 2016, S. 131), setzt eine hohe Flexibilität der Arbeitnehmer voraus, da im Krankheitsfall eingesprungen und eine ständige Erreichbarkeit an freien Tagen gewährleistet werden muss. Die ständige Erwartungshaltung der Führungskräfte gegenüber den Pflegefachkräften, dass im Krankheitsfall eingesprungen sowie die Erreichbarkeit auch an freien Tagen gewährleistet werden muss, führt zu einer innerlichen Unruhe und Unzufriedenheit im Pflegeberuf. Die Vermutung liegt nahe, dass langfristig gesehen die fehlende Erholungszeit zu gesundheitlichen Schäden führt. Die Konsequenzen langjähriger Schichtarbeit in Voll- oder Teilzeit (Brenscheidt & Beermann, 2012, S.117 ff.) sind oftmals gesundheitliche Probleme, negative soziale Folgen und Überforderung. Nach Grabbe et al. (2006, S. 5) treten bei den Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege starke körperliche und psychosomatische Beschwerden auf. Daraus lässt sich schließen, dass die Belastungen in der Pflegebranche langfristig gesehen zu gesundheitsschädlichen Auswirkungen führen könnten. Der Stressor Zeitdruck würde bei den Pflegefachkräften ein Gefühl der Belastung und Überforderung auslösen. Der Termin- und Zeitdruck entsteht unter anderem durch die vorgeschriebenen Wegezeiten zu den Kunden, die hinterlegte Zeit für die zu betreuenden Kunden im Tourenplan und durch fehlende Möglichkeiten Pausen zu machen. Der Personalabbau und das dadurch fehlende Personal in der Pflege führen dazu, dass

eine höhere Anzahl von Kunden innerhalb einer Schicht betreut werden müssen oder Überstunden auftreten. Der vermehrte Dokumentationsaufwand ist für die Pflegefachkräfte sehr belastend, da oftmals viel Zeit bei den Kunden verloren geht, die für Gespräche genutzt werden könnte. Remdisch, Horstmann und Eckerth (2013, S. 11) bestätigen, dass zu den mitunter größten Belastungen in der Pflegebranche das fehlende Personal, die zu hohe Anzahl der zu betreuenden Kunden, die Konfrontation mit Leiden und Tod sowie der hohe Dokumentationsaufwand zählen. Die Folge ist, dass mehrere Kunden mit einer anspruchsvollen Erwartungshaltung in unterschiedlichen Häuslichkeiten oftmals innerhalb einer gewissen Zeitspanne versorgt werden müssen. Dadurch entsteht nicht nur Zeitdruck, sondern auch interner Druck, den Anforderungen und Wünschen der Kunden gerecht zu werden, was jedoch innerhalb der kurzen Zeitspanne in der Pflege kaum möglich ist. Der Termin- und Leistungsdruck, das Gefühl, die zu erledigenden Aufgaben schnell zu bewältigen (Junghanns, 2012, S. 107), ist eine starke Belastung im Berufsleben, die durch Arbeitsmenge, Arbeitsqualität sowie der zur Verfügung stehenden Zeit mit körperlichen, emotionalen und psychovegetativen Beschwerden einhergeht. Aus diesen Gründen wird der Termin- und Zeitdruck subjektiv als Stress unter den Pflegefachkräften bewertet.

In einigen ambulanten Pflegediensten (Möller, 2013, S. 59) erfolgt zusätzlich die Kontrolle bei der Erbringung von Leistungen mittels Zeiterfassungsgeräten, wodurch ein noch stärkerer innerer Druck und Stress auftreten. Es liegt die Vermutung nahe, dass bei der Erfassung und Kontrolle der Zeit bei der Durchführung von Leistungen ein fehlendes Vertrauen seitens der Führungskräfte hervorgeht. Das führt dazu, dass die Ressourcen soziale Unterstützung, eigenverantwortliches Handeln, selbstständiges Arbeiten, das Mobilisieren von schweren Kunden, Kommunikation, Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern fehlen, sodass langfristig gesehen die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte darunter leiden wird und in diesem Zusammenhang auch die Gesundheit. Größtenteils identifizieren sich die Pflegefachkräfte mit dem Beruf (Isfort, 2013, S. 1085 f.), wobei die Arbeitszufriedenheit und die Wertschätzung für die Erbringung von Leistungen eher negativ gesehen werden. Eine weitere Ursache für gesundheitliche Auswirkungen liegt bei dem geringen Handlungsspielraum der

Pflegefachkräfte, der mit einer hohen Verantwortung einhergeht. In der ambulanten Pflege ist ein geringer Wert in Bezug zur Einflussnahme hinsichtlich der Arbeit zu verzeichnen (Simon et al., 2005, S. 23), sodass dies dazu führt, dass der Beruf schneller verlassen wird.

