

Guido Becke / Peter Bleses

Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik?

Entwicklungen im Feld der Altenpflege

Zusammenfassung

Pflegepolitische Weichenstellungen und die Auswirkungen der Pflegeversicherung haben die Altenpflege in den vergangenen Jahrzehnten unter einen beständigen wachsenden Ökonomisierungsdruck gesetzt. In Anbetracht des demografischen Wandels erhöhen sich zudem die Anforderungen an die Altenpflege: einerseits aufgrund zunehmender Hochaltrigkeit und Multimorbidität der Pflegebedürftigen, andererseits angesichts alternder Belegschaften bei gleichzeitigem Fachkräftemangel. Das Zusammenwirken von demografischem Wandel und Ökonomisierung hat zu einer Verschlechterung der Arbeits- und Beschäftigungsqualität geführt. Eine nachhaltige Arbeitsqualität in der Altenpflege lässt sich vor diesem Hintergrund nur realisieren, wenn Pflege- und Arbeitspolitik stärker miteinander verknüpft werden. Von zentraler Bedeutung ist hierfür die gesellschaftliche, pflegepolitische und betriebliche Anerkennung unsichtbarer Tätigkeitselemente der Altenpflege und des damit verbundenen Ethos fürsorglicher Praxis.

Abstract

The Long-Term Care Insurance was introduced in 1995 as a new pillar of the social insurance scheme in Germany establishing a public system for financing long-term care. Since then, residential and non-residential providers of long-term care for older people have been under increased economic pressure and marketization. Moreover, the demographic change has been challenging long-term care due to increased life expectancy and morbidity of dependent older people. Against the backdrop of the scarcity of skilled care labour, these challenges have to be met by an ageing workforce in formal care. The coincidence of demographic change and increased economic pressure on formal care providers has had detrimental effects on the quality of the work provided and the quality of employment. Hence, sustainable standards of care and employment require a closer connection of labour and care policies. In this respect, one core prerequisite is the social recognition of invisible care activities rooted in the employees professional care ethos.

1 Einleitung

In der Pflegepolitik im Allgemeinen und in der Altenpflegepolitik im Besonderen überwog in den vergangenen Jahrzehnten ein Diskurs, der zwei zentrale Bezugspunkte fokussierte: Effizienzsteigerung zur Reduzierung hoher Kosten einerseits und Qualitätssteigerung der Pflege andererseits. Arbeitsqualität als Voraussetzung für gute Pflegequalität und

auch als normativer Eigenwert wurde hingegen weitgehend ausgeblendet. Das war fatal, weil sich an den Diskurs eine Gesetzgebung anschloss, die Maßnahmen der Effizienz- und Qualitätssteigerung ohne Blick auf die Arbeitsqualität der Pflegenden umsetzte. Durch den entstehenden Kostendruck auf die Einrichtungen bei gleichzeitiger Steigerung der zu erbringenden Aufgaben (z. B. durch neue Qualitätsstandards und deren Dokumentationspflicht) stieg auch der Arbeitsdruck auf die Pflegenden bei sich gleichzeitig verschlechternden Arbeitsbedingungen. Die Folgen zeigen sich heute u. a. in Problemen der Personalgewinnung und nachhaltigen Personalbindung sowie in stark steigenden gesundheitlichen Problemen der Pflegenden. Mit der Altenpflege war zudem ein Arbeitsfeld betroffen, in dem es schon historisch eher problematische Arbeitsbedingungen gab. Zwar zeigte sich auch in der Altenpflege in den vergangenen Jahrzehnten ein Professionalisierungsschub, von dem auch Aufwertungen der Tätigkeit zu erwarten waren. Allerdings wurden diese Tendenzen durch einen Anstieg gering qualifizierter Kräfte überlagert, mit denen die Einrichtungen Kosten- und Personalprobleme aufzufangen suchten.

Angesichts des sich immer stärker bemerkbar machenden soziodemografischen Wandels, der hohe und weiter wachsende Anforderungen an die Altenpflege stellt, ist es dringend geboten, einen grundlegenden Perspektivwechsel vorzunehmen. Wir plädieren dafür, die Arbeitsqualität im Rahmen eines sog. „Produktivitätsdreiecks“ (vgl. Becke u. a. 2014) als eine gleichwertige Zieldimension neben die „Pflegeteilnehmerqualität“ und die „Kosteneffizienz“ zu setzen. Grundgedanke ist die wechselseitige Beeinflussung dieser Zieldimensionen untereinander. Eingriffe in einer Dimension wirken sich meist auf die anderen Dimensionen aus. Dabei können positive oder auch negative Rückkoppelungen entstehen: Beispielsweise kann eine verbesserte Arbeitsqualität Kosten sparen, indem sich der Gesundheitszustand der Pflegenden langfristig verbessert, sowie die Pflegequalität erhöhen, weil die Motivation der Pflegenden steigt; umgekehrt können kurzfristige Einsparungen mittel- und langfristig auf Kosten sowohl der Pflegequalität wie der Arbeitsqualität gehen und Abwärtsspiralen in Gang setzen.

In unserem Beitrag werden wir die bisher vernachlässigte Dimension der Arbeitsqualität fokussieren und fragen: *Wie stellt sich die Arbeitsqualität der formell Pflegenden in der ambulanten und stationären Altenpflege unter dem Einfluss des sozio-demografischen Wandels und der Ökonomisierung dar? Und wo liegen Ansatzpunkte, um sie nachhaltig zu verbessern?*

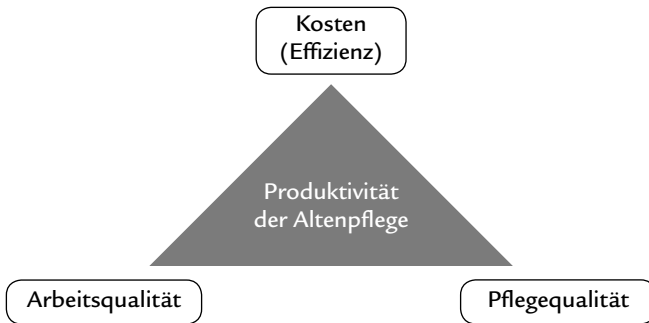


Abb.: Produktivitätsdreieck Altenpflege (nach Becke u. a. 2014)

Wir gehen vom Konzept der „nachhaltigen Arbeitsqualität“ aus (vgl. Becke u. a. 2010). Nachhaltige Arbeitsqualität ist ein dynamisches Konzept, das – im Unterschied zu objektiven Definitionsversuchen von Arbeitsqualität – sehr stark auf die subjektive Erlebensperspektive von Gruppen/Individuen abstellt. Nachhaltige Arbeitsqualität erweist sich als Daueraufgabe für Führungskräfte, Beschäftigte und Organisationen, denn Arbeitsbedingungen verändern sich in Abhängigkeit von Arbeitssituationen und ihren sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen. Nachhaltigkeit entsteht durch Anpassungsfähigkeit von Strukturen und Perspektiven von Beschäftigten an veränderte Rahmenbedingungen. Eine wichtige Voraussetzung für nachhaltige Arbeitsqualität liegt in der „achtsamen“ Gestaltung von Veränderungsprozessen in Organisationen (vgl. Becke u. a. 2013). Hierzu gehören Elemente wie Transparenz, Beteiligung, gute Kommunikation und Führung sowie der Erhalt gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

Zu unterscheiden sind zwei Dimensionen der Arbeitsqualität: die Prozess- und die Ergebnisqualität. Die Prozessqualität beschreibt die erlebte Qualität der Gestaltung des Arbeitsprozesses und seiner Bedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsdruck, Freiräume, Mitbestimmung usw.), die zu einem Arbeitsergebnis führen. Die Ergebnisqualität beschreibt die Güte des Arbeitsergebnisses. Sie lässt sich objektiv wie subjektiv bestimmen: Einerseits in der Erfüllung vorgegebener Zielgrößen (Menge, Zielerreichungsgrad usw.); andererseits als Zufriedenheit mit dem Erreichten, wodurch die Ergebnisqualität eine erhebliche Bedeutung für die erlebte Sinnhaftigkeit von Arbeit besitzt. In der Pflege kann die Ergebnisqualität mit der (objektiv bewertbaren und subjektiv empfundenen) Pflegequalität gleichgesetzt werden.

