

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 73-89



5	Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate	73
	<i>Ulrike Höhmann, Manuela Lautenschläger und Laura Schwarz</i>	
5.1	Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege und Folgen für den Berufsverbleib	73
5.2	Ansatzpunkte zur Reduktion von „transformatorischen“ Belastungen.....	82

5 Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate

Ulrike Höhmann, Manuela Lautenschläger und Laura Schwarz

5

Abstract

Der Beitrag beschreibt und kontextualisiert auf Mikro-, Meso- und Makroebene zentrale Belastungsfaktoren für die stark binnendifferenzierten Pflegeberufe. Die Analyseperspektive (neo)institutionalistischer Organisationstheorien macht kaum beachtete Mechanismen sichtbar, die bei der Umsetzung kontinuierlich erforderlicher Innovationen in Gesundheitseinrichtungen zu hausgemachten Verschärfungen der Belastungen beitragen. Aufgezeigt werden einige Grundpfeiler des BMBF-geförderten Projekts „AKiP“, die kurzfristig an der Verbesserung organisationsinterner Gestaltungskompetenz zur Minderung dieser „Selbststrangulationen“ ansetzen. Langfristig sind jedoch Lösungsstrategien notwendig, die komplexe Wechselwirkungen zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene systematisch einbeziehen.

The article describes and contextualizes at the micro, meso and macro levels central work-related stress factors for the highly differentiated caring professions. The analysis perspective of (neo) institutionalist organisational theories reveals scarcely noticed mechanisms that in the implementation of continuously required innovations in healthcare facilities contribute to a homemade aggravation of stress factors. The article describes some of the cornerstones of the project “AKiP” funded by the Federal Ministry of Education and Research which can help to improve organisational competence to mitigate the “self strangulations” in the short term. In the long run, however, strategies are needed that systematically involve complex interactions between the micro, meso and macro levels.

5.1 Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege und Folgen für den Berufsverbleib

Einschlägige Zukunftsszenarien weisen – trotz divergierender Zahlen – übereinstimmend darauf hin, dass es eine erwartbare Diskrepanz zwischen Fachkräfteangebot und Fachkräftebedarf gibt (SVR 2012, S. 38; Simon 2011, S. 340ff). Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland schon heute über die schlechteste Patienten-Pflegekraft-Relation in Europa, mit messbaren Auswirkungen auf die Mortalitätsraten von Patienten und das Belastungserleben von Pflegekräften (Aiken et al. 2012). So werden Pflegekräfte aller drei Sektoren, der ambulanten Pflege, der stationären

Abbildung 5–1

Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf		
Makro- ebene	Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/Gratifikationskrisen ⇒ Wert- und Bedeutungszuschreibung der Arbeit (vgl. Buxel 2011: 946; Hasselhorn et al. 2005: 118ff.; Simon et al. 2005: 28; Zander/Busse 2012: 114) • Bürokratisierung ⇒ Zunahme patientenferner Aufgaben bedingt durch steigende Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 10; Bräutigam et al. 2014: 44f., 47; DAK-BGW 2005: 15, 54, 72ff.; DAK-BGW 2006: 18, 70, 88f.; Zander/Busse 2012: 110) • Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten ⇒ v.a. Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse (z.B. Fallpauschalen-DRGs) (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 10f.; DAK-BGW 2005: 15, 64ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015; Zander/Busse 2012: 110) • Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung (vgl. Bräutigam et al. 2014: 8, 27ff., 55, 39ff.; Simon et al. 2005: 42f.)
Meso- ebene	Organisations- bezogene Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsstil/-qualität (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; DAK-BGW 2005: 41f.; Hasselhorn et al. 2005: 34ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015: 94, 99; Simon et al. 2005: 24ff.; Stordeur et al. 2005: 30ff.; Wenderlein 2005: 67f.) • Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten ⇒ z. T. unzureichende Unterstützung von den Arbeitgebern; zudem wenig finanzielle Gratifikation oder Verbesserungen der beruflichen Position (vgl. Bräutigam et al. 2015: 8; 31ff., 34ff.; Braun et al. 2004: 64; Buxel 2011: 947; DAK-BGW 2005: 39f.; DAK-BGW 2006: 16, 37ff.; Simon et al. 2005: 20f., 32f.) • Geringer Einfluss bei der Arbeit ⇒ nur wenig Handlungs- und Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Art, den Inhalt und die Abfolge der Arbeitsschritte (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 54f.; DAK-BGW 2005: 36f.; DAK-BGW 2006: 17, 49ff.; Nolting et al. 2006: 110; Simon et al. 2005: 22f.) • Grundsätzliche Arbeits(zeit)organisation ⇒ v.a. Umgang mit Schicht- und Wochenenddiensten; Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Privatleben; Überstunden; Zeitdruck; Veränderung des Aufgabenspektrums; Pflegekraft-Patienten-Relationen (vgl. Bräutigam et al. 2014: 40, 44ff.; Braun et al. 2004: 52; Buxel 2011: 946; DAK-BGW 2005: 14, 28, 31; Isfort et al. 2011: 11ff.; Isfort et al. 2007: 21; Simon et al. 2005: 34ff.; Wenderlein 2005: 54; Zander/Busse 2012: 118) • Quantitative Arbeitsanforderungen (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK_BGW 2005: 31; Simon et al. 2005: 14f.; Wenderlein 2005: 80)
	Materiell- technische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsumgebung: <ul style="list-style-type: none"> – Lärm ⇒ Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe (vgl. Berger et al. 2003; DAK-BGW 2000: 34f.; Simon et al. 2005: 12) – unangenehme Temperaturen ⇒ Hitze oder Kälte (vgl. Simon et al. 2005: 13) • Körperliche Anforderungen (v.a. im Bereich Heben und Tragen) ⇒ oft verantwortlich für Beschwerden im Bewegungsapparat (vgl. Braun/Müller 2005: 133; DAK-BGW 2005: 14f.; DAK-BGW 2006: 16; Estry-Behar et al. 2005: 101ff.; Simon et al. 2005:16) • Infektionsgefährdung ⇒ Pflegepersonal durch den regelmäßigen Umgang mit Körperflüssigkeiten etc. verschiedenen Infektionsrisiken ausgesetzt (vgl. Simon et al. 2005: 11)

