



PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE
HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte
Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft



Pflegewissenschaftliche Fakultät

Reha-Biograf

Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen
in der beruflichen Rehabilitation –
Ursachen, Wege und Erklärungen

Abschlussbericht einer Pilotstudie

Reha-Biograf

Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen

Abschlussbericht

gefördert vom CJD Berufsförderungswerk Koblenz gGmbH (BFW Koblenz)

Autorinnen und Autoren

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner, Matthias Brünnett, Mareike Müller, Iwona Cissarz
Lehrstuhl Pflegewissenschaft der Pflegewissenschaftlichen Fakultät
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Vallendar 2016

Die Pilotstudie „Reha-Biograf“ kann kostenlos als Volltextdatei vom kirchlichen Dokumenten-
server „kidoks“ im Internet heruntergeladen werden: <http://kidoks.bsz-bw.de/home>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Vorwort.....	4
Einleitung.....	6
Zusammenfassung.....	7
1. Hintergrund und Stand der Forschung.....	10
1.1 Das Projekt Reha-Biograf.....	10
1.2 Medizinische und berufliche Rehabilitation.....	11
1.3 Eckdaten zum Krankenhaussektor.....	13
1.4 Zur besonderen Situation älterer Pflegefachpersonen.....	17
1.4.1 Kompetenzen und Bedürfnisse älterer Beschäftigter.....	18
1.4.2 Gesundheitszustand.....	20
1.4.3 Präsentismus.....	22
1.5 Wohlbefinden, vorzeitiger Berufsausstieg und Rückkehr in den Beruf.....	24
1.6 Fragestellungen und Zielsetzung.....	28
2. Methoden der Datenerhebung und -auswertung.....	29
2.1 Zugang zum Feld und Sample.....	29
2.2 Datenerhebung.....	30
2.2.1 Das problemzentrierte Interview (PZI).....	30
2.2.2 Das episodische Interview.....	32
2.3 Datenauswertung.....	32
3. Ergebnisse.....	34
3.1 Homogenität und Heterogenität im Datenmaterial.....	34
3.1.1 Homogenität im Datenmaterial.....	34
3.1.2 Heterogenität im Datenmaterial.....	36
3.2 Kernthemen in den Interviews (Hauptkategorien).....	37
3.2.1 Rahmen- und Arbeitsbedingungen.....	38
3.2.2 Personen- und einstellungsbezogene Faktoren.....	43
3.2.3 Rolle des Arbeitgebers und der Vorgesetzten.....	48
3.2.4 Rolle des Teams und Einfluss des privaten Umfelds.....	52
3.2.5 Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Konzepte.....	54
3.3 Erklärungsansatz: Das EKK-Phasenmodell.....	56
3.3.1 Typ I: Diskrete Exposition mit akuter Krise.....	60
3.3.2 Typ II: Offene Exposition mit chronifizierter Krise.....	63
3.3.3 Typ III: Alternierende Expositions- und Krisenphasen.....	67
4. Diskussion und Schlussfolgerung.....	70
5. Limitationen.....	76
6. Empfehlungen.....	77
7. Literaturverzeichnis.....	79
Anhang.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklungen der Personalzahlen im Pflegedienst der Krankenhäuser	14
Abb. 2: Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern von 1995 bis 2012..	15
Abb. 3: Krankenstand nach Alter.....	21
Abb. 4: EKK-Phasenmodell mit Exposition, Krise und Konversion	57
Abb. 5: Einordnung der analysierten Interviews in ein Koordinatensystem von Expositionen und Krisen mit Sichtbarmachung der Typen.	60

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Grunddaten zu Krankenhäusern und Beschäftigten in der Pflege seit 2010	14
Tab. 2: Übersicht über Arten der Erkrankungen	36
Tab. 3: Zuordnung der Interviews zu einem der beschriebenen Typen	59

Vorwort

Das CJD Berufsförderungswerk Koblenz in Vallendar besteht in diesem Jahr seit 40 Jahren. Wurden in den Anfängen überwiegend in Bereichen der kaufmännischen Berufe als auch im Elektro- und Metallbereich Menschen mit Handicaps qualifiziert, so bietet das Berufsförderungswerk mittlerweile in neun Berufsfeldern über 50 verschiedene Maßnahmen an.

Neben einer Vergrößerung der Vielfalt der angebotenen Berufe im Berufsförderungswerk haben sich auch die Qualifizierungsarten verändert: War es früher überwiegend eine Vollausbildung, so bietet das Berufsförderungswerk mittlerweile Qualifizierungen in einer kürzeren Laufzeit von insbesondere einem Jahr an. Hierbei ist es nicht mehr Ziel, einen komplett neuen Beruf zu erlernen, sondern vielmehr auf bereits vorhandene Kompetenzen aufzusatteln.

Vor nunmehr sieben Jahren hat das Berufsförderungswerk den Bereich „Gesundheit und Soziales“ mit in sein Portfolio aufgenommen. Einerseits konnten wir so unser Angebot um einen – gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel – zukunftssträchtigen Bereich erweitern und andererseits neue Angebote und Qualifizierungen unterhalb von zwei Jahren aufnehmen, in denen vorher erworbene Kompetenzen bereits als Basis dienen. Ein Hauptziel war es daher, vor allem Menschen, die aus dem Gesundheitswesen – speziell aus der Pflege – kommen, wieder für eine Integration im Gesundheitswesen zu rehabilitieren.

Bereits seit vielen Jahren trat immer wieder die Fragestellung auf, ob Menschen, die aus der Kranken- und Altenpflege kommen und häufig aus orthopädischen oder psychischen Gründen ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, rehabilitiert und dauerhaft integriert werden können.

Versuche der Qualifikation im kaufmännischen Bereich (mit dem Ziel der Integration in der Krankenhaus- oder Heimverwaltung) waren häufig unbefriedigend. Ebenso auch die Qualifizierung und Integration im technischen Bereich.

Mögliche Ursache für diese Schwierigkeiten könnte die hohe Identifikation mit dem zunächst erlernten und ausgeübten Beruf gewesen sein. Umso erleichterter waren wir, als wir mit den Qualifizierungsangeboten im Bereich „Gesundheit und Soziales“ zunächst in der Qualifizierung zum Sozial- und Pflegeberater Altenhilfe mit den Schwerpunkten Gerontopsychiatrische Fachkraft, Casemanagement, Qualitätsmanagement und im weiteren die Qualifizierung zur Fachkraft für medizinische Dokumentation, Kodierung und Belegungsmanagement als Alternative für diese Zielgruppe anbieten konnten.

Bei diesem Angebot ergab sich für uns eine weitere Herausforderung, nämlich erstmals, dass Teilnehmer in ihr Berufsfeld reintegriert werden mussten, in dem sie bereits vorher ihre Ausbildung absolviert hatten und auch darin tätig waren. Dies war bisher (bis auf wenige Ausnahmen) innerhalb der beruflichen Rehabilitation von Erwachsenen eher nicht üblich, da man bewusst den Wechsel des Berufsfeldes bei einer beruflichen Rehabilitation anstrebte. Ein wesentlicher Grund, von dieser Praxis abzuweichen, war neben der hohen Identifikation dieser Teilnehmer mit ihrem erlernten Beruf insbesondere der hohe Fachkräftemangel und die hohe Nachfrage nach qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen.

Damit eine dauerhafte Integration im bisherigen Berufsfeld (in diesem Falle im Gesundheitswesen) gelingen kann, ist es für uns wichtig, einerseits die Arbeitsbedingungen in der Pflege und andererseits die Gründe für das Ausscheiden der Teilnehmer genauer zu betrachten, um daraus weitere spezielle Schlüsse ziehen zu können.

Die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Reha-Biograf – Interviews mit langzeiterkrankten Pflegefachpersonen zur Rekonstruktion der Wege in die berufliche Rehabilitation“ der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV), die von uns gefördert wurde, sehen wir als ersten Schritt, diese Erkenntnisse zu gewinnen.

Diese Arbeit kann nur als Grundlage dienen, präventive Maßnahmen abzuleiten, um das krankheitsbedingte Ausscheiden von Pflegefachpersonal zu vermeiden bzw. innerhalb der beruflichen Rehabilitation Maßnahmen zu entwickeln, die den Wiedereinstieg und insbesondere den Verbleib im Gesundheitswesen in einem weiter qualifizierten Tätigkeitsbereich erfolgreich zu gestalten.

Die überaus spannenden Interviews und insbesondere die ehrlichen und offenen Ausführungen zum persönlichen Empfinden der aktuellen Arbeitssituation und Rahmenbedingungen in der Pflege, wie sie von den Betroffenen wahrgenommen werden, sind überaus interessant. Die vorliegende Arbeit zeigt aber auch, dass eine Vielzahl von Fragen – insbesondere zur Lösungsstrategie – noch offen sind und uns in der beruflichen Rehabilitation sowie alle, die sich mit Präventionsfragen befassen, weiterhin beschäftigen werden, um erfolgreiche Konzepte ableiten zu können.

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei Herrn Prof. Dr. Weidner und seinem Team für die gute Zusammenarbeit und die gute Gesprächsführung mit den Teilnehmern, die von alleine in einigen Fällen sehr positive Effekte zur Problemklärung erbracht haben.

Heinz Werner Meurer
Geschäftsleitung
CJD Berufsförderungswerk Koblenz
gemeinnützige GmbH

Einleitung

Im Jahr 2006 hat mit der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) die erste universitäre Fakultät ihrer Art im deutschsprachigen Raum ihren Lehr- und Forschungsbetrieb aufgenommen. Auch wenn der Schwerpunkt der Entwicklung zunächst im Aufbau von Bachelor-, Master- und Promotionsprogrammen lag, wurde frühzeitig auch das Profil in Richtung Pflegeforschung geschärft. Hier erwies es sich als ein günstiger Standortfaktor, dass gleich in Nachbarschaft zur PTHV das CJD Berufsförderungswerk Koblenz gGmbH (BFW Koblenz) als maßgeblicher Akteur für die berufliche Rehabilitation in der Region seinen Sitz hat. Schnell wurde bei ersten Kontakten zwischen dem Lehrstuhl Pflegewissenschaft und dem BFW Koblenz deutlich, dass es etliche Berührungspunkte im Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum der benachbarten Einrichtungen gibt. Geht es am Lehrstuhl Pflegewissenschaft in erster Linie um wissenschaftsfundierte Beiträge zur Professionalisierung sowie zu Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege, so hat das BFW Koblenz einen Schwerpunkt in der beruflichen Rehabilitation und hier in mehrfacher Hinsicht auch mit Blick auf den Pflegesektor. Neben zahlreichen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus den Pflegeberufen gab und gibt es ein gesteigertes Interesse an benötigten Weiterbildungs- und Umschulungsangeboten mit Blick auf den Pflegearbeitsmarkt.

Als gemeinsames Erkenntnisinteresse wurde für die Pilotstudie formuliert: „Wie und warum kommt die Pflegefachperson in die berufliche Rehabilitation?“. Damit verbunden ergaben sich auch Fragen nach entsprechenden Präventionsstrategien innerhalb der Einrichtungen, also vorrangig Krankenhäusern, aber auch Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie im überbetrieblichen Beratungsfeld. Bevor aber konzeptionell und präventiv angesetzt werden kann, muss mittels entsprechender Forschungsansätze der Gegenstand und die Problematik gründlich durchdrungen werden. Lassen sich also allgemein gültige Verlaufsmodelle oder gar berufsbiografische Verlaufstypen mit Blick auf Erkrankungsprozesse und Rehabilitationen beschreiben? Was sind die typischen Formen, was können frühzeitige Anzeichen sein und was sind mögliche inhaltliche oder formale Ansatzpunkte möglichst wirksamer und nachhaltiger Konzepte etwa im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements?

Die Untersuchung „Reha-Biograf“ ist ausdrücklich als Pilotstudie angelegt, d.h. schon zu Beginn war allen Beteiligten klar, dass es sich hier nur um einen ersten Schritt handeln kann, dem weitere gerade auch forschungsbezogene Aktivitäten folgen müssen. Jetzt liegen die Ergebnisse vor und helfen, das Problem genauer zu beschreiben und zu verstehen.

Reha-Biograf wäre nicht möglich gewesen ohne die großzügige Förderung durch das BFW Koblenz. Dem Träger, Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V., und der Geschäftsführung des BFW Koblenz gebührt deshalb unser ausdrücklicher Dank.

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner
Lehrstuhl Pflegewissenschaft (PTHV),
Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

Zusammenfassung

Seit Jahren nimmt die Arbeitsverdichtung in der Krankenhauspflege zu. Immer mehr Patientinnen und Patienten müssen in immer kürzerer Zeit von weniger Pflegefachpersonal versorgt und gepflegt werden. Zugleich nimmt die Zahl der beschäftigten Krankenhausärztinnen und -ärzte zu und damit auch die Quantität an medizinischer Diagnostik und Therapie, in die zu einem Gutteil auch Pflegefachpersonen einbezogen sind. Die Arbeitsverdichtung führt auf der einen Seite aufgrund von Rationierungs- und Priorisierungsprozessen zu Problemen in der Versorgungsqualität bei Krankenhauspatientinnen und -patienten, auf der anderen Seite zu verhältnismäßig höheren Krankenständen und Frühverrentungen bei in der Pflege Beschäftigten im Vergleich zu allen anderen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Zugleich wird ein allgemeiner Fachkräftemangel in den Pflegeberufen beklagt, der sich u.a. aufgrund dieser bekannten Belastungen in den vergangenen Jahren verschärft hat und sich allen Prognosen zufolge weiter verschärfen wird. Diese Entwicklungen gewinnen vor dem Hintergrund der allgemeinen demografischen Entwicklungen, aber auch der kollektiven Alterung der Belegschaften im Krankenhaus noch an Dramatik, da längere, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten und Frühverrentungen eher bei älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege aufkommen, als bei jüngeren.

Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation stellen einen sozialrechtlichen Tatbestand dar, der u.a. einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenwirken und gegebenenfalls neue berufliche Orientierungen ermöglichen soll. Zugleich ist davon auszugehen, dass auch im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements frühzeitig und präventiv Konzepte entwickelt und implementiert werden müssen, mit denen Prozesse eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben gerade für die stark belasteten Pflegeberufe rechtzeitig erkannt und entsprechende Gegenstrategien veranlasst werden können.

In der Literatur werden eine ganze Anzahl von Faktoren und Aspekten untersucht und diskutiert, die Einfluss nehmen können auf die Arbeitszufriedenheit, die Gesundheit von Beschäftigten gerade in sozialen Berufen sowie deren Verbleib im Beruf. Die wesentlichen Aspekte sind hierbei die folgenden drei Handlungsfelder: 1., eine ausreichende personelle und materielle Ausstattung und damit verbunden ein zu bewältigendes Arbeitspensum. Dazu gehört grundsätzlich auch eine angemessene Entlohnung. 2., funktionierende, soziale Beziehungen im Team, zu den Vorgesetzten sowie den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, 3., ein gewisser Handlungs- und Gestaltungsspielraum in Verbindung mit der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Dies spielt im Kontext des Wohlbefindens und der Gesunderhaltung von Beschäftigten in Pflegeberufen eine bedeutende Rolle. 4., die persönliche Bestätigung durch den Beruf und entsprechende Systeme der Wertschätzung und Anerkennung. Diese Aspekte sind jeweils eingebettet in die Erwartungshaltung gegenüber der organisationalen Kultur sowie den Interaktionen, Kommunikationen und den Beziehungen zwischen Vorgesetzten und nachgeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zwischen den Teammitgliedern untereinander sowie zwischen den Teams, den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen.

Im Kontext des Wandels der Arbeitswelt innerhalb der Pflegeberufe wird zudem insbesondere auf die besonderen Risiken für ältere Beschäftigte, aber auch auf ihre besonderen Ressourcen verwiesen.

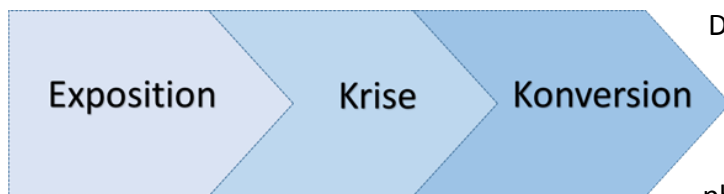
Hier setzt das Pilotprojekt „Reha-Biograf“ an. Ziel ist es, die Wege von Pflegefachpersonen in die Rehabilitation rückblickend zu untersuchen, um Hinweise über generalisierbare Aussagen zu den Verläufen, zu den Risiken und (ggf. verpassten) Chancen zu erhalten. Dazu wurden in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Koblenz insgesamt 21 Pflegefachpersonen interviewt, die ausführliche Einblicke in ihren jeweiligen, beruflichen Werdegang bis in die medizinische respektive berufliche Rehabilitation gaben. Die Interviews sind qualitativ angelegt und nutzten eine kombinierte Erhebungsmethodik aus problemzentrierten und episodischen Interviews. Alle Interviews wurden qualitativ-interpretativ analysiert.