Damit hängen die Prozess- und die Ergebnisqualität eng miteinander zusammen und beeinflussen sich. Das gilt in der Pflege gerade auch deshalb, weil es sich um eine personenbezogene soziale Dienstleistung mit hohem normativem Sinngehalt handelt. Denn Pflegekräfte deuten aufgrund berufs- und sozialetischer Prägungen, die sie oft in eine anwaltschaftliche Vertretung der Interessen der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen rücken, die Ergebnisse ihrer Arbeit regelmäßig als Bestandteil ihrer erlebten Arbeitsqualität („Kann ich meine Patient/-innen gut pflegen?“); eine subjektiv als gut empfundene Pflegequalität wirkt über den Hebel des erfüllten Arbeitssinns positiv auf die Deutung der eigenen Arbeitsqualität der Pflegekräfte zurück (vgl. Bornheim 2008). Umgekehrt ist davon auszugehen, dass gute Arbeit (Gestaltung der Arbeitsprozesse, Anerkennung, Beteiligung, Führung usw.) die Voraussetzung einer guten Pflegequalität ist.

In unserem Beitrag beschränken wir uns (beispielhaft für die Pflegepolitik im Allgemeinen) auf die formelle Altenpflege, die angesichts der sozio-demografischen Veränderungen zunehmende Bedeutung gewinnt und im Rahmen von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen erbracht wird. Unser Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden wir die veränderten Rahmenbedingungen der (Alten-)Pflege aufzeigen. Hierzu gehören vor allem die Folgen des sozio-demografischen Wandels sowie der Ökonomisierung und Marktöffnung der Altenpflege (2.). Im daran anschließenden Abschnitt erörtern wir, welche Bedeutung das Zusammenwirken des sozio-demografischen Wandels mit der Ökonomisierung für die Beschäftigungsverhältnisse und die Arbeitsqualität in der ambulanten und stationären Altenpflege hat (3.). Im Fazit und Ausblick plädieren wir für eine stärkere Verknüpfung von Pflege- und Arbeitspolitik (4.).

2 Der sozio-demografische Wandel und Ökonomisierung: Folgen für die Altenpflege

2.1 Der sozio-demografische Wandel

Der sozio-demografische Wandel stellt sich als eine vielfältige Herausforderung der Pflege- und Arbeitspolitik in der Altenpflege dar, denn er:

- induziert erhöhte Leistungsbedarfe der Altenpflege,

- verändert das Aufgabenspektrum der Altenpflege qualitativ in verschiedener Hinsicht,
- führt zu einem Mangel an Pflegekräften, vor allem an Pflegefachkräften, und
- zu einer im Durchschnitt älter werdenden Belegschaft.

2.1.1 Erhöhte Leistungsbedarfe der Altenpflege

Die erhöhten Leistungsbedarfe äußern sich in der Altenpflege u. a. durch die steigende Lebenserwartung mit einer wachsenden Anzahl an pflegebedürftigen Personen. So stieg in Deutschland die Zahl der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2013 von 2,02 Mio. auf 2,63 Mio. an. Sie dürfte in den kommenden Jahrzehnten weiter stark ansteigen (vgl. GBE-Bund 2015). Für das Jahr 2050 wird mit etwa 4,5 Mio. Pflegebedürftigen gerechnet (vgl. Rothgang u. a. 2013).

2.1.2 Qualitativ verändertes Aufgabenspektrum der Altenpflege

Die qualitativen Veränderungen resultieren aus dem zunehmenden Lebensalter der Pflegebedürftigen. Im höheren Lebensalter weisen Pflegebedürftige eine zunehmende Multimorbidität auf, insbesondere demenzielle Erkrankungsbilder nehmen zu. Dadurch steigt der Pflegeaufwand pro pflegebedürftiger Person. Beläuft sich die Pflegequote der 75- bis unter 85-Jährigen auf gerade einmal 13,8 %, steigt sie bei den 85- bis unter 90-Jährigen auf 38,8 %, bei den über 90-Jährigen sogar auf 64,9 % (vgl. GBE-Bund 2015; Prozentwerte = eigene Berechnungen).

2.1.3 Bedeutungszunahme der interkulturellen Altenpflege

In den vergangenen Jahren ist die Bedeutung der interkulturellen Altenpflege zunehmend angewachsen. Erstens ist der Anteil von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund angestiegen (z. B. die Arbeitszuwanderer/-innen aus den 1950er und 1960er Jahren); zweitens nimmt der Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu. Beide Gründe stellen die Altenpflege vor Herausforderungen: Einerseits müssen die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in die ethisch-kulturellen Hintergründe

des deutschen Pflegesystems erfolgreich eingeführt werden; andererseits stellen die ethisch-kulturellen Erwartungen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund die deutschen Pflegekräfte vor neue Herausforderungen (z. B. hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen) (vgl. Wagner 2012; von Bandemer/Mavis-Richter 2009).

2.1.4 Mangel an Pflegefachkräften

Die Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege hat sich seit vielen Jahren erhöht. Sie stieg in der ambulanten Pflege von knapp 184.000 (1999) auf gut 320.000 Pflegekräfte (2013), in der stationären Altenpflege von knapp 441.000 auf gut 685.000. Der prozentuale Beschäftigtenanstieg lag damit im ambulanten Sektor (+ ca. 74 %) deutlich höher als im stationären Sektor (= + ca. 55 %) (vgl. GBE-Bund 2015; Prozentwerte = eigene Berechnungen). Insgesamt arbeiten heute also bereits mehr als 1 Mio. Beschäftigte in der Altenpflege. Dieser Beschäftigtenanstieg wird allerdings nicht ausreichen, um den Anstieg der Pflegebedürftigkeit im Zuge des demografischen Wandels bewältigen zu können. Bis 2030 wird allein in der Langzeitpflege (vorwiegend Altenpflege) – je nach zugrunde gelegtem Entwicklungsszenario – ein Mangel an Pflegekräften zwischen 263.000 und 434.000 Personen vermutet (vgl. Rothgang u. a. 2012, 54). Dabei wird nicht allein die pure Zahl der Pflegekräfte Probleme bereiten, sondern vor allem auch der wachsende Mangel an examinieren Fachkräften. Dieser Mangel wird sich auch durch die Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland kaum bewältigen lassen (vgl. Afentakis/Maier 2014).