Abbildung 5–1

Fortsetzung

Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf		
Mikroebene	Interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation ⇒ z. B. widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen; anstelle von gezielter berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, Verschiebung der Aufgaben: v. a. Übernahme pflegefremder Tätigkeiten (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 11; Brady et al. 2010: 425ff.; Braun 2011: 303ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 44f.; DAK-BGW 2006: 18, 42; Höhmann et al. 2010: 119ff.; Simon et al. 2005: 39ff.) • Interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 11; Simon et al. 2005: 24f.; Zander/Busse 2012) • Mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (häufig in grossen Einrichtungen) (vgl. DAK-BGW 2005: 14; DAL-BGW 2006: 17, 46ff.; Nolting et al. 2006: 110f.; Simon et al. 2005: 25ff.)
	Personalsoziopsychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK-BGW 2000: 54; Simon et al. 2005: 18f.; Wenderlein 2005: 85f.) • Interaktion mit Klienten ⇒ v. a. Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten; starke zeitliche Beanspruchung (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK-BGW 2006: 55ff.; Nolting et al. 2006: 110; Simon et al. 2005: 19; Zander/Busse 2012: 110) • Psychosomatische Beschwerden (vgl. DAK-BGW 2006: 18, 65ff.) • Burnout ⇒ v. a. bei Mitarbeitern in Alten-/Pflegeheimen (vgl. Simon et al. 2005: 47f.; van der Schoot et al. 2005: 57ff.; Zander/Busse 2012: 114) • Emotionale und psychische Belastungen und Stress (vgl. Buxel 2011: 946; DAK-BGW 2005: 30; DAK-BGW 2006: 41; Nolting et al. 2006: 110) • Individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (z. B. geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; Radkiewicz et al. 2005: 69ff.) • Konflikt zwischen Arbeit und Familie (vgl. Simon et al. 2005: 69f.) • Rollenkonflikte und moralischer Stress ⇒ z. B. Berufsideal vs. Arbeitsrealität (vgl. Becker 2008: 213ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 60; DAK-BGW 2000: 83; Henze/Piechotta 2004; Isfort et al. 2011: 13ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015: 94, 100)

Pflege-Report 2016

WiDo

Langzeitpflege und der Pflege im Krankenhaus, in Zukunft voraussichtlich mit steigenden Patientenzahlen und zunehmender Arbeitsverdichtung umgehen müssen (z. B. Schulz 2012, S. 6f). Vor diesem Hintergrund wird der Ruf nach Maßnahmen laut, die dem Belastungserleben, der Stellenreduktion sowie dem Berufsausstieg von Pflegekräften entgegensteuern und stattdessen dazu beitragen, zusätzliche Pflegekräfte zu gewinnen.

Um der Komplexität des Problems gerecht zu werden, muss die Debatte über steigende Arbeitsbelastungen, einen frühzeitigen Berufsausstieg und einen drohenden Fachkräftemangel in der Pflege vor dem Hintergrund multifaktorieller Einflussgrößen geführt werden. Zu diesen Einflussgrößen gehören selbstverständlich die mit der Ausübung des Pflegeberufs verbundenen physischen und psychischen Belastungen und die daraus resultierenden Folgen. Einschlägige Studien, die sich über den Zeitraum der letzten zwei Jahrzehnte erstrecken, zeigen, dass sowohl die objektiven Arbeitsbelastungen als auch das subjektive Belastungserleben im Pflegebereich konstant bleiben und im Vergleich mit anderen Berufsgruppen überdurch-

schnittlich hoch sind (vgl. u. a. Bartholomeyczik 2008; Bräutigam et al. 2014). Sie entscheiden hauptsächlich auf zwei Wegen, ob die Betroffenen den Beruf aufgeben: Der eine Weg führt über eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit zum Ausscheiden aus dem Beruf. Der andere zeichnet sich durch individuelle Ausstiegsentscheidungen aus, die vor dem Hintergrund sinkender Berufsattraktivität, zunehmender persönlicher Motivationsprobleme oder potenzieller beruflicher Alternativen getroffen werden.

Im Folgenden werden überblickshaft relevante Belastungsfaktoren skizziert, die Pflegekräfte in einschlägigen nationalen und internationalen Studien der letzten zehn Jahre berichten. Dazu gehören z. B. die NEXT-Studie (vgl. Hasselhorn et al. 2005; Metz 2010), der DAK-BGW Gesundheitsreport (2005; 2006), die RN4Cast-Studie (vgl. Aiken 2012; Zander und Busse 2012), das Pflege-Thermometer (vgl. Isfort 2007; 2009), der Arbeitsreport Krankenhaus (vgl. Bräutigam et al. 2014) etc. (vgl. Abbildung 5–1). Primär wurden repräsentative quantitative Studien im Quer- und/oder Längsschnittdesign ausgewählt, die in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie ambulanten Pflegediensten durchgeführt wurden. Trotz ihrer eingeschränkten Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher sektoraler und organisationaler Rahmenbedingungen lassen sich hier Anforderungen an Pflegekräfte identifizieren, die sektorenübergreifend als belastend empfunden werden und sich damit als übergeordnete Einflussgrößen für Belastungserleben beschreiben lassen. Eine prozentuale Ausdifferenzierung der einzelnen Parameter erscheint aufgrund der verschiedenen Datengrundlagen nicht zielführend. Die Abbildung 5–1 listet deshalb die identifizierten Belastungsfaktoren in heuristischer Ordnung auf¹, gleichwohl die hier analytisch getrennten Ebenen realiter in Wechselwirkungsprozessen miteinander verflochten sind.

Auf übergeordneter „*Makroebene*“ lassen sich allgemeine sozio-kulturelle, politisch-rechtliche und ökonomische gesellschaftliche Einflussgrößen ausmachen, die z. B. bei Pflegenden das Gefühl mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung hervorrufen, Unzufriedenheit mit der Vergütung, eine als restriktiv erlebte Unterordnung von Fachinhalten unter Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen oder mit beruflichen Kooperationsproblemen einhergehende Umstrukturierungsfolgen aufgrund der DRG-Finanzierung. Gemeinsam ist den begrenzenden Rahmenbedingungen, dass die Pflegenden sie nicht direkt beeinflussen können. Möglich wäre aber, die sich aus diesen äußeren Rahmenbedingungen ergebenden Anforderungen zu gestalten, das heißt, sie bei der Umsetzung so zu transformieren, dass so weit wie möglich Passungen mit den einrichtungsinternen Zielen hergestellt werden können und damit unnötige zusätzliche Belastungen vermieden werden. Diese Gestaltungsoptionen sehen und nutzen Leitungen jedoch nur selten (vgl. Höhmann 2014; Wüthrich et al. 2009).

Auf der *Mesoebene* der Einrichtungen werden zum einen die Auswirkungen der wie auch immer transformierten Außeneinflüsse wirksam und können, neben einrichtungsspezifischen Organisationsproblemen, zu Belastungserleben führen. Fokussiert werden negative Auswirkungen von „Adaptionsreflexen“ an restriktive

¹ Die Differenzierung in die verschiedenen Ebenen wird dabei zugunsten der analytischen Klarheit des Arguments vorgenommen; im realen Interaktionsgeschehen sind diese nicht immer so trennscharf voneinander abzugrenzen.