Es lassen sich, wie erwartet, homogene und heterogene Anteile in den Interviews beschreiben, die sich gleichwohl auf inhaltliche wie auch formale Informationen beziehen. So gibt es eine hohe Übereinstimmung in den Aussagen bezüglich der problematischen Arbeitsbedingungen, die von den befragten Pflegefachpersonen als besonders belastend und ursächlich für ihre Situation beschrieben werden. Weiterhin wird weitgehend die fehlende bzw. unzureichende Unterstützung durch die Arbeitgeber genannt. Ebenfalls nimmt das Thema der fehlenden Wertschätzung breiten Raum ein und findet seine drastische Aussage in der Formulierung, sich wie „gebraucht und weggeschmissen“ zu fühlen. Recht unterschiedliche Angaben werden hingegen erwartungsgemäß zum Verlauf der individuell verschiedenen Krankheiten gemacht. Generell sind die Hinweise zu Unterstützungs- oder Interventionsformen etwa im Betrieb, durch Behörden oder auch Familie und Freunde recht unterschiedlich. Ebenfalls gibt es ganz unterschiedliche Bewältigungsmechanismen der Selbsthilfe, über die die Befragten berichten.

Als wesentliche Kernthemen der Betroffenen im Zusammenhang mit der Fragestellung der Untersuchung wurden fünf Kategorien synthetisiert und näher beschrieben. Diese sind:

- Rahmen- und Arbeitsbedingungen
- Personen- und einstellungsbezogene Faktoren
- Rolle des Arbeitgebers und der Vorgesetzten
- Rolle des Teams und Einfluss des privaten Umfeldes
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Konzepte

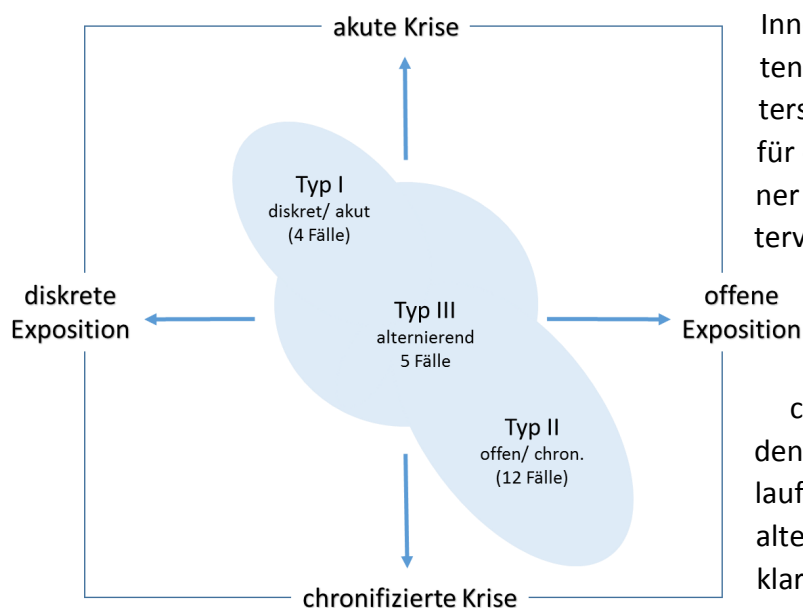
Letztlich handelt es sich bei den aufgeworfenen Fragen um Aspekte, die auf Prozesse und Entwicklungen verweisen, die nicht selten über Jahre und Jahrzehnte verlaufen. Daher wurde nach Erklärungsansätzen für typische Verläufe als eine weitere Dimension der Ergebnisebene gesucht. Auf der Grundlage der intensiven Auswertung des Datenmaterials konnte ein allgemeiner dreiphasiger Verlauf beschrieben werden, den alle Interviewten zum Teil in recht unterschiedlicher Art und Weise durchlaufen haben.



Das EKK-Phasenmodell zu den Verläufen

Der hier als EKK-Phasenmodell beschriebene, allgemeine Verlauf unterscheidet eine Expositions- von einer Krisen- und einer Konversionsphase. Innerhalb der Expositionsphase wird zwischen diskreten, also weitgehend verdeckt bleibenden Einflüssen und offenen Einflüssen auf das Berufs- und Krankheitsgeschehen unterschieden. Dem schließen sich mehr oder weniger akut bzw. chronifiziert verlaufende Krisenzeiten an. Letztlich münden bei den Untersuchten diese in Phasen der beruflichen Neuorientierung (Konversionsphase).

Innerhalb des EKK-Phasenmodells konnten drei Verlaufstypen voneinander unterschieden werden. Verlaufstyp I steht für eine diskrete Expositionsphase mit einer anschließenden akuten Krise. Vier Interviews wurden tendenziell diesem Typus zugeordnet. Verlaufstyp II steht für eine offene Expositionsphase mit einem Übergang in eine chronifizierte Krise. Diesem Typus wurden zwölf Interviews zugeordnet. Verlaufstyp III beschreibt den indifferenten, alternierenden Typen, bei dem keine klare Zuordnung zu einem der anderen beiden Typen gelingt, d.h. bei dem aufgrund der Komplexität und Dynamik Expositionen und Krisen durchaus mehrfach die Ausprägung ändern können.



Typische Verläufe zwischen diskret/ akut und offen/ chronifizierter Exposition und Krise

Die Ergebnisse der Pilotstudie „Reha-Biograf“ zeigen in der Gesamtheit ein mitunter erschreckendes Bild persönlicher Berufs- und Leidenswege, bei denen sich die Betroffenen nicht selten von ihren Arbeitgebern allein gelassen fühlen. Sie geben damit tiefe Einblicke in einzelne berufsbiografische aber auch persönliche Verläufe. Mittels der Beschreibung von einzelnen, wichtigen Themenfeldern, insbesondere aber auf der Grundlage des allgemein beschriebenen EKK-Phasenmodells mit drei Typen gelingt eine erste Versprachlichung der Phänomene. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, einerseits weitere Forschungsfragen und andererseits erste Ansätze für betriebliche und überbetriebliche Maßnahmen mit präventivem Charakter zu entwickeln bzw. bestehende Konzepte zu ergänzen oder zu erweitern. Dazu werden abschließend konkrete Empfehlungen abgegeben.

1. Hintergrund und Stand der Forschung

1.1 *Das Projekt Reha-Biograf*

Die Studie „Reha-Biograf – Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen“ ist als Pilotstudie angelegt, um erstmals qualitative Daten von Pflegefachpersonen, die in Krankenhäusern beschäftigt sind oder waren und nun im Prozess der beruflichen Rehabilitation stehen, zu ermitteln. Das CJD Berufsförderungswerk Koblenz und der Lehrstuhl Pflegewissenschaft der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar beabsichtigen mit dieser ersten, vertieften Einblicknahme, weitere, umfängliche Studien auf diesem wichtigen Forschungs- und Arbeitsgebiet zu ermöglichen. Intensive, qualitative Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die über mehrjährige Erfahrungen in der Krankenhauspflege verfügen, sollen eine retrograde Introspektionen ermöglichen, d. h. dazu beitragen, rückwirkend individuelle berufliche Verläufe sowie Anzeichen und Ursachen für Erkrankungen und Beeinträchtigungen nachzeichnen zu können. Dabei geht es um die Einsichtnahme in mögliche (auch mitunter verpasste) Interventionszeitpunkte und -maßnahmen zur Sensibilisierung von Beteiligten und zur Stärkung der Prävention entlang beruflicher Biografien von in Krankenhäusern beschäftigten Pflegefachpersonen. Ziel ist die Entwicklung erster Erklärungsansätze zu bedeutsamen Aspekten bezüglich dieser Fragen, die in folgenden Forschungsprozessen aufgegriffen, weiterentwickelt, vertieft und überprüft werden können.

Projektförderer ist das CJD Berufsförderungswerk Koblenz gGmbH (BFW Koblenz), eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation und damit eines von 28 Berufsförderungswerken in Deutschland. Träger des BFW Koblenz ist das Christliche Jugenddorfwerk Deutschlands gemeinnütziger e.V. (CJD). Das Angebot der BFW Koblenz orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die aus vielfältigen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Standort des BFW Koblenz ist Vallendar. Besonderes Anliegen des BFW Koblenz ist die Systematisierung der Bedarfs- und Angebotsabstimmung im beruflichen Feld der Pflege.

Projektnehmer ist der Lehrstuhl Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln. In Lehre und Forschung existieren bereits Schwerpunkte im Feld „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“. In diesem Kontext wurde jüngst ein Forschungsnetzwerk Pflegeprävention unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner installiert.

Ein Ausgangspunkt der Pilotstudie ist, dass die möglichst lang zu erhaltene Arbeitsfähigkeit¹ von Pflegefachpersonen insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel ein wichtiger Aspekt für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen ist (vgl. Neubauer 2012). Dabei spielen Leistungen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben eine immer größere Rolle. Im einführenden Kapitel werden daher zunächst kurz die Grundlagen der entsprechenden Rehabilitationsleistungen vorgestellt. Zur Einbettung des Verständnisses der Ausgangslage werden dann die Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Pflegefachpersonen im Krankenhaus unter verschiedenen Perspektiven aufgearbeitet. Zunächst wird dabei auf vorliegende Daten der Situation in Deutschland eingegangen. Dazu werden im Hinblick auf die strukturelle Ebene Befunde zur Personalsituation und zur Entwicklung relevanter Eckdaten in Krankenhäusern referiert. Im Anschluss daran steht die Situation von älteren Pflegefachpersonen im Mittelpunkt. Dazu werden entsprechende Forschungsergebnisse vorgestellt. Zur Berufsunfähigkeit und insbesondere zur Frage, aus welchen Gründen, auf welchen Wegen und mit welchen persönlichen Geschichten Pflegefachpersonen in die berufliche Rehabilitation kommen, liegen hingegen keine nennenswerten Ergebnisse vor. Deshalb werden grundlegend auch Forschungsergebnisse eingeschlossen, die sich auf den Ausstieg von Pflegefachpersonen aus dem Beruf beziehen.

Im Anschluss daran werden die methodischen Grundlagen der Pilotstudie dargelegt und dann im Einzelnen auf die Ergebnisse eingegangen. Diese werden im Kontext ihrer Entstehung sowie im Lichte der Literatur diskutiert. Ein Ziel ist es, abschließend Empfehlungen sowohl für die weitere Erforschung des Gegenstandsbereichs als auch für die praktische Umsetzung etwa im Kontext der beruflichen Rehabilitation und des betrieblichen Gesundheitsmanagements auszusprechen.

1.2 Medizinische und berufliche Rehabilitation

Im Sozialgesetzbuch IX sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im § 4 in Verbindung mit den §§ 17 ff SGB IX sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den §§ 26 ff SGB IX im Einzelnen festgelegt.

Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen insbesondere darin, die „Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.“ (§ 33 Abs. 1, SGB IX). Zu den Leistungen zählen insbesondere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich

¹ Arbeitsfähigkeit beschreibt, inwieweit Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre Aufgaben bewältigen können. Entscheidend sind dabei zum einen die individuellen Ressourcen (körperliche, mentale und soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Werte), zum anderen Charakteristika der Arbeit (Arbeitsinhalte, Arbeitsbedingungen, physisch-ergonomische und psychosoziale Arbeitsumgebung, Management und Führung) (vgl. Ilmarinen 2006).

Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, Maßnahmen der Berufsvorbereitung einschließlich individueller betrieblicher Qualifizierung, berufliche Anpassungen und Weiterbildungen sowie berufliche Ausbildungen (§ 33 Abs. 3, SGB IX).

Ziele der Leistungen der medizinischen Rehabilitation bestehen insbesondere darin, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“ (§ 26 Abs. 1, SGB IX). Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen u.a.: Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie Belastungserprobungen und Arbeitstherapien (§ 26 Abs. 2, SGB IX).

2013 wurden bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als einem der größten Träger von Rehabilitationsleistungen mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt. Die DRV führte knapp 1 Mio. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch. 2013 wurden dazu insgesamt rund 5,8 Mrd. € aufgewendet, davon rund 4,3 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,2 Mrd. € für LTA und rund 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge. Die häufigsten Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe. Allerdings verschieben sich in den vergangenen Jahren die Indikationen immer stärker in Richtung der psychischen Erkrankungen. Waren im Jahr 2000 noch 43% der Indikationen für Reha-Leistungen Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe, so waren es im Jahr 2013 nur noch 36% der Fälle. Umgekehrt nahmen die Indikationen psychischer Erkrankungen im gleichen Zeitraum von 11% auf 16% der Fälle zu (vgl. DRV 2014).

2013 gingen bei der DRV mehr als 400.000 Anträge auf LTA ein. Knapp 130.000 Leistungen wurden abgeschlossen. Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle. Gut drei Viertel aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab (vgl. DRV 2014).

Auch wenn es keine aussagekräftigen Datengrundlagen zur Inanspruchnahme von Reha-Leistungen nach einzelnen Berufsgruppen gibt, stellen Harling et al. (2011) fest, dass bei den Diagnosen für eine Rehabilitation sowie für eine Erwerbsminderungs-Rente in den Pflegeberufen die Muskel-Skelett-Erkrankungen eine größere Rolle als bei anderen Berufsgruppen spielen. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass gerade im Pflegeberuf die Arbeitsfähigkeit bis ins höhere Beschäftigungsalter aufgrund besonderer Belastungen ein-

geschränkt ist. Sowohl die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten als auch der Anteil vorzeitiger Berentungen sind in den Pflegeberufen im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen deutlich höher (vgl. Hien 2009).

Es ist also davon auszugehen, dass für die Beschäftigten in der Pflege die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine größere Rolle spielen, als für Angehörige anderer sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen.

1.3 Eckdaten zum Krankenhaussektor

Aufgrund verschiedener gesundheitspolitischer und gesetzlicher Initiativen in den vergangenen zwanzig Jahren haben sich relevante Eckdaten im Krankenhaussektor seit 1995 maßgeblich verändert (vgl. Spindler und Bölt 2009). Eine wesentliche Änderung wurde mit der Einführung des DRG-Entgeltsystems vor mehr als zehn Jahren ausgelöst. So haben sich – politisch intendiert – die sogenannten Verweildauern von Patienten erheblich reduziert (von rund 10,5 Tagen im Jahr 1995 um rund 30% auf 7,5 Tage 2013). Parallel dazu hat die Zahl der behandelten Patienten stetig zugenommen auf nunmehr über 18,8 Mio. Fälle pro Jahr (1995: 15,9 Mio. Fälle, was einem Plus von 18% entspricht). Bemerkenswert ist, dass im gleichen Zeitraum bis ins Jahr 2007 kontinuierlich rund 50.000 Vollzeitstellen in der Pflege abgebaut worden sind. Diesen und weiteren Zusammenhängen kommt eine beträchtliche Bedeutung im Hinblick auf eine unerwünschte und folgenschwere Arbeitsverdichtung im Pflegebereich der bundesdeutschen Krankenhäuser zu (vgl. Isfort und Weidner 2007, 2009).

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland noch insgesamt 1.996 Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2010: 2.064) (vgl. Tabelle 1). Damit setzt sich der Trend der Vorjahre bezüglich des Abbaus von Krankenhäusern in Deutschland fort. Die Einrichtungen verfügten 2013 noch über 500.671 aufgestellte Betten (2010: rund 502.000). Auch hier setzt sich der Rückbau an Kapazitäten fort.

	2010	2011	2012	2013
Krankenhäuser Anzahl gesamt	2.064	2.045	2.017	1.996
Bettenzahl	502.749	502.029	501.475	500.671
Fallzahl (Patienten in Mio.)	18,03	18,34	18,62	18.78
Verweildauer (Tage)	7,9	7,7	7,6	7,5
Pflegekräfte gesamt	406.269	411.920	414.884	419.140
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	328.359	332.463	334.074	336.969
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	37.471	36.900	37.304	37.282
Krankenpflegehelfer/innen	17.806	17.576	17.647	17.821
Sonstige	22.633	24.981	25.859	27.068

Tab. 1: Grunddaten zu Krankenhäusern und Beschäftigten in der Pflege seit 2010. Quelle: eigene Zusammenstellung, basierend auf Statistisches Bundesamt (2011b, 2012, 2013, 2014)

In den Einrichtungen waren 2013 insgesamt 419.140 Pflegekräfte beschäftigt, zu denen 336.969 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, 37.282 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und 17.821 Krankenpflegehelfer/innen zählten. Im Pflegedienst der Krankenhäuser sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt lag 2013 bei 85,7 %.