2.1.5 Älter werdende Belegschaften

Der demografische Wandel hat auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Beschäftigten in der Altenpflege. So wird zukünftig Pflegearbeit in der ambulanten wie stationären Pflege zunehmend mit alternenden Belegschaften zu erbringen sein. Der demografische Wandel stellt Arbeitgeber und die Arbeitspolitik daher vor die Herausforderung, wie Pflegearbeit mit steigenden Anforderungen durch alternde Belegschaften bewältigt werden kann, ohne dass deren psycho-physische Gesundheit

beeinträchtigt wird. Allerdings scheinen sich heute angesichts der Arbeitsbedingungen in der (Alten-)Pflege immer weniger Pflegekräfte in der Lage zu sehen, den eigenen Beruf bis zum Renteneintritt ausüben zu können (vgl. Hien 2009, 9–19). Einen wichtigen Grund sieht Hien in den stark angestiegenen psycho-sozialen Belastungssituationen in der Pflege, denen sich die Pflegekräfte auf Dauer nicht gewachsen sehen. Die Folgen sind ein Anstieg körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen sowie frühe Ausstiege von Pflegekräften aus dem Pflegesektor. Sehr hoch zeigen sich in der Pflegebranche daher die Fluktuationsraten (vgl. Freiling/Gottwald 2012; Simon u. a. 2005; Theobald u. a. 2013).

2.2 Ökonomisierung und Marktöffnung der Altenpflege

Die Einführung der Pflegeversicherung (1995) als Sozialversicherung auf Teilkaskobasis bildete einen wesentlichen Treiber für die Ökonomisierung der professionellen Altenpflege. Ökonomisierung bezeichnet im Kern die Übertragung von Markt- und Effizienzprinzipien aus dem privatwirtschaftlichen Bereich auf die Erbringung sozialer und öffentlicher Dienstleistungen (vgl. Hielscher u. a. 2013, 15). Sie orientiert sich an betriebswirtschaftlichen Konzepten des *New Public Management*, denen das Credo zugrunde liegt, durch die Schaffung von Wohlfahrtsmärkten könnten Kosten reduziert, die Qualität des Leistungsangebots verbessert und die Wahlmöglichkeiten von Kunden bzw. Klienten erhöht werden (vgl. Hartmann 2011; Theobald u. a. 2013). Die Einführung der Pflegeversicherung zielte in Anbetracht des demografischen Wandels auf eine erhebliche Kostenentlastung der öffentlichen Haushalte, insbesondere der kommunalen Sozialhilfeträger von steigenden Kosten für die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen ab, die bis dato einen Großteil dieser Aufwendungen zu schultern hatten.

Als kostensenkende Weichenstellung erwies sich zudem die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip durch Zuwendungsfinanzierung, das bis dahin mit einer Vorrangstellung der kirchlichen und frei-gemeinnützigen Träger in der Altenpflege verbunden war. Dieses Prinzip wurde durch die Kontraktualisierung von Leistungsbeziehungen ersetzt (vgl. Grohs/Bogumil 2011). Demnach sind die Anbieter professioneller Pflegedienstleistungen gehalten, mit ihren öffentlichen Auftraggebern Kontrakte auszuhandeln, wobei die Träger für konkret definierte Leistungen gemäß eines genau definierten Pflegebedarfs ein bestimmtes Pflegebudget

erhalten. Hierbei werden bestimmten objektivierbaren pflegebezogenen Arbeitsverrichtungen standardisierte Zeiteinheiten und Preise zugeordnet (vgl. Auth 2013). In der stationären Altenpflege werden auf Landesebene zwischen Verbänden der Leistungsanbieter und Kostenträgern Rahmenvereinbarungen ausgehandelt, in denen Personalanhaltszahlen festgelegt werden. Diese kalkulatorischen Durchschnittswerte legen das Verhältnis von Bruttovollzeitstellen und zu versorgenden Pflegebedürftigen bezogen auf eine bestimmte Pflegestufe fest. Dies hat zur Folge, dass je nach Bundesland ungleiche Personalrelationen zur Leistungserbringung finanziert werden (vgl. Hielscher u. a. 2013, 57). De facto steht Altenpflegeeinrichtungen aber aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten, Urlaub und Weiterbildung eine deutlich geringere Nettoarbeitszeit für die Pflege zur Verfügung (vgl. ebd.). Die Einführung des Kontraktmanagements setzte die Träger der (stationären) Altenhilfe unter einen erhöhten Kostendruck, der oft durch das ‚Einfrieren‘ oder die Kürzung der Budgets seitens öffentlicher Auftraggeber verstärkt wird (vgl. Hartmann 2011; Grohs/Bogumil 2011).

Die Pflegeversicherung intendierte überdies eine Ausweitung und qualitative Verbesserung der Pflegeinfrastruktur. Hierzu erfolgte eine Marktöffnung für private Anbieter professioneller Pflegedienstleistungen, die eine Gleichstellung privater mit frei-gemeinnützigen Anbietern voraussetzte. Diese Marktöffnung setzte vor allem kirchliche und frei-gemeinnützige Träger im Bereich der stationären Altenpflege unter erhöhten Wettbewerbsdruck (vgl. Auth 2013). Die Einführung der Pflegeversicherung bereitete der Etablierung eines professionellen ambulanten Altenpflegebereichs den Boden, der von kleineren und mittelgroßen privaten Anbietern dominiert wird. Der pflegepolitische Vorrang ambulanter gegenüber stationärer Altenpflege wird mit den Präferenzen älterer Menschen begründet, so lange wie möglich in ihrem gewohnten Wohnumfeld zu leben. Allerdings sind hierfür auch ökonomische Gründe bedeutsam, denn ambulante ist kostengünstiger zu finanzieren als stationäre Altenpflege (vgl. Österle 2014). Der politisch intendierte Wettbewerb hat vor allem die privaten Träger begünstigt, deren Anteil 2011 im ambulanten Bereich bei 60 % und im stationären Bereich bei 40 % lag (vgl. Auth 2013, 415).

Die Ökonomisierung der Altenpflege ist eng verwoben mit der Einführung von Qualitätsmanagementstandards, die eine erhöhte Leistungstransparenz der Anbieter und eine möglichst hohe Pflegequalität bei pluraler Trägerkonkurrenz sichern sollen (vgl. Theobald u. a. 2013).

Für Anbieter bedeutet dies, hohe Anforderungen an die Dokumentation von Pflegeprozessen, an fachliche Standards sowie an die externe Überprüfung von Qualitätsmanagementsystemen, z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, zu erfüllen.

3 Arbeitsqualität in der Altenpflege unter Druck

In diesem Abschnitt werden zunächst Kernmerkmale der Altenpflege als personale und körperbezogene soziale Dienstleistungstätigkeit vorgestellt, da diese für Pflegekräfte einen zentralen Bezugspunkt für eine gute Arbeitsqualität bilden. Anschließend wird untersucht, welche Auswirkungen der sozio-demografische Wandel und die Ökonomisierung auf die Qualität der Arbeitsbedingungen und der Beschäftigungsverhältnisse haben. Unterschiedliche empirische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Ökonomisierung tendenziell die Arbeits- und Beschäftigungsqualität in der Altenpflege beeinträchtigt hat (vgl. Hielscher u. a. 2013; Senghaas-Knobloch 2008; Simsa u. a. 2004; Theobald u. a. 2013). Der Einfluss des sozial-demografischen Wandels auf die Arbeitsqualität in der Altenpflege ist hingegen bisher nur ansatzweise untersucht.