Rahmenbedingungen, die bei ausreichender Dispositionsmacht und guten Gestaltungs-kompetenzen der Leitungen in Teilen aktiv beeinflussbar und in ihren belastenden Konsequenzen abzapuffern wären. Dazu gehören z. B. als ungünstig erlebte Schichtdienste, geringer Handlungs- und Gestaltungsspielraum bei der Arbeit, häufige Überstunden, Infektionsrisiken, hohe körperliche Anforderungen, interdisziplinäre Kommunikations- und Kooperationsprobleme und Feindseligkeiten, geringe soziale Unterstützung seitens der Kollegen und Arbeitgeber sowie zu wenig Zeit für die Patienten. Selten diskutiert wird hingegen, warum in den Einrichtungen diese arbeitsumfeldbezogenen Stressoren nur selten aktiv gestaltet werden. Studien argumentieren oft so, als bestünde ein direkter, unmittelbarer Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen strangulierenden Rahmenbedingungen der Makroebene und der schwierigen einrichtungsinternen Arbeitssituation. Interne Steuerungs- und Gestaltungspuffer der Einrichtungen werden dabei oft ausgeblendet. Diese gilt es jedoch herauszuschälen: Denn auch wenn offensichtlich eine monetäre Unterausstattung der Pflege zu konstatieren ist, lässt sich am Beispiel der DRG-Finanzierung aufzeigen, dass es eine aktive Steuerungsentscheidung ist, wie die Mittel hausintern verteilt werden, die sich nicht naturwüchsig aus der Vergütungslogik der DRGs ergibt und die Pflege automatisch benachteiligen muss. Die unterschiedliche faktische Handlungsmacht der jeweiligen Interessengruppen im Verteilungsprozess und eine oft mangelhaft ausgebildete Gestaltungskompetenz und Resignation der Leitungen, die jegliche Handlungsoptionen zu schnell durch unbeeinflussbare Rahmenbedingungen verschlossen sehen, mögen zu diesem populären Fehlschluss führen. Im Anschluss an organisationssoziologische Untersuchungen und darauf aufbauende, theoretisch systematisierende Überlegungen der (Neo)Institutionalisten werden wir in Abschnitt 5.2 (s. u.) diskutieren, wo hier aktivierende Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen sind, um das Pflegemanagement dazu zu befähigen, solche „transformatorischen“ Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter zu reduzieren bzw. abzufedern.

Nicht zuletzt werden in den hier skizzierten Studien weitere Belastungsfaktoren auf der *Mikroebene* der Person im interpersonalen und personal-soziopsychischen Bereich aufgeführt. Die Individualität des Mitarbeiters, seine Ressourcen und Regulationssysteme erscheinen für die Maßnahmen zur Belastungsreduktion am Arbeitsplatz am ehesten zugänglich. Deshalb setzen die meisten Gesundheitsförderungsprojekte eher am Gesundheits- und Stressverhalten des Einzelnen an als an den Verhältnissen der Arbeitsumgebung, die in vielen Fällen jedoch als „Triggerfaktoren“ dafür anzusehen sind, wie es dem Einzelnen gelingt, die Anforderungen der Arbeit mit seinen persönlichen Ressourcen in ein angemessenes Gleichgewicht zu bringen.

Die komplexen Wechselwirkungen zwischen den Einflussgrößen der verschiedenen Ebenen und die hohe Binnendifferenzierung der Pflegeberufe lassen es wenig erfolgversprechend erscheinen, aus den skizzierten Studienergebnissen unidirektionale Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und damit von Berufsausstiegen abzuleiten. So belegt keine der Studien eine *eindeutige* Korrelation von Interventionen zur Reduktion von identifizierten Belastungsfaktoren und einer positiven Entwicklung des Berufsverbleibs. Einige Untersuchungen legen jedoch nahe, dass nur sehr umfassende Maßnahmen das krankheitsbedingte Ausscheiden aus dem Beruf verringern können. Denn sie verweisen darauf, dass z. B. Personen

bei sehr hohen quantitativen Arbeitsanforderungen, die gleichzeitig mit geringem individuellem Handlungs- und Gestaltungsspielraum einhergehen – wie es oft in Alten- und Pflegeheimen der Fall ist – ein hohes Maß an Fehltagen sowie ein hohes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen aufweisen (vgl. Simon et al. 2005, S. 15, 22; Zander und Busse 2012, S. 111).

Interventionen, die zur Verbesserung der organisationalen Rahmenbedingungen beitragen, wirken dagegen gesundheitsförderlich und steigern gleichzeitig die Attraktivität des Berufs. Da insbesondere Wochenend-, Bereitschafts- und Nachtdienste, unvorhersehbares „Einspringen“ und nicht planmäßige Dienstenden als Belastungsursachen identifiziert werden können (vgl. Zander und Busse 2012, S. 111f.), ist eine belastungsreduzierende Organisation der Arbeitszeiten hier von besonderer Relevanz.

Insgesamt kann vermutet werden, dass der Abbau dysfunktionaler Arbeits- und Organisationsbedingungen positivemotivationale und gesundheitliche Effekte aufweist die Attraktivität des jeweiligen Unternehmens erhöht und dort im Einzelfall sogar den Fachkräftemangel beheben kann.

Im Konkreten zeigt die NEXT-Studie, dass Arbeitsbelastungen, die Pflegekräfte als Grund für den Ausstieg aus der zuletzt ausgeübten Tätigkeit angeben (vgl. Hasselhorn 2005; Simon et al. 2005), nicht nur dazu führen, dass sie die Einrichtung im Sinne eines innerberuflichen Arbeitsplatzwechsels verlassen, sondern dass sie häufig sogar aus der Pflege selbst im Sinne eines grundlegenden Berufswechsels aussteigen. Darüber, den Pflegeberuf zu verlassen, denkt demnach fast jede fünfte Pflegekraft oft, d.h. mehrmals im Jahr, nach (vgl. Simon et al. 2005, S. 51), am häufigsten Pflegekräfte in Kliniken (Hasselhorn et al. 2005, S. 140).

Sowohl die Absicht zum Berufsausstieg als auch die Absicht zum Berufswechsel gehen einher mit geringer sozialer Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, hohen psychischen Arbeitsbelastungen und geringem Handlungsspielraum im eigenen Arbeitszusammenhang (vgl. Nolting et al. 2006, S. 111).

Der tatsächliche Berufsausstieg von Pflegekräften ist nach Hackmann (2009) allerdings auch abhängig vom Alter und der Qualifikation. Durchschnittlich arbeiten Beschäftigte in der Altenpflege ca. 8,4 Jahre in ihrem Beruf. Zu einem etwas anderen Ergebnis kommt das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Demnach weisen Altenpflegekräfte eine sehr hohe berufliche Bindung auf, die sich in relativ langen Berufsverweildauern von durchschnittlich 19 Jahren widerspiegelt (IWAK 2009, S. 4)².

Erstaunlich ist, dass der gesundheitspolitische Diskurs diese statistischen Diskrepanzen kaum zur Kenntnis nimmt. Einen bedeutsamen Anknüpfungspunkt böte hier vor allem der Befund einer hohen beruflichen Bindung von Altenpflegekräften, deren Berufsverläufe zwar oft Unterbrechungszeiten aufweisen, überwiegend aber nicht zum endgültigen Ausstieg aus dem Beruf führen. Die eigene Arbeit wird als fachlich anspruchsvoll und gesellschaftlich wichtig wahrgenommen. Nach einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA 2012) nehmen 92,4% der befragten Altenpflegekräfte ihre Arbeit als „sinngelbend“ und 89,4% als „sehr wich-

2 Bei dieser Studie handelt es sich um eine Strukturanalyse der Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern zwischen 1975 und 2004.

tig“ wahr und äußern großen Stolz darüber, in der Altenpflege zu arbeiten (79,1%). Die überwiegende Mehrheit möchte den Beruf bis zum Rentenalter ausüben (69,2%).