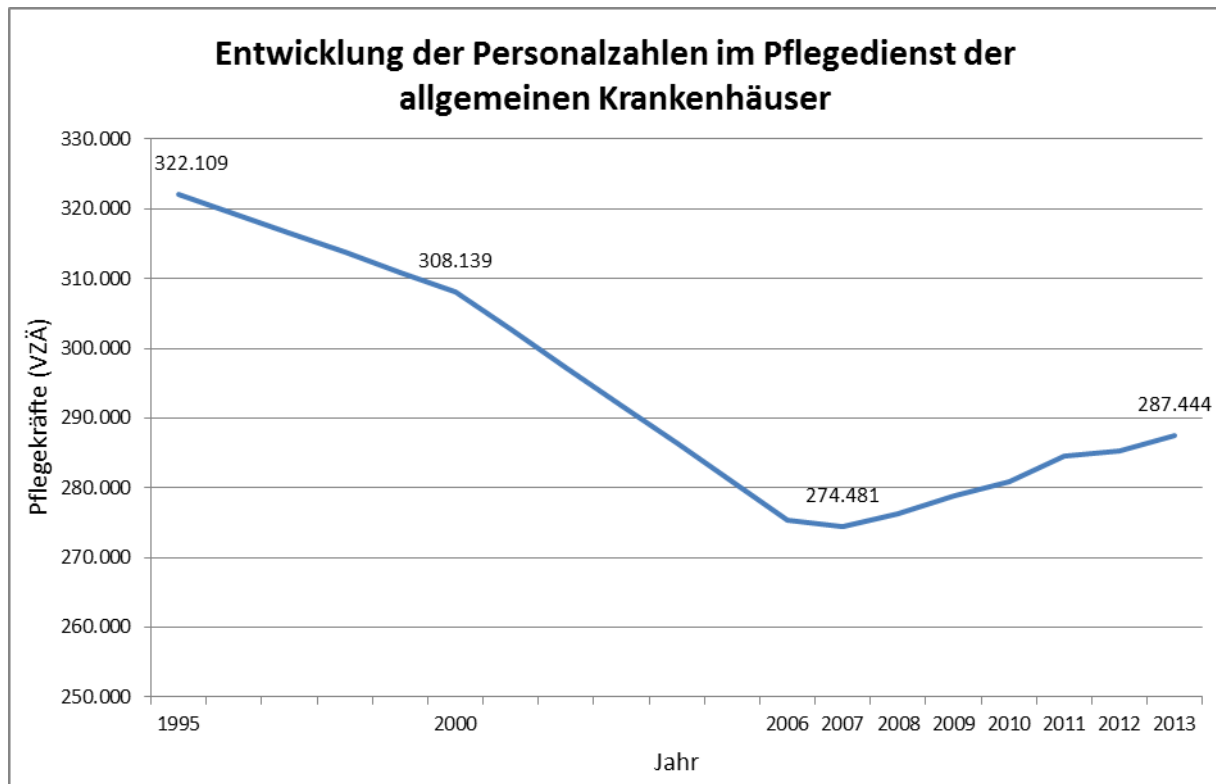


Abb. 1: Entwicklungen der Personalzahlen im Pflegedienst der Krankenhäuser in Vollzeitäquivalenten. Eigene Grafik, basierend auf Isfort et al. (2014); Statistisches Bundesamt (2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013, 2014)

Die Zahl der beschäftigten Pflegefachpersonen in allgemeinen Krankenhäusern war seit 1995, seit dem Aussetzen der Pflegepersonalregelung, rückläufig. In den Jahren 2006 und 2007 verlangsamte sich bzw. stoppte diese Entwicklung, seither ist ein langsamer Zuwachs zu verzeichnen. Lag die Zahl des Pflegepersonals 1995 noch bei 322.109 Vollzeitäquivalente (VZÄ), betrug sie im Jahr 2007 nur noch 274.481. Im Jahr 2008 stiegen die VZÄ erstmals wieder auf 278.763.

Ein Grund für den langsamen Zuwachs an Stellen für die Krankenhauspflege lag im 2009 eigens geschaffenen Sonderprogramm der Bundesregierung zur Schaffung von Stellen im Pflegebereich. Dies war eine Reaktion auf den insbesondere durch die Studien des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) bekannt gewordenen massiven Exodus der Pflege bis 2007 sowie dem entsprechenden öffentlichen Druck von Verbänden und Gewerkschaften. Bis 2013 stiegen die Zahlen dann auf 287.444 VZÄ in der Pflege wieder an. Insgesamt wurden

in der Pflege zwischen 1995 und 2007 aber gut 14 % der damals vorhandenen Stellen abgebaut. Von 2008 bis 2013 wurden etwa 4 % mehr Stellen geschaffen. Das Niveau von 1995 wurde dabei trotz erheblich gestiegener Patientenzahlen nicht mehr erreicht (vgl. Isfort, Weidner et al. 2014).

Diesem Abbau von Stellen im Pflegedienst steht eine beachtliche Zunahme der Beschäftigung und von Stellen im ärztlichen Dienst gegenüber. Bei einer Steigerung der Fallzahlen um rund 18 % seit 1995 bis 2012 stieg die Zahl der im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern Beschäftigten im selben Zeitraum um rund 40 %. Abb. 2 verdeutlicht diese Entwicklung.

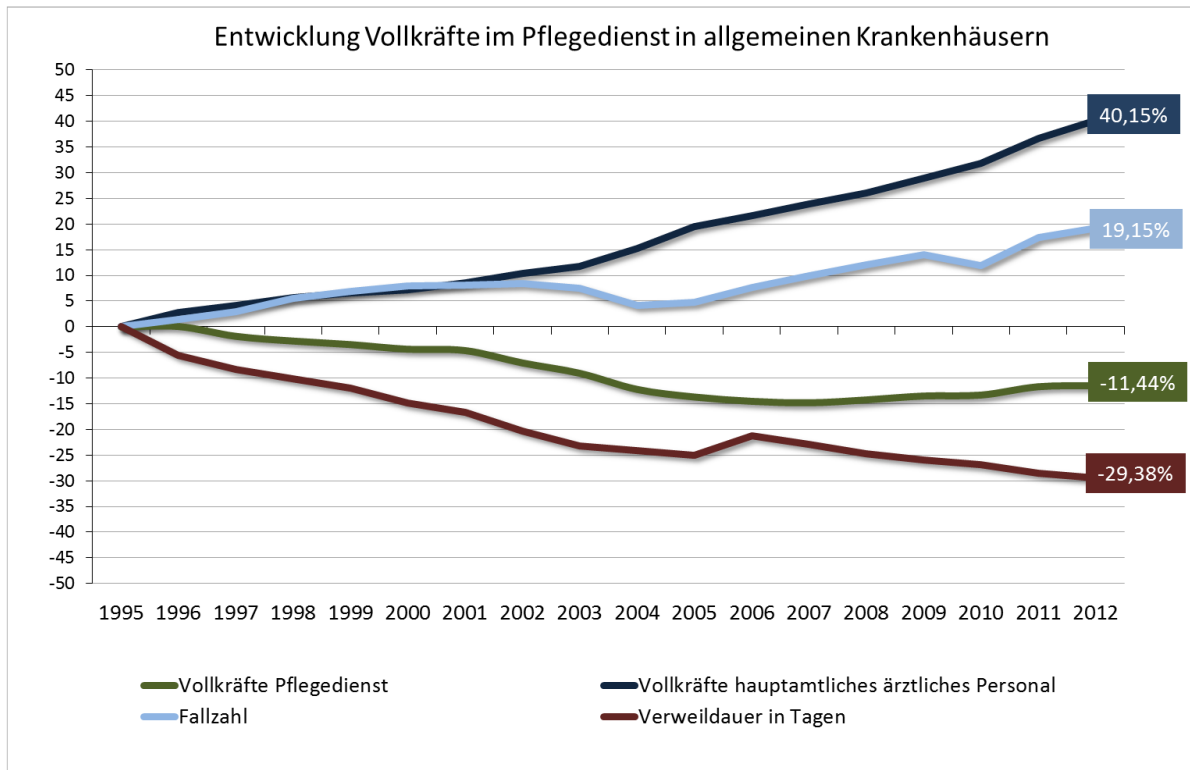


Abb. 2: Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern von 1995 bis 2012 (Quelle: Isfort et al. 2014, S. 17)

Insgesamt lassen sich diese Entwicklungen als Ursachen und Erklärungen für eine dramatisch zunehmende Arbeitsverdichtung verstehen, in deren Folge sich Rationierungen und Priorisierungen von Leistungen in der Krankenhauspflege verstärken. Unter dem Begriff der „Rationierung“ in der Gesundheitsversorgung wird verstanden, dass aufgrund von Ressourcenengpässen Patientinnen und Patienten bestimmte Leistungen vorenthalten werden müssen bzw. nicht geleistet werden können (vgl. Beske 2011). Die Leistungserbringer müssen entweder explizit – also offen, transparent und nachvollziehbar – oder implizit – also verdeckt und heimlich – u.a. Priorisierungen in ihren Arbeitsabläufen vornehmen, was dazu führt, dass bestimmte Tätigkeiten, die relevant für eine gute Ergebnisqualität sind, nicht erbracht werden (können). Bekannt sind solche Prozesse neben der Pflege durchaus auch aus der Medizin (vgl. Strech und Marckmann 2012). Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009 zeigen hier wiederum auf, dass aufgrund von Arbeitsverdichtungen und Priorisierungen insbesondere Mängel bei der Betreuung von verwirrten Menschen, der Mobilisierung von Patienten, der psychosozialen

Begleitung, der Häufigkeit von Gesprächen der Pflegenden mit ihren Patienten sowie bei der fachgerechten Lagerung von immobilen Personen bestehen (Isfort, Weidner et al. 2010).

Mit der RN4Cast-Studie (*Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*), der bisher weltweit umfangreichsten Untersuchung zum Zusammenhang von Organisationsfaktoren und Ergebnisqualität der akutstationären pflegerischen Versorgung, konnten ähnliche Ergebnisse gezeigt werden. In insgesamt 488 Krankenhäusern in zwölf europäischen Ländern wurden 33.659 Pflegefachpersonen befragt, welche Tätigkeiten sie aus Zeitmangel nicht erledigen konnten. Tätigkeiten der psychosozialen Pflege sowie Arbeiten der Pflegeplanung und -dokumentation konnten dabei häufiger nicht ausgeführt werden. Aufgaben, die mit direkten körperlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zusammenhingen, waren insgesamt etwas weniger von Einschränkungen betroffen. Variablen, die in signifikantem Zusammenhang zur Anzahl der nicht geleisteten Tätigkeiten standen, waren die Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegefachperson und die Anzahl an nichtpflegerischen Tätigkeiten, die die Pflegefachpersonen erledigen mussten. Beide Variablen korrelierten positiv mit der Anzahl nicht geleisteter Tätigkeiten. Das bedeutet, je mehr Patientinnen und Patienten eine Pflegefachperson zu versorgen hat und je mehr nichtpflegerische Tätigkeiten sie übernehmen muss, desto mehr notwendige Aufgaben der psychosozialen Pflege und der Pflegeplanung konnten nicht erfüllt werden. Deutschland weist in der RN4Cast-Studie für beide Variablen die höchsten Werte im europäischen Vergleich auf: Mit 12,7 Patientinnen bzw. Patienten pro Pflegefachperson (Durchschnitt: 8,4) und 61,2 % der Pflegefachpersonen, die nichtpflegerische Tätigkeiten übernehmen mussten (Durchschnitt: 33,9 %), stehen deutsche Krankenhäuser weit unten in der Tabelle. Dementsprechend hoch sind auch die Werte der impliziten Rationierung in den befragten 49 deutschen Akutkrankenhäusern und bei den befragten 1.511 Pflegefachpersonen im Vergleich zum Durchschnitt aller einbezogenen Länder:

- So berichteten 81 % der Befragten in Deutschland von unterlassenen Gesprächen und notwendiger Zuwendung zu Patientinnen und Patienten (Durchschnitt: 52,6 %).
- 51,3 % berichteten von unterlassener Beratung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (Durchschnitt: 40,6 %).
- 40,7 % berichteten von unterlassener adäquater Dokumentation der Pflege (Durchschnitt: 27,5 %).
- 43,7 % berichteten von nicht adäquater Pflegeplanung (Durchschnitt: 25,8 %)
- 19,7 % berichteten von unterlassenem Schmerzmanagement (Durchschnitt: 10,0 %) sowie
- 14,2 % berichteten von unterlassenen Tätigkeiten im Bereich Behandlung und Prozeduren (Durchschnitt: 9,2 %)
(vgl. Ausserhofer et al. 2014; Zander et al. 2014).

Eine Untersuchung in 27 hessischen Krankenhäusern zeigte ähnliche Ergebnisse wie die RN4Cast-Studie: Tätigkeiten, bei denen mehr als 50% der Befragten angaben, sie hätten sie aus Überlastung „nicht geschafft“, sind überwiegend psychosozialer, kommunikativer oder

besonders zeitaufwendiger Art. Durch eine zusätzliche qualitative Befragung konnten die Autoren der Studie herausarbeiten, dass die ‚handwerklich‘-fachliche Versorgung der Patientinnen und Patienten gegenüber sozialer und emotionaler Zuwendung zwar priorisiert wurde, letztere von den Pflegefachpersonen aber als wesentlicher Teil ihrer Arbeit gesehen wird. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass folglich die Pflegefachpersonen ihre Arbeit nicht zu ihrer eigenen Zufriedenheit erledigen konnten (Braun et al. 2014).

Der in den letzten Jahrzehnten erfolgte spürbare Abbau von Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser sorgt zusammen mit steigenden Fallzahlen sowie der Intensivierung der ärztlichen Versorgung dafür, dass immer mehr Arbeit von immer weniger Pflegefachpersonen erledigt werden muss (vgl. hierzu auch Braun et al. 2010b). Obwohl auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten um rund 30 % sank, kann aufgrund der erhöhten Fallzahlen, der zunehmenden Versorgungsintensität bei gleichzeitigem Abbau von Personalressourcen nicht davon ausgegangen werden, dass eine gute Versorgung stets sichergestellt werden kann. Eher das Gegenteil dürfte immer häufiger zutreffen. Auch die auf einen längeren Zeitraum angelegte Studie zum „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) belegt, dass sich das Arbeitsaufkommen der Pflegenden verdichtet hat und wohl auch weiter verdichten wird. So folgen Entlassung und die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten immer schneller aufeinander. Weiterhin sind die Versorgungsaufgaben von zunehmend älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten für den Pflegedienst arbeitsintensiver. Die Arbeitsverdichtung im Pflegesektor hat nicht nur Folgen auf das Tätigkeitsspektrum, sondern schlägt inzwischen auch immer stärker auf die Versorgungsqualität durch (Braun et al. 2010b; Braun et al. 2010a)².

1.4 Zur besonderen Situation älterer Pflegefachpersonen

Im Zuge des demografischen Wandels wird in den nächsten Jahrzehnten sowohl eine zahlenmäßige Verringerung als auch eine deutliche Alterung auch unter den sozialversicherten Beschäftigten erwartet. Den Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge könnte sich das Erwerbspersonenpotenzial bis zum Jahr 2050 nach dem heutigen Stand um 28 % verringern. Beschäftigte, die 55 Jahre und älter sind, werden zwangsläufig mehr Bedeutung auf dem Arbeitsmarkt gewinnen (Hammermann und Stettes 2014). Auf die Europäische Union bezogen geht Ilmarinen (2009, 2006) von den folgenden zu erwartenden Eckpunkten aus: Demnach werden bis 2025 rund ein Drittel (35 %) aller Arbeitskräfte 50 Jahre und älter sein, während weniger als ein Fünftel (17 %) jünger als 25 Jahre sein werden. Diese Entwicklungen zeichnen sich in der Pflege heute bereits ab. Die prognostizierte Alterung des Pflegepersonals in Krankenhäusern beinhaltet vor dem Hintergrund der oben beschriebenen

² So muss vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bspw. von einer starken Zunahme der Zahl von Patientinnen und Patienten mit Demenz ausgegangen werden. Ein Personenkreis, der ebenfalls hohe Anforderungen an die Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern stellt. Die Ergebnisse des Pflegethermometers 2014 zeigen allerdings durch ein niedriges Niveau der Personalbesetzung bedingte Probleme in der pflegerischen Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz auf (Isfort et al. 2014).

zunehmenden Arbeitsverdichtung erhebliche Probleme hinsichtlich des Gesundheitszustandes älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und, damit zusammenhängend, auch bezogen auf Zahl und Zeitpunkte von Berufsausstiegen.

Bereits heute wächst die Gruppe älterer Pflegefachpersonen innerhalb aller in der Pflege Beschäftigten. So nahm zwischen 2007 und 2010 die Zahl von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Krankenhäusern im Alter von 50–54 Jahren um 11 % zu, die Gruppe der 55–59-jährigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wuchs um 13 % und die der 60–64-jährigen um 40 % (Schlicht et al. 2011).

