

WOLFGANG PABST

Pabst Science Publishers, Lengerich

DIALYSE-PFLEGENDE: PATIENTENORIENTIERT UND ORGANISATIONSKRITISCH

Einen Fragenkatalog zur Bewertung der eigenen beruflichen Situation beantworteten 1330 Dialyse-Pflegekräfte in der Bundesrepublik. "Zufriedenheit" ist die in diesem Zusammenhang am häufigsten genannte Emotion (47% der Schwestern, 53% der Pfleger).

Zu der Überlegung, ob sie bei einer erneuten beruflichen Entscheidung wieder in die Nephrologie gehen würden, notierten 78,5% der Frauen und 78,8% der Männer Ja. 20,5% der Frauen und 16,7% der Männer äußerten sich negativ, der Rest unentschieden. Das Gesamtergebnis stimmt mit ähnlichen Umfragen in der alten Bundesrepublik (1988) und in der DDR (1990) etwa überein.

Mehr als die Hälfte der Pflegenden sieht Möglichkeiten, die Arbeitsqualität zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu senken: 50,5% der Frauen und 59,0% der Männer mahnen Organisationsverbesserungen an, 61,5 % der Frauen und 50% der Männer empfehlen den Einsatz zusätzlicher Hilfskräfte für einfachere Aufgaben.

1. EINFÜHRUNG

Stellenwert, Ausbildung und Honorierung der nephrologischen Schwestern und Pfleger wurden während der zurückliegenden Jahre in der Bundesrepublik verbessert; technische Entwicklung und Ausstattung in den meisten Dialyseeinrichtungen verstärken den Trend zusätzlich.

Andererseits schaffen wachsende Krankheitsbelastungen zunehmend älterer Patient(inn)en und die Kritik an hohen Kostenbelastungen neue Herausforderungen. Offen ist einstweilen auch die Frage: Wieweit

wird der generelle Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal auch in der Nephrologie zu einem ernsthaften Problem?

2. MATERIAL UND METHODE

Wir versandten einen strukturierten Fragebogen nach dem Zufallsprinzip an 3090 Dialysepflegekräfte im deutschen Bundesgebiet. 1001 Frauen und 329 Männer reagierten mit auswertungsfähigen Antworten. Es handelt sich vermutlich nicht um einen repräsentativen Querschnitt, sondern eine Gruppe überwiegend erfahrener Pflegenden:

TABELLE 1:

Alter der Pflegenden

| | männl. | weibl. |
|---------|--------|--------|
| bis 25 | - | 2,5% |
| 26 - 35 | 16,7% | 19,5% |
| 36 - 45 | 42,4% | 44,0% |
| über 45 | 40,9% | 34,0% |

TABELLE 2:

Anzahl der Jahre in der Dialyse

| | männl. | weibl. |
|---------|--------|--------|
| 0 - 5 | 10,6% | 13,5% |
| 6 - 10 | 25,8% | 25,5% |
| 11 - 15 | 13,6% | 26,5% |
| 16 - 20 | 15,2% | 17,0% |
| über 20 | 34,8% | 17,5% |

3. ERGEBNISSE

a. Belastung - Honorierung

Die Arbeitszeit-Belastung liegt bei der Mehrheit im tariflichen Rahmen:

TABELLE 3:

Wie viele Stunden sind Sie pro Woche an Ihrem Arbeitsplatz?

| De facto bin ich an meinem Arbeitsplatz Stunden bis Stunden pro Woche | | |
|--|--------|--------|
| | männl. | weibl. |
| < 30 | 4,5% | 23,5% |
| 31-36 | 7,5% | 14,5% |
| 37-40 | 48,6% | 44,0% |
| >40 | 39,4% | 18,0% |

Bei unserer Umfrage 1988 in der Bundesrepublik waren weit weniger Teilzeitkräfte und generell mehr Arbeitsstunden pro Woche zu sehen:

- weniger als 32 bei 6,8%
- 33 bis 39 bei 9,8%
- 40 bei 29,9%
- 41 und mehr bei 53,5%

Ähnlich wie 1988 gibt auch jetzt nur eine Minderheit häufige oder sehr häufige Überlastung an:

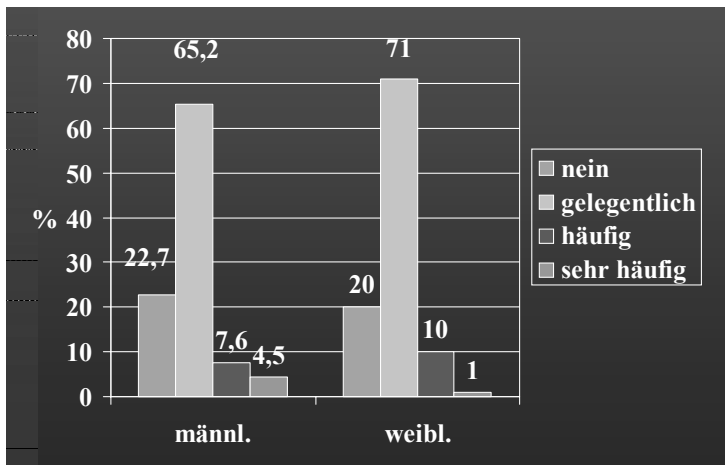


ABBILDUNG 1:

Fühlen Sie sich in der Arbeit überlastet?

Fast zwei Drittel - ähnlich wie 1988 - hält die Honorierung für voll oder einigermaßen angemessen:

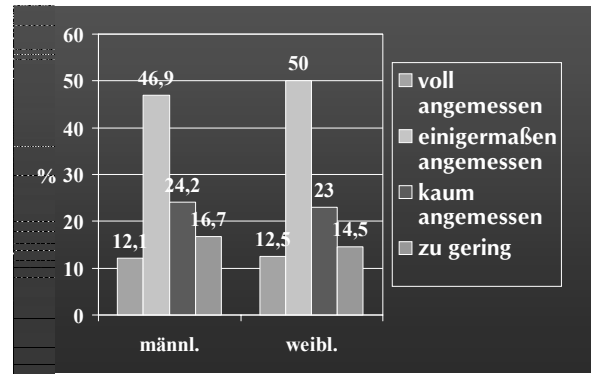


ABBILDUNG 2:

Wie beurteilen Sie Ihre eigene Bezahlung?

"Wie beurteilen Sie Ihre eigenen Aufstiegsmöglichkeiten?" Hier ist inzwischen gegenüber 1988 die Zufriedenheit leicht gewachsen:

TABELLE 4:

Wie beurteilen Sie Ihre eigenen Aufstiegsmöglichkeiten?"

| | männl. | weibl. |
|-----------------|--------|--------|
| voll genügend | 18,2% | 11,5% |
| angemessen | 30,3% | 33,5% |
| kaum angemessen | 13,6% | 13,5% |
| zu gering | 31,8% | 29,0% |
| ohne Angaben | 6,1% | 12,5% |

b. Qualitätseinschätzung

Bei der Einschätzung der eigenen Qualifikation liefern die Befragten ein ähnlich positives Selbstbild wie 1988:

TABELLE 5:

Wie beurteilen Sie Ihre eigene dialysetechnische Ausbildung?

| | männl. | weibl. |
|-----------------|--------|--------|
| voll genügend | 44,0% | 29,5% |
| angemessen | 42,4% | 64,0% |
| kaum angemessen | 10,6% | 3,0% |
| zu gering | 1,5% | 3,5% |
| ohne Angaben | 1,5% | - |

TABELLE 6:

Wie beurteilen Sie Ihre eigene pflegerisch-medizinische Ausbildung?

| | männl. | weibl. |
|-----------------|--------|--------|
| voll genügend | 34,8% | 34,5% |
| angemessen | 57,6% | 60,5% |
| kaum angemessen | 6,1% | 4,0% |
| zu gering | 1,5% | 1,0% |

TABELLE 7:

Wie beurteilen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten im Umgang mit Patienten?

| | männl. | weibl. |
|-----------------|--------|--------|
| voll genügend | 36,4% | 47,5% |
| angemessen | 62,1% | 52,0% |
| kaum angemessen | - | - |
| zu gering | 1,5% | 0,5% |

c. Emotionen und Interaktionen im Pflorgeteam

Die Einschätzung eigener Emotionen stellt ein Positivum - Zufriedenheit - in den Vordergrund:

TABELLE 8:

Was empfinden Sie durch Ihren Beruf oft?