3.1 Interaktionsarbeit und berufliches Ethos als Kernmerkmale der Pflegearbeit

Professionelle Altenpflege ist eine spezifische Form der Sorgetätigkeit bzw. *Care*-Arbeit. Diese gesellschaftlich notwendige Tätigkeit beinhaltet im Kern, dass praktische Verantwortung für Menschen übernommen wird, die einen mehr oder weniger großen Unterstützungsbedarf haben, der anders nicht gedeckt werden kann. Sie ist durch eine grundlegende Machtasymmetrie zwischen der Pflegekraft und der zu pflegenden Person geprägt, die daraus resultiert, dass pflegebedürftige Menschen in ihrer Autonomie eingeschränkt sind, d. h. sich (zeitweilig) nicht mehr selbst versorgen können. Im Falle hoher Pflegebedürftigkeit sind die zu Pflegenden sogar existenziell auf die Unterstützung durch Pflegekräfte angewiesen. Diese Angewiesenheit der zu Pflegenden stellt an Pflegekräfte eine besondere ethische Herausforderung in ihrem beruflichen Alltagshandeln, gilt es doch, die Würde und Integrität der Pflegebedürftigen zu wahren und ihre Autonomie soweit wie möglich aufrechtzuerhalten und

zur Geltung zu bringen (vgl. Fischer 2010). Diese Machtasymmetrie wird durch professionelle Standards im Zusammenwirken mit einem spezifischen Ethos fürsorglicher Praxis aufgefangen (vgl. Senghaas-Knobloch 2008): Danach bilden bestimmte, internalisierte Vorstellungen von qualitativ guter Pflege im Sinne der Pflegebedürftigen einen Kernbestandteil des Selbstverständnisses der Pflegekräfte. Das Ethos fürsorglicher Praxis folgt einer spezifischen Handlungsrationaltät, die an der direkten Beziehungsaufnahme und -gestaltung zu pflegebedürftigen Menschen, ihren Zeitrhythmen und ihren situativ veränderlichen Befindlichkeiten ausgerichtet ist (vgl. Senghaas-Knobloch 2014, 25). Diesen ethischen Vorstellungen im täglichen Arbeitsprozess entsprechen zu können, ist für Pflegekräfte unmittelbar sinnerfüllend und steigert ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit. Sie wirken also als Ressource für eine gute Arbeitsqualität der Pflegenden.

Die professionelle Altenpflege weist ein breites Tätigkeitsspektrum auf, das sich auf einer gemeinsamen Handlungsgrundlage vollzieht: der Interaktionsarbeit als Arbeit mit und am Menschen (vgl. Böhle/ Glaser 2006). Interaktionsarbeit ist im Allgemeinen durch vier Merkmale gekennzeichnet (vgl. Böhle u. a. 2015, 17–23), die wir hier auf den Kontext der Altenpflege beziehen:

- *Kooperationsarbeit*: In der Altenpflege ist die zu pflegende Person zugleich Objekt, d. h. Arbeitsgegenstand, und Subjekt der Arbeitskooperation, ohne deren Einverständnis und Mitwirkung die Pflege nicht sinnvoll durchgeführt werden kann. In der Altenpflege ist zwischen der Pflegekraft und der jeweiligen zu pflegenden Person oft über längere Zeit eine tragfähige Kooperationsbeziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten, welche die grundlegende Asymmetrie zwischen beiden Seiten angemessen berücksichtigt und zugleich in der Lage ist, zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen einen gemeinsamen Kooperationsraum zu eröffnen, der eine einvernehmliche Balancierung von Nähe und Distanz ermöglicht. Auf der Seite der Pflegekraft setzt dies Einfühlungsvermögen in die zu pflegende Person, deren Befindlichkeiten und Erwartungen voraus. Die Pflegebedürftigen hingegen müssen sich für die Pflegearbeit an und mit ihnen öffnen (vgl. Fischer 2010).
- *Emotionsarbeit*: Sie bezeichnet die Arbeit an den eigenen, nach außen sichtbaren Gefühlen (vgl. Hochschild 1980). Emotionsarbeit besteht in der situationsangemessenen Anpassung der eigenen (geäußerten) Gefühle (z. B. Unterdrückung von Scham- und Ekelgefühlen) an das

- von außen erwartete emotionale Verhalten. Dies hat eine innere und eine äußere Bedeutung. Intern hilft das eigene Gefühlsmanagement den Pflegekräften bei der Verarbeitung belastender Situationen, nach außen beugt es Restriktionen in der Pflegebeziehung vor oder hilft bei deren Überwindung. In der Altenpflege ist Emotionsarbeit vor allem deshalb von zentraler Bedeutung, weil Pflegekräfte hier sehr oft gefordert sind, mit existenziellen Gefühlen, wie Angst vor dem Sterben oder Tod, im Sinne der Selbstsorge umzugehen (vgl. Kumbruck 2008).
- *Gefühlsarbeit*: Sie ist als Arbeit an den Gefühlen der Pflegebedürftigen zu verstehen und darauf gerichtet, die Gefühle bzw. die emotionale Stimmung der zu Pflegenden zu beeinflussen, um Arbeitsaufgaben angemessen erfüllen zu können (vgl. Dunkel 1988).
 - *Subjektivierendes Arbeitshandeln*: Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, mit nicht planbaren Situationen im Arbeitsprozess umgehen zu können (vgl. Böhle u. a. 2015). In der Pflege ist die Unplanbarkeit von Situationen aufgrund des Arbeitsgegenstandes ‚Mensch‘ sehr hoch. Hierzu gehören beispielsweise Stimmungsschwankungen oder sich verändernde Gesundheitszustände der Pflegebedürftigen. Das subjektivierte Arbeitshandeln ermöglicht Pflegekräften, situative Besonderheiten wahrzunehmen und das eigene Handeln daran auszurichten. Dabei spielen erfahrungsbezogenes Handeln, Empathie als Einfühlen in die zu pflegende Person und ihre Bedürfnisse sowie der Einsatz der menschlichen Sinne eine wichtige Rolle, um die Befindlichkeit von zu Pflegenden angemessen zu erfassen und situativ zu handeln.

Wir verwenden diese vier Merkmale dazu, sie als oft unsichtbar bleibende Charakteristika (vgl. Kumbruck 2008) der Interaktionsarbeit sowie in ihrer komplexen und zum Teil widersprüchlichen Bedeutung als Ressource im Sinne einer guten Arbeitsqualität oder Belastungsquelle offen zu legen. Denn Pflegearbeit zeigt sich so als eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit, in der es insbesondere auf Reflexionsfähigkeit, Empathie, Erfahrungswissen und Selbstverantwortlichkeit ankommt. Darin liegen potenzielle Ressourcen, die Pflegekräfte für gute Arbeit nutzen können. Sie können sich allerdings auch als Belastungsquellen erweisen, wenn Pflegekräften Autonomie- und Regulationschancen für Interaktionsarbeit und ihre situationsangemessene, fallspezifische Ausgestaltung vorenthalten bzw. diese beeinträchtigt werden. Zudem besitzen die vier Merkmale der Interaktionsarbeit auch ein latentes wechselseitiges Konfliktpotenzial, das ebenfalls für die Arbeitsqualität der Pflegekräfte von

Bedeutung sein kann. Beispielsweise besitzt die Gefühlsarbeit mit ihrer starken strategischen Ausrichtung eine „dunkle Seite“ (Böhle et al. 2015, 22), die in der Manipulation der Gefühle der Pflegebedürftigen besteht und latent deren Selbstbestimmungsrecht im Rahmen der Kooperationsarbeit untergräbt. Es muss den Pflegebedürftigen daher möglichst verborgen bleiben. Ein solches strategisches Element im Verborgenen kann mit dem eigenen Berufsethos der Pflegenden in Konflikt geraten.