Angesichts dieser Aussichten werden Forderungen nach demografiefester und an Lebens- und Berufsphasen orientierter Pflegepersonalpolitik lauter. Eine solche Politik sollte sich unter anderem auch darauf konzentrieren, Rahmenbedingungen in der Beschäftigung von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern so zu gestalten, dass ihnen ein möglichst langer Verbleib im Beruf ermöglicht wird (vgl. Hammermann und Stettes 2014; Schmidt und Möller 2014). Ferner geht es auch um angemessene Konzepte der Prävention, die zeitig im betrieblichen Kontext auf die berufsbiografischen Ressourcen und Risiken abstellen. In den folgenden Abschnitten wird deshalb auf mehrere Facetten der Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege eingegangen. Zunächst stehen die spezifischen Kompetenzen und Bedürfnisse dieser Personengruppe im Fokus. Dazu werden entsprechende Befunde vorgestellt. In einem zweiten Schritt wird der Gesundheitszustand unter besonderer Berücksichtigung älterer Pflegefachpersonen ebenfalls anhand empirischer Befunde betrachtet. Schließlich wird auf das seit einigen Jahren diskutierte Phänomen des „Präsentismus“ in der Pflege eingegangen.

1.4.1 Kompetenzen und Bedürfnisse älterer Beschäftigter

Der Trend zur Alterung der arbeitenden Bevölkerung verweist auf die Frage nach der demografiefesten Gestaltung von Arbeitsplätzen, die sich nicht nur an Risiken, sondern idealerweise auch an den Kompetenzen und Bedürfnissen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer orientiert. Angesichts hoher Belastungen ist dies in besonderer Weise für die Pflege relevant (vgl. a. Überblick bei Weidner 2012). Im Zusammenhang mit der altersgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen verweisen einige Autorinnen und Autoren auf das Problem der Einstellung gegenüber älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, das derzeit eher negativ und defizitorientiert geprägt sei (Kluge et al. 2008; Schlicht et al. 2011; Ilmarinen 2009). Diese Einstellung entspreche aber nicht den empirischen Befunden zu den besonderen Kompetenzen dieser Altersgruppe. Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben spezifische Potenziale, wie etwa ein zunehmendes Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein und mehr Responsivität³ gegenüber der Organisation als junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Schlicht et al. 2011). So plädieren Wegge et al. (2008) und Schlicht et al. (2011) für altersgemischte

³ Responsivität bedeutet, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in teilautonomen Arbeitsteams komplexe Arbeitsaufgaben selbstregulativ und unter weitgehender Autonomie ausführen können. Anweisungen und Kontrolle durch Vorgesetzte treten hier in den Hintergrund. Dabei reagieren die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbständig und flexibel auf Schwankungen und Störungen oder stellen sich bei der Arbeitsplanung vorausschauend darauf ein (Schübach 2013, S. 40ff.).

Teams, in denen ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor allem bei der Erfüllung komplexer und dynamischer Aufgaben ihre Potenziale einbringen können.⁴ Ilmarinen (2009) gibt darüber hinaus zu bedenken, dass die Beschäftigungsfähigkeit Älterer von Änderungen der Rahmenbedingungen abhängt. So spielt z.B. die Teilzeitbeschäftigung eine wichtige Rolle. Ebenso sieht er das lebenslange Lernen als wichtigen Aspekt, denn angemessene Aufgabengebiete für ältere Fachkräfte gehen nicht selten mit veränderten Anforderungen einher, so dass eine erweiterte oder veränderte Qualifikation nötig sein kann. Bezogen auf den Pflegeberuf fanden Mion et al. (2006) in Gruppendiskussionen mit älteren und jüngeren US-amerikanischen Pflegefachpersonen zentrale Themen hinsichtlich der Frage, wie der vorzeitige Berufsausstieg älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verhindert werden kann. Im Mittelpunkt stehen hier die spezifischen Kompetenzen älterer Beschäftigter. Zu nennen sind aus Organisationsperspektive vor allem die höhere Verlässlichkeit und Loyalität. Hinsichtlich der Patienten und deren Angehörigen wurden die Lebenserfahrung, empathische und kommunikative Kompetenzen sowie größere klinische Erfahrung betont. Darüber hinaus wurde die Rolle als Mentorinnen und Mentoren für den fachlichen Nachwuchs herausgestellt.

Auf dieser Basis wurden etliche Konzepte zur Verbesserung der Arbeitssituation für ältere Pflegefachpersonen entwickelt. Neben ergonomischen Verbesserungen der Arbeitsumgebung (z.B. Beschaffung von „Liftern“ [Hebehilfen]) zur körperlichen Entlastung wurden spezielle Tätigkeitsprofile auf die Bedürfnisse und Kompetenzen älterer Beschäftigter in der Pflege zugeschnitten. Beispielsweise waren sie vorwiegend für Aufnahme und Entlassen der Patientinnen und Patienten zuständig, als „Elder Life Nurses“ für bestimmte Schulungs- und Pflegeaufgaben im Rahmen eines Delirprophylaxe-Programms zuständig oder übernahmen Aufgaben der Revision und Kontrolle der Pflegedokumentation.⁵ Eine weitere Initiative, ebenfalls in den USA, evaluierte unterschiedliche Konzepte, die in Krankenhäusern implementiert worden waren, um die Fluktuation älterer Pflegefachpersonen zu reduzieren. Die Ergebnisse zeigen, dass ergonomische Verbesserungen am Arbeitsplatz zwar weniger arbeitsbedingte Verletzungen und Ausfälle zur Folge hatten, in vielen Fällen aber die Fluktuationsraten nicht senken konnten. Maßnahmen im Bereich der Personaleinsatzplanung hingegen waren erfolgreicher: Beispielsweise durch die Schaffung spezifischer, „stressreduzierter“ Stellen für ältere Beschäftigte konnte die durchschnittliche Fluktuationsrate von 8,2 auf 7,7 % gesenkt werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es diesbezüglich „no single silver bullet“ gebe und die untersuchten Maßnahmen meistens Teile größerer Multikomponenten-Programme seien (vgl. ausführlich Bleich et al. 2006, The Robert Wood Johnson Foundation 2009a, 2009b).

⁴ Altersgemischte Teams bergen dabei auch Nachteile: So sind insbesondere im Hinblick auf die Erfüllung von Routineaufgaben negative Leistungseffekte gemischter Teams wahrscheinlicher als positive. Geht es um die Erfüllung anspruchsvoller, weil komplexer und dynamischer Aufgaben, ist hingegen die Wahrscheinlichkeit positiver Leistungseffekte größer (Wegge et al. 2008).

⁵ Unter „Elder Life Nurse“ wird in diesem Zusammenhang eine Spezialistin bzw. ein Spezialist für die Pflege von Menschen in späteren Lebensphasen verstanden. Damit im Zusammenhang steht die erwähnte Delirprophylaxe: Insbesondere hochaltrige Patientinnen und Patienten können im Krankenhaus ein Delir (Zustand akuter Verwirrtheit) entwickeln.

Die Ergebnisse zweier repräsentativer Erhebungen zeigen allerdings, dass es in deutschen Krankenhäusern bislang nur unzureichend gelungen ist, sich auf die Bedürfnisse älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege einzustellen. Im Pflege-Thermometer 2007 des dip wurden 263 Pflegedirektionen auch zu Angeboten für ältere Beschäftigte befragt. Nur 3,1 % äußerten, dass ausreichend Alternativen zur Verfügung stehen, wenn ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Arbeitsbelastung auf den Regelstationen nicht mehr bewältigen können. Lediglich 31 % antworteten, dass spezielle Programme zur Altersteilzeit in ihrer Einrichtung bestünden (Isfort und Weidner 2007). Im Pflege-Thermometer 2009 wussten nur 27,9 % von mehr als 10.000 befragten Pflegefachpersonen von Konzepten ihres Arbeitgebers, die besonders darauf abzielten, älteren Beschäftigten einen längeren Verbleib im Beruf zu ermöglichen. Lediglich 4 % gaben an, dass solche Konzepte in ihren Einrichtungen etabliert seien. So wundert es auch nicht, dass sich nur jede zweite Pflegefachperson, die heute in der Krankenhauspflege beschäftigt ist, vorstellen kann, bis zum Eintritt ins reguläre Rentenalter weiter in der Pflege arbeiten zu können (Isfort et al. 2010).

1.4.2 Gesundheitszustand

Das Alter von Beschäftigten in der Pflege korreliert negativ mit ihrem Gesundheitszustand und ihrer Arbeitsfähigkeit. Eine Befragung zur allgemeinen Gesundheit in Form einer Selbsteinschätzung von 1.473 Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern im Rahmen der europäischen NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study) ergab, dass diese mit zunehmendem Alter schlechter eingeschätzt wird. Dabei zeigten sich zwischen den drei Altersgruppen (18–29 Jahre; 30–44 Jahre; 45 Jahre und älter) signifikante Unterschiede. Die 18–29-jährigen Pflegenden schätzten ihre Gesundheit am besten ein, die 45-Jährigen und Älteren am schlechtesten. Weiterhin zeigte sich in einem Follow-Up nach einem Jahr, dass die Pflegenden in den Gruppen der 30–44-Jährigen und der 45-Jährigen und Älteren ihren Gesundheitszustand wiederum schlechter einschätzten als zuvor, sich ihre Gesundheit in ihrer Selbstwahrnehmung demnach im Verlauf eines Jahres also verschlechtert hatte. In der Gruppe der 18–29-Jährigen wurde die Gesundheit dagegen als leicht verbessert eingeschätzt (Galatsch et al. 2011).

Als Indikator für den Gesundheitszustand kann weiterhin der Krankenstand hinzugezogen werden. Dieser ist generell und für alle Berufsgruppen gesehen auf vergleichsweise tiefem Niveau. Während er in den 1970er Jahren in den alten Bundesländern regelmäßig über 5 % lag, sank er besonders seit den 1990er Jahren. Für 2013 wird ein Krankenstand von 3,78 % für alle Beschäftigten angegeben (BMG 2014; vgl. a. GBE 2014). Im Hinblick auf ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist es sinnvoll, den Krankenstand differenziert nach Altersgruppen zu betrachten. Hier wird deutlich, dass die 25–29- bzw. 30–34-Jährigen den niedrigsten Krankenstand aufweisen, der allerdings mit zunehmendem Alter steigt. Insbesondere die Altersgruppen 55–59 bzw. 60–64 Jahre verzeichnen einen deutlichen Anstieg auf 7,5 bzw. 8,8 % der Versicherten der AOK. Der Krankenstand ist hier rund doppelt so hoch wie bei den unter 35-Jährigen (Badura et al. 2014). Abbildung 3 zeigt hierzu detaillierte Zahlen.

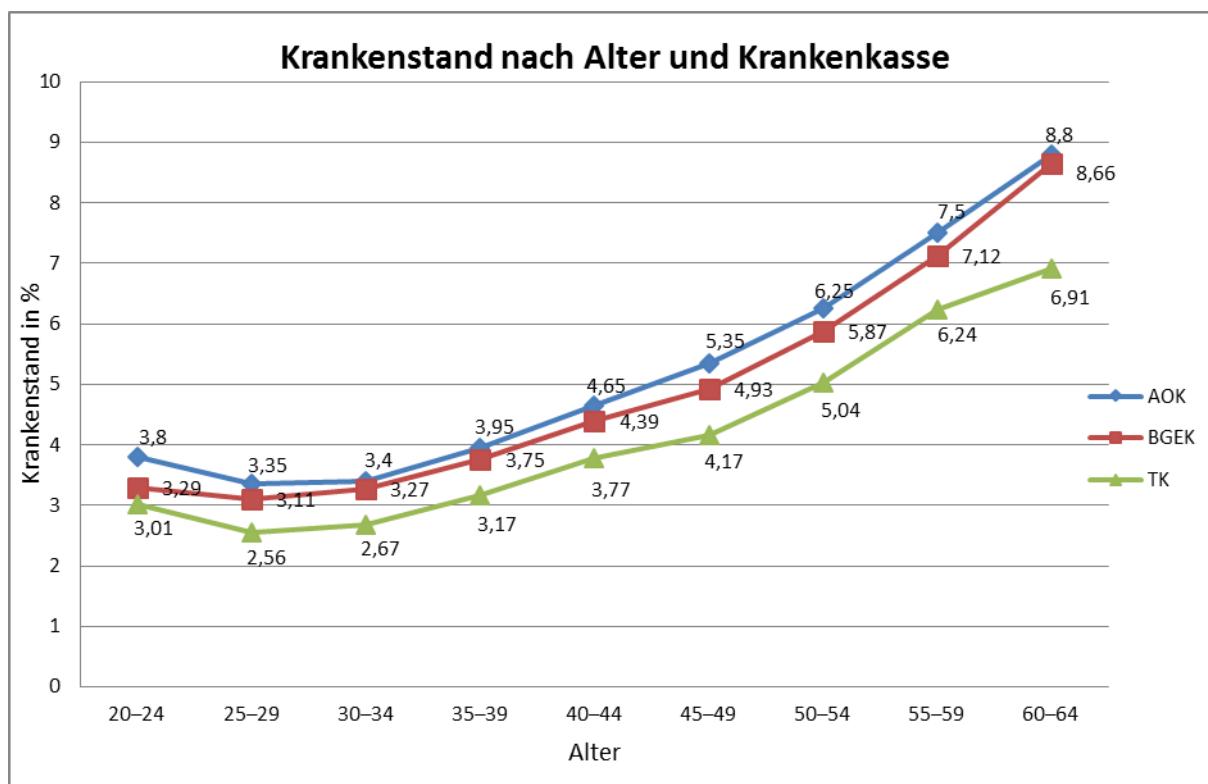


Abb. 3: Krankenstand nach Alter (Eigene Grafik, basierend auf Badura et al. [2014]; Techniker Krankenkasse [2014]; Barmer GEK [2014])

Bezogen auf die allgemein als vergleichsweise niedrig zu beschreibende Rate krankheitsbedingter Arbeitsausfälle gibt es Erklärungsansätze. So wird vermutet, dass allmählich einsetzende Effekte des verbesserten betrieblichen Gesundheitsmanagements zu dieser Entwicklung beitragen. Darüber hinaus werden weitere Faktoren als wirkmächtig eingeschätzt:

- *Selektionseffekte*: In Betrieben werden jüngere, gesündere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eher weiter beschäftigt als ältere, krankheitsanfälligere.
- *Struktureffekte*: Genereller Wandel der Arbeitswelt mit Verlagerungen von betont körperlichen Arbeiten hin zu mehr administrativen Tätigkeiten.
- *Disziplinierungseffekte*: Die in den vergangenen Jahren stets verhältnismäßig hohe Arbeitslosenquote veranlasst Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus Angst vor Arbeitsplatzverlust dazu, trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen (vgl. Oppolzer 2010).

Allerdings ist eine Betrachtung des bundesweiten und branchenübergreifenden Krankenstandes im Hinblick auf Pflegeberufe nicht sonderlich instruktiv, da hier hohe Fehlzeiten in bestimmten Berufen durch niedrige Fehlzeiten in anderen Berufen kompensiert werden. Im Gesundheitsreport der Barmer GEK werden differenzierte Zahlen zu einzelnen Berufen angeführt. Demnach liegt der Krankenstand bei Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen bei 6,41 % im Jahr 2013 (2012: 6,24 %). Bei Helfern in der Krankenpflege liegt der Krankenstand im Jahr 2013 sogar bei 7,57 % (2012: 7,61 %) (Barmer GEK 2013, 2014). Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) auf Grundlage der Mitgliederdaten von 2013 ergaben,

dass in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege der Krankenstand bei 5,8 %, in der Altenpflege bei 7,1 % liegt (Badura et al. 2014, S. 401). In ihrer Analyse von Routinedaten von Krankenkassen aus Rheinland-Pfalz der Jahre 1990 bis 2005 fanden Behrens et al. (2007) ähnliche Ergebnisse: Die Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern stiegen mit zunehmendem Alter kontinuierlich von 12 Tagen/Jahr bei den 25–29-Jährigen auf 20 bzw. 32 Tage/Jahr bei den 50–54- bzw. 55–64-Jährigen an. Damit liegt der Krankenstand in den Pflegeberufen deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt aller Beschäftigten (vgl. hierzu auch Vetter 2005).