| | männl. | weibl. |
|------------------------|--------|--------|
| Angst | 9,1% | 8,0% |
| Erschöpfung | 28,8% | 40,0% |
| Überforderung | 16,7% | 16,5% |
| Traurigkeit | 10,6% | 20,0% |
| verdeckte Aggressionen | 30,3% | 32,0% |
| offene Aggressionen | 4,5% | 5,5% |
| Hilflosigkeit | 21,2% | 37,0% |
| Zufriedenheit | 53,0% | 47,0% |
| Dankbarkeit | 22,7% | 27,0% |
| Freude | 31,8% | 38,5% |
| Harmonie | 6,1% | 17,0% |

Ein unmittelbarer Vergleich mit den Angaben von 1988 ist - wegen der unterschiedlichen Frageform - nicht möglich. Doch mittelbar lassen sich Unterschiede erkennen:

Aktuell nennen Schwestern ihre Emotionen im Beruf in dieser Häufigkeitsfolge: Zufriedenheit, Erschöpfung, Freude, Hilflosigkeit, verdeckte Aggression, Dankbarkeit, Traurigkeit, Harmonie, Überforderung, Angst, offene Aggression

1988 lautete die Abfolge:

Freude, verdeckte Aggression, Erschöpfung, Zufriedenheit, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Überforderung, Angst, Dankbarkeit, offene Aggression, Harmonie

Lässt sich hier unter Umständen eine - wenn auch geringe - Stimmungsverbesserung erkennen?

Pfleger lassen ein zufriedeneres und weniger erschöpftes Befinden erkennen als Schwestern.

Hier lautet jetzt die Häufigkeitsreihenfolge: Zufriedenheit, Freude, verdeckte Aggressionen, Erschöpfung, Dankbarkeit, Hilflosigkeit, Überforderung, Traurigkeit, Angst, Harmonie, offene Aggressionen

1988 gaben Pfleger die Reihenfolge an: Freude, Hilflosigkeit, Zufriedenheit, Überforderung, Erschöpfung, Dankbarkeit, Harmonie, Traurigkeit, Angst, offene Aggression, verdeckte Aggression

Bei dem Verhältnis zu Patient(inn)en zeichnen die Pflegenden heute ein fast ideales Selbstbild. Ob es mehr dem Wunsch oder der Wirklichkeit entspricht, lässt sich den Fragebögen nicht entnehmen:

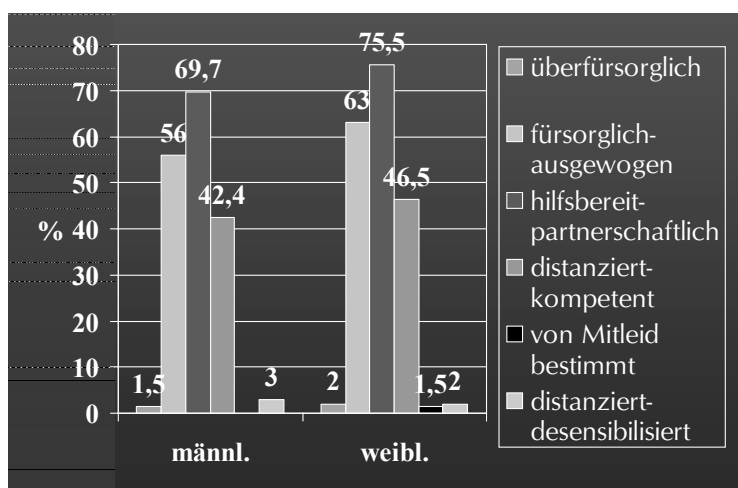


ABBILDUNG 3:

Wie bewerten Sie Ihr persönliches Verhältnis zu Patienten?

1988 hatten die Antworten noch ein günstigeres Bild - für Schwestern wie Pfleger - gezeichnet:

überfürsorglich 1,3%, fürsorglich-ausgewogen 41,6%, hilfsbereit-partnerschaftlich

75,6%, distanziert-kompetent 18,5%, von Mitleid bestimmt 1,7%, distanziert-desensibilisiert 4,6%.