Die Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege arbeiten selbstständig, sind auf sich allein gestellt und müssen adäquat und sinnvoll reagieren, sodass ihnen eine hohe Verantwortung seitens der Führungskräfte und der pflegebedürftigen Kunden zugeschrieben wird. Die Folge ist ein intrinsischer Druck, der Stress auslöst, da ein großer Teil der Pflegenden ungern Verantwortung übernehmen möchte, Unsicherheiten verspürt und keine Entscheidungen treffen kann. Die Angst eventuell einen Fehler zu begehen und die Konsequenz tragen zu müssen, ist zu hoch. Spannungen, Konflikte und fehlende soziale Ressourcen können im Team zu Stress führen. Laut Kurebayashi et al. (2012, S. 982) sollte für die Gesundheit von Pflegefachkräften gesorgt werden, um das Wohlbefinden und dadurch auch eine gute Zusammenarbeit zwischen Führungskräften und Pflegenden, Kunden sowie Angehörigen zu erreichen. Determann (2007, S. 337 f.) sieht als weitere Belastungen der Pflegefachkräfte die negativen beruflichen Veränderungen der Rahmenbedingungen, da die Pflegefachkräfte aufgrund dieser ihre individuellen Ressourcen zur Stressbewältigung nicht mehr zur Kompensation nutzen können. In diesem Zusammenhang kann Stress in der Pflege (McIntosh & Sheppy, 2013, S. 36) zu einer negativen Art von Stress führen.

Wird das "Transaktionale Stressmodell" betrachtet, so kann man dies auf die ambulante Pflege anwenden. Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman erklärt die Entstehung von Stress (Lazarus & Folkman, 1984, S. 38), wobei im Fokus die kognitiven und individuellen Bewertungsprozesse eines Reizes als Auslöser von Stress stehen und darüber entscheiden, ob Stress empfunden wird oder nicht. Das Zusammenwirken der Person und der Umwelt wird transaktional betrachtet. Die Stressempfindung in einer Situation durch eine Pflegefachkraft ist subjektiv und hängt von der individuellen Einschätzung der Person ab. Der Stressreiz beispielsweise die „Übernahme von Verantwortung“ wird von der Pflegefachkraft entweder als Herausforderung, Schädigung oder als Bedrohung bewertet. Aus diesem Grund stehen im Mittelpunkt des Transaktionalen Stressmodells die kognitiven Bewertungsprozesse eines Individuums (Lohman-

Haislah, 2012, S. 15 f.), wobei zum einen die Situation als bedrohlich, herausfordernd, schädigend oder irrelevant eingeschätzt wird und zum anderen die Anforderungen der Situation mit den Ressourcen subjektiv bewertet und abgeglichen werden. Die Bewertungsprozesse (Kauffeld, 2014, S. 248 f.) lassen sich in primäre Bewertung, sekundäre Bewertung und Neubewertung unterscheiden. Die primäre Bewertung, die sich auf die sekundäre Bewertung auswirkt wird in drei Kategorien (Lazarus & Folkman, 1984, S. 32 ff.), von denen eine Kategorie bei der Person-Umwelt-Transaktion vorliegen muss, unterteilt. Dementsprechend schätzt die Pflegefachkraft die beispielsweise „Übernahme von Verantwortung“ selbstständig ein, entscheidet nach den oben genannten Kriterien und schaut, ob die eigenen Ressourcen zur Bewältigung ausreichen. Die sekundäre Bewertung erfolgt bei einer Einschätzung einer bedrohlichen Situation, die sich auf die Ressourcen einer Person bezieht und nach Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Stressor sucht. Wenn die Pflegefachkraft die „Übernahme von Verantwortung“ nicht als Herausforderung sieht, sondern als Bedrohung einschätzt, wird nach Bewältigungsmöglichkeiten geschaut. Im letzten Schritt erfolgt je nach Ausmaß des Erfolges einer Bewältigung eine Neubewertung des Ursprungsreizes (Lazarus & Folkman, S. 32 ff.), aufgrund neuer Informationen. Der Ursprungsreiz wird in Abhängigkeit von dem Erfolg der Bewältigung des Stressors „Übernahme von Verantwortung“ selektiert und Neubewertet. Der Stress entsteht nach dem Transaktionalen Stressmodell durch einen subjektiven Unterschied zwischen der Bedrohung und den individuellen Ressourcen, sodass es wichtig ist gerade auch am Arbeitsplatz die Ressourcen der Pflegefachkräfte zu fördern.

Die Stressbewältigung sollte durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement gefördert werden. Für die Arbeitszufriedenheit ist (Möller, 2013, S. 62) die Führungskultur, die Kommunikationskultur und die menschliche Wertschätzung bedeutend. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die Führungskräfte ihre Mitarbeiter intrinsisch motivieren und wertschätzen. Die organisatorischen, individuellen und sozialen Ressourcen der Pflegefachkräfte (Spicker, 2008, S. 24 f.) sind zur Stressbewältigung nützlich.