Sowohl die Selbsteinschätzungen zum Gesundheitszustand als auch die Analyse der Daten zum Krankenstand zeigen, dass ältere Pflegefachpersonen gesundheitlich weniger stabil bzw. häufiger krank sind als jüngere. Hier stellt sich die Frage nach schützenden, gesundheitsfördernden Maßnahmen. In diese Richtung weisen auch Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zur Entwicklung einer demografiefesten Personalpolitik im Krankenhausbereich. Die befragten 200 Pflegedienstleitungen stufte das Handlungsfeld Gesundheitsförderung als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ ein. Am häufigsten wurden genannt: Gesundheitsvorsorge, Gesundheitschecks und Langzeitprävention (91 %); betriebliches Gesundheitsmanagement (90 %) sowie altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung und Ergonomie (89 %) (Freiling 2010). Hinzu kommt, dass unter anderem die oben schon beschriebenen zunehmenden Arbeitsbelastungen dazu führen, dass vornehmlich jüngere, höher qualifizierte Pflegefachpersonen einen Berufsausstieg erwägen. In der NEXT-Studie gaben 18,4 % der Antwortenden in Deutschland an, mindestens mehrfach monatlich über einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf nachzudenken (Hasselhorn et al. 2005). Ebenfalls wurde in dieser Studie das Problem der Arbeitsfähigkeit thematisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Beschäftigte (45 Jahre und älter) ihre Arbeitsfähigkeit signifikant niedriger einschätzten als jüngere. Für Deutschland zeigten sich dabei mit durchschnittlich 38,3 Skaleneinheiten⁶ die niedrigsten Werte der eingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich dazu wurde die Arbeitsfähigkeit in den Niederlanden mit durchschnittlich 41,91 Punkten am höchsten eingeschätzt (Li et al. 2010).

1.4.3 Präsentismus

Die insbesondere auf der Grundlage von Krankenkassendaten ausgewerteten krankheitsbedingten Ausfalltage müssen zusätzlich im Lichte des Phänomens des „Präsentismus“ betrachtet werden. Unter Präsentismus ist das Verhalten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu verstehen, trotz Gesundheitsbeeinträchtigung und Krankheit zur Arbeit zu erscheinen und sich nicht krankschreiben zu lassen. Hierzu liegen einige empirische Befunde vor (vgl. Steinke und Badura 2011; Oppolzer 2010, Jansen 2011).

Insbesondere die oben bereits beschriebenen Disziplinierungseffekte stehen offensichtlich mit dem Präsentismus in einem engeren Zusammenhang. Im Fehlzeiten-Report der AOK aus

⁶ Die Daten wurden mit dem Work Ability Index (WAI) erhoben, der einen Summenwert zwischen 7 und 49 Punkten annehmen kann. Die Punktwerte 38,3 und 41,91 fallen beide in die Kategorie „gut – Arbeitsfähigkeit unterstützen“ (37-43 Punkte) – es wird also Unterstützungsbedarf gesehen (vgl. ausführlich Hasselhorn und Freude 2007).

dem Jahr 2009 wurden Versicherte gefragt, ob sie krank zur Arbeit gehen. Rund 70 % der Befragten antworteten mit „Ja“. Dabei sind es besonders die jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (16–30 Jahre: 75,6 %), die krank am Arbeitsplatz erscheinen. Mit zunehmenden Alter wird Präsentismus seltener (31–40 Jahre: 70,9 %; 41–50 Jahre: 70,2 %; 51–65 Jahre: 65,9 %) (Schmidt und Schröder 2010). Weiterhin lässt sich feststellen, dass „Präsentisten“, also Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die krank am Arbeitsplatz erscheinen, einen schlechteren Gesundheitszustand haben. So stellen Steinke und Badura (2011, S. 60f.) in einem Review zum Präsentismus fest, dass diese Personen häufiger Medikamente einnehmen, häufiger chronisch krank sind, einen schlechteren subjektiv empfundenen Gesundheitszustand aufweisen und, paradoxerweise, insgesamt über einen längeren Zeitraum betrachtet häufiger arbeitsunfähig sind. Darüber hinaus sind sie häufiger von Magenbeschwerden, Unwohlsein, Schlafstörungen, Rückenschmerzen sowie Müdigkeit bzw. leichter Niedergeschlagenheit betroffen als *Nicht-Präsentisten*. In der Diskussion steht somit, dass sich der unter den jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern verbreitetere Umstand des Präsentismus in der weiteren Berufsbiografie gesundheitsschädlich auf die Älteren auswirkt, auch wenn dann der Präsentismus selbst schon eine nachgeordnete Rolle spielt. Die Autoren merken allerdings an, dass die Evidenzlage zu den gesundheitlichen Folgen des Präsentismus derzeit noch dürftig ist.

Prävalent ist Präsentismus häufig in personennahen Dienstleistungsberufen, neben Lehrerinnen und Lehrern sind vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen betroffen. Zurückgeführt wird dies einerseits darauf, dass besonders die im Gesundheitswesen tätigen Personen mit Menschen arbeiten, die in einem, bisweilen existenziellen, Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen stehen und auf die Dienstleistungen angewiesen sind. Erwähnt wird auch das berufliche Rollenverständnis, die eigene Gesundheit im Zweifelsfall zu Gunsten der Klientinnen und Klienten hintanzustellen. Zum anderen werden Restrukturierungen und Kürzungen im Gesundheitswesen als Gründe für Präsentismus angeführt (Steinke und Badura 2011). Becke (2014, S. 132f.) weist in diesem Zusammenhang auf betriebliche Fürsorgekulturen hin und illustriert moralische Dilemmata der Pflegefachpersonen am Beispiel der Altenpflege. Sowohl die Pflegeeinrichtungen als auch die Fachkräfte geraten durch restriktive politische und ökonomische Bedingungen zunehmend unter Druck. Knappe Personalausstattung, Fachkräftemangel und hohe Personalfuktuation erschweren es, gute Pflegequalität entsprechend einem (diffusen) Ethos einer fürsorglichen Praxis zu leisten. So entwickeln die Pflegefachpersonen Strategien, diesem Ethos auch unter widrigen Bedingungen gerecht zu werden. In Bezug auf Krankschreibungen und Präsentismus zeigt der Autor zwei Auswirkungen dieser Strategien auf. Zum einen werden Arbeitszeiten informell und damit unbezahlt ausgeweitet, um durch Krankheit und knappe personelle Ausstattung entstandene Engpässe zu überbrücken. Zum anderen werden leichtere Erkrankungen bagatellisiert, wodurch die Beschäftigten, die sich beispielsweise öfter an einzelnen Tagen krankmelden, unter starken sozialen Druck durch Management sowie Kolleginnen und Kollegen geraten und so in der Folge eher zum Präsentismus neigen.

1.5 Wohlbefinden, vorzeitiger Berufsausstieg und Rückkehr in den Beruf

Dieser Abschnitt widmet sich weiteren empirischen Untersuchungen, die der Fragestellung verwandte Themen mit explizitem Bezug zur Pflege in Krankenhäusern bearbeiteten. Dazu werden hier gezählt: Einflüsse auf das Wohlbefinden älterer Pflegefachpersonen bei der Arbeit, der frühzeitige Berufsausstieg und die Rückkehr in den Beruf nach Krankheitsphasen.

Utriainen et al. (2009) untersuchten in Finnland die Frage des Wohlbefindens älterer (45–55 Jahre) Pflegefachpersonen bei der Arbeit. Als zentrale Ergebnisse beschreiben die Autoren, dass für ältere Beschäftigte in der Pflege Reziprozität einen besonderen Stellenwert hinsichtlich des Wohlbefindens bei der Arbeit einnimmt. Reziprozität wird dabei als Wechselwirkung sowohl zwischen den Pflegenden als auch zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten verstanden. Reziprozität zwischen Pflegefachpersonen wurde beschrieben als Gefühl der Gemeinschaftlichkeit, z.B. die Unterstützung durch und von Kolleginnen und Kollegen. Reziprozität zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten umfasst, die beste Pflege für die einzelnen Patientinnen und Patienten leisten zu können sowie das Gefühl und das Bewusstsein, die Arbeit gut erledigen zu können. Auch „emotional freedom“ ist hierbei für die befragten älteren Pflegefachpersonen von besonderer Bedeutung. Verstanden wird darunter unter anderem ein offenes Arbeitsklima, in dem man positive und negative Emotionen, die in Verbindung mit der Pflegearbeit auftreten, nicht verstecken muss. Weiterhin beruht das Wohlbefinden auch auf der Freiheit, die Arbeit auf eine eigene, in vielen Jahren der Berufstätigkeit angeeignete Weise ausführen zu können.

Zur Berufsunfähigkeit von älteren Pflegefachpersonen liegen bis jetzt nur wenige empirische Befunde vor. Hien (vgl. 2009) untersuchte die Frage, inwieweit und unter welchen Bedingungen die gesundheitliche Situation älterer Pflegefachpersonen ihre Beschäftigung in der Pflege bis ins Rentenalter zulasse. Er weist mittels Sekundäranalysen von Krankenkassendaten nach, dass bei älteren Pflegefachpersonen die krankheitsbedingten Tage der Arbeitsunfähigkeit deutlich über das Mittel aller Beschäftigten ansteigen. Ebenfalls verweist er auf dramatische Zahlen im Hinblick auf Frühverrentungen und hier insbesondere auf Erwerbsminderungsrenten. Während bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2007 der Anteil der Erwerbsminderungsrenten in den Neuberentungsfällen bei 18,6 % lag, lag der Anteil bei den in der Krankenpflege Beschäftigten mehr als doppelt so hoch, bei 38,9 %. Die Erwerbsminderungsrente steht dabei für den Einstieg in den vorzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsleben mit allen Konsequenzen, die das für die Beschäftigten, aber auch den Arbeitsmarkt sowie das Sozialsystem mit sich bringt. Beschäftigte in der Pflege haben demnach ein erhöhtes relatives Risiko (RR), vorzeitig berentet zu werden. Dabei haben männliche Pflegefachpersonen mit $RR=2,39$ ein erheblich höheres Risiko als weibliche mit $RR=1,37$.⁷ Als einen der wesentlichen Risikofaktoren identifiziert Hien den geringen Handlungsspielraum bei der Arbeit, mit dem

⁷ Relatives Risiko im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufe. Ein RR von 2,39 bedeutet hier, dass das 2,39-fache Risiko im Vergleich zum Durchschnitt besteht.

ebenfalls ein erhöhtes Risiko der Frühberentung einhergeht (RR=2,61 bei Männern, RR=1,60 bei Frauen)⁸ (vgl. 2009). Mit Blick auf die Pflege konstatiert der Autor abschließend:

„Personalknappheit und Zeitnot, Standardisierung der Pflegetätigkeiten, der sich hieraus ergebende geringe Handlungsspielraum und fehlende soziale Ressourcen im Arbeitsbereich schrauben die Belastungen und Beanspruchungen derartig in die Höhe, dass sich Erkrankungsprozesse chronifizieren und spätestens ab dem 50. Lebensjahr schlagartig in schweren und schließlich zur Erwerbsunfähigkeit führenden Krankheiten – und hier insbesondere in psychischen Syndromen – manifestieren.“ (Hien 2009, S. 109)

Auch in der Studie von Braun et al. (2004) wurde ein hoher Handlungsspielraum von 70,8 % der befragten Pflegefachpersonen neben interessanter und abwechslungsreicher Arbeit (88,7 %), dem Team als wichtiger sozialer Unterstützung (68,5 %) und der starken persönlichen Bestätigung durch die Arbeit (66,4 %) als gesundheitsfördernd eingeschätzt. In der Zusammenschau lässt sich festhalten, dass Handlungs- und Gestaltungsspielräume bei der Arbeit in ihrer Bedeutung als Gesundheitsressourcen nicht unterschätzt werden dürfen.

In der vom BMBF geförderten Studie „PflegeWert – Optimierung und Innovation in der Altenpflege durch systematisierte Wertschätzung“, die von 2009 bis 2012 mit Altenhilfeträgern im Rheinland mit Fördermitteln des BMBF durchgeführt wurde, wurden in mehr als 20 beteiligten Einrichtungen die Beschäftigten mehrfach befragt. Als relevante Bereiche der Wertschätzung wurden in den Ergebnissen fünf Ebenen untersucht:

- Selbst-Wertschätzung
- Wertschätzung durch Kundinnen, Kunden und Angehörige
- Wertschätzung durch das Team und die Vorgesetzten
- Wertschätzung als Bestandteil der organisationalen Kultur
- Wertschätzung durch die Gesellschaft (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2012)

Auch wenn diese Untersuchung auf die Altenpflege abgestellt war, so lassen sich Erkenntnisse daraus auch auf die krankenpflegerischen Berufe ableiten.

Zur Frage, warum Pflegefachpersonen ihren Beruf vorzeitig verlassen, führten MacKusick und Minick (2010) in den USA eine qualitative Studie zur Rekonstruktion des Erlebens von betroffenen Beschäftigten durch. Dazu befragten sie Pflegefachpersonen, die aus der Pflege ausgestiegen waren. Als Auslöser wurden fehlende Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen bis hin zu Mobbing und emotionalem Stress in Verbindung mit der Pflege der Patientinnen und Patienten beschrieben. Folgen davon waren Müdigkeit und Erschöpfung. Etliche Interviewte beschrieben, dass sie in ihrer Freizeit nicht ans Telefon gingen, weil sie befürchteten, wegen Personalmangels aus ihrer Freizeit geholt zu werden und arbeiten zu müssen. In diesem Zusammenhang schilderten sie auch, dass sie das Gefühl gehabt hätten, nie genug geleistet zu haben. Auch Schuldgefühle, weil sie die Pflege verlassen haben, wurden beschrieben.

⁸ Durchschnittswerte über alle Berufe bei hoher Ausprägung des Risikofaktors.

Aus Kanada liegen Studien vor, die altersabhängig unterschiedliche Gründe für die Fluktuation von Pflegefachpersonen untersuchen. Die Samples dieser Arbeiten bestanden aus den Gruppen „Baby Boomer“ (Jahrgänge 1946–1964), „Generation X“ (Jahrgänge 1965–1979) und „Generation Y“ (Jahrgänge ab 1980). Tourangeau et al. (2010) identifizierten in einer qualitativen Studie mittels Gruppendiskussionen acht zentrale Themen, die Einfluss auf die Fluktuation haben und in den Altersgruppen mehrheitlich geteilt wurden:

- „Relationships with co-workers“: Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen wurden als bedeutende Einflussfaktoren beschrieben.
- „Condition of the work environment“: Arbeitsbedingungen vor allem in Form einer adäquaten personellen und materiellen Ausstattung waren wichtig.
- „Relationship with and support from manager“: Beziehung zu und Unterstützung durch Vorgesetzte. Erwartet wird von diesen ein gerechter, respektvoller und förderlicher Umgang mit den nachgeordneten Pflegefachpersonen und, damit zusammenhängend, eine hohe soziale Kompetenz der Vorgesetzten.
- „Work rewards“: Anerkennung in erster Linie in Form monetärer Entlohnung. Zwischen den Altersgruppen zeigten sich hier Abweichungen: Während die älteren Pflegefachpersonen eher an Aspekten wie dem Gehalt oder Altersversorgung interessiert waren, standen bei den jüngeren eher Möglichkeiten zur Elternzeit oder privilegierte Urlaubsplanung mit Kindern im Vordergrund.
- „Organizational support and practices“: Unterstützung seitens der Einrichtung, vor allem in Form von kostenlosen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und altersgerechte Gestaltung der Dienstpläne.
- „Physical and psychological responses to work“: Reaktionen auf die Arbeit wie Stress oder Burnout tragen zur Fluktuation bei. Damit in Zusammenhang steht ein nicht gelingendes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben.
- „Patient relationship and job content“: Positive Beziehungen zu Patientinnen und Patienten und deren Familien wurden als fördernde Einflussfaktoren beschrieben, ebenso ein handhabbares Arbeitspensum.
- „External factors“: Hierunter fallen beispielsweise andere, vorteilhaftere Jobangebote.

Diese Faktoren wurden in einer Folgeuntersuchung einer quantitativen Überprüfung unterzogen. Befragt wurden 17.707 Pflegefachpersonen und Hebammen in 167 Einrichtungen des National Health Services in England. Die Autoren konstatieren, dass das Modell der acht Einflussgrößen insgesamt weitgehend bestätigt wurde. Besonders die Aspekte der psychologischen Bindung an die Arbeit, Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeiten, Work-Life-Balance und ein handhabbares Arbeitspensum waren hier die relevanten Einflussfaktoren. Weniger bedeutend waren hingegen Einflüsse der Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen sowie zu Patientinnen und Patienten (Carter und Tourangeau 2012).

Eine weitere Studie untersuchte altersabhängige Unterschiede zwischen den oben genannten drei Altersgruppen hinsichtlich der Gründe, im Beruf oder der Arbeitsstelle zu bleiben oder auszusteigen. Die Ergebnisse zeigen, dass handhabbare Arbeitspensum und eine ausreichende

Personaldecke in allen Altersgruppen Gründe sind, zu bleiben. Entsprechend sind zu hohe Arbeitspensum und eine dünne Personaldecke, bei der eine Pflegefachperson zu viele Patientinnen und Patienten versorgen muss, wichtige Gründe, aus dem Beruf auszusteigen. Unterschiedlich wichtig sind dagegen die folgenden Gründe: Die Bezahlung ist eher für die jüngere Generation Y wichtig, während zusätzliche Freizeit für die älteren Baby Boomer Grund zum Bleiben ist (Tourangeau et al. 2013). Damit stehen diese Ergebnisse den zuvor angeführten gegenüber: Dort war das Gehalt, vor allem im Hinblick auf die Altersversorgung, eher für die Älteren wichtig, während der Wunsch der Jüngeren nach Elternzeit und bevorzugter Urlaubsplanung eher dem Bereich der Freizeit zugeordnet werden können. In beiden Untersuchungen hingegen wird deutlich, dass Fragen der personellen Ausstattung und des Arbeitspensums für alle Altersgruppen ausschlaggebend sind.