Die Kollegialität im Pflgeteam wird heute weniger emotionalisiert und etwas professioneller beschrieben als 1988; die Faktoren Herzlichkeit und "gespanntes Verhältnis" sind bei Männern wie Frauen zurückgegangen. Das aktuelle Ergebnis:

TABELLE 9:

Wie empfinden Sie Ihr persönliches Verhältnis zu Kolleg(inn)en?

| | männl. | weibl. |
|----------------------------|--------|--------|
| herzlich | 13,6% | 13,5% |
| freundschaftlich-kollegial | 80,3% | 80,0% |
| sachlich-neutral | 18,2% | 21,5% |
| gespannt | 7,6% | 9,5% |
| unkollegial | - | 1,0% |

Zu diesem überwiegend positiven Bild sehen wir einen Kontrast, den wir nicht aufklären können: 37,5% der Schwestern und 36,4% der Pfleger geben an, häufig Aggressionen von Kolleg(inn)en zu erleben. Werden Aggressionen in diesem Zusammenhang von Betroffenen als annähernd bedeutungslos gewertet?

Dieser Schluß legt sich auch bei den anderen Antworten zur Aggressionsfrage nahe:

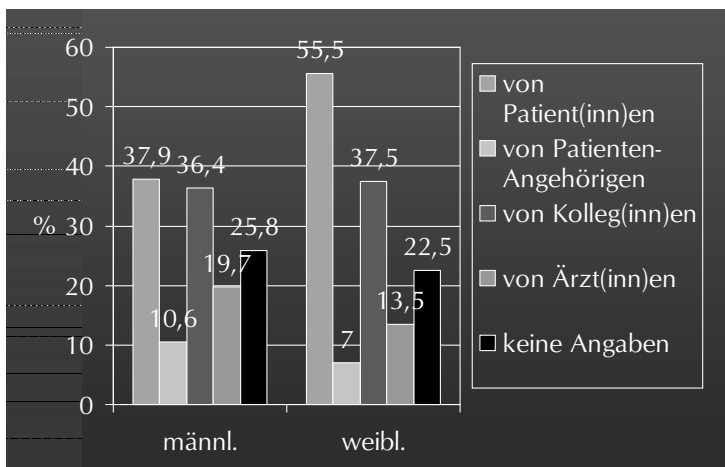


ABBILDUNG 4:
Erleben Sie häufig Aggressionen?

Die vergleichsweise geringere Aggressivität von Ärztinnen/Ärzten deutet indes nicht darauf, daß Pflegende ein besonders gutes Verhältnis zu ihnen unterhalten.

d. Einschätzung der Ärztinnen/Ärzte

Sowohl Schwestern als auch Pfleger beurteilen Engagement und Kompetenz der Ärztinnen/Ärzte heute wesentlich günstiger als 1988. Wieweit die Ursachen bei den Pflegenden selbst, in den Strukturen oder bei den Mediziner(inne)n zu suchen sind, läßt sich an den Antworten nicht ablesen.

TABELLE 10:

Wie erleben Sie die Mehrheit der Ärztinnen/Ärzte meistens?

| 1988 | männl. | weibl. |
|----------------------|--------|--------|
| engagiert | 32,3% | 25,2% |
| routiniert | 24,6% | 40,0% |
| relativ gleichgültig | 36,9% | 27,7% |
| fachlich kompetent | 32,3% | 39,4% |
| fachlich unsicher | 40,0% | 35,5% |
| fachlich inkompetent | 9,2% | 6,5% |
| 2002 | männl. | weibl. |
| engagiert | 24,2% | 29,0% |
| routiniert | 36,4% | 44,0% |
| relativ gleichgültig | 21,2% | 17,0% |
| fachlich kompetent | 42,4% | 45,0% |
| fachlich unsicher | 10,6% | 14,5% |
| fachlich inkompetent | 1,5% | 3,0% |

Im Verhältnis von Ärzt(inn)en zu Patient(inn)en sehen Pflegende heute weniger ausgeprägt positive oder negative Emotionen als 1988 - also einen gewissen Trend zur Professionalisierung:

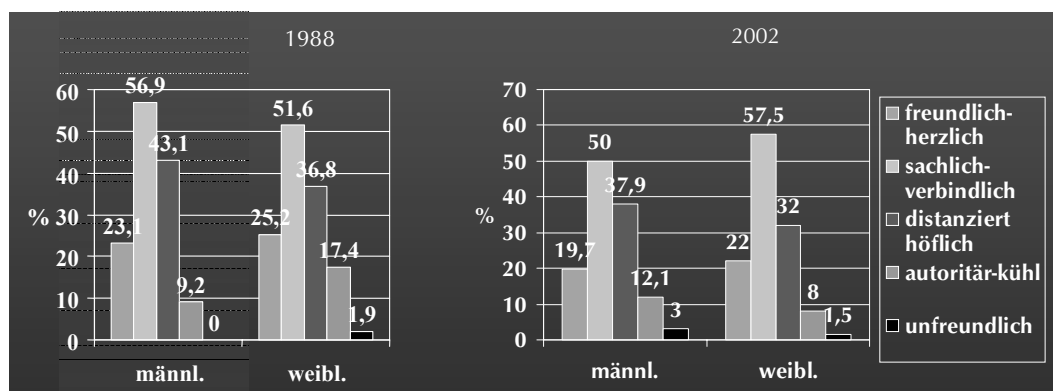


ABBILDUNG 5:
Wie erleben Sie die Mehrheit der Ärztinnen/Ärzte Patienten gegenüber meistens?

Das offensichtlich höchst problematisierte Verhältnis Mediziner/innen versus Pflege verdeutlichen die beiden miteinander im Ergebnis kaum vergleichbaren nachfolgenden Antwortübersichten:

TABELLE 11:

Wie erleben Sie die Mehrheit der Ärztinnen/Ärzte Pflegekräften gegenüber meistens?

| 1988 | männl. | weibl. |
|----------------------------|--------|--------|
| freundlich-herzlich | 38,5% | 31,6% |
| sachlich-verbindlich | 49,2% | 56,8% |
| distanziert-höflich | 32,3% | 23,9% |
| autoritär-kühl | 3,1% | 11,0% |
| unfreundlich | 1,5% | 3,2% |
| überhaupt nicht führend | 21,5% | 15,5% |
| schwach führend | 27,7% | 28,4% |
| kooperativ führend | 27,7% | 41,3% |
| autoritär führend | 12,3% | 15,5% |
| genügend informierend | 32,3% | 31,6% |
| unzulänglich informierend | 41,5% | 48,4% |
| viel zu wenig informierend | 16,9% | 20,0% |
| 2002 | männl. | weibl. |
| freundlich-herzlich | 16,7% | 20,5% |
| sachlich-verbindlich | 41,0% | 47,0% |
| distanziert-höflich | 24,2% | 22,5% |
| autoritär-kühl | 10,6% | 11,5% |
| unfreundlich | 6,1% | 3,5% |
| überhaupt nicht führend | 7,5% | 9,5% |
| schwach führend | 7,5% | 11,5% |
| kooperativ führend | 12,1% | 15,5% |
| autoritär führend | 15,2% | 8,5% |
| genügend informierend | 10,6% | 13,0% |
| unzulänglich informierend | 28,8% | 31,5% |
| viel zu wenig informierend | 9,1% | 9,5% |

Unsere Frage nach der Führung der Ärztin/des Arztes wird in 56% der Bögen überhaupt nicht beantwortet und in acht Fällen ausdrücklich als unangebracht kritisiert - etwa mit der Bemerkung: "Der Arzt hat uns

nicht zu führen." Viele Pflegenden lassen durch ihr Antwortverhalten resp. ihre Nicht-Antworten auch erkennen, daß Ärztinnen/Ärzte im Alltagsgeschehen außerhalb des Focus ihrer Aufmerksamkeit stehen. Für eine detailliertere Wertung bieten die Fragebögen allerdings keine soliden Anhaltspunkte.

4. AUSBLICK

a. Berufsmotivation

Welche Werte sind den Deutschen etwas wert? 2001 hat das Meinungsforschungsinstitut USUMA in einer repräsentativen Stichprobe diese Frage untersucht. Dabei waren für beide Geschlechter die entscheidenden Werte:

1. Sicherheit und Stabilität in Gesellschaft und im zwischenmenschlichen Bereich
2. Wohlergehen der Menschen mit nahem Kontakt, Hilfsbereitschaft, Ehrlichkeit
3. Toleranz, übergreifende soziale Gerechtigkeit
4. Selbstbestimmung, Kreativität

Die Werte 1. bis 3. stehen v.a. bei Frauen, Nr. 4 v.a. bei Männern im Vordergrund.

Geringwertig - in absteigender Reihenfolge - werden beurteilt: Vergnügen, Disziplin, Leistung, Tradition, Macht, Risiko. (Nach den Begriffsfeldern Wohlstand/ Konsum wurde in diesem Zusammenhang nicht gefragt.)