Die Führungskräfte können einen erheblichen Einfluss auf die Ressourcen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, soziale Unterstützung, Wertschätzung und Anerkennung nehmen und damit die Stressempfindung sowie die Gesundheit der Mitarbeiter durch ihr Führungsverhalten beeinflussen und dadurch eine Bewältigung der Anforderungen ermöglichen (Vincent, 2011, S.51).

6. Handlungsempfehlungen

Der Stressbewältigung in der ambulanten Pflege wird in Zusammenhang mit den psychischen und körperlichen Belastungen eine entscheidende Bedeutung für die Pflegefachkräfte zugeschrieben. Die Stressbewältigung ist die Art und Weise, wie der Stress bewältigt wird (Tameling, 2004, S. 30) und laut Lazarus und Folkman (1984, S. 141 f.) ein Prozess der Person-Umwelt-Auseinandersetzung, um stressbedingte Probleme zu verringern. Die Bewältigung beinhaltet all das (Benner & Wrubel, S. 89), was die Menschen tun, wenn sie sich in ihren Bedeutungs- und Sinnzusammenhängen bedroht fühlen und ist dadurch an die belastende beziehungsweise als Stress empfundene Situation gebunden. Die Ressourcen Handlungsspielraum, Verantwortung, soziale Unterstützung sowie Anerkennung und Wertschätzung sind elementar und unabdingbar. Die Vermutung liegt nahe, dass die Führungskräfte einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter haben. Entscheidend für die Anerkennung und Wertschätzung von Leistungen ist eine angemessene Bezahlung, Kommunikation und positive Qualität von Pflege, ausreichend Zeit, Autonomie und die Zufriedenheit der Kunden. Die Arbeitszufriedenheit veranschaulicht die Bewertung der Arbeitssituation durch die Mitarbeiter (Felfe, 2012, S. 154 ff.), wobei entscheidend ist, dass die Mitarbeiter sich mit dem Unternehmen verbunden fühlen. Die Vermutung liegt nahe, dass das Gefühl von Verbundenheit ein Zusammengehörigkeitsgefühl bei den Mitarbeitern auslöst und damit verknüpft die Bindung an das Unternehmen.

Das Führungsverhalten kann sich positiv und negativ auf die Gesundheit auswirken. Ein geeignetes Führungsverhalten wäre die transformationale Führung und mitarbeiterorientierte Führung (DGUV, 2014, S. 14), die sich gesundheitsförderlich auswirken. Die Führungskraft begegnet den Mitarbeitern mit Wertschätzung und Anerkennung, Offenheit sowie sozialer Unterstützung und wird als Vorbild gesehen. Ebenfalls hat die Führungskraft (DGUV, 2014, S. 14) Einfluss durch das Verhalten und motiviert die Mitarbeiter. Präventiv können Führungskräfte bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich oder krankmachend einwirken (DGUV, 2014, S. 24), sodass diese entweder als Ressource oder Stressor gesehen werden und eine psychische Erkrankung verursachen können. Eine wichtige Voraussetzung für die gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen (DGUV, 2014,

S. 24) sind eine ausgewogene Balance zwischen den Anforderungen und den individuellen Merkmalen und Kompetenzen der Beschäftigten. Des Weiteren ist es wichtig die Stressoren am Arbeitsplatz zu reduzieren.

Die Förderung der Ressourcen und Gesundheit durch die Führungskräfte würde sich positiv auf die Bewältigungskompetenz der Pflegefachkräfte auswirken. Die subjektive und individuelle Einschätzung der Bewältigungsstrategien entscheidet, ob Stress ausgelöst wird oder nicht. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass das Individuum in sich hineinhört und Bewältigungsstrategien hervorruft. Als Coping wird ein Versuch bezeichnet mit einem Stressor umzugehen (Lohman-Haislah, 2012, S. 15 f.), sodass abhängig von der individuellen Situation, der Persönlichkeit und der subjektiven Wahrnehmung jede Bewältigungsstrategie nützlich sein kann. Des Weiteren sollten Pflegefachkräfte, die sich zu sehr überlastet fühlen möglichst stressige Situationen vermeiden. Das instrumentelle Stressmanagement (Kaluza, 2015, S. 63 f.) erfolgt bei Belastungssituationen und setzt an den Stressoren am Arbeitsplatz an, um zukünftig die Arbeits- und Lebensbedingungen stressfrei zu gestalten. In diesem Zusammenhang sollte es auch im Sinne einer Organisation sein, die Arbeitsbedingungen gering belastend zu gestalten, um krankheitsbedingten Ausfällen als auch einer Personalfluktuaton vorzubeugen. Das mentale Stressmanagement (Kaluza, 2015, S. 64) setzt bei den persönlichen Stressverstärkern an, mit dem Ziel der Entwicklung von Denkmustern und Einstellungen, die für den Umgang in einer stressigen Situation hilfreich sind. Es ist eine zentrale Aufgabe der Führungskraft, die Pflegefachkräfte auch mental zu stärken und zu unterstützen. Der Zusammenhalt fördert die Qualität, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Kunden. Das präventive Stressmanagement (Günthner & Batra, 2012, S. 183 f.) dient dem Erhalt von Gesundheit. Eine zentrale Aufgabe eines Unternehmens sollte die Prävention und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter sein (Möller, 2013, S.62), um die Mitarbeiter möglichst lange gesund zu halten. Zur Gesundheitsförderung zählen laut Müller (2013, S. 62) flexible Arbeitszeitmodelle wie Teilzeit, Freizeitausgleich oder Geld für Überstunden, Rückenschule, Ernährungsberatung, Stressbewältigungstraining, Meditation, Ruheräume, Vergünstigungen für Fitnessstudios, familienfreundliche Angebote, spezielle Angebote für ältere Mitarbeiter und psychosoziale Unterstützungsangebote. Unter anderem sind auch Entspannungstechniken zur Linderung einer Stressreaktion wirksam.