Eggert (2010) untersuchte in ihrem Review, welche psychosozialen Faktoren die Rückkehr von Pflegefachpersonen in ihren Beruf nach Arbeitsunfällen beeinflussen. Demnach fühlen viele der Rückkehrenden sich frustriert, weil sie sich durch ihnen zugewiesene, für sie unbefriedigende Tätigkeiten als Arbeitskräfte weniger gewürdigt fühlen oder nur wenige Alternativen angeboten bekommen. Letztendlich kann darunter die Bereitschaft, zurück in den Beruf zu gehen, leiden, vor allem, wenn die neue Tätigkeit wenig Bezug zu früheren Aufgaben hat. Weiterhin werden häufig Depressionen als Folge von krankheitsbedingtem Stress, Gefühlen der Machtlosigkeit oder mangelnder Unterstützung beschrieben. Auch werden die betreffenden Personen häufig diskriminiert: Sie fühlen sich oftmals missverstanden, unfair oder sogar feindselig von Kolleginnen und Kollegen behandelt oder ihnen wird seitens des Arbeitgebers mit Kündigung gedroht. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Batista et al. (2010) zur Wiedereingliederung erkrankter Pflegekräfte in Brasilien zeigen, dass diese Personen sich in ihrem jeweiligen Pflgeteam isoliert fühlen können. Als Gründe dafür identifizierten die Autorinnen ebenfalls Charakteristika der neuen Stellen oder Tätigkeiten. Nicht immer seien die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dafür qualifiziert und werden deshalb als zusätzliche Last für das neue Team wahrgenommen oder fühlen sich durch die Zuteilung weniger komplexer Aufgaben weniger wertgeschätzt als andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ebenfalls müssen Befunde zum vorzeitigen Berufsausstieg bzw. der Rückkehr in den Pflegeberuf nach Krankheitsphasen berücksichtigt werden. Rezipiert wurden hier die Befunde sehr unterschiedlicher Untersuchungen. Eine Quantifizierung im Sinne von Evidenz ist deshalb nicht sinnvoll. Zusammenfassend kann aber festgestellt werden, dass die Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg (ob aus gesundheitlichen oder anderen Gründen) in der Literatur vor allem in den folgenden Themenbereichen anzusiedeln sind:

- *Personelle und materielle Ausstattung*: Eine ausreichende personelle Ausstattung und damit verbunden ein bewältigbares Arbeitspensum sind über alle Altersgruppen hinweg wichtige Faktoren in vielen empirischen Beiträgen (vgl. Tourangeau et al. 2010; Tourangeau et al. 2013; Carter und Tourangeau 2012, Isfort u. Weidner 2007). Ferner hat auch die angemessene Entlohnung einen gewissen Stellenwert, der allerdings über die Altersgruppen hinweg und in den Altersgruppen abweichend priorisiert wird.

- *Soziale Beziehungen*: Beziehungen zu den und die Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen (Reziprozität); offenes Arbeitsklima; Beziehungen zu Vorgesetzten (Reziprozität); Beziehungen zu Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (vgl. Utriainen et al. 2009; Tourangeau et al. 2010; Braun et al. 2004). Die Befunde von Carter und Tourangeau (2012) weisen allerdings darauf hin, dass soziale Beziehungen weniger wichtig sind als beispielsweise die personelle Ausstattung.
- *Handlungs- und Gestaltungsspielraum*: Hoher Handlungsspielraum bei der Arbeit wurde mit einem niedrigeren Risiko der Frühberentung in Verbindung gebracht (Hien 2009). Weiterhin wurden Aspekte des Handlungs- und Gestaltungsspielraumes von Pflegefachpersonen selbst als wichtig für sowohl ihr Wohlbefinden (Utriainen et al. 2009) bei der Arbeit als auch die Gesundheitsförderung (Braun et al. 2004) beschrieben.
- *Persönliche Bestätigung durch den Beruf*: Dieses Themenfeld wurde zum einen in einer Untersuchung als gesundheitsfördernd benannt (Braun et al. 2004), zum anderen können weitere Befunde hierunter subsumiert werden: die Anerkennung der Arbeitskraft und, damit zusammenhängend, Frustration durch Zuteilung weniger befriedigender oder weniger komplexer Tätigkeiten nach der Rückkehr in den Beruf nach einer Krankheitsphase (Eggert 2010; Batista et al. 2010, Fuchs-Frohnhofen et al. 2012). Darüber hinaus ist die Möglichkeit, die Arbeit gut und zur eigenen Zufriedenheit erledigen zu können (Utriainen et al. 2009) in diesem Themenfeld angesiedelt.

1.6 Fragestellungen und Zielsetzung

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aus der Literaturanalyse im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Studie ziehen? Die Ergebnisse der Sichtung und Diskussion der einschlägigen Literatur zeigen zunächst, dass die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege ungünstig und von hohen Belastungen gekennzeichnet sind. Auch wenn keine spezifisch auf Berufsunfähigkeit von Pflegefachpersonen bezogenen Befunde vorliegen, kann anhand der oben vorgestellten Studien begründet vermutet werden, dass die Arbeitsbedingungen das Geschehen maßgeblich beeinflussen. Weiterhin konnte entlang der Quellenlage gezeigt werden, dass sich dauerhafte psychische und physische Belastungen ungünstig auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der in der Pflege im Krankenhaus Beschäftigten auswirken, insbesondere mit zunehmendem Alter. Auch liegen Befunde vor, die nahelegen, dass Personalknappheit und kaum zu bewältigende Arbeitspensen sich negativ auf einen längeren Verbleib von Pflegefachpersonen im Beruf auswirken. In Zusammenschau mit den Befunden zur impliziten Rationierung ergeben sich insbesondere aus dem Aspekt der persönlichen Bestätigung durch den Beruf nachhaltig wirksame Double-bind-Situationen für die Pflegefachpersonen: Wie oben ausgeführt, ist vor allem die psychosoziale Pflege von impliziter Rationierung betroffen, wird aber gleichzeitig von den Pflegefachpersonen als wesentliches Element einer guten Pflege gesehen. Darüber hinaus ist die implizite Rationierung in deutschen Krankenhäusern hoch ausgeprägt. Daraus ergibt sich – wie oben anhand einiger Studien ausgeführt – ein Spannungsverhältnis ihrer normativen Vorstellungen und der täglichen Praxis. Eingedenk der Tatsache, dass die persönliche Bestätigung durch die Arbeit von Pflegefachpersonen als gesundheitsfördernd

eingestuft wird und dazu beitragen kann, dass sie ihren Beruf länger ausüben, darf auch aufgrund der realen Beschäftigungsbedingungen hier eher ein verstärkter Einfluss auf Berufsunfähigkeit als wahrscheinlich gelten. Zudem sind die moralischen Dilemmata, die sich daraus ergeben, den psychischen Belastungen des Pflegeberufes zuzurechnen. Im Hinblick auf ältere Pflegefachpersonen dürfte neben diesen Aspekten insbesondere dem Gestaltungs- und Handlungsspielraums Bedeutung zukommen. Die einschlägige Literatur weist dabei einen engen Bezug zur Fragestellung der vorliegenden Untersuchung auf, indem sie einen hohen Handlungsspielraum mit einem geringeren Risiko der Frühberentung assoziiert und vice versa. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Pflegefachpersonen einen hohen Handlungsspielraum als gesundheitsfördernd einschätzen.

Reha-Biograf will an diese bekannten Fakten, Erkenntnisse und Wechselwirkungsfaktoren ansetzen und den Fragen nachgehen, wie von Langzeitkrankheit betroffene Pflegefachpersonen aus dem Krankenhausbereich ihren Weg in die berufliche Rehabilitation rückblickend schildern und einschätzen. Die Nachzeichnung der individuellen beruflichen Wege soll ermöglichen, Thesen über die Verläufe zu generieren. Gleichzeitig geht es um die Einsichtnahme in mögliche (auch verpasste) Interventionszeitpunkte und -maßnahmen zur Sensibilisierung und Prävention entlang der beruflichen Biografien.

Ein wesentliches Ziel ist der Erkenntnisgewinn zur beruflichen Biografie und zur Vor-Reha-Phase der Befragten und die Ableitung von generalisierbaren Aussagen zu typischen Entwicklungsformen und möglicherweise auch zu Angeboten, die daraufhin entwickelt werden müssten. Die Ergebnisse sollen daher ausdrücklich im Lichte der Literatur und der empirischen Befundlage und somit State of the Art diskutiert werden. Für das BFW Koblenz können daraus vertiefte Einblicke in diese Prozesse möglich werden, die wiederum als Grundlage für zukünftige Rehabilitationsmaßnahmen und neue Angebote der betrieblichen Beratung dienen könnten.

2. Methoden der Datenerhebung und -auswertung

2.1 Zugang zum Feld und Sample

Der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie lagen die folgenden Einschlusskriterien zugrunde: Befragt wurden dreijährig qualifizierte Pflegefachpersonen, die auf eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in verschiedenen Krankenhäusern der Region zurückblicken konnten, langzeiterkrankt waren und an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation beim BFW Koblenz teilnahmen bzw. teilgenommen hatten. Die Interviews wurden weitgehend in den Räumen des BFW Koblenz geführt. Von ursprünglich 25 rekrutierten potenziellen Gesprächspartnerinnen und -partnern verblieben aus verschiedenen Gründen 21, mit denen ein zuvor vereinbartes Interview geführt werden konnte. Gründe der Nichtteilnahme bestanden im vorzeitigen Abbruch der Reha-Maßnahme, im Rückzug der Bereitschaft, ein Interview zu führen, sowie in einer akuten Erkrankung. Unter den 21 Interviewten befanden sich 15 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und 6 Gesundheits- und Krankenpfleger.

Die Pflegefachpersonen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 32 und 55 Jahre alt (Mittelwert = 46, Modus = 43). Die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit im Krankenhaus lag bei 16,25 Jahren (Range: 2,5 – 30 Jahre). Die zeitliche Spanne der Interviews lag zwischen 30 und 95 Minuten und betrug im Mittel 54 Minuten.

2.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativer Interviews. Angewandt wurde das Verfahren des problemzentrierten Interviews nach Witzel (PZI, 2000) in Verbindung mit episodischen Interviewpassagen. Das PZI stellte dabei das zentrale methodische Element zur Erhebung von Kernaspekten der berufsbiografisch ausgelegten Erfahrungen der Pflegefachpersonen dar. Das bedeutet auch, dass die Sicht der befragten Personen im Mittelpunkt dieser Datenerhebung stand. Die Kombination mit Aspekten des episodischen Interviews diente dazu, die Gesprächsführung methodisch zu erweitern und abzusichern. Dabei eröffnet die Erzählung von Episoden einen Zugang zu narrativ-episodischen Erfahrungen der Befragten. Über die Aufforderung, bestimmte, mit dem Thema des Interviews verbundene Episoden aus dem Berufsalltag zu erzählen, werden diese gleichsam verdichteten und zu Lebensgeschichten geronnenen Wissensbestände abgerufen. Nachfolgend werden die beiden Interviewformen und die hier implizierten Zusammenhänge kurz skizziert.

2.2.1 Das problemzentrierte Interview (PZI)

Das PZI dient zur Erhebung subjektiver Wahrnehmungen und individueller Deutungen sowie subjektiver Verarbeitungsweisen von bestimmten Ausschnitten gesellschaftlicher Realität. Es handelt sich vorrangig um ein theoriegenerierendes Verfahren, d.h. die Sicht der Interviewten auf das vom Forschungsteam gewählte Thema steht im Mittelpunkt. Diesem soll durch die Offenheit der Gesprächsführung Rechnung getragen werden. Offenheit heißt in diesem Fall, dass die Problemsicht der Forscher nicht diejenige der Befragten überdeckt, dass also theoretisches Vorwissen nicht inhaltlich bestimmend ist. Das PZI geht von der Prämisse aus, dass Menschen jeweils selbstreflexive „Eigenleistungen“ in Bezug auf den Umgang mit gesellschaftlichen Gegebenheiten und bei der Verarbeitung biografischer Erfahrungen erbringen. Das PZI vermittelt zwischen hypothetisch-deduktiven Vorgehensweisen, wie sie etwa bei standardisierten, geschlossenen Fragebögen angewandt werden und naiv-induktivistischen Verfahren, wie sie etwa bei rein narrativen Interviews angewandt werden. Im PZI soll zwar das theoretisch begründete Vorwissen der Forscher offengelegt werden, das schon während der Datenerhebung dazu dient, als heuristisch-analytischer Rahmen Leitfragen zu generieren (s.a. das unten geschilderte Prinzip der Problemzentrierung). Aber das Prinzip einer entdeckenden Offenheit in der konkreten Interviewsituation soll zugleich dadurch realisiert werden, dass die Befragten über längere Passagen im Interview frei erzählen können und dazu auch ausdrücklich angeregt werden. Es handelt sich also um ein teilstrukturiertes, qualitatives Erhebungsverfahren (vgl. Witzel 2000).

Zentrale Prinzipien des PZI sind die Problemzentrierung, die Gegenstandorientierung und die Prozessorientierung. *Problemzentrierung* meint die Orientierung an dem vom Forscherteam beschriebenen Problem und den damit verbundenen Fragestellungen. Konkret bedeutet das, dass auf Grundlage des offengelegten, systematisierten und reflektierten Vorwissens des Interviewers schon während der Datenerhebung eine Vorinterpretation der subjektiven Sichtweise stattfindet, aufgrund derer die Kommunikation auf das Forschungsproblem „zugespitzt“ wird.

Gegenstandsorientierung meint den möglichst flexiblen Einsatz von Methoden zu Erfassung und Berücksichtigung des Themenfeldes. Die Datenerhebung ist nicht auf eine bestimmte Methode festgelegt, sondern richtet sich nach den Erfordernissen des Gegenstandes. Das Interview nimmt als Methode allerdings einen zentralen Stellenwert dabei ein. Konkret bedeutet das, dass auch unterschiedliche Befragungsformen kombiniert werden können, z.B. mit Gruppendiskussionen zur Sondierung des Untersuchungsfelds, oder unterschiedliche Gesprächstechniken (also eher narrativ oder eher nachfragend, je nach Situation der/des Befragten) kombiniert werden (vgl. Witzel 2000).

Das Prinzip der *Prozessorientierung* schließlich bezieht sich auf den gesamten Forschungsprozess, aber insbesondere auf die Vorinterpretation, also die Vorbereitung und Umsetzung der Datenerhebung. Dabei geht es um die Gestaltung des Gesprächsprozesses. Wesentliche Grundlage ist ein funktionierendes und hinreichendes Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und befragter Person dergestalt, dass die subjektive Sicht, Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen offen, aber geschützt durch Zusicherungen von Freiwilligkeit und Anonymität eingebracht werden. Wichtig wird dieser Punkt insbesondere, wenn das PZI als Interview mit Blick auf die punktuelle Rekonstruktion von Berufsbiografien geführt wird. In einem zeitweilig aufzubauenden, vertrauensbasierten Bündnis zwischen Fragendem und Befragtem, zwischen Zuhörendem und Erzählendem können jeweilige persönliche Erfahrungen und Sichtweisen schrittweise entwickelt werden. Dabei ist auch beabsichtigt, dass die befragten Personen sukzessive neue Aspekte zu den eingebrachten Fragen einbringen, Korrekturen des bisher Gesagten anbringen, Redundanzen und Widersprüche äußern dürfen. Im Fokus des PZI steht also nicht, isolierte Antworten auf isolierte Fragen vor dem ggf. fremden Problemhorizont der Forscher zu geben, sondern explizit zur Rekonstruktion und ggf. Entwicklung eines eigenen Themenhorizontes aufgefordert werden.