Flieder und Blum et al. kommen in ihren Studien über Berufsrückkehrinnen (Flieder 2002; S. 22ff; Blum et al. 2004, S. 29ff) sogar zu dem Ergebnis, dass die Gründe, die ursprünglich zum Verlassen des Pflegeberufs führen, nicht zwangsläufig an die beruflichen Inhalte gebunden sind. Sie werden in hohem Maße auch durch spezifisch-individuelle Belastungs- und Ressourcenkonstellationen beeinflusst, die es erschweren, mit den oft schwierigen Rahmenbedingungen des Berufs umzugehen. Der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf ist dagegen häufig stark von pflegeimmanenten Motiven geprägt, wie beispielsweise der Zusammenarbeit mit Patienten (83,8%) oder dem Wunsch, anderen Menschen zu helfen (79,5%). Dieses Ethos stellt eine wichtige Ressource dar, die im Zusammenhang mit der Erhöhung der Berufsverweildauer von Pflegekräften kaum systematisch gepflegt und unterstützt wird. Bedingungen zu schaffen, die es Pflegekräften erleichtern, ihrer Motivation zu folgen, erscheint auch angesichts des bis zum Jahr 2025 deutlich auf ca. 26% ansteigenden Anteils älterer Erwerbsfähiger ab 55 Jahren sinnvoll (Schulz 2012, S. 11f). Denn neuere Studien zeigen, dass gerade diese Gruppe aufgrund ihrer langfristigen Arbeitsmotivation und ihres langjährig entwickelten, oft informellen Wissens höhere fachliche Autonomiebedürfnisse hat und größeren Handlungsspielraum wünscht als jüngere Mitarbeiter (vgl. SVR 2011, S. 8).

Gerade die Bedeutung von solchen Autonomiebedürfnissen und identifikationsstiftendem Handlungsspielraum bei der Erfüllung von Arbeitsaufgaben sowie im Umgang mit Patienten und Angehörigen wird durch viele ökonomische Rationalisierungsprozesse konterkariert. So verweisen nationale und internationale Studien darauf, dass vor allem ökonomisch geprägte organisationale Veränderungsprozesse wie z. B. implizite Rationierungseffekte, die sich u. a. darin zeigen, dass zu wenig Zeit für die Patienten bleibt, signifikant mit einer als belastend wahrgenommenen Arbeitsumgebung einhergehen. Dies führt zu erheblicher Arbeitsunzufriedenheit und Burnout beim Pflegepersonal (vgl. Aiken 2012; Zander und Busse 2012, S. 119).

Ebenso kann der überdurchschnittliche Anstieg der Quote der Teilzeitbeschäftigungen in den Pflegeberufen im Kontext dieses Belastungserlebens eine Rolle spielen: Zwischen 2001 und 2009 stieg diese um 26,3% – fast doppelt so stark wie in anderen Gesundheitsberufen – und lag 2009 bei 52% (Simon 2011, S. 367). Über das Ursache-Wirkungs-Verhältnis ist nur zu mutmaßen: Nach Simon gibt es gegenwärtig vor allem „einen Mangel an adäquaten Vollzeitäquivalenten und an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen“ (z. B. Simon 2011, S. 369). Simon hält diese Entwicklung zu großen Teilen für arbeitgeberinitiiert. Denn eine hohe Teilzeitquote erzeugt Rationalisierungspotenziale bei den Mitarbeitern, da diese in Zeiten starker Arbeitsverdichtung als quantitative „Reservearmee“ flexibler einsetzbar und eher zu Überstunden bereit sind oder sich aus arbeitsfreien Zeiten zurückholen lassen (Simon 2011, S. 367). Umgekehrte Wechselwirkungen konstatiert Simon jedoch ebenfalls: Pflegekräfte reduzieren ihre Arbeitszeit immer häufiger von sich aus, um sich angesichts zunehmender Belastungen vor potenziellen gesundheitlichen Folgen zu schützen (Simon 2011, S. 368).

Unter dieser – der Öffentlichkeit nicht mehr verborgenen – Krisensituation am Arbeitsplatz leidet auch die Attraktivität des Pflegeberufs, wie massive Stellenbesetzungsprobleme in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zeigen. Laut Bundesagentur für Arbeit (BA) bleiben Stellen für examinierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte im Bundesdurchschnitt 111 Tage vakant (ca. 39% mehr als der Durchschnitt aller Berufe), Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte sogar 122 Tage (ca. 53% mehr als der Durchschnitt aller Berufe).³ Mehr noch: Auf 100 der BA gemeldete Stellen kommen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte 82 registrierte Arbeitslose, bei den Altenpflegefachkräften nur 42⁴. Einer der Gründe hierfür wird im Attraktionsproblem des Berufsfeldes vermutet, das dazu führt, dass immer weniger Menschen den Pflegeberuf ergreifen oder „ausgestiegene“ Pflegenden eher in anderen Branchen arbeiten. Denn obwohl der Pflegeberuf Bevölkerungsumfragen zufolge gesellschaftlich als „wichtig“ und „vertrauenswürdig“ wahrgenommen wird (Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005; Reader’s Digest European Trusted Brands 2012)⁵, wirkt sich diese Wertschätzung offenbar nicht auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege aus. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) betont sogar den berufspolitisch niedrigen Status des Pflegeberufs und die Wahrnehmung der Pflegeberufe als „Sackgassenberufe“ mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten, Schichtdienst, befristeten Arbeitsverträgen, z. T. schlechter Bezahlung und schwierigen Arbeitsbedingungen (SVR-G 2012: 44f).

Darüber hinaus wird ein qualifikatorischer Mismatch als weiterer Grund für hohes Belastungserleben und eine geringe Attraktivität des Berufs diskutiert (Bundesagentur für Arbeit 2014: 23). Immer häufiger werden z. B. Hilfskräften patientennahe Pflegetätigkeiten übertragen, für die diese nicht ausreichend qualifiziert sind. Examinierte Pflegefachkräfte übernehmen wiederum das Management der Hilfskräfte (HWP 2007, S. 18), für das sie auch nicht ausgebildet sind. Sowohl Fach- als auch Hilfskräfte sind mit dieser Situation häufig überfordert und fühlen sich fehlqualifiziert (Höhmann 2014). Dies trifft besonders dann zu, wenn Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen in Altenheimen und Altenpflegerinnen bzw. Altenpflegehelferinnen in Kliniken mit ihren je verschiedenen Berufszuschnitten arbeiten. Zur Minderung der letztgenannten Schwierigkeiten wird seit Jahren eine generalistische Ausbildung diskutiert, in der die fragmentierten Sichtweisen der Einzelberufe⁶ zu einem gemeinsamen Wissenskanon

3 Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der BA nur jede zweite offene Stelle gemeldet wird. Außerdem werden wichtige Fachkräftressourcen, wie Personen, die in den Arbeitsmarkt zurückkehren oder Teilzeitkräfte, die ihr Arbeitszeitvolumen gerne ausweiten möchten, nicht berücksichtigt. Zudem unterstellt die Analyse eine vollkommene räumliche Mobilität von Arbeitsuchenden, was nicht der Wirklichkeit entspricht (vgl. BA 2014, S. 23).