7. Diskussion

Die vorliegende Arbeit thematisiert „Stress bei Pflegefachkräften im ambulanten Pflegesetting“. Im Mittelpunkt der vorliegenden Theoriearbeit stehen die psychischen und körperlichen Belastungen der Pflegefachkräfte in Bezug auf Stress und damit verbunden die Frage nach dem möglichst langen Verbleib im Beruf. Die Anforderungen und Rahmenbedingungen haben sich in der Pflege verändert, sodass die Pflegefachkräfte vor neue Herausforderungen gestellt werden. Es ist wichtig, diese möglichst lange und gesund im Beruf zu erhalten und den aufgrund von körperlichen, psychischen Belastungen vorzeitigen Berufsausstieg zu vermeiden. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich Pflegende umschulen beziehungsweise weiterbilden, um die Arbeit an dem Kunden zu vermeiden oder vorzeitig den Pflegeberuf verlassen zu können. Diesbezüglich wurde der Fokus auf das Pflegesetting der ambulanten Pflege mit den dort arbeitenden Pflegefachkräften gelegt, da nach dem § 3 SGB XI (2015) weiterhin gilt die Pflege in der Häuslichkeit vor der stationären Pflege zu gewahren. Ebenfalls ist die ambulante Pflege ein wachsender, bedeutender und ökonomischer Versorgungssektor im Gesundheitswesen (Meißner, 2012, S. 52), der sich an den Bedürfnissen der Kunden orientiert. In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Definitionsansätze von Stress betrachtet, weil es keine einheitliche Definition von Stress gibt. Die subjektive Einschätzung einer Situation und das Ungleichgewicht hinsichtlich der Anforderung und der Bewältigungsstrategien werden als Auslöser von Stress gesehen. Es werden geläufige Stressoren und Ressourcen in der ambulanten Pflege aufgezeigt. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass diese individuell zu betrachten sind und nicht bei jedem Menschen jeweils als Stressor oder Ressource gesehen werden.

Die Studien wurden hinsichtlich qualitativer und quantitativer Gütekriterien überprüft. In der vorliegenden Arbeit wurden Originalarbeiten, Studien, Artikel, Gesetzestexte und Bücher benutzt. In dieser Theoriearbeit haben sich bei der Literaturrecherche Ausschlusskriterien ergeben. Eines war, dass das Publikationsdatum nicht älter als zehn Jahre sein durfte, mit Ausnahme der Referenzlisten. Die Studie „Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“

(Hapke et al., 2013, S.749 ff.) ist eine Studie im Mischdesign (Quer- und Längsschnittstudie), in der chronischer Stress bei langanhaltenden und wiederkehrenden Belastungen sowie Auswirkungen auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden untersucht wurde. Die Stichprobe weist zwar eine hohe Repräsentativität auf, dennoch ist die Reproduzierbarkeit eingeschränkt (Hapke et al., 2013, S. 749 ff.), da es sich um eine subjektive Stresserhebung handelt. Weitere Schwächen sind aufgrund der Tatsache erkennbar, dass die Studie so konzipiert war, dass sie sich nicht auf die Pflegefachkräfte spezialisiert hat und auf Altersgruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status begrenzt wurde. Entscheidend für das Stresserleben und die vorliegende Theoriearbeit ist (Hapke et al., 2013, S. 749 ff.), dass die Ergebnisse einen hohen Zusammenhang zwischen Belastungen durch chronischen Stress und psychischen Erkrankungen wie Schlafstörungen sehen.