Da das PZI dennoch eine gewisse analytische Perspektive des Forschers vorgibt und somit die Gefahr der isolierten Informationsrepräsentation entsteht, die Lebensgeschichten der Befragten als Episoden aber von eminenter Bedeutung in der Pilotstudie sind, wurden Elemente des episodischen Interviews einbezogen (vgl. Flick 2010). Die Prozessorientierung während der Datenauswertung wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse sichergestellt (vgl. Gläser und Laudel 2010; Mayring 2000)

2.2.2 Das episodische Interview

Das episodische Interview richtet sich grundsätzlich auf relevante Erfahrungen im Kontext der Fragestellungen, die die Befragten in konkreten Situationen (Episoden) gemacht haben. Auch hier ist die subjektive Relevanz leitend. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass subjektive Erfahrungen in Form narrativ-episodischen Wissens (erfahrungsnah, bezogen auf konkrete Situationen organisiert) einerseits und in Form semantischen Wissens (abstrahiertes, verallgemeinertes Wissen) andererseits von den betreffenden Personen erinnert werden. Das episodische Interview will dieser Annahme gerecht werden, indem es einerseits durch Erzählungen das narrativ-episodische Wissen, in Form von konkreten Fragen das semantische Wissen andererseits erhebt. Konkret läuft ein episodisches Interview so ab, dass zunächst über Erzählaufforderungen zum Erzählen bestimmter Situationen oder Episoden angeregt wird. Es geht um mehrere „umgrenzte“ Erzählungen, also nicht um ‚lange Monologe‘ wie beim narrativen Interview. Dabei unterliegt die erzählende Person aber keinen „Zugzwängen“ (Flick 2010, S. 239), sondern kann selbst entscheiden, ob sie die Situation eher beschreibend oder erzählend schildert. Bezogen auf die vorliegende Studie ergibt sich daraus die Erzählung als erster Komplex der Interviews. Weiterhin fragt der Interviewer nach subjektiven Definitionen oder abstrakteren Zusammenhängen aus Sicht der befragten Personen (semantisches Wissen als zweiter Komplex).

Sowohl beim problemzentrierten als auch beim episodischen Interview kommt ein thematischer Leitfaden zur Anwendung, der im Wesentlichen als Gedächtnisstütze (sind alle Themen angesprochen worden?) und Orientierungsrahmen dient und darüber hinaus die Vergleichbarkeit der Interviews sichert. Er enthält eine vorformulierte Gesprächsaufforderung, die Forschungsthemen (entsprechend der Fragestellung) sowie weitere Frageideen. Der Leitfaden dient also zur Einhaltung des roten Fadens (Anhang). Zur Auswertung wurden die Interviews aufgezeichnet und transkribiert (vgl. hierzu Langer 2010).

2.3 Datenauswertung

Die Daten wurden mittels der von Gläser und Laudel (2010) beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse (QI) ausgewertet. Sie versteht sich als Variation der von Mayring (2000) beschriebenen Form der QI. Grundsätzlich handelt es sich dabei um ein Verfahren zur empirischen, methodisch kontrollierten Auswertung schriftlich fixierter Kommunikation. Im Mittelpunkt steht dabei zum einen die Regelgeleitetheit, d.h. das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews folgt einem festgelegten, schrittweisen Ablaufmodell. Weiterhin finden die Ergebnisse der Analyse Eingang in ein Kategoriensystem, das im Verlauf der Auswertung an die Ergebnisse derselben angepasst wird. Damit will das Verfahren der QI nachvollziehbar sein (vgl. Mayring 2000). Gläser und Laudel (2010) kritisieren an der Konzeption Mayrings die starke Orientierung an quantitativen Verfahren und schlagen eine Vorgehensweise vor, die stärker interpretativ geprägt ist. Dazu postulieren sie vor allem den Begriff der Extraktion. Dabei werden die zu analysierenden Texte nicht nur indiziert, vielmehr werden den Texten mithilfe eines Suchrasters die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Informationen entnommen

(extrahiert), die dann in einem zweiten Schritt Gegenstand der Auswertung sind. Dieses Suchraster besteht aus einem System deduktiver Kategorien. Deduktiv sind diese Kategorien deshalb, weil sie vor der Auswertung festgelegt sind und mithin Teil des Interviewleitfadens sind. Ergänzt wird dieses deduktive Kategoriensystem durch induktive Kategorien. Zu verstehen sind darunter zusätzliche relevante Informationen, die während der Auswertung aus dem Text hervortreten und nicht Teil des ursprünglichen, deduktiven Kategoriensystems sind.

Das Kategoriensystem als zentrales Ergebnis des Auswertungsprozesses ist also offen für Modifikationen, die sicherstellen sollen, dass relevante Informationen, die vorher nicht bekannt waren und deshalb nicht als deduktive Kategorien berücksichtigt wurden, bei der Auswertung des Datenmaterials nicht übergangen werden. Wesentliches Element der von Gläser und Laudel (2010) vorgeschlagenen QI ist der stärker interpretative Charakter. Besonders wichtig ist diese Modifikation für die Rettung der Episoden vor einem Zeranalysieren, d.h. die Episoden müssen frühzeitig im Analyse- und Interpretationsverfahren definiert, abgegrenzt, bezeichnet und ihrerseits zunächst als Gesamtheit und in weiteren Schritten dann auch im Kontext der weiterreichenden Kategorien und Zusammenhänge bearbeitet und verstanden werden. Durch die Bildung von Subkategorien wird das Kategoriensystem weiter ausdifferenziert. Dieses Kategoriensystem bildet eine wesentliche Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfragen. Zusätzlich wurde aus dem Datenmaterial ein Phasenmodell entwickelt. Sowohl durch die Kategorisierung als auch die Bildung von Verlaufstypen wird eine Repräsentanz der Ergebnisse angestrebt. Dabei geht es nicht um Repräsentativität oder Verallgemeinerbarkeit im statistischen Sinne, sondern um das Herausarbeiten des Typischen (vgl. Lamnek 2005) in den ausgewerteten Texten. Die Daten wurden mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA 10[®] ausgewertet.

3. Ergebnisse

Im Mittelpunkt der vorliegenden Pilotstudie stand der Vergleich von berufsbiografisch geprägten Erfahrungen beruflich Pflegender, die zum Zeitpunkt der Befragung an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation des BFW Koblenz teilnahmen oder diese zeitnah abgeschlossen hatten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ließen eine große Offenheit für die Studie und insbesondere die ihr zugrunde liegende Fragestellung erkennen. Weiterhin war in den meisten Interviews ein großes Mitteilungsbedürfnis bezüglich der eigenen Berufsbiografie und der Erkrankungen der jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer festzustellen.

Im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse wird zunächst in Form eines Überblicks auf festgestellte Homogenität bzw. Heterogenität im Datenmaterial eingegangen. Danach folgt die Vorstellung des Kategoriensystems als zentrales Ergebnis der Studie. Daran anschließend wird ein dynamisches Phasenmodell beschrieben.

3.1 Homogenität und Heterogenität im Datenmaterial

In diesem Kapitel wird ein Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Interviews gegeben. Er dient dazu, einen ersten, global angelegten Zugang zu den Ergebnissen der Studie zu ermöglichen, bevor dann im Kapitel 3.2 en détail auf die Hauptthemenfelder mit ihren Unterkategorien eingegangen wird. Als eher homogen wurden Aussagen zu Themenfeldern eingestuft, in denen die Mehrheit der Befragten in eine Richtung argumentierte. Als eher heterogen wurden Themenfelder angesehen, zu denen die Mehrheit der Interviewten ganz unterschiedliche Aussagen machte.

3.1.1 Homogenität im Datenmaterial

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interviews gaben an, bislang grundsätzlich gerne in der Pflege gearbeitet zu haben. Etliche bezeichneten die Pflegearbeit als ihren „Traumberuf“. Unter den gegebenen Umständen hält sich der überwiegende Teil der Interviewten allerdings für berufsunfähig. Insofern wird die eigene Berufsunfähigkeit vielfach als harter Schlag empfunden. Fast alle Interviewpartnerinnen und -partner beschreiben eine hohe Arbeitsverdichtung insbesondere in den letzten Jahren sowie die als extrem wahrgenommene Personalproblematik, die durch Personalabbau in der Pflege und die damit einhergehende Erhöhung der Arbeitsanforderungen gekennzeichnet ist, als große Belastungsfaktoren.

Jedoch sind die meisten überzeugt, unter besseren und angemesseneren Arbeitsbedingungen sowie mit einer größeren Unterstützung der Arbeitgeber noch im Krankenhaus arbeiten zu können. Es wurde vielfach berichtet, dass zahlreiche Vorschläge und Ideen den Arbeitgebern vergeblich vorgebracht worden seien. Eine entsprechende Kommunikation mit dem Arbeitgeber in Bezug auf die jeweils erlebte Krankheit scheint in den meisten Fällen, wenn überhaupt, erst relativ spät und in vorangeschrittenem Stadium der Erkrankung stattgefunden zu haben. Häufig waren diese Gespräche nach den Aussagen der Befragten geprägt von Druck auf die Angestellten. Die unmittelbaren Vorgesetzten und die Arbeitgeber wurden überwiegend als

wenig hilfreich und im Hinblick auf die Suche nach passenden Lösungen als wenig konstruktiv beschrieben. Weiterhin wurde in den meisten Fällen ein „Alles oder Nichts“-Prinzip wahrgenommen: Entweder sind die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer uneingeschränkt einsatzfähig oder sie müssen über kurz oder lang gehen.

Sehr häufig wurde das Gefühl geäußert, sich „benutzt und dann weggeworfen“ gefühlt zu haben. Die Enttäuschung angesichts dieser, mehrfach in den Interviews auch so genannten, „Brutalität“ ist vielfach groß. Als Brutalität wurde beispielsweise das systematische Mobbing älterer oder kranker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Austauschen alter gegen weniger vorteilhafte neue Verträge oder Versetzungen auf Stationen mit bekanntermaßen oftmals höheren Arbeitsanforderungen, wo die „Krankheit eskalieren muss“, beschrieben.

In der Regel sollen erste Warnzeichen der Erkrankung übergangen worden sein und die Inanspruchnahme ärztlicher oder anderer Hilfen erfolgte auch im Kontext von Selbstverschulden spät. Auffallend ist, dass eigene Leistungsgrenzen wiederholt und teils bewusst überschritten wurden, da das Arbeiten trotz Krankheit an der Tagesordnung sei und implizit erwartet werde. Viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschreiben im Rückblick auf ihre Berufsbiografien einen „langen Kampf“, geprägt von vielen Versuchen der Selbsthilfe. Genannt werden die Reduktion des Stellenumfangs, Wechsel in den Nachtdienst, Versetzungen auf andere Stationen und schließlich die Kündigung. Weiterhin nennen sie Maßnahmen in Eigeninitiative wie Sport, alternative Heilmethoden oder auch die Nutzung bis zum Missbrauch von Medikamenten, um irgendwie einsatzfähig zu bleiben. Beklagt wird, dass Arbeitgeber zu wenig Verantwortung für beeinträchtigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernommen hätten, wozu nicht zuletzt entsprechende unterstützende oder beratende Strukturen fehlten. Wenn überhaupt, fänden Beratungsgespräche erst spät im Krankheitsverlauf statt und führten nur selten zu Verbesserungen. Häufig sprachen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesem Zusammenhang von einem Gefühl der Ausweglosigkeit.

Der überwiegende Teil der Befragten beschrieb sich als fachlich motiviert und fähig und äußerte starkes Interesse an Weiterbildungsmöglichkeiten. So haben fast alle Interviewtenehmerinnen und -teilnehmer in ihrer Berufslaufbahn auch längere Fort- und Weiterbildungen absolviert. Recht verbreitet unter den Probanden waren absolvierte Stationsleitungskurse, einige haben darüber hinaus weitere managementbezogene Weiterbildungen absolviert und zumindest zeitweise auch als Pflegedienstleitung gearbeitet. Andere haben unterschiedliche Fachweiterbildungen durchlaufen. In fast allen Interviews wurde die Doppelbelastung durch Familie und Beruf thematisiert, die zusammengenommen in fast allen Fällen aus der Sicht der Betroffenen eher einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf gehabt habe. Die Entscheidung, die Pflege zu verlassen, steht meist am Ende eines langwierigen Prozesses, der in vielen Fällen durch die Krankheit forciert und letztendlich entschieden wird. Die Rolle der Betriebsärzte und Betriebsärztinnen wird von nahezu allen Befragten als bedeutungslos eingeschätzt. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfand den betriebsärztlichen Dienst nicht als unterstützende Instanz. Hilfe kam wenn, dann in der Regel aus dem privaten Umfeld und von Arbeitskolleginnen oder -kollegen.

3.1.2 Heterogenität im Datenmaterial

Die Ursachen für die Berufsunfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind nach Aussagen der Befragten unterschiedlicher Natur. Überdurchschnittlich häufig lagen mit der Wirbelsäule assoziierte Beschwerden zu Grunde (n=9), denen in vielen Fällen (n=6) Bandscheibenvorfälle folgten. Weiterhin sind Unfälle (n=3) und Krebserkrankungen (n=3) zu nennen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern berichteten Erkrankungen.

Die Unterstützung durch Behörden, wie Arbeitsämter, Rentenversicherungsträger etc., wurde von einigen Interviewten als „sehr hilfreich“, von anderen als „sehr schlecht“ beschrieben. Die Chronologie der Ereignisse von ersten Warnzeichen der Erkrankung bis zur Einschätzung der Berufsunfähigkeit verlief individuell sehr unterschiedlich. Die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen und das Team wurden ebenfalls sehr unterschiedlich beschrieben. Häufig wurde der Verdacht geäußert, dass funktionierende Teams von Vorgesetzten scheinbar absichtlich auseinandergebracht worden seien. Aufgrund der Arbeitsverdichtung sei Teamarbeit auch oftmals nicht mehr möglich gewesen, da jeder auf sich selbst gestellt sei. Im Gegensatz dazu stehen Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die ihre Kolleginnen und Kollegen auch über längere Zeitpunkte als starke Stütze empfunden haben und womöglich viel früher aus der Pflege ausgestiegen wären, hätte es den Rückhalt im Team nicht gegeben.

Erkrankung	Anzahl
Rückenbeschwerden unterschiedlicher Genese	9
<i>davon mit Bandscheibenvorfall</i>	6
Unfall	3
Neoplasien (Krebserkrankungen)	3*
Arthrose	3
Osteoporose	1
Herzinfarkt	1
Diabetes mellitus	1**
Multiple Sklerose	1
Depression, Alkoholabusus	1
gesamt	23

Tab. 2: Übersicht über Arten der Erkrankungen nach Selbstauskunft der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (N=21) (*in einem Fall Mehrfachnennung in Kombination mit Arthrose, **in einem Fall Mehrfachnennung in Kombination mit Arthrose)

Ansätze der Selbsthilfe gestalteten sich den Aussagen zufolge erwartungsgemäß sehr vielfältig. Ein Teil der Untersuchungsgruppe entschloss sich zur Arbeitsreduktion oder zum Wechsel in den Nachtdienst. Ein anderer Teil wechselte in eine andere Einrichtung, genannt wurden sowohl Krankenhäuser als auch ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe. Es

wurden auch recht unterschiedliche äußere bzw. persönliche Umstände genannt, die belastend hinzukommen seien. Genannt wurden beispielsweise die Umsiedlung nach Deutschland, die Renovierung des Eigenheims oder die Trennung vom Lebenspartner. Die Berufsbiografien reichen von „häufigem Stellenwechsel“ bis hin zu „30 Jahre auf derselben Station gearbeitet“.

3.2 Kernthemen in den Interviews (Hauptkategorien)

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studie in Form von Hauptthemenfeldern dargestellt. Darin sind die in der Auswertung generierten Kategorien jeweils einem sie verbindenden Kernthema zugeordnet. Bevor die Inhalte der einzelnen Hauptthemenfelder und deren Unterkategorien detailliert beschrieben werden, soll zunächst in Form eines Überblicks in das Kategoriensystem eingeführt werden.

Insgesamt ergab die Analyse fünf Hauptthemenfelder: a) Rahmen- und Arbeitsbedingungen, b) personen- und einstellungsbedingte Faktoren, c) Rolle des Arbeitgebers und der Vorgesetzten, d) Rolle des Teams und Einfluss des privaten Umfeldes und e) gesundheitsfördernde Maßnahmen und Konzepte.

Im ersten Hauptthemenfeld a) Rahmen- und Arbeitsbedingungen wird verdeutlicht, welche Auswirkungen die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen auf die befragten Pflegefachpersonen hatten. Dabei geht es primär darum, wie veränderte Arbeitsbedingungen, betriebliche Umstrukturierungen und die sich ändernde Personalsituation von den Pflegenden erlebt wurden und welche Auswirkungen dies auf ihre Berufstätigkeit bzw. Krankheit hatte.

Im Unterschied dazu stehen unter b) personen- und einstellungsbezogene Faktoren als Einflussgrößen auf Berufstätigkeit, Gesundheit und Krankheit im Vordergrund, aber auch medizinische Faktoren wie sie etwa im Kontext von Krankheitsgeschichten zum Tragen kommen.

Die Rolle des Arbeitgebers und der Vorgesetzten nimmt unter c) alleine schon aufgrund der Häufigkeit der Nennungen und Erzählungen einen hohen Stellenwert in dieser Untersuchung ein. Es geht dabei um konkrete Erlebnisse, Erwartungen und Enttäuschungen.

Im Hauptthemenfeld d) Rolle des Teams und Einfluss des privaten Umfeldes sind Ergebnisse zusammengeführt, die sich auf Fragen der persönlichen Lebenskontexte sowie Unterstützungsformen bzw. Problemlagen in den Teams an den jeweiligen Arbeitsplätzen beziehen und aus der Sicht der Befragten einen maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitserleben entwickelt haben. Hier sind auch Einzelthemen aus dem Hauptthemenfeld a) berührt, die sich explizit mit den veränderten Rahmenbedingungen für die pflegerischen Teams im Krankenhaus beschäftigen.

