

Untersuchung der Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen
Beeinträchtigungen der Pflegekräfte unter besonderer Berücksichtigung des
Migrationshintergrundes

von

Jenny Oldenburger

Erstauflage

disserta Verlag 2015

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de
ISBN 978 3 95425 980 9

Leseprobe

Textprobe:

Kapitel 1.3. Multikulturelle Zusammensetzung des Altenpflegeteams:

Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Personen aus verschiedenen Ländern gehört längst zum Alltag in der Altenpflege. Laut WHO-Schätzungen (2000) zufolge arbeiteten in Deutschland ca. 75 Tausend ausländische Pflegekräfte. Das bedeutet knapp 11 Prozent aller in der Pflege beschäftigten Mitarbeiter/-innen (vgl. Buchan, 2008, S.11). Dieser Anteil ist drei Mal so groß als z. B. Anteil von ausländischen Staatsangehörigen in technischen Berufen (vgl. Razum et al., 2008, S.19). Diese Daten beziehen sich jedoch nur auf die Personen mit rechtlichem Ausländerstatus, denn die Datenerfassung bei Zugewanderten mit deutscher Staatsangehörigkeit ist besonders schwierig (vgl. Hansel, Neuland, 2005, S.41). Nach Angaben von einigen Untersuchungen liegt der Durchschnittsanteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund gemessen am Gesamtpersonal der Altenhilfeeinrichtungen in verschiedenen Bundesländern bei ca. 36 Prozent (vgl. Friebe, 2005, S.14, 18; Ploch, 2002, S.5-13, 21; Das EQUAL-SEPiA Projekt, 2003, S.3-6). Bei diesen Untersuchungen wurden nicht nur Daten von ausländischen Staatsangehörigen erfasst, sondern auch von Zugewanderten mit deutscher Nationalität (z. B. Aussiedler/Spätaussiedler), woraus sich dieser hohe Anteil der Migrant/-innen ergibt.

Die Herkunftsländer der ausländischen Mitarbeiter/-innen sind überwiegend Polen, Russland, die Nachfolgestaaten der UdSSR und die Türkei (vgl. Friebe, 2005, S.14).

Viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund kommen oft aus verschiedenen Berufen. Ihre Berufsausbildung sowie ihre Berufssozialisation und berufliche Identität haben sie meistens außerhalb Deutschlands erworben (vgl. Ertl, 2005, S.18, 22). Aufgrund fehlender Anerkennung ihres Ausbildungsabschlusses oder Schwierigkeiten bei der Anstellung in ihrem ursprünglichen Beruf, werden Migrant/-innen häufig in der Langzeitpflege als Pflegehelferinnen eingesetzt (vgl. Wandeler, 2008, S.5). Über eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung zum Alten- oder Krankenpfleger verfügen daher insgesamt ca. 44,5 Prozent¹ aller Beschäftigten mit Migrationshintergrund (vgl. Friebe, 2005, S.14, 18; Ploch, 2002, S.5-13, 21; Das EQUAL-SEPiA Projekt, 2003, S.3-6).

Die Zusammenarbeit im multikulturellen Team bietet viele Vorteile bzw. Chancen. So kann das Team durch die Vielfalt von Weltsichten, Lebenserfahrungen und Kommunikationsstilen ein höheres Niveau erreichen (vgl. Pavkovic, 2001, S.9). Doch in der Realität ist diese Zusammenarbeit der Mitglieder durch die Missverständnisse sowie Misstrauen, Ablehnung und Konflikte erschwert. Die Ursachen dafür liegen meistens in dem unterschiedlichen Pflegeverständnis der Mitarbeiter/-innen, sowie in den abweichenden Arbeitshaltungen und Kommunikationsproblemen zwischen Teammitgliedern (vgl. van den Bergh, Lehmann, 2004, S.53; Friebe, 2006, S. 25). Die kulturellen Unterschiede im pflegerischen Alltag werden eher als ein zusätzlicher Stressfaktor in der Interaktion zwischen Teammitgliedern oder gar als „Störung für das Team“ erlebt. (vgl. Ertl, 2005, S.18; Loffing, 2007, S.42).