Die Werte 1 bis 4 bieten eine gute Motivationsgrundlage für die Dialysepflege. 20,5% der Schwestern und 16,7% der Pfleger notieren in unserer aktuellen Stichprobe, sie würden bei einer erneuten Berufsentscheidung nicht wieder in die Dialyse gehen. Eine Begründung haben wir nicht erfragt und nicht erhalten. Aus dem Gesamtzusammenhang der Antworten läßt sich jedoch bei etwa drei Viertel dieser Ausstiegswilligen

vage erschließen: Im zwischenmenschlichen Bereich in der Dialyse bestehen unterschiedlichste Defizite. Es ist in keinem Fall erkennbar, daß ein Zuviel an Arbeit oder ein Zuwenig an Gehalt den Ausstiegswunsch stimuliert.

Eine 43jährige Schwester wechselte nach 18 Dialyse-Jahren in einen anderen Beruf und begründet in ihrem Fragebogen: "Es ging zum Schluß nur noch um Geld, nicht um Menschen. Dies hat mich wütend gemacht - und traurig."

Die Dialyse-Schwester und -Pfleger beschreiben ihr Verhältnis zu Ärzten kritisch, zu Kolleg(inn)en eher zurückhaltend, jedoch zu Patient(inn)en außerordentlich nah - obwohl von letzteren die meisten Aggressionen ausgehen. Diese Beobachtung bestätigt den Kernbefund von Andreas Fischer und Uwe Schaarschmidt:

"Die wichtigste Voraussetzung für Zufriedenheit und Sinnerleben in der Pflege dürfte die erfolgreiche Beziehungsgestaltung gegenüber den Patienten sein."

Soweit dieser Pflegewunsch realisierbar bleibt, bieten sich allen Beteiligten wertvolle, interessante Chancen; und es werden sich genügend Pflegenden für die Nephrologie entscheiden. Es bleibt jedoch als Risiko im Auge zu behalten, daß in der deutschen Gesamtbevölkerung in der Zehn-Werte-Skala der Begriff "Leistung" im unteren Bereich rangiert - tendenziell bei Frauen signifikant niedriger als bei Männern.

b. Arbeitsqualität steigern, Kosten senken

Spätestens seit dem Einzug der 68er Generation in Entscheiderfunktionen wird die Gruppe im Arbeitsleben favorisiert und idealisiert. Die Pflege ist von dieser Ideologie besonders betroffen - und relativ resistent gegenüber den Ergebnissen der Arbeitsforschung.

Diese hat nachgewiesen:

- Die Gesamteffizienz einer Arbeitsgruppe ist niedriger als die Effizienzsumme der Einzelmitglieder.
- Die Gruppe realisiert weniger Wissen als alle ihre Einzelmitglieder in summa besitzen.
- Je größer die Gruppe, desto größer der Effizienzverlust pro Person.

Hauptursachen sind der Aufwand für Koordination und die Veränderungen in der Motivation bzw. im Verantwortungsbewußtsein.

Daraus läßt sich selbstverständlich nicht die Auflösung der nephrologischen Teams ableiten; die Gruppe bleibt erforderlich - für den einwandfreien Arbeitsablauf und den sozialen Austausch. Aber: Die Analyse und Verminderung von Effizienzverlusten bleiben für alle Beteiligten eine Herausforderung.

Die Mehrheit der von uns befragten Schwestern und Pfleger sehen Möglichkeiten, die Arbeitsqualität in den Dialysen zu steigern und gleichzeitig Kosten zu senken:

TABELLE 13:

Sehen Sie Möglichkeiten, die Arbeitsqualität zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu senken?

| | männl. | weibl. |
|--|---------------|---------------|
| • durch eine bessere Organisation | 59,0% | 50,5% |
| • durch die Implementierung eines Qualitätssicherungsverfahrens | 24,2% | 23,5% |
| • durch eine verbesserte Ausbildung der Ärzte | 21,2% | 15,0% |
| • durch eine verbesserte Ausbildung des Pflegepersonals | 33,3% | 30,5% |
| • durch zusätzliche Hilfskräfte für einfachere Aufgaben | 50,0% | 61,5% |
| • durch eine aktivere Beteiligung von Patient(inn)en an der Arbeit | 12,1% | 18,0% |
| • durch die Wiederverwendung von Dialysatoren | 3,0% | 1,5% |
| • durch andere Änderungen | 15,2% | 9,0% |

Die Definition und Realisierung dieser Einzelverbesserungen sind sicherlich eine Daueraufgabe für jede(n) Einzelne(n) im Team - mit den beiden Effekten:

- Den Pflegenden bleibt genügend Zeit, ihre Patienten zu betreuen
- Den Dialysen bleiben ökonomische Probleme weitgehend erspart

LITERATUR

1. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2002): Die Pflegepersonal-Situation in Deutschland ist angespannt. www.dip.de 10-07-2002.
2. Fischer, Andreas W., Schaarschmidt, Uwe (2002) Beanspruchung im Pflegeberuf - Sind Pflegepersonen gesundheitlich gefährdet? Häufiger Unter- als Überforderung. JnephrolTeam 19: 167ff.
3. Hinz, Andreas; Albani, Cornelia; Gießler, Anne; Brähler, Elmar (2002) Welche Werte sind den Deutschen etwas wert? Psychosozial 25/II: 21ff.
4. Pabst, Wolfgang (1988) Dialyse-Pflegekräfte: überwiegend positives Verhältnis zu Patienten, starke Kritik an Ärzten. JnephrolTeam 3: 3/11ff.
5. Pabst, Wolfgang (1988) Dialyse-Pflegekräfte: weitaus höhere Arbeitsmotivation als in anderen Klinikbereichen. JnephrolTeam 3: 4/11ff.
6. Pabst, Wolfgang (1990) Umfrage bei Dialyse-Pflegekräften in der DDR: 76% würden sich nochmals für ihren Beruf entscheiden. JnephrolTeam 6: 2/6.
7. Witte, Erich H. (Hrsg.) Sozialpsychologie der Gruppenleistung, Lengerich: 1998.

H. E. Franz (Hrsg.)

Dialyse 2003

R. Günther: Wasseraufbereitung für die Dialyse

D. Bundschu: Dialysator (Grundlagen)

R. Krieg: Antikoagulation

A. Natterer: Geräteseitige Komplikationen an der Dialyse

I. Dietmayer: Der Dialyseablauf aus pflegerischer Sicht

M. Bulla: Hämodialysebehandlung im Kindesalter

M. Bulla: Häufigkeit und Ursachen der Niereninsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen

A. Schulze Everding: Kontinuierliche Nierenersatztherapie im Kindesalter: Hämofiltrationsverfahren

St. Mees: Dialyse und pflegerisches Dialysepersonal

St. Mees: Häufige akute Probleme bei der Hämodialyse

H. B. Steinhauer: CAPD-Indikationen, Kontraindikationen und klinische Probleme

M. J. Stangl: Lebendspende – Aufklärung über Risiken, Vorbereitung zur Spende, mögliche Komplikationen

W. Pommer: Warum ist der Anteil der Peritonealdialyse in Deutschland unterrepräsentiert? Gründe und Möglichkeiten der Verbesserung

H. B. Steinhauer: Grundkurs CAPD – Vorschläge für die Schulung von CAPD-Patienten

K. Rettenberger: Zukünftige Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

H. Mann: Malnutrition bei Dialysepatienten: Ursachen – Erkennung – Behandlung

T. Wirth-Junghöfer, M. Junghöfer: Persönliche Erfahrungen in der prädialytischen Phase und Überlegungen, welchem Nierenersatzverfahren der Vorzug zu geben ist

E. Wandel: Transplantationsnachsorge: Normen und Fallen

R. Krämer: Ist Heimtherapie zeitgemäß?

D. Bundschu: Phosphat – der heimliche Patiententkiller?

W. H. Hörl: Körpergewicht und Dialyse-Outcome

W. H. Hörl: Urämie und Atherosklerose

H. Böhme: Rechtsfragen in der Nephrologie und Nephrologiepflege

P. Thon: Fistelanlage mit alloplastischem Material

R. Rau: Dem Leben Raum geben – Aufgabenfelder professioneller Pflege in der Palliativbetreuung

H. Winter, K.-D. Hanel, S. Doslic, F. Keller: Dialyseabbruch

296 Seiten, ISBN 3-89967-081-7, Preis: 25,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28, D-49525 Lengerich,
Tel. 05484-308, Fax 05484-550,
E-mail: pabst.publishers@t-online.de
Internet: www.pabst-publishers.de