3.2 Ausweitung prekärer Beschäftigung in der Altenpflege

Neben einer starken Beschäftigungsexpansion in der beruflichen Altenpflege haben pflegepolitische Weichenstellungen (z. B. die Einführung der dreijährigen Fachausbildung für die Altenpflege in 2003; steigende Anforderungen an die Versorgungs- und Pflegequalität) seither eine Professionalisierung der Beschäftigung in der Altenpflege gefördert, denn die Anzahl der Pflegefachkräfte hat sich zwischen 1999 und 2011 im stationären Bereich um 56 % und im ambulanten Bereich um 68 % erhöht (vgl. Auth 2013, 417). Die deutlichere Zunahme an Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege erklärt sich daraus, dass Beschäftigte auf ihren Touren in Einzelarbeit pflegebedürftige Menschen betreuen und hierbei Aufgaben der Grund- und der medizinisch orientierten Behandlungspflege ausüben. Letztere erfordert eine einschlägige Fachausbildung. Teilzeitarbeit ist in der frauendominierten Altenpflege (84 % der Beschäftigten) mit einem Anteil von 69 % weit verbreitet (vgl. Dathe/Paul 2011, 7; Theobald u. a. 2013, 38); sie wird von weiblichen Pflegekräften oft gewählt, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erhöhen. Zugleich bildet die Teilzeitbeschäftigung eine individuelle Option, um die hohen Arbeitsbelastungen in der Altenpflege besser bewältigen zu können (vgl. Marrs 2008, 82–83). Im Zuge der Ökonomisierung der Altenpflege erfolgte eine deutliche Ausweitung von Teilzeitarbeit als betriebliches Flexibilisierungsinstrument, um Spitzen bzw. tägliche Schwankungen des Arbeitsanfalls bei tendenziell knapper Personalausstattung abdecken und vor allem in der stationären Pflege eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ sichern zu können (vgl. Dathe/Paul 2011; Dammayr 2012).

Seit Ende der 1990er Jahre ist im Bereich der Altenpflege eine Bedeutungszunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen und Niedriglohnbeschäftigung feststellbar, die Pflegekräfte einem erhöhten Risiko prekärer Beschäftigung aussetzt. Atypische Beschäftigungsverhältnisse

sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in mindestens einer Merkmalsdimension vom Normalarbeitsverhältnis abweichen. Dies ist durch unbefristete Beschäftigung, Sozialversicherungspflicht, Vollzeitertätigkeit mit einem Einkommen oberhalb der Niedriglohnschwelle und einer Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis bei Weisungsgebundenheit des Arbeitnehmers definiert (vgl. Keller/Seifert 2005, 128). Nach Ergebnissen der Arbeitsberichterstattung aus Beschäftigtensicht im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit (2009) sind immerhin knapp 15 % der Altenpflegekräfte befristet und knapp 8 % geringfügig beschäftigt (vgl. Dathe/Paul 2011, 11–13).

Ein erhöhtes Prekaritätsrisiko ergibt sich in der Altenpflege auch durch die zunehmende Niedriglohnbeschäftigung seit der Marktöffnung. Die Löhne in der Altenpflege liegen im Vergleich zu anderen Branchen und auch innerhalb der sozialen und Gesundheitsberufe recht niedrig (vgl. Rhein 2011). Der Zuwachs an privaten Trägern hat eine Abwärtsspirale in der Lohnentwicklung begünstigt, da diese Träger der Altenpflege keiner Bindung durch Tarifverträge oder vergleichbarer Regelungen, wie den Arbeitsvertragsrichtlinien der Wohlfahrtsverbände, unterliegen (vgl. Auth 2013). Das Lohnniveau der privaten Träger lag merklich unterhalb des Lohnniveaus staatlicher oder freigemeinnütziger Träger der Altenpflege. Vor Einführung des nach dem Entsendegesetz allgemeinverbindlich erklärten Branchenmindestlohns war die Zahl der Niedriglohnbezieher/-innen in der Altenpflege stark angestiegen; die Geringverdienerquote lag bei mehr als 30 % in 2008 (vgl. Rhein 2011, 18). Der 2015 neu gefasste Pflegemindestlohn (derzeit bis Ende 2017 befristet), der deutlich über dem allgemeinen Mindestlohn liegt, dürfte im Zusammenwirken mit dem Fachkräftemangel zwar das Verdienstniveau insgesamt anheben, zu diesen neueren Entwicklungen liegen jedoch noch keine differenzierten Analyseergebnisse vor.

3.3 Veränderungen der Arbeitsqualität durch Ökonomisierung und sozial-demografischen Wandel

Altenpfleger/-innen verbinden mit ihrer beruflichen Tätigkeit vielfältige Ressourcen, d. h. Faktoren, die es ihnen ermöglichen, psycho-physische Belastungen in der Pflegearbeit zu bewältigen und dabei ihre Gesundheit zu erhalten (vgl. Fuchs 2011; Becke/Wehl 2016; Bleses/Jahns 2016; Bornheim 2008): Als zentrale Gesundheitsressourcen erweisen

sich insbesondere die erlebte Sinnhaftigkeit der Pflegearbeit sowie Handlungsmöglichkeiten, ihr Ethos fürsorglicher Praxis, d. h. berufsethische Vorstellungen guter Pflege, zu realisieren. Neben der Wertschätzung, die sie von Pflegebedürftigen und Angehörigen im Rahmen der Interaktionsarbeit erhalten, bilden die soziale Unterstützung durch Kolleg/-innen und Führungskräfte sowie ein als positiv wahrgenommenes Arbeits- und Betriebsklima weitere wichtige Ressourcen für Gesundheitserhalt und Arbeitszufriedenheit. Schließlich erleben Pflegekräfte häufig die Vielfalt ihrer Arbeitstätigkeit sowie Arbeitsplatzsicherheit als sie stärkende Ressourcen. In der ambulanten Pflege wird zudem die große Handlungsautonomie der Pflegekräfte bei den Patient/-innen vor Ort als bedeutsame Ressource erlebt, die sich aus der – in manchen Situationen möglicherweise aber auch Belastungen erzeugenden – Alleinarbeit auf den Pflegetouren ergibt.