Ein letztes Hauptthemenfeld in den Interviews bestand in Ideen und Verbesserungsvorschlägen, die unter e) gesundheitsfördernde Maßnahmen und Konzepte zusammengeführt werden. Im Fokus steht der Aspekt, was die (drohende) Berufsunfähigkeit der befragten Pflegefachpersonen aus deren Sicht hätte verhindern können.

3.2.1 Rahmen- und Arbeitsbedingungen

In diesem Abschnitt wird auf den Einfluss der strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens auf die Berufstätigkeit und den Krankheitsverlauf der befragten Personen eingegangen. Veränderungen im Zuge der seit Jahren stattfindenden Reformen etwa im Kontext der Einführung der DRGs als Entgeltgrundlage für die Krankenhäuser haben unausweichlich Einfluss auf die dortige Tätigkeit der Pflegefachpersonen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vorliegenden Pilotstudie waren langjährig in der Pflege tätig, die durchschnittliche Dauer der Beschäftigung beträgt mehr als 16 Jahre. Die Ergebnisse zeigen, wie diese Veränderungsprozesse von den befragten Pflegefachpersonen erlebt wurden. Dargestellt wird dies gegliedert in die folgenden Unterkategorien: *Umstrukturierung, Arbeitsbedingungen, körperliche Anforderungen, Zeitdruck* und *fehlende Erholungsphasen*. In der Analyse zeigte sich, dass nach Aussagen der Befragten vor allem diese fünf äußeren Faktoren starken Einfluss auf den Gesundheitszustand der Pflegefachpersonen hatten und letztlich den Ausstieg aus dem Pflegeberuf begründeten. Der Aspekt der Personalknappheit ist in allen Unterkategorien enthalten und wird am Ende des Kapitels noch einmal aufgegriffen.

Umstrukturierungen

Hinsichtlich der Umstrukturierungen ist festzuhalten, dass die Befragten zunehmende Arbeitsverdichtung bei gleichzeitigem Personalabbau in ihren zuletzt wahrgenommenen Arbeitsbereichen beschreiben. Zur Sprache kommen dabei zum einen die hohe Arbeitsbelastung, die von den befragten Pflegefachpersonen kaum mehr zu bewältigen war, zum anderen eine rigide Sparpolitik insbesondere zu Lasten der Pflege. Zur Realisierung von Einsparungen wurde rückblickend dabei sowohl ‚quantitativ‘ (im Hinblick auf die Anzahl der Pflegefachpersonen) als auch ‚qualitativ‘ (im Hinblick auf die Qualifikation der Pflegefachpersonen) nur noch Mindeststandards verwirklicht, die sukzessive abgesenkt wurden. Die Anzahl der Pflegefachpersonen wurde im Vergleich zu „früher“ in vielen Fällen um ein Drittel bis sogar um die Hälfte reduziert, wie der folgende Interviewausschnitt illustriert:

„Früher habe ich angefangen, da habe ich mit acht Mann im Frühdienst gesessen. Heute sind sie zu viert. Und wenn dann einer ausfällt, bricht für die anderen dreien quasi schon, das ist eine Belastung, die ist eigentlich nicht zu schaffen.“ (Int. 11, S. 13, Z. 29-31)

Deutlich wird in dieser Sequenz auch die hohe Arbeitsbelastung, die kaum bewältigt werden kann. Der folgende Interviewausschnitt illustriert den vermehrten Einsatz von billigeren Hilfskräften zur Realisierung von Einsparungen:

„Bei gleichem Zeitaufwand musste man mehr erledigen. Wenn jemand gegangen ist, das ist mir im Nachhinein gekommen, das war die Politik von der Chef-Etage, dann ist er durch – dann ist zum Beispiel eine Pflegekraft nur durch eine Hilfskraft ersetzt worden.“ (Int. 09, S. 3, Z. 23-26)

Interessant ist in diesem Zusammenhang, wie diese Sparpolitik von den Pflegefachpersonen bewertet wurde. Die Praxis, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegen jüngere zu ersetzen, wurde als „brutal“ und als „rücksichtsloses Wirtschaften“ bezeichnet, wie die folgenden Ausschnitte illustrieren:

„Und wenn ich mir dann so die Personalpolitik teilweise ansehe, dann werden Ältere entlassen, damit Jüngere eingestellt werden, die kostengünstiger sind und, und, und. Also da ist sicherlich mehr so Brutalität auch mit im Spiel.“ (Int. 07, S. 8, Z. 27-29)

„Bei uns ist ein ganz starker Wandel vorgegangen. Also sämtliche ältere Kräfte, sage ich mal, wurden teilweise genötigt, zu kündigen beziehungsweise wurde so umstrukturiert, was Blödsinn war. [...] Ja, und dann wurde teilweise auch so rücksichtslos, sage ich mal, gewirtschaftet, dass immer mehr ältere Kräfte entweder in einen Dauerkrankenschein gingen beziehungsweise versuchten, früher in Rente zu gehen, oder halt eben gesagt haben ‚Ich bin da drauf nicht angewiesen. Ich höre auf. Ich kann einfach nicht mehr‘. Oder halt eben, ja, irgendwo anders dann hingegangen sind.“ (Int. 06, S. 10, Z. 39 – S. 11, Z. 7)

Begriffe wie „Brutalität“ und „Rücksichtslosigkeit“ in den Interviews können hier als Chiffren für eine immer stärker ökonomisch ausgerichtete Personalpolitik insbesondere bezogen auf die Pflege gesehen werden. Die finanziellen Interessen eines Krankenhauses sehen die Pflegefachpersonen zwar als berechtigt an. In vielen Interviews wird aber diesen pekuniären Aspekten, mithin verglichen mit dem Begriff des „Bankers“, der Aspekt der „Menschlichkeit“ gegenübergestellt. Der Terminus „Menschlichkeit“ wiederum wird als Überbegriff und Konstante für das Selbstverständnis pflegerischer Arbeit gesehen. Das damit kontrastierte, als „brutal“ und „rücksichtslos“ erlebte Vorgehen dagegen wird als unpassend und letztlich gefährlich für die Pflege und ihre Beiträge im Versorgungssystem gesehen. Dazu zwei weitere Interviewsequenzen:

„[...] aber mit diesem Anspruch an die Moderne, die der Juniorchef dann mitbrachte, und natürlich auch ein berechtigtes Interesse im Sinne von Zertifizierungen und so, da durchscheinen ließ, diese Umsetzung war völlig indiskutabel. Völlig indiskutabel. Und wie gesagt, vielleicht wäre der Betriebsumsatz für zwei Stellen oder für drei Stellen irgendwo im zweistelligen Bereich, soweit das Brutto ist, oder so kleiner geworden, er wäre sicher nicht ärmer drüber geworden und hätte viel bewegt, ne. Aber es wurde immer am Minimum gekratzt und wie gesagt auch sehr, sehr viele Hilfskräfte eingesetzt, wo ich dem im Nachhinein aber auch, wenn er gewollt hätte, auf der Stelle gesagt hätte, wo denn seine Beurteilungskompetenz läge für den, den er da einstellt, ne. Hauptsache günstig, ne.“ (Int. 04, S. 14, Z. 22-30)

„Und zwar ist der – ich will das jetzt nicht werten – ich sage mal, das ist ein guter Banker. Das ist wirklich ein reiner guter Banker. Aber für Heimleitung sehe ich den nicht an, weil eine Heimleitung für ein Heim, die müsste auch auf das Menschliche eingehen können. Oder er müsste mal sagen ‚Dieser Mitarbeiter, der kriegt mal eine Beförderung‘ oder ‚Der kriegt mal einen Bonus‘ oder ‚Der kriegt mal freigestellt‘ oder ‚Mit dem führen

wir mal ein Gespräch. Geht's Ihnen nicht gut? Da können Sie mal 14 Tage ausspannen' oder so, ne. Das ist für mich, wie man unbedingt in so einem sozialen Betrieb sein müsste.“ (Int. 09, S. 14, Z. 32-39)

„Gebraucht und weggeschmissen“ – Arbeitsbedingungen

Angesichts des oben Geschilderten ergeben sich in der Wahrnehmung eines größeren Teils der Befragten Arbeitsbedingungen, die – so ist den Interviews zu entnehmen – in vielerlei Hinsicht extrem belastend sind. Folge einer immer höheren Arbeitsbelastung bei gleichzeitiger Ausdünnung der Ressourcen ist unter anderem die Leistung von immer mehr Überstunden. Dabei werden vor allem zwei Aspekte als besonders belastend beschrieben. Zum einen wurden in vielen Fällen die Überstunden ohne entsprechenden Ausgleich erbracht. Zum anderen fühlten sich die Befragten einem gewissen Druck ausgesetzt, einzuspringen und Mehrleistungen zu erbringen. Zur Verdeutlichung dessen werden nachfolgend zwei Interviewpassagen angeführt:

„Die Überstunden sind gestiegen, allein (lacht kurz) meine Stationsschwester hatte über 120 Überstunden in einem Monat (lacht wieder kurz). Ich war mittlerweile, glaube ich, bei 60 oder 70 angelangt. Ich weiß es nicht mehr. Auf jeden Fall, ja, weil wir ja dann auch gesagt haben: ‚Es reicht jetzt. Wir schreiben uns jetzt die Pausen auf, die wir nicht bekommen haben, die Zeit, die wir länger gearbeitet haben und alles‘. Das war zwar immer nur da eine halbe Stunde Pause [die nicht genommen werden konnte, Anm. d. Verf.], da eine halbe Stunde länger. Ja, das ist auch eine Stunde am Tag. Und ja, meistens dann noch länger. Da wurde dann gesagt ja ‚Überstunden gibt es nicht. Wir dürfen uns keine Überstunden aufschreiben‘ und, ja, solche Spielchen halt eben.“ (Int. 06, S. 5, Z. 29-37)

„Aber ich denke, da ist diese Verbundenheit zu seinen Kollegen, weil die ist doch recht eng auf so einer Station, also ein richtiger Zusammenhalt, familiär fast schon, also man fühlt sich gegenseitig verpflichtet, ist dann schon da. Und diese indirekte Nötigung weiß natürlich jeder Vorgesetzte auch. Ja, wenn dann angerufen wird ‚Ja, kannst du nicht einspringen?‘ 80 Prozent sagt nicht nein. Heute so, wenn das so beschrieben wird, empfinde ich es als Nötigung.“ (Int. 11, S. 14, Z. 5-10)

Hinsichtlich des Erlebens dieser Situationen durch die Pflegefachpersonen sind einige weitere Interviewsequenzen interessant. Eine interviewte Person gibt ihrem Erleben durch eine bededte Metapher Ausdruck:

„Weil ich denke, wenn nämlich irgendwo diese Zufriedenheit wieder gekommen wäre, oder zumindest dran gearbeitet worden wäre – aber wir kamen uns ja wirklich nur noch vor wie Roboter, die arbeiten müssen, die sonst keine Rechte haben, die nur Pflichten haben, und ja, eigentlich in keinster Weise ernstgenommen werden.“ (Int. 06, S. 14, Z. 15-18)

Die Verbildlichung des Roboters, dass die befragte Person sich als „Arbeitsmaschine“ (Int. 06, S. 9, Z. 22) wahrgenommen fühlte, die „funktionieren“ muss, kann sinnbildlich für nahezu alle Interviews stehen. Die folgende Sequenz aus einem weiteren Interview illustriert diese Maschinenmetapher auf eine andere Weise. Es geht um das Gefühl der Austauschbarkeit:

„Entweder man funktioniert oder man funktioniert nicht. Und wenn eine Schwester nicht mehr funktioniert, tauscht man sie einfach aus.“ (Int. 05, S. 14, Z. 37 f.)

Aus diesen Wahrnehmungen, in denen sich die meisten Interviews glichen, stammt die drastische Betitelung dieser Unterkategorie mit „gebraucht und weggeschmissen“. In einem Interview wird diese Formulierung wörtlich verwendet:

„Im Endeffekt, sage ich heute immer, ich bin über Jahrzehnte gebraucht worden und irgendwann weggeschmissen worden (I: Mhm). Ganz einfach. Es funktioniert nicht mehr so, dann ist auch kein Bedarf mehr da.“ (Int. 08, S. 4, Z. 23-25)

In weiteren Interviews wurde ebenfalls von den Befragten beschrieben, dass sie sich „abgeschoben“ (Int. 11, S. 9, Z. 24), „verbraucht“ (Int. 15, S. 19, Z. 11 ff.) oder „verheizt“ (Int. 16, S. 9, Z. 21) fühlten, als sie nicht mehr ‚funktionierten‘, also die von ihnen geforderte Leistung nicht mehr erbringen konnten. Mit der geforderten Leistung stehen unter anderem die körperlichen Anforderungen in Verbindung, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Fehlende Erholungsphasen

Als Resultat der hohen Arbeitsbelastung, des reduzierten Personals und der anfallenden Überstunden wurde in der Analyse der Interviews auch der Aspekt der fehlenden Erholungsphasen relevant. Besonders das häufige ‚Einspringen‘, also das Leisten zusätzlicher Dienste bei krankheitsbedingt ausfallenden Kollegen, wurde oft als Grund dafür genannt, selbst auf wichtige Erholungsphasen zu verzichten. Konsequenzen sind nach Aussagen der befragten Pflegefachpersonen, dass sie sich nicht erholen können, weil sie entweder nicht genug Freizeit bekämen oder sich in ihrer Freizeit in ständiger ‚Rufbereitschaft‘, also sozusagen stets online befänden.

Körperliche Anforderungen

Von den befragten Pflegefachpersonen wurden die körperlichen Arbeitsanforderungen unter zwei Aspekten angesprochen. Zum einen wurde insbesondere die Grundpflege als grundsätzlich körperlich schwere Arbeit beschrieben, die vor allem bei Erkrankungen des Bewegungsapparates relevant ist. Bei einer entsprechenden Disposition sind nach Aussagen der Pflegefachpersonen Beschwerden somit unvermeidlich, wie die folgenden Interviewausschnitte illustrieren:

„Also ich kann den linken Fuß nicht voll belasten, nicht mehr voll belasten. Und, ja, also beim Laufen merke ich es nach dem Verstreichen zahlreicher Jahre und einer Beanspruchung eigentlich pausenlos, auch häufiger je nachdem welches Schuhwerk ich trage.“

Und ich sehe mich in der ungünstigen Lage, das überhaupt nicht beeinflussen zu können. Weil ich muss mit meinen Beinen und Füßen ja nun mal laufen und gehen und stehen und auch, sagen wir mal, wenn ich begleite, ne, immer auch eine gewisse Kraft auch aufbringen, da diese Balance zu halten und dem anderen da eine Sicherheit zu geben beziehungsweise bei Verrichtungen einfach diese Sicherheit zu gewährleisten, ne.“ (Int. 04, S. 3, Z. 20-27)

„Das ist viel, ne, wenn Sie dann im Durchschnitt 80-, 90-Kilo-Menschen haben, die können Sie nicht bewegen, und die müssen Sie von oben bis unten waschen und anziehen und komplett pflegen, dann sind Sie nach zehn Stunden fertig.“ (Int. 17, S. 3, Z. 8-10)

„Und die innere Station war natürlich auch richtig – wie man so schön auf Deutsch sagt – Maloche, ne. So richtig schwere körperliche Arbeit und ich scheue mich nicht vor körperlicher Arbeit, aber es ging einfach – irgendwann war so der Schlusspunkt gesetzt, wo es nicht mehr weiterging [...].“ (Int. 16, S. 1, Z. 37-40)

Zum anderen wird die körperliche Belastung durch den minimalen Personalbestand verschärft. Die Arbeitslast verteilt sich im wahrsten Sinne des Wortes auf weniger Schultern, Wirbelsäulen, Hüften und Beine. Besonders ältere Pflegefachpersonen mit bereits bestehenden körperlichen Einschränkungen, beispielsweise des Bewegungsapparates, wie oben schon angesprochen, stehen dabei vor dem Problem, keine kollegiale Unterstützung beim Lagern oder Mobilisieren von Patientinnen und Patienten bekommen zu können.

„Das waren härteste Pflegefälle und dann waren wir nur zu dritt und dann ist das schon hart gewesen. Das war schon hart an der Grenze.“ (Int. 17, S. 3, Z. 2 f.)

In diesem Interviewausschnitt wird bereits der Zeitdruck angedeutet, auf den nachfolgend eingegangen wird.

Zeitdruck

Aus den zuvor beschriebenen Umständen erklärt sich das Erleben und Wahrnehmen eines Arbeitens unter zunehmendem Zeitdruck. Thematisiert wurden hier vor allem drei Aspekte: Zum einen der durch knapp bemessenes Personal entstehende generelle