4 Der Mangel bei Gesundheits- und Pflegefachkräften ist in allen westlichen Bundesländern und in Brandenburg zu verzeichnen. In den restlichen ostdeutschen Ländern ist die Fachkräftesituation weniger angespannt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 23).

5 In beiden Studien rangiert der Beruf der Krankenschwester an zweiter Stelle. Siehe dazu: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0512.pdf und http://www.rd-anzeigen.de/studien/etb/pdf/ETB_Broschuere2012_WEB.pdf.

6 Dazu zählen der Beruf der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

zusammengeführt werden sollen (Groß 2014, S. 17)⁷. Neben einer flexibleren Arbeitsmarktpassung verbindet sich damit auch die Hoffnung, dass Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit entgegengewirkt wird und positive Anreize für eine längere Berufsverweildauer gesetzt werden können.

Zur mangelnden Attraktivität des Berufs und einem qualifikatorischen Mismatch kommt außerdem das Dilemma, dass eine rein hochschulische Primärqualifikation nach aktuellen Berufsgesetzen noch immer nicht anerkannt ist (vgl. EU Richtlinie 2005/36/EG). Rein hochschulisch primärqualifizierte „change agents“ werden weiterhin aus Kernfeldern des Berufs ausgegrenzt und die Hauptträger des Berufs, also die Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung, die nicht regelhaft über eine Hochschulreife verfügen müssen, können nur langwierig akademisches Wissen aufbauen. Nach einem Studienabschluss müssen sie oft feststellen, dass es für ihre Qualifikationen am Bett weder klare Positionen gibt noch ihre Kompetenzen adäquat abgerufen und gesellschaftlich gewürdigt werden. Berufliche Unzufriedenheit bei Hochqualifizierten ist damit vorgezeichnet (vgl. Höhmann et al. 2008; Höhmann 2013). Denn besonders pflegefachlich stark motivierte und gut gebildete Pflegekräfte reagieren sensibel darauf, dass ihre Arbeitsbedingungen zu oft vom organisational wenig reflektierten „Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien“ bestimmt sind, die ihre fachlichen und wertebezogenen Arbeitsmotive konterkarieren (Bauer 2007, S. 99). Ein stark an ökonomischen Handlungslogiken ausgerichteter Pflegealltag, der in der Regel gleichzeitig mit hohen Qualitäts- und Werteerwartungen an die Arbeit und einem steten Innovationsdruck einhergeht, führt zu häufigen Reorganisationen und Restrukturierungen in den Einrichtungen. Damit ist meist zusätzlich Personalknappheit verbunden, außerdem werden psychosoziale und kommunikative Aspekte der Patientenversorgung vernachlässigt und die Arbeit mit Patienten wird medizinischen oder verwaltungsbezogenen Tätigkeiten untergeordnet. Dies zieht neben – moralisch belastenden – Versorgungsmängeln bei den Patienten auch erhebliche Motivationsprobleme bei den Beschäftigten nach sich und erhöht Mobbingpotenziale (Picker Institut 2015). Verliert so die ursprüngliche Berufsmotivation ihre Verwirklichungsbasis und kommen belastende, demotivierende Diskrepanzerfahrungen hinzu, begünstigt dies wiederum einen frühzeitigen Berufsausstieg.

Andererseits verfügen viele Pflegekräfte jedoch – im Sinne beruflicher Resilienz – über eine in vielen Studien ermittelte starke Berufsbindung und ein hohes Interesse, langfristig im Beruf tätig zu sein – und damit über ein hohes und für Arbeitgeber nutzbares Arbeitspotenzial. So möchte die Mehrheit der Pflegekräfte ihren Beruf grundsätzlich gerne bis zum Rentenalter ausüben (vgl. KDA 2012). Allerdings kann es sich nur jede zweite Pflegekraft vorstellen, den Arbeitsanforderungen *unter den bestehenden (Arbeits-)Bedingungen* bis zum Eintritt der Altersrente gewachsen zu sein (vgl. Buxel 2011, S. 947; Isfort et al. 2011, S. 11; Isfort et al. 2009, S. 43f.). Korrespondierende Studienergebnisse thematisieren jedoch eben hier ein erhebliches organisationales Defizit, denn in den Praxisfeldern der Befragten mangelt es offensichtlich an tragfähigen Konzepten und gezielten Kompetenzentwick-

⁷ In der Mehrheit der EU-Staaten sind die Ausbildungsprogramme der Pflege bereits generalistisch ausgerichtet. Eine grundständige Altenpflegeausbildung existiert allerdings ausschließlich in Deutschland (vgl. Stöcker 2014, S. 13).

lungsstrategien, die einen Berufsverbleib bis zum Rentenalter unterstützen und ermöglichen (vgl. Isfort et al. 2011, S. 11; Isfort et al. 2009, S. 43f.).

Diese knappe Übersicht über Einzelergebnisse verdeutlicht, dass viele der von Pflegenden erlebten Belastungen auf Wechselwirkungen zwischen den politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen und deren Transformation in die Arbeitspraxis der Einrichtungen zurückzuführen sind, die dann wiederum auf die einzelne Person zurückwirken und je nach individueller Anforderungs-Ressourcen-Bilanz unterschiedliche Reaktionen hervorrufen.

Empirische Befunde (vgl. Höhmann et al. 2010) zeigen jedoch, dass gerade diese individuellen Ressourcen trotz ihrer begrenzten Reichweite vorrangig zur Problembewältigung herangezogen werden. Dies geschieht unter hohen personalen Kraftanstrengungen, die individuelle Belastungsgrenze der Pflegekräfte wird „gedehnt“, z. B. indem sie bei Personalknappheit immer wieder einspringen und auf die eigene Freizeit verzichten müssen. Diese Überstrapazierung personaler Ressourcen führt dann statt zu einer Lösung zur Verschiebung des Problems, nämlich zu – zwar nicht intendierten, aber häufig vorhersehbaren – neuen, z. T. sogar stärkeren Belastungserfahrungen. Innerorganisatorische, gut beeinflussbare Stellschrauben zur Bearbeitung von Belastungsproblemen liegen dagegen nicht regelhaft im Blickfeld der Verantwortlichen (vgl. z. B. Höhmann 2010). Im Folgenden werden Ansatzpunkte diskutiert, mit denen diese Schnittstellen gestaltet werden können, um so zur Minderung hausintern selbstproduzierter Belastungsprobleme beitragen zu können.

5.2 Ansatzpunkte zur Reduktion von „transformatorischen“ Belastungen

Vorrangig erscheint es erforderlich, politisch-ökonomische Wertentscheidungen grundsätzlich umzusteuern, um den Pflegeberuf – vermittelt über die unterschiedlichen Ebenen – lebbarer und attraktiver macht. Dabei ist die hohe Binnendifferenzierung der Pflegeberufe mit settingspezifischen Problemen zu berücksichtigen. So fordert z. B. die eine Gruppe einen größeren identitätsstiftenden Handlungsspielraum, während gleichzeitig eine andere Gruppe entlastende Sicherheit durch ein enges Regelkorsett erlebt.