Neuere empirische Studien belegen, dass die Gesundheitsressourcen von Pflegekräften im Zuge der Ökonomisierung stark herausgefordert werden und ihre Arbeitsqualität tendenziell beeinträchtigt wird (vgl. Theobald u. a. 2013). In diversen Studien wird Arbeitsintensivierung als zentraler, gesundheitsschädigender Stressfaktor identifiziert, der im Zuge der Ökonomisierung an Bedeutung gewonnen hat (vgl. ebd.; Dammayr 2012). Im Erleben von Beschäftigten bilden vor allem Personalengpässe bzw. zu knappe Personalbemessung, Störungen durch ungeplante Zusatzaufgaben, zu knappe Zeitvorgaben für die direkte Pflege und eine zu große Aufgabenvielfalt Quellen des Zeit- und Termindrucks in der Altenpflege (Dathe/Paul 2011, 13–15). Die zunehmende Arbeitsintensivierung erweist sich als eine bedeutsame Barriere für Pflegekräfte, ihr Ethos fürsorglicher Praxis zur Geltung zu bringen. Die berufsethische Handlungsorientierung von Pflegebeschäftigten gerät zunehmend in Konflikt mit organisatorischen Anforderungen an Effizienz und standardisierten Qualitätsvorgaben; es wird für Pflegekräfte zunehmend schwieriger, Zeiten für individuelle Zuwendung für pflegebedürftige Menschen zu reklamieren (vgl. Senghaas-Knobloch 2014, 27).

In der stationären Altenpflege erweist sich der sozio-demografische Wandel als relevanter Faktor für die Entstehung hoher Arbeitsintensität: Pflegeheime sind zunehmend mit der Betreuung und Versorgung hochaltriger und multimorbider pflegebedürftiger Menschen befasst, die besonders zeitintensiv ist. Die relativ kurzen Verweildauern dieser Gruppe von Pflegebedürftigen verstärken nicht nur den ökonomischen Auslastungsdruck auf Einrichtungen, sondern konfrontieren Pflege- und

Assistenzkräfte auch mit unvorhersehbaren Zusatzaufgaben, z. B. Zimmer von verstorbenen Pflegebedürftigen möglichst rasch für Neuaufnahmen herzurichten (vgl. Becke/Wehl 2016).

Zunehmende Arbeitsverdichtung korrespondiert vor allem in der stationären Altenpflege häufig mit Praktiken von Pflegekräften, ihre Arbeitszeiten informell auszuweiten, d. h. unbezahlte Mehrarbeit zu leisten. Beispielsweise werden Zusatzaufgaben (z. B. Pflegedokumentation) erst nach Schichtende erledigt oder Pflegekräfte kommen regelmäßig früher zur Arbeit, um bestimmte vorbereitende Tätigkeiten vor offiziellem Dienstbeginn abzuschließen. Diese informellen Praktiken werden motiviert durch das Bestreben der Pflegekräfte, möglichst viel Zeit für die unmittelbare pflegebezogene Zuwendung und Betreuung der Pflegebedürftigen in einem zunehmend verdichteten Arbeitsalltag zu reklamieren (vgl. Fischer 2010; Becke/Wehl 2016; Dammayr 2012). Starke arbeitszeitliche Belastungen resultieren aus häufigen oder beständigen Personalengpässen, die an Pflegekräfte hohe arbeitszeitliche Flexibilitätsanforderungen zur Dienstplansicherung stellen. Damit verbunden ist oft ein hohes Ausmaß an Überstunden, überlangen Arbeitszeiten und Arbeitseinsätzen von bis zu zehn Tagen in Folge (Hielscher u. a. 2013). Pflegefachkräfte bewältigen die Arbeitsverdichtung in der stationären Altenpflege z. T. dadurch, dass sie die Behandlungspflege zugunsten von administrativen und zusätzlichen fachlichen Aufgaben zur Sicherung hoher Pflege- und Versorgungsqualität reduzieren. Dadurch werden ihre Aufgaben in der Behandlungspflege verstärkt durch angelernte Pflegekräfte übernommen; letztere erleben diese Aufgabenübertragung häufig als Überforderung und erhöhten Verantwortungsdruck; insbesondere wenn sie bei einem Mangel an Fachpersonal mitunter unfreiwillig ihren eigenen Kompetenzbereich überschreiten (vgl. Dammayr 2012, 273).

In der ambulanten Pflege hat die Ökonomisierung in Verbindung mit Personalproblemen zu engeren Zeitintervallen geführt, die für die Fahrzeiten und die Pflegezeiten bei den Patient/-innen zur Verfügung gestellt werden. Dies erzeugt bei Pflegekräften im Falle unplanbarer Verzögerungen (z. B. Verkehrsstau) schnell den Druck, nicht pünktlich bei den Patient/-innen sein zu können. Zudem ist der Druck gestiegen, für kurzfristig ausfallendes Personal einspringen zu müssen. Pflegekräfte werden häufig in ihrer Freizeit kontaktiert, um sie zum Dienst zu rufen. Dadurch entsteht das Gefühl, nie mehr „richtig“ frei zu haben. Zudem müssen beim Einspringen oft fremde Touren mit unbekanntem Patient/-innen gefahren werden. Hier besteht oft die Sorge, nicht ausreichend

vorbereitet zu sein oder die gestellten Anforderungen nicht erfüllen zu können (vgl. Bleses/Jahns 2016).

Der ausgeprägte Ökonomisierungsdruck und die hohen Dokumentationsanforderungen beinhalten ein nicht unerhebliches Gefährdungspotenzial, das Ethos fürsorglicher Praxis als berufsethischen Kern der Interaktionsarbeit (vgl. Senghaas-Knobloch 2008; Kumbruck 2008) zu entwerten. Sie fördern betriebsökonomische Handlungslogiken des Pflegemanagements, nach denen vor allem sichtbare und messbare Arbeitsverrichtungen anerkannt werden, da diese als dokumentationsfähig und quantifizierbar gelten (vgl. Fischer 2010). De facto bedeutet dies eine Abwertung der unsichtbaren Tätigkeiten, in denen sich in der Interaktionsarbeit das Ethos fürsorglicher Praxis entfaltet, wie das Balancieren von Nähe und Distanz, das Achten auf Körperzeichen und emotionale Gestimmtheit der Pflegebedürftigen, oder aber nur schwer beschreibbare Tätigkeiten, z. B. die Sterbebegleitung (vgl. Kumbruck 2008). Im Falle einer Entwertung berufsethischer Vorstellungen guter Pflege und damit verbundener Arbeitspraktiken in Pflegeorganisationen erhöht sich das Gesundheitsrisiko von Burnout bei Pflegekräften. Dieses Risiko entsteht auch, wenn von Pflegebeschäftigten erwartet wird, unter Zeitdruck starke Abstriche an ihrem beruflichen Ethos vorzunehmen (vgl. Osterbrink/Andratsch 2015).