Des Weiteren wurde eines der einflussreichsten psychologischen Stressmodelle ausgewählt. Das "Transaktionale Stressmodell" von Lazarus und Folkman erklärt die kognitiven Prozesse und das Verhalten eines Individuums in einer subjektiven, als Stress empfundenen Situation. Aus diesem Grund kann ein und dieselbe Anforderung für den einen Menschen sowohl als Herausforderung als auch als Bedrohung wahrgenommen werden. Das "Transaktionale Stressmodell" eignet sich am meisten von den vorhandenen Stressmodellen, da es das individuelle Stressempfinden durch die Bewertungsprozesse ausführlich aufzeigt und die Notwendigkeit der Bewältigung eines Stressors betont. Das "Transaktionale Stressmodell" wurde an einem Beispiel in Bezug zur ambulanten Pflege angewendet. Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung lässt sich sagen, dass die Pflegefachkräfte die Anforderungen in einer Situation abhängig von den Bewältigungsmöglichkeiten individuell bewerten. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass die körperlichen und psychischen Belastungen zu gesundheitlichen Auswirkungen und damit zu einem frühzeitigen Verlassen des Pflegeberufs führen könnten.

8. Fazit

In dieser Arbeit zum Thema "Stress bei Pflegefachkräften im ambulanten Pflegesetting" wurde ein Zusammenhang zwischen Stress bei Pflegefachkräften, gesundheitlichen Auswirkungen und einem Verlassen des Pflegeberufes nachgewiesen. Die in der Literatur vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über „Stress“ und die „ambulante Pflege“ haben gezeigt, dass durchaus die Tendenz unter den Pflegefachkräften besteht, den Beruf aufgrund physischer und psychischer Belastungen zu verlassen. Aus diesem Grund ist es gesellschaftlich, organisatorisch und im Sinne der Pflegefachkräfte förderlich, die Rahmenbedingungen zu verändern, die Belastungen zu reduzieren und die Pflegefachkräfte durch Copingstrategien zu fördern, um eine lange Verweildauer im Beruf zu gewahren. Determann (2007, S. 337 f.) sieht als weitere Belastungen der Pflegefachkräfte die negativen beruflichen Veränderungen der Rahmenbedingungen, da die Pflegefachkräfte aufgrund dieser ihre individuellen Ressourcen zur Stressbewältigung nicht mehr zur Kompensation nutzen können. In diesem Zusammenhang (McIntosh & Sheppy, 2013, S. 36) kann Stress in der Pflege zu einer negativen Art von Stress führen. Die beschriebenen Handlungsempfehlungen gilt es ansatzweise zu berücksichtigen, um die Gesundheit der Pflegefachkräfte zu fördern und einen möglichst langen Verbleib im Beruf zu veranlassen. Die Arbeitsbedingungen sollten so gestaltet werden, dass stressbedingte Faktoren reduziert und förderliche Faktoren erweitert werden. In diesem Zusammenhang spielen auch in der ambulanten Pflege die Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle, die verändert werden sollten, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen und den Verbleib der Pflegefachkräfte in ihrem Berufsfeld durch verbesserte Arbeitsbedingungen zu fördern.

9. Literaturverzeichnis

- Baus, L. (Hrsg.) (2015): *Selbstmanagement: Die Arbeit ist ein ewiger Fluss – Gelassener arbeiten und besser leben*, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 3 – 165
- Beermann, B.; Kretschmer, V. (2015): Schichtarbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): *Fehlzeiten-Report 2015 – Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 205 – 214
- Benner, P.; Wrubel, J. (Hrsg.) (1997): *Pflege, Streß und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*, Bern: Hans Huber Verlag, S. 9 – 485
- Birken, T.; Menz, W. (2014): Die Kunden der Pflegekräfte - Zur Kundenkonstellation in der stationären Altenhilfe und ihren Auswirkungen auf die Praxis interaktiver Pflegearbeit, in: Bornewasser, M; Kriegesmann, B.; Zülch, J. (Hrsg.): *Dienstleistungen im Gesundheitssektor - Produktivität, Arbeit und Management*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S.241 – 258
- Antonovsky, A (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit – Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke (Hrsg.)*, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), S.11 – 222
- Bleses, P.; Jahns, K. (2016): Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege, in: Becke, G.; Bleses, P.; Frerichs, F.; Goldmann, M.; Hinding, B.; Schweer, M. K. W. (Hrsg.): *Zusammen – Arbeit – Gestalten – Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*, Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften, S. 127 – 144

- Blumenauer, H.; Hörmann, M. (2013): Die Anerkennung informell erworbener Kompetenzen in der Pflege Ansätze, Möglichkeiten und Grenzen der Kompetenzbilanzierung, in Zängl, P. (Hrsg.) (2013): *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis – Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S.129 – 148
- Brenscheidt, F; Beermann, B. (2012): Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkung der Arbeitszeit, in Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund/Berlin/Dresden: Bonifatius GmbH, S. 113 – 123
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Demografischer Wandel, online im Internet unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/volltextsuche,did=190036.html>
– Download vom 03.06.2016
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Pflegefachkräftemangel, online im Internet unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html> – Download vom 03.06.2016
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Ambulante Pflege – Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege zu Hause, online im Internet unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflege-berater/ambulante-pflege.html> – Download vom 16.05.2016
- Büscher, A.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B.; Vosseler, B. (Hrsg.) (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der Häuslichen Pflege – Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets, in: *Pflege & Gesellschaft* 12. Jg., H. 4, S. 343 – 359

- Crößmann, A.; Schüller, F. (2015): Der Beschäftigtenmarkt in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2015 – Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 11 – 20
- Deutscher Pflegerat e. V. (Hrsg.) (2004): *Deutscher Pflegerat Rahmenberufsordnung für professionell Pflegende*, in: Deutscher Pflegerat e.V. Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege – und Hebammenwesen, Berlin: Deutscher Pflegerat e.V. S. 2 – 14
- Determann, M.M.; Rau, R.; Freimuth, A.; Henne-Bruns, D. (2007): Hilfen für die Pflegenden zur Bewältigung beruflicher Belastungen – Mit qualifiziertem Personalmanagement dem Personal- und Pflegenotstand vorbeugen, in: *Der Onkologe 4 (Hrsg.)*, Springer Medizin Verlag, S. 337 – 342
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.) (2014): *Fachkonzept Führung und psychische Gesundheit*, Rheinbreitbach: Medienhaus Plump, S. 7 – 38
- Dichter, M.; Schmidt, S.G.; Hasselhorn, H.M. (2010): Burnout von beruflich Pflegenden vor und nach dem Verlassen der Einrichtung – Nurses early exit study, online im Internet unter:
<http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
– Download vom 03.06.2016
- Dost, J. (Hrsg.) (2014): *Arbeit, Führung und Gesundheit – Entwicklung, Überprüfung und Anwendung eines Acht-Faktoren-Modells gesunder Führung*, Lohmar-Köln: Josef Eul Verlag GmbH, 1. Auflage, S. 1 – 394
- Dragano, N. (Hrsg.) (2007): *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten – Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, S. 11 – 262
- Faller, H.; Lang, H. (Hrsg.) (2016): *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Berlin Heidelberg: Springer – Verlag, 4. Auflage, S. 15 – 50

- Felfe, J. (Hrsg.) (2012): *Arbeits- und Organisationspsychologie 1 – Arbeitsgestaltung, Motivation und Gesundheit*, Stuttgart: Kohlhammer GmbH, Band 23 / Band 721, S. 9 – 190
- Fischer, J.E. (2009): Stress, Produktivität und Gesundheit, in: Kromm, W.; Frank, G. (Hrsg.) (2009): *Unternehmensressource Gesundheit – Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann*, Düsseldorf: Symposion Publishing GmbH, 1. Auflage, S.53 – 68
- Galatsch, M.; Iskenius, M.; Hasselhorn, H.M. (2011): Längsschnittanalyse der allgemeinen Gesundheit von deutschen Pflegenden unterschiedlicher Altersgruppen im Krankenhaus und der stationären Altenpflege – Nurses early exit study, online im Internet unter:
<http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
– Download vom 03.06.2016
- Gesetz über Berufe in der Krankenpflege Krankenpflegegesetz KrPflG (2003), online im Internet unter:
<https://www.juris.de/jportal/portal/page/homerl.psml?cmsuri=%2Fjuris%2Fde%2Fkostenfreieinhalte%2Finfokostenfreieinhalte.jsp&fcstate=5&showdoccase=1&doc.part=X&doc.id=BJNR144210003#BJNR144210003BJNE002703360>
– Download vom 16.05.2016
- Glatzer, W. (2011): Soziale Dienste im Bereich der Hauswirtschaft, in: Evers, A.; Heinze, R.G.; Olk, T. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, Springer-Fachmedien GmbH, S. 353 – 368
- Grabbe, Y.; Nolting, H.D.; Dr. Loos, S.; Dr. Krämer, K. (Hrsg.) (2006): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*, in: DAK Zentrale, Hamburg: S. 5 – 181
- Grobe, T.G.; Steinmann, S.; Gerr, J. (2015): *Gesundheitsreport 2015 Hamburg – Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen*, in: Barmer GEK (Hrsg.), Hamburg, S. 1 – 242

- Günthner, A.; Batra, A. (2012): Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2* (Hrsg), S. 183 – 189
- Hannack, E.; Räder, E. (2011): Auf dem Weg zu guter Arbeit – Gesundheit in der Arbeitswelt, in: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit – 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH, 1. Auflage, S. 433 – 444
- Hapke, U; Maske U.E., Scheidt-Nave, C.; Bode, L.; Schlack, R.; Busch, M.A. (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (Hrsg.)*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 749 – 759
- Hielscher, V.; Nock, L.; Kirchen-Peters, S.; Blass, K. (Hrsg.) (2013): *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch – Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 9 – 280
- Höfert, R. (Hrsg.) (2011): *Von Fall zu Fall – Pflege im Recht – Rechtsfragen in der Pflege von A – Z*, Berlin Heidelberg: Springer – Verlag GmbH, 3. Auflage, S. 1 – 331
- Isfort, M. (2013): Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 8 (Hrsg.)*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1081 – 1087
- Junghanns, G. (2012): Themenfelder im Brennpunkt, in Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund/Berlin/Dresden: Bonifatius GmbH, S. 107 – 112
- Kaluza, G. (Hrsg.) (2014): *Gelassen und sicher im Stress – Das Stresskompetenz Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen*, Berlin Heidelberg: Springer – Verlag, 5. Auflage, S. 1 – 192

- Kaluza, G. (Hrsg.) (2015): *Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*, Berlin Heidelberg: Springer – Verlag GmbH, 3. Auflage, S. 1 – 294
- Kauffeld, S. (Hrsg.) (2014): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*, Berlin Heidelberg: Springer – Verlag, 2. Auflage, S. 1-271
- Kunze, D. (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Alten- und Krankenpflege, in: Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A.-M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe Verlag & Co. KG, S. 595 – 614
- Kurebayashi, L.F.S.; Gnatta, J.R.; Borges, T.P.; Paes da Silva, M.J. (2012): Applicability of auriculotherapy in reducing stress and as a coping strategy in nursing professionals, in: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, Bd. 20, H.5, , S. 980 – 987
- Kocyba, Hermann (2012): Zwischen Sichtbarkeit und Transparenz: Facetten der Wertschätzung von Dienstleistungsarbeit, in: Reichwald, R.; Frenz, M.; Hermann, S.; Schipanski, A. (Hrsg.) (2012): *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit- Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, Gabler Verlag, S. 458 – 470
- Lazarus, R.S. (Hrsg.) (1991): *Emotion and Adaption*, in: Oxford University Press, Inc. 200 Madison Avenue, New York, New York 10016, S. 3 – 557
- Lazarus, Ph.D R.S.; Folkman Ph:D. S. (Hrsg.) (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer Publishing Company, S. 1 – 445
- Lohman-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund/Berlin/Dresden: Bonifatius GmbH, S. 11 – 19; S. 34 – 106

- Mainka-Riedel, M. (Hrsg.) (2013): *Stressmanagement–Stabil – trotz Gegenwind – Wie Sie Ihren eigenen Weg zu gesunder Leistungsfähigkeit finden*, Wiesbaden: Springer-Fachmedien, S. 1 – 240
- McIntosh, B.; Sheppy, B. (2013): Effects of stress on nursing integrity, in: *Nursing Standard /RCN Publishing*, Bd. 27, H. 25, S. 35 – 39
- Meißner, T. (2012): Berufsbild Pflege ambulant – Schilderung aus Sicht des Managements ambulanter Pflegedienste, in: Bechtel, P.; Smerdka-Arhelger, I. (Hrsg.) (2012): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe Lösungsansätze, Strategien, Chancen*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 51 – 60
- Meyer, M.; Böttcher, M.; Glushanok, I. (2015): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) : *Fehlzeiten-Report 2015 – Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 341 – 548
- Moock, J. (2016): Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zur individuellen und systematischen Stärkung der Arbeitswelt, in: Rössler, W.; Keller, H.; Moock, J. (Hrsg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Herausforderung und Chance*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2. Auflage, S. 56 – 76
- Möller, S. (Hrsg.) (2013): *Erfolgreiche Teamleitung in der Pflege*, Berlin-Heidelberg: Springer – Verlag, S. 1 – 197
- Neumann, M.; Spöthe, G. (2015): Berufsspezifische Sozialisation der Pflege, in: von Reibnitz, C. (Hrsg.): *Case Management: praktisch und effizient*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2. Auflage, S. 3 – 20
- Naegele, G. (2011): Soziale Dienste für ältere Menschen, in: Evers, A.; Heinze, R.G.; Olk, T. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer-Fachmedien GmbH, 1. Auflage, S. 404 – 424

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): *Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: S. 4 – 34
- Plaumann, M.; Busse, A.; Walter, U. (2006): *Stress? – Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*, in: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 3 – 12; S. 130 – 135
- Rahmenvertrag nach §132 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (1998), online im Internet unter: https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/HKP/jcr_cnt/ent/par/download_9/file.res/hkp_rahmenvertrag_3_kat_modell.pdf
– Download vom 17.05.2016
- Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 SGB XI (1995), online im Internet unter: <https://www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Pflegeversicherung.html>
– Download vom 17.05.2016
- Remdich, Prof. Dr. S.; Horstmann, D.; Eckerth, H. L. (Hrsg.) (2013): *Gute Führung entscheidet – Forschungsbericht zur organisationalen Gesundheit in der Pflegebranche*, Leuphana Universität Lüneburg, S. 1 – 20
- Renneberg, B.; Schütz, B. (2006): Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie, in: Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 123 – 135
- Rensing, L. (2006): Molekulare Wirkmechanismen und Folgen für die Gesundheit: Krank durch Stress, in: *Biologie unserer Zeit* (Hrsg.), Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, S. 284 – 292
- Rensing, L.; Koch, M.; Rippe, B.; Rippe, V. (Hrsg.) (2006): *Mensch im Stress – Psyche, Körper, Moleküle*, München: Elsevier GmbH, 1. Auflage, S. 1 – 420

- Schneglberger, J. (Hrsg.) (2010): *Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt – Eine Untersuchung von Möglichkeiten der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, 1. Auflage, S. 19 – 195
- Schuler, H. (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch Organisationspsychologie*, Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe, 4. Auflage, AG, S. 7 – 692
- Schwartz, Prof.Dr.F.W.; Kailuwait, I. (2006): *Stress? – Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*, in: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S.1
- Siegrist, J.; Dragano, N. (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben, in: *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 3 (Hrsg.)*, Düsseldorf: Springer Medizin Verlag, S. 305 – 312
- Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.M.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Study in Deutschland – Nurses early exit study, online im Internet unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
– Download vom 03.06.2016
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege – Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste, in: Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H.; Richter, M. (Hrsg.): *Gesellschaft und Gesundheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, S.10 – 221
- Spicker, I. (2008): Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung: Merkmale und Besonderheiten, in: Egger-Subotitsch, A.; Jelenko, M.; Sturm, R. (Hrsg.) (2009): *Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege*, Wien: Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, S. 23 – 34

- Spicker, I.; Schopf, A. (Hrsg.) (2007): *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*, Wien, New York: Springer Verlag, S. 1 – 159
- Stagge, M. (2016): *Multikulturelle Teams in der Altenpflege – Eine qualitative Studie*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 19 – 291
- Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag, online im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/72.html> – Download vom 28.05.2016
- Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung in § 71 SGB XI Pflegeeinrichtungen, online im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/71.html> – Download vom 28.05.2016
- Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 75 SGB XI Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung, online im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/75.html> – Download vom 28.05.2016
- Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege, online im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/3.html> – Download vom 28.05.2016
- Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit, online im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html> – Download vom 28.05.2016

Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit, online im Internet unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html> – Download vom 28.05.2016

Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 89 SGB XI Grundsätze für die Vergütungsregelung, online im Internet unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/89.html> – Download vom 28.05.2016

Sozialgesetzbuch, (2015): Sozialgesetzbuch SGB XI- Soziale Pflegeversicherung, in § 45b SGB XI Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung, online im Internet unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html> – Download vom 28.05.2016

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Krankenpflege – Berufsbelastungen und Arbeitsbedingungen, online im Internet unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/Gesundheit2009_08.html;jsessionid=B87CE6981EC937DC670B75C5E0AE002A.cae1 – Download vom 28.05.2016

Stilijanow, U. (2012): Führung und Gesundheit, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund/Berlin/Dresden: Bonifatius GmbH, S. 123 – 127

Sulmann, D. (2010): Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1*, S. 39 – 47

- Tameling, R. (Hrsg.) (2004): *Das kognitiv-phänomenologische Konzept der Stressbewältigung von Richard S. Lazarus und das Gesundheitskonzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky – Vergleichende Analyse, Bewertung und Ableitungen für Forschung und Therapie*, Norderstedt: Grin Verlag, Books on Demand GmbH, 1. Auflage, S. 1 – 141
- Tewes, R. (2014): Zukunft der Personalentwicklung in der Pflege, in: Tewes, R.; Stockinger, A. (Hrsg.): *Personalentwicklung in Pflege – und Gesundheitseinrichtungen*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 215 – 240
- Tewes, R. (Hrsg.) (2015): *Führungskompetenz ist lernbar – Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 3. Auflage, S. 1 – 275
- Ulich, Dr. Dr. h.c. E.; Wülser, Dr. M. (Hrsg.) (2009): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven*, Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage GmbH, 3. Auflage, S. 3 – 469
- Vincent, S. (2011): Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011 – Führung und Gesundheit – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S.49 – 60
- Wimbush, F.B.; Nelson, M.L. (2005): Stress und Psychosomatik, in: Rice, V. H.: (Hrsg.) (2005): *Stress und Coping – Lehrbuch für Pflegepraxis und – wissenschaft*, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 1. Auflage, S. 176 – 206
- Zapf, D.; Semmer, N.K. (2004): Stress und Gesundheit in Organisationen, in: Schuler, H. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie – Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 1007 – 1112

Zok, K. (2011): Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter – Analyse von WIdO-Mitarbeiterbefragungen, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011 – Führung und Gesundheit – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S.27 – 36

10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, den 29.07.2016, Sara Jana Scharifi