Des Weiteren verdeutlichen die diskutierten Studienergebnisse, dass es komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Einflüssen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene gibt. Damit wird es sehr unwahrscheinlich, dass eine eindimensionale Veränderung das Problem löst. Wir benötigen vielmehr Interventionen, die gleichgerichtete Ziele auf allen Ebenen anstreben, ohne ein naives Ursache-Wirkungs-Verhältnis zu unterstellen. Allerdings lassen sich manche latent dysfunktionalen Belastungsfolgen durchaus vorhersehen: Wenn z. B. zur Fachkräftebindung „Belohnungsmechanismen“ vereinbart werden, nach denen Leitungen für eine „sparsame Personalpolitik“ mit Gehaltsboni bedacht werden und gleichzeitig die Pflegekräfte mit Boni für „geringe Krankheits- und Fehltag“. Ein nicht beabsichtigter Effekt ist dann wahrscheinlich, dass die Führungskräfte durch Stellenverknappung den Pflegenden qualitätsvolles Arbeiten erschweren und damit Präsentis-

mus sowie die unausgesprochene Forderung nach ständiger Einsatzbereitschaft als Kulturbestandteil etablieren.

Neben längerfristig notwendigen Neumodellierungen der Branche lassen sich jedoch einige *kurzfristig* nützliche Lösungsbausteine identifizieren. Einer liegt darin, die Gestaltungskompetenz der Pflegeberufe zu erhöhen, um die Belastungen im Arbeitsalltag unmittelbar zu reduzieren. Fokussiert wird dazu die selten beachtete Schnittstelle, die das Management bei der Verschränkung externer Außenanforderungen mit einrichtungsinternen Strategien gestalten kann und muss. Ein Ziel ist es, die Kompetenzen des Managements so zu stärken, dass bei der Umsetzung von Außenanforderungen auf der Einrichtungsebene die in der Literatur beschriebenen organisationsbezogenen, interpersonellen, materiell-technischen und soziopsychischen Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter nicht unnötig verschärft werden. Das aktuelle BMBF-geförderte Projekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP, www.akip-projekt.de) nimmt die Zusammenschau solcher Einzelfaktoren, die mit Burnout bzw. Berufsausstieg einhergehen, zum Ausgangspunkt. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem Stressfolgen durch eine fehlende einrichtungsspezifische Abstimmung und aktive Transformation externer Anforderungen in einrichtungsinterne Prozesse (Höhmman 2010, 2014). Mit je unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten sollen Führungskräfte und Pflegenden – im Arbeitsprozess – dazu befähigt werden, bei den jeweils von außen an sie herangetragenen (Innovations-)Anforderungen die Aspekte zu identifizieren, die für sie gestaltbar sind. Sie sollen lernen, diese als *reflective practitioners* (Schön 1983) zu modellieren und so auf größtmögliche Passungen zu einrichtungsbezogenen Zielen, Kulturen und identitätsstützender Berufsarbeit hinzuwirken. Für Führungskräfte bedeutet dies vorrangig, dass ihre Leadership-Kompetenzen gestärkt werden, um das Belastungserleben und die Diskrepanzerfahrungen ihrer Mitarbeiter zu mindern und deren individuellen Kompetenzstatus zu ermitteln (Galatsch et al. 2012; Pschichholz et al. 2015). Motivierte Mitarbeiter sollen hingegen qualifiziert und darin gestärkt werden, „vollständige“ Handlungen – von der Planung über die Ausführung und Evaluation bis hin zur Neuausrichtung – zu übernehmen und ihren Handlungsspielraum aktiv fachlich zu nutzen.

Die theoretische Systematisierung der verschiedenen Ansatzpunkte zur Entwicklung dieser Kompetenzen orientiert sich an unterschiedlichen (neo)institutionalistischen Organisationstheorien (z. B. Scott, Mayer, Rowan, Zucker: zusammenfassend in: Walgenbach 2007; Höhmman 2010; für die Managementlehre z. B. auch Wüthrich et al. 2009), die seit den 80er Jahren auf stressverschärfende innerorganisationale Reaktionsmechanismen auf Außendruck hinweisen, die in Gesundheitseinrichtungen, vorrangig in Kliniken, zu komplexen Organisationsproblemen führen können. Die Ursache für Belastungsprobleme wird vor allem darin gesehen, dass den Außenanforderungen eine große Bedeutung bei der Gestaltung der Arbeitsinhalte eingeräumt wird, während einrichtungsinterne Ziele und Anforderungen eine extrem geringe Prägekraft haben. Drei für das Ziel der Kompetenzförderung besonders bedeutsame Mechanismen, die die (Neo)Institutionalisten beschreiben, nehmen wir in den Blick:

Zum Ersten das Phänomen, dass vor allem unsichere Manager bei hohem Außendruck bei der Umsetzung externer Anforderungen schnell „Rationalitätsmythen“ gehorchen – mit dem Ziel, das Überleben ihrer Einrichtung zu sichern: z. B.

EDV-Dokumentationen einführen, die mechanisch die Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien abbilden und formale Leistungstransparenz erzeugen; oder Abläufe hoch standardisieren, einen kosteneffizienten Skill-Mix einführen, um „tote“ Arbeitszeiten für Qualifizierte zu minimieren und gleichzeitig Ethikschulungen durchführen, in denen die Berücksichtigung der Individualität von Bewohnern/Patienten besonders hervorgehoben wird – gegen die faktische Universalität des ökonomischen Verdikts (Spelzer und Höhmann 2012; Krech 2011). Pflegekräfte stranden dann im Widerspruch zwischen faktischen, vermeintlich rationalitätsinduzierten Strukturen und identitätsstiftendem Anspruch. Burnout, emotionale Distanz und Unzufriedenheit sind vorgezeichnet (z. B. Höhmann 2010, 2014; Walgenbach 2007; Picker 2015).