Die Ökonomisierung der Altenpflege fördert die Entstehung gesundheitsschädigender beruflicher Gratifikationskrisen, die durch ein strukturelles und länger andauerndes erlebtes Ungleichgewicht von Beschäftigten zwischen ihrem Arbeitsengagement und den dafür erhaltenen Belohnungen geprägt sind (vgl. Siegrist 2015). In der Altenpflege äußern sich berufliche Gratifikationskrisen z. B. in einer erlebten Diskrepanz zwischen hoher Arbeitsintensität, hohen arbeitszeitlichen Belastungen und ausgeprägtem Arbeitsengagement einerseits sowie relativ niedrigem Einkommen, geringen innerbetrieblichen Aufstiegsmöglichkeiten und begrenzten Autonomiespielräumen, in der Arbeit berufsethische Ansprüche verwirklichen zu können, andererseits (vgl. Fuchs 2011). Berufliche Gratifikationskrisen begünstigen psychosomatische Gesundheitsbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Burnout (vgl. Siegrist 2015). Bei Pflegebeschäftigten in der Altenpflege ist eine starke Kumulation psycho-physischer Gesundheitsbeschwerden feststellbar, die durch den erheblichen Ökonomisierungsdruck mitbedingt ist (vgl. Fuchs 2011; Dathe/Paul 2011). Laut DGB-Index Gute Arbeit gaben 60 % der Altenpflegekräfte an, sie könnten sich nicht vorstellen, ihren Beruf

unter den gegenwärtigen Bedingungen bis zur Altersrente fortzusetzen (vgl. Fuchs 2011, 37 f.).

4 Fazit und Ausblick

Die Ökonomisierung der Altenpflege hat eine strukturelle Ressourcenverknappung in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen gefördert, welche die Arbeits- und Beschäftigungsqualität von Pflegekräften beeinträchtigt hat. Durch den sozio-demografischen Wandel haben sich die Anforderungen an die Pflegearbeit bei Ressourcenknappheit merklich erhöht. Abzusehen ist bereits heute, dass digitale Technikanwendungen in der Altenpflege neben Potenzialen der Arbeitserleichterung auch neue Gefährdungen mit Blick auf die Arbeitsqualität von Pflegekräften (z. B. Kontrolle des Arbeitshandelns und Arbeitsverdichtung) beinhalten (vgl. Hielscher u. a. 2015). Pflegemodelle sind daher nicht nur ökonomisch, sondern auch ethisch zu begründen – und zwar in Bezug auf nachhaltige Arbeitsqualität und das Ethos fürsorglicher Praxis.

Zukünftig kommt es darauf an, die Ressourcenausstattung in der Altenpflege deutlich zu verbessern und die soziale wie materielle Anerkennung professioneller Care-Arbeit als gesellschaftlich notwendige Sorgearbeit zu fördern, um bessere Rahmenbedingungen für nachhaltige Arbeitsqualität in der Altenpflege zu schaffen. Insbesondere bedarf es hierzu einer stärkeren gesellschaftlichen und betrieblichen Anerkennung und Aufwertung der unsichtbaren interaktionsbezogenen Tätigkeitsdimensionen der Pflegearbeit im Vergleich zu ihren funktionalen Arbeitsverrichtungen (vgl. Senghaas-Knobloch 2008; Fischer 2010). Die inzwischen dominante instrumentelle ökonomische Rationalität wäre demnach in arbeits- und pflegepolitischer Hinsicht kritisch zu überprüfen und zu revidieren, um einer Fürsorgerationalität (vgl. Waerness 2000), die sich an den Bedürfnissen und der konkreten Situation der Pflegebedürftigen orientiert, stärker Geltung zu verschaffen. Dies schließt erweiterte zeitliche Dispositionsspielräume der Pflegekräfte für ein empathisches und flexibel-situatives Arbeitshandeln in der Altenpflege ein. Pflegepolitik und Arbeits(zeit)politik sind daher zukünftig stärker aufeinander zu beziehen, damit Aufwärtsspiralen innerhalb des Produktivitätsdreiecks der Altenpflege ermöglicht werden, z. B. durch eine praxisorientierte Ausgestaltung von Pflegebudgets, welche die unsichtbaren Tätigkeits-elemente der Altenpflege angemessen berücksichtigt.

Externe induzierte Verbesserungen der Ressourcenausstattung in der Altenpflege sind notwendige, aber keineswegs hinreichende Voraussetzungen, um eine nachhaltige Arbeitsqualität zu fördern. Hierzu bedarf es auch der Entfaltung sozialer Innovationspotenziale auf organisationaler Ebene. Bei betrieblichen Sozialinnovationen handelt es sich um die Entwicklung neuer oder die Verbesserung etablierter sozialer Praktiken, welche gangbare Vermittlungen innerhalb des Produktivitätsdreiecks der Altenpflege ermöglichen (vgl. Becke/Wehl 2016, 224). Beispiele für derartige betriebliche Sozialinnovationen bilden die Einführung einer geregelten Ausfallplanung oder die Entwicklung kompetenz- und gesundheitsförderlicher Fachlaufbahnen in der Altenpflege (vgl. Bleses/Jahns 2016; Grüner u. a. 2016). Zudem bieten vor allem eine gute Gestaltung der Arbeitsorganisation und die betriebliche Gesundheitsförderung zentrale Ansatzpunkte für eine „nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit“ in der Altenpflege (zu konkreten Gestaltungsansätzen vgl. Bleses u. a. 2015; siehe auch *www.pflegechancen.de*). Eine zentrale förderliche Voraussetzung für betriebliche Sozialinnovationen bilden strukturelle Vorkehrungen im Sinne organisationaler Achtsamkeit, die dazu beitragen, das Ethos fürsorglicher Praxis und eine nachhaltige Arbeitsqualität in der Pflege zu unterstützen. Das Konzept der organisationalen Achtsamkeit setzt darauf, organisationsintern Kommunikations- und Dialogformen zu etablieren bzw. in schon vorhandenen Kommunikationsroutinen zu verankern, die es ermöglichen, frühzeitig problematische Entwicklungen zu erkennen (z. B. Krankheitsgefährdungen und Überlastungssituationen von Pflegekräften). Dies erfordert Verfahren der Beschäftigtenbeteiligung und des sozialen Dialogs, um Ansprüche an Arbeitsqualität und an das Ethos fürsorglicher Praxis in stationären wie ambulanten Altenpflegeeinrichtungen stärker zur Geltung zu bringen (vgl. Becke u. a. 2013; Senghaas-Knobloch 2014).

Die Beteiligung von Beschäftigten und der Dialog zwischen unterschiedlichen Führungsebenen und Belegschaftsgruppen eröffnen Gestaltungsspielräume für nachhaltige Arbeitsqualität. Eine zentrale Bedeutung für soziale Innovationen im Sinne nachhaltiger Arbeitsqualität kommt demografie- und gesundheits-sensiblen Führungs- und Organisationskulturen in Diensten und Einrichtungen der Altenpflege zu. Sie ermöglichen Prozesse organisationsinterner Selbstreflexion und des Lernens, in denen Praktiken überprüft und revidiert werden, die sich als gesundheitlich problematisch erweisen. In Anbetracht alternder Belegschaften bereiten sie die Grundlage für eine produktive und wertschätzende intergenerationale

Zusammenarbeit. Hierbei erweist sich eine wertschätzende Äquidistanz von Führungskräften gegenüber jüngeren und älteren Beschäftigtengruppen (vgl. Becke/Wehl 2016) als wichtige Voraussetzung, um intergeneracionales Lernen auf Basis wechselseitiger Anerkennung zu fördern.