Diese Faktoren treten häufig als zusätzliche Ursachen für die physischen und psychischen

Beschwerden aller Beschäftigten auf. Immer mehr Bedeutung gewinnt somit die Gesundheit am Arbeitsplatz (vgl. Zellhuber, 2003, S.12).

Kapitel 2. Gesundheits- und Krankheitsstand der Altenpflegekräfte:

Kapitel 2.1. Arbeitsbedingte Belastungen in der Altenpflege:

Die pflegerische Tätigkeit wird sehr oft in Verbindung mit physischen und psychischen Belastungen gesehen. In der Arbeitspsychologie wird der Begriff Belastung ursprünglich als Summe objektiver Faktoren verstanden und bedeutet, alle äußere Arbeitsanforderungen, die sich aus dem Arbeitsumfeld und dem spezifischen Arbeitsinhalt ergeben (vgl. Rühmann, Bubb, 1981, zit. n.: Zellhuber, 2003, S.151).

Nach § 43 SGB XI gehören zu den Aufgaben des Pflegepersonals in Heimen allgemeine Pflegeleistungen, welche die Grundpflege, Behandlungspflege sowie soziale Betreuung umfassen. In der Praxis sind diese Teilbereiche untrennbar. Das breite Tätigkeitsspektrum teilt sich in direkte und indirekte Pflegeleistungen (vgl. Zapp, Funke, 1999, zit. n.: Zellhuber, 2003, S.118). Direkte Pflegeleistungen bestehen aus Behandlungspflege (u. a. Medikamentengabe, Wundversorgungen), Grundpflege (wie Körperpflege, Ernährung) und soziale Betreuung (Sterbebegleitung, Alltagsgestaltung). In unmittelbarem Bezug zu diesen Leistungen stehen indirekte Pflegeleistungen, die der Einhaltung von Qualitätsanforderungen dienen. Sie umfassen Bewohner bezogene und pflegebezogene Leistungen sowie Mitarbeiter bezogene und organisationsbezogene Aufgaben (vgl. a.a.O., S.118-119).

Die Belastungen entstehen (erst) dann aus einer pflegerischen Tätigkeit, wenn die Arbeitsanforderungen die vorhandene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/-innen überschreiten.

Aufgrund geringer personeller Ressourcen kann eine quantitative Überforderung der Mitarbeiter/-innen im Sinne von Arbeitsverdichtung oder großem Arbeitspensum entstehen. Das führt dazu, dass den Pflegenden zu wenig Zeit für die einzelnen Bewohner/-innen bleibt (vgl. ebd.; FfG, 2004, S. 99-109; Glaser et al., 2008, S.51; Oldenburger, 2012, S.15, 16). Die Bewohnerwünsche können deshalb nicht voll erfüllt werden, was die Konfliktsituationen auslösen kann. Die Folge sind Belastungen durch unzufriedene und aggressive Patient/-innen (vgl. Junk, 2007, S. 119).

Der alltägliche Umgang mit multimorbidien, oftmals demenzkranken Patent/-innen sowie Konfrontation mit dem Tod und Sterben, führen zudem vermehrt zu den psychosozialen Arbeitsbelastungen (vgl. Küsgens, 2005, S.215). Infolge der veränderten Bewohnerstruktur in Heimen wird e von einer steigenden Anzahl der schwerstpflegebedürftigen und psychisch kranken Bewohner/-innen gesprochen (vgl. a.a.O., S.126, 127). Es werden von den Pflegenden Kompetenzen im Bereich der Sonderversorgung, speziellen Lagerungstechniken und medizinischen Grundkenntnissen verlangt, die aber während der Ausbildung mangelhaft vermittelt werden (vgl. Zellhuber, 2003, S. 127) [...].