Das zweite Phänomen sehen (Neo)Institutionalisten als Folge „mimetischer Prozesse“, in denen Strukturen, Prozesse, Maßnahmen etc. anderer erfolgreicher Organisationen imitiert werden. Dies geschieht z. B. – trotz individueller Zweifel der Manager an der Passung zu organisationsinternen Zielen und Problemen (Höhmann 2010) – durch den Einsatz von Unternehmens- oder Qualitätsberatern, die in anderen Einrichtungen als erfolgreich angesehen werden, durch die Übernahme standardisierter „Behandlungspfade“ oder von Personaleinsatzmodellen etc.. Durch die starre Übertragung vermeintlich erfolgreicher „Problemlösungen“ in die eigene Einrichtung erhoffen sich die Nachahmer, ebenso erfolgreich werden zu können wie die bisherigen Anwender, ohne selbst das Rad neu erfinden zu müssen. So naheliegend solche Überlegungen sind, so kritische Folgen zeitigt jedoch eine pauschale Imitation, die meist umso unbedingter und unreflektierter geschieht, desto unsicherer die Nachahmer in Bezug auf die ökonomische Existenz ihrer Einrichtung sowie die eigene Handlungs- und Fachkompetenz sind. Eben jene Kompetenzen benötigen sie aber, um mit kritischem Blick bewusst Distanz zu nehmen und die Passungsfähigkeit sowie die Folgen einer „best practice“ für ihre Ziele und Probleme unter Berücksichtigung der eigenen personellen, fachlichen und kulturellen Voraussetzungen beurteilen zu können. Ansonsten zeigen sich z. B. bei pauschal von außen kopierten Personaleinsatzmodellen – wie dem geteilten Dienst, bei dem in „Spitzenzeiten“ punktuell vermehrt Personal anwesend ist – zum Teil gravierende Folgeprobleme für die eigenen Arbeitsabläufe, die Motivation der Mitarbeiter und die Qualität der Arbeit: Es fehlen systematische Informationswege für die nur stundenweise eingesetzten Mitarbeiter; diese fühlen sich desinformiert, „ausgeklinkt“, als „Lückenbüßer“ und wenig verantwortlich für „das Ganze“, das sie nicht überblicken können. Trotz objektiv geringer Arbeitszeit fühlen sie sich eigentlich den ganzen Tag im Dienst und sind überfordert mit bürokratischen Abläufen, die nicht zu ihren Arbeitszeiten passen und Überstunden erfordern. Ihnen fehlen Erfolgserlebnisse und ein Gefühl der Zugehörigkeit, gleichzeitig erleben sie Zeitdruck (Höhmann 2010).

Der dritte Ansatzpunkt erforderlicher Kompetenzentwicklung bezieht sich auf den verhältnismäßig geringen „normativen Druck“, den die Pflegeberufe über ihre fachlich-professionellen und ethischen Vorstellungen von „guter“ Arbeit auf die Gestaltung und Steuerung von Arbeitsabläufen und Arbeitsbedingungen ausüben. Die hohe Binnendifferenzierung der Pflegekräfte erzeugt widerstrebende Zentrifugalkräfte: Akademisierung und Professionalisierung von artikulationsfähigen Berufstätigen geht z. B. in der Regel damit einher, dass diese sehr bestrebt sind,

anspruchsvolle pflegefachliche Qualitätsinhalte wie Gesundheitsförderung, Beratung, kommunikative und beziehungsstiftende Konzepte durchzusetzen. Diese Gruppe fordert und benötigt Handlungs- und Begründungsspielräume zur Motivierung und Identifikation mit der eigenen Arbeit. Diese Konzepte sind jedoch anderen Beschäftigtengruppen gegenüber nicht durchsetzungsfähig. Bei einer hohen Hilfskraft- und Teilzeitquote kämpfen die Einrichtungen mit Qualitäts-, Stellenbesetzungs-, Burnout- und Motivationsproblemen. Die Pflegestatistik weist seit 2009 nur für ca. 0,2% des Personals einen pflegebezogenen Studienabschluss aus. Der aktuelle Skill-Mix, die Arbeitsumfeldbedingungen und eine nur selten qualifikationsbezogen differenzierte Arbeitspraxis schwächen zur Zeit die von innen heraus gesteuerte inhaltliche Gestaltung der Arbeit und eine systematisch-kritische Reflektion darüber, wie externe Anforderungen fachlich interpretiert und umgesetzt werden können. Stattdessen übernehmen oft andere, artikulationsfähigere Berufsgruppen Verantwortung, wie z. B. Ökonomen, Juristen, Pfarrer, zum Teil auch Pflegemanager mit Hochschulabschluss, die sich jedoch oft unter Rollendruck eher betriebswirtschaftlichen als pflegefachlichen Zielen verpflichtet fühlen (z. B. Gebert und Kneubühler 2003; Höhmann 2010, 2014; Höhmann et al. 2008).

Im Fazit dieser Problemsicht wird deutlich, wie fatal die geringe Gestaltungsmacht und Gestaltungskompetenz der Pflegeberufe ist, um aktiv gegen das Aufschaukeln gerade solcher Belastungsfaktoren an zu arbeiten, die durch eine unreflektierte Übernahme des Außendrucks an die Einrichtungen herangetragen werden. Die hier gewählte theoretische Brille hilft, empirische Einzelergebnisse so zu systematisieren, dass Stellschrauben sichtbar werden, die bei der Transformation externer Anforderungen in interne Maßnahmen mit Hilfe von erhöhten beruflichen Handlungskompetenzen reflexiver und belastungsärmer gestaltet werden könnten. Mit Wüthrich et al. (2009, S. 146ff) gilt es, für alle Mitarbeiter auf ihrer jeweiligen Ebene Kompetenzen zu entwickeln, die vermeiden, dass „wir (...) uns unsere Gefängniszellen selbst (basteln) und (...) noch eigenhändig Gitterstäbe in die Fenster ein(ziehen), die aus unseren persönlichen und kollektiven Glaubenssätzen bestehen“. Dazu sind Kompetenzen notwendig, die helfen, den äußeren „Zwang“ nicht passiv als erdrückende und ungestaltbare Triebkraft wahrzunehmen, sondern diesen aktiv oder gar widerständig inhaltlich-konzeptionell so zu interpretieren und zu transformieren, dass Entfremdungseffekte und untragbare Arbeitsbedingungen minimiert werden. Diese Kompetenzentwicklung kann zu großen Teilen kurzfristig in der Berufsgruppe selbst und in den Einrichtungen angegangen werden. Gelingen werden solche einrichtungsinternen Programme jedoch nur, wenn parallel zur Kompetenz die Handlungsmacht steigt, widersprüchliche Anreize vermieden werden und die weitere Entwicklung gesellschaftlicher Opportunitätsstrukturen im Zusammenspiel von Mikro-, Meso- und Makroebene diesen Weg stützt.

Unabhängig von den unzweifelhaft spezifischen Belastungsproblemen und Gestaltungsdefiziten der Pflegeberufe sind die beschriebenen Mechanismen, die zu hausgemachten Belastungsverschärfungen führen, jedoch nicht als einzigartig oder professionstypisch zu verstehen. Sie zeigen sich auch in anderen Policy-Feldern, in denen – begünstigt durch eine ökonomische Ressourcenknappheit – eine formal funktionale Verfahrensorientierung zunehmend Definitionsmacht über wenig widerständige oder nur gering ausgeprägte fachinhaltliche, normative Berufs- und Qualitätsverständnisse erlangt. Auch dort bewirken die für motivierte Mitarbeiter

identitätsgefährdenden formalen Kontrollstrategien systematisch, dass Konflikte entstehen und die berufliche Identität zerstört wird. Für diesen Mechanismus kann die Berufsgruppe der Pflegenden nur als Beispiel dienen (z. B. Voswinkel 2002; Sennet 2005; Dahlgaard und Stratmeyer 2006; Höhmann 2009).