Literatur

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias** (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken?: Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahre 2010. In: *Wirtschaft und Statistik* (3, März). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 173–180.
- Auth, Diana** (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: *WSI-Mitteilungen* 66(6), 412–422.
- Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Meyerhuber, Sylke; Schmidt, Sandra** (2013): Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Becke, Guido; Bleses, Peter; Schmidt, Sandra** (2010): Nachhaltige Arbeitsqualität – ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. In: *Wirtschaftspsychologie* 12(3), 60–68.
- Becke, Guido; Evers, Janina; Hafkesbrink, Joachim; Henke, Ursula** (2014): Einleitung: Messung, Bewertung und Gestaltung (hybrider) sozialer Dienstleistungen. In: Dies. (Hg.): *Cockpit soziale Dienstleistungen: Gestaltung der Produktivität durch Balance von Effizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität*. Münster: Lit, 11–16.
- Becke, Guido; Wehl, Raphaela** (2016): Generationengerechtigkeit als Schlüssel für betriebliche Sozialinnovationen. In: Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin K. W. (Hg.): *Zusammen – Arbeit – Gestalten: soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Wiesbaden: Springer VS, 223–240.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin** (2016): Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin K. W. (Hg.): *Zusammen – Arbeit – Gestalten: soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Wiesbaden: Springer VS, 127–144.
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Lürßen, Sina; Pöser, Stephanie; Ritter, Wolfgang; Schimitzek, Isabella; Schmidt, Sandra** (2015): Leitfäden ‚pflegechancen‘: nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Bremen: artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen** (2006): Arbeit in der Interaktion – Ausgangspunkt. In: Dies. (Hg.): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11–16.

- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Margit** (2015): Interaktionsarbeit gestalten: Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.
- Bornheim, Nicole** (2008): Arbeitsqualität als Ansatzpunkt für eine sozial nachhaltige Gestaltung flexibler Arbeitsformen – Das Beispiel Pflege. In: Becke, Guido (Hg.): Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen: Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsperspektiven. Münster: Lit, 169–184.
- Dammayr, Maria** (2012): Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung – Das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich. In: Arbeit 21(4), 263–277.
- Dathe, Dietmar; Paul, Franziska** (2011): Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen: eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit. Studie im Auftrag der ver.di-Bundesverwaltung, Ressort 13, Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin: ver.di.
- Dunkel, Wolfgang** (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden: Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. In: Soziale Welt 39(1), 66–85.
- Fischer, Ute Luise** (2010): „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger ...“: soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege. In: Arbeit 19(4), 239–252.
- Freiling, Thomas; Gottwald, Mario** (2012): Dem Fachkräftemangel in der ambulanten Pflege begegnen – Personalpolitik demografieorientiert gestalten. In: Bettig, Uwe; Arend, Stefan; Schmidt, Roland (Hg.): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 3–17.
- Fuchs, Tatjana** (2011): Arbeit – Prekarität – Gesundheit: Arbeitsqualität und Gesundheitsempfinden aus Sicht von Beschäftigten in verschiedenen sozialen Berufsfeldern. In: Stolz-Willig, Barbara; Christoforidis, Jannis (Hg.): Hauptsache billig?: Prekarisierung der Arbeit in den sozialen Berufen. Münster: Westfälisches Dampfboot, 25–44.
- GBE-Bund** (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Datenquelle. Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2013, online unter <www.gbe-bund.de>, abgerufen 30. 11. 2015.
- Grohs, Stefan; Bogumil, Jörg** (2011): Management sozialer Dienste. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G.; Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 299–314.
- Grüner, Theresa; Werner, Ann-Christin; Frerichs, Frerich; Schorn, Nicola K.** (2016): Fachlaufbahnen in der Altenpflege als soziale Innovation. In: Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin K. W. (Hg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten: soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 145–162.
- Hartmann, Anja** (2011): Soziale Dienste: Merkmale, Aufgaben und Entwicklungstrends aus der Perspektive soziologischer Theorien. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G.; Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag, 76–93.

- Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine** (2015): *Technikeinsatz in der Altenpflege: Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive*. Berlin: Edition Sigma.
- Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine; Blass, Kerstin** (2013): *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch: das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hien, Wolfgang** (2009): *Pflegen bis 67?: die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Hochschild, Arlie Russel** (1980): *Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure*. In: *American Journal of Sociology* 85(3), 551–575.
- Keller, Berndt; Seifert, Hartmut** (2005): *Atypische Beschäftigungsverhältnisse und Flexicurity*. In: Kronauer, Martin; Linne, Gudrun (Hg.): *Flexicurity: die Suche nach Sicherheit in der Flexibilität*. Berlin: Edition Sigma, 127–147.
- Kumbruck, Christel** (2008): *Das Ethos fürsorglicher Praxis – in der stationären und ambulanten Pflege*. In: Senghaas-Knobloch, Eva; Kumbruck, Christel (Hg.): *Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege (Loccumer Protokolle 80/07)*. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 39–52.
- Marrs, Kira** (2008): *Arbeit unter Marktdruck: die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit*. Berlin: Edition Sigma.
- Osterbrink, Jürgen; Andratsch, Franziska** (2015): *Gewalt in der Pflege*. München: C. H. Beck.
- Österle, August** (2014): *Pflege und Pflegepolitik in Europa zwischen Familie, Staat und Markt*. In: Bohmann, Gerda; Hofbauer, Johanna; Schüle, Johann August (Hg.): *Sozioökonomische Perspektiven: Texte zum Verhältnis von Gesellschaft und Ökonomie*. Wien: Facultas, 261–287.
- Rhein, Thomas** (2011): *Niedriglohnbeschäftigung in den sozialen Berufen*. In: Stolz-Willig, Barbara; Christoforidis, Jannis (Hg.): *Hauptsache billig?: Prekarisierung der Arbeit in den sozialen Berufen*. Münster: Westfälisches Dampfboot, 12–24.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer** (2012): *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer** (2013): *Barmer GEK-Pflegereport 2013 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 23)*. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.
- Senghaas-Knobloch, Eva** (2008): *Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis*. In: *Berliner Journal für Soziologie* 18(2), 221–243.
- Senghaas-Knobloch, Eva** (2014): *Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen – zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung*. In: *WISO* 37(4), 21–38.
- Siegrist, Johannes** (2015): *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.
- Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans** (2005): *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal, online unter <http://www.next.uni-wuppertal.de>, abgerufen 12. 03. 2016.

- Simsa, Ruth; Schober, Christian; Schober, Doris** (2004): Belastete AltenpflegerInnen: zur Notwendigkeit verbesserter Rahmenbedingungen für eine langfristige Qualitätssicherung in der Altenpflege. In: SWS-Rundschau 44(4), 497–509.
- Theobald, Hildegard; Szebehely, Marta; Preuß, Maren** (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: Edition Sigma.
- von Bandemer, Stephan; Mavis-Richter, Canan** (2009): Kultursensible Gesundheitsversorgung (Working Paper, Forschung Aktuell Nr. 03/2009). Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Waerness, Kari** (2000): Fürsorgerationalität. In: Feministische Studien (Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit), 275–297.
- Wagner, Daniela** (2012): Diversität und Interkulturalität in österreichischen Alten- und Pflegehäusern: Bildungsperspektiven einer kultursensiblen Altenpflege. In: Khan-Svik, Gabriele; Mecheril, Paul; Sprung, Annette; Yildiz, Erol (Hg.): Bildungsforschung (in) der Migrationsgesellschaft. Innsbruck: o.A., 66–76.

Über die Autoren

Guido Becke, PD Dr., Forschungsleiter am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen. E-Mail: becke@uni-bremen.de.

Peter Bleses, Dr., Abteilungsleiter am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen. E-Mail: pbleses@uni-bremen.de.