Literatur

- Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Aiken L, Sermeus W, Van den Heede M, Sloane DM et al. Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: 1717.
- Bartholomeyczik S, Donath E, Schmidt S, et al. Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) 2008.
- Bauer U. Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 2007; 44: 98–119.
- Berger J, Nolting H-D, Genz HO et al. BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW/DAK 2003.
- Blum K, Müller U, Schilz P. Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts – Abschlussbericht 2004. https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/wiedereinstieg_pflegekraefte1.pdf (28. Juli 2015).
- Bosbach G, Bingler K. Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen? Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft. *Soziale Sicherheit* 2008; 1: 5–12.
- Brady GP, Cummings GG. The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal Nurs Manag* 2010; 18: 425–39.
- Bräutigam C, Evans M, Hilbert J, Öz F. Arbeitsreport Krankenhaus – Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg) 2014.
- Braun B. Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16 (4): 303–22.
- Braun B, Müller R, Timm A. Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus – Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. *Gemünder Ersatzkasse GEK (Hrsg). Schriften zur Gesundheitsanalyse, Bd. XXXII, Hipe: Asgard* 2004.
- Braun B, Müller R. Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10 (3): 131–41.
- Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014. Nürnberg.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg). Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. 2011; http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?sessionid=4EEE2AEDED55316ABF0E49BF53C39FF7.2_cid287?__blob=publicationFile (28. Juli 2015).
- Buxel H. Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (17): 946–8.
- Dahlgaard K, Stratmeyer P. *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus*. Neuwied 2006.
- DAK-BGW Gesundheitsreport. Stationäre Krankenpflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg: Eigendruck 2005.
- DAK-BGW Gesundheitsreport. Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: Eigendruck 2006.
- Estryn-Behar M, Nézet le O, Laine M, Pokorski J, Caillard JF. Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. *Berufsaus-*

- stieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 101–8.
- Flieder M. Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse 2002.
- Gebert A, Kneubühler HU. Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern: Huber 2003.
- Groß B. Die Zukunft pflegerischer Versorgung – welche Ausbildung braucht die Praxis? In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. Berlin 2014; 17–20. http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf (03. August 2015).
- Hackmann T. Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 2009; 40.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Büscher A et al. Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 135–46.
- Henze KH, Piechotta G. Brennpunkt Pflege – Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt: Mabuse 2004.
- Höhm U, Panfil EM, Stegmüller K, Krampe EM. BuBI: Berufseinmündungs- und -verbleibsstudie Hessischer PflegewirtInnen – eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP). Pflege & Gesellschaft 2008; 13 (3): 215–34.
- Höhm U. Voraussetzungen und Möglichkeiten berufs- und einrichtungsübergreifender Kooperation. in: Stemmer R. (Hrsg) Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover 2009: 11–28.
- Höhm U. Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten: Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Offierski A, Edtbauer R et al. (Hrsg). Gestaltung und Rationalisierung. Band 6/2010 der Ev. Hochschulperspektiven. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre 2010: 161–77.
- Höhm U, Schilder M, Metznerath A, Roloff M. Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegenden in der Klinik. Ergebnisausschnitte einer Evaluation. Pflege & Gesellschaft 2010; 15 (2): 108–25.
- Höhm U. Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter. in: Palm R, Dichter M (Hrsg). Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Bern: Huber 2013; 316–24.
- Höhm U. Die Pflegedokumentation in der stationären Altenpflege: Paradoxe Sicherheiten. In: Hoch H, Zoche P (Hrsg) Sicherheiten und Unsicherheiten – Soziologische Beiträge. Zivile Sicherheit Band 8, Berlin: Lit Verlag 2014; 235–56
- HWP Planungsgesellschaft. Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Stuttgart 2007. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Zukunft_Krankenhaus_Kurzversion.pdf. (13. Oktober 2015).
- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt 2009. <http://www.iwak-frankfurt.de/projansprech/Berufsverbleib.htm> (15. Mai 2015).
- Isfort M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hrsg) 2007. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.
- Isfort, M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hrsg) 2009. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.
- Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Frei JA, Müller M, Martin JS, Spirig R. Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizeri-

- schen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der Swiss DRG. *Pflege* 2015; 28 (2): 93–107.
- Krech V. Religiöse Programmatik und diakonisches Handeln. In: Gabriel K. (Hrsg). Herausforderungen kirchlicher Wohlfahrtsverbände – Perspektiven im Spannungsfeld von Wertbindung, Ökonomie und Politik. Berlin 2011; 91–105.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). *PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben*. Köln 2012.
- Metz AM, Kunze D, Hamann L, Gehlthomholt E, Urbach T. Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2010.
- Nolting HD, Grabbe Y, Genz H, Kordt M. Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsteiligem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. *Pflege* 2006; 19: 108–15.
- Osterloh F. Krankenhausreform: Einstieg in den Strukturwandel. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (50): A-2200/B-1864/C-1784.
- Picker Institut. *Picker Report 2015*. Hamburg 2015.
- Pschichholz B, Kunze M, Thoma J, Feuchtinger J. Beschäftigungssicherung Pflegenden 60+. Pilot Silver Nurse am Universitätsklinikum Freiburg. *Pflegewissenschaft* 2015; 6: 345–53.
- Radkiewicz P, Widerszahl-Bazyl M, Halszka O, Camerino D. Affektivität als individueller Einflussfaktor für die Absicht, den Beruf zu verlassen. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/ Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW 2005; 69–74.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung). Bonn 2007. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (02. August 2015).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011): Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Berlin 2011. http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf (28. Juli 2015).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten (Kurzfassung). Berlin 2012. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (28. Juli 2015).
- Schön DA. *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. New York: Basic Books 1983.
- Schulz E. Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. *DWI Wochenbericht* 2012; 51/52: 3–17.
- Sennett R. *Die Kultur des Neuen Kapitalismus*. Berlin 2005.
- Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn HM, Kümmerling A, Büscher A, Müller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal 2005. <http://www.next.uni-wuppertal.de>.
- Simon M. Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16 (4): 339–71.
- Spelzer J, Höhmann U. Leitbilder Konfessioneller und privater Kliniken: Wer verspricht was? *Pflegen* 2012; 4: 24–7.
- Stöcker G. Generalistische Ausbildung in der Perspektive Europa. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg). *Generalistische Ausbildung in der Pflege*. Berlin 2014; 11–3. http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf (03. August 2015).

- Stordeur D, D'hoore W, van de Heijden B, Di Bisceglie M, Marjukka L, von der Schoot E. Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü 15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 30–48.
- van der Schoot E, Halszka O, Estry-Behar M. Burnout im Pflegeberuf in Europa. In: Hasselhorn, HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 57–62.
- Voswinkel S. Bewunderung ohne Würdigung? Paradoxien der Anerkennung doppelt subjektivierter Arbeit. In: Honneth A (Hrsg). Befreiung aus der Mündigkeit. Frankfurt 2002; 65–92.
- Walgenbach P. Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser A (Hrsg) Organisationstheorien. Stuttgart 2007; 269–94.
- Wenderlein UF. Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften – Vorschläge zur Verbesserung für alle Krankenhäuser. Melsungen: Bibliomed 2005.
- Wüthrich HA, Osmetz D, Kaduk S. Musterbrecher. Wiesbaden: Gabler 2009, 3. Auflage.
- Zander B, Busse R. Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger J. (Hrsg). Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin/Heidelberg: Springer 2012; 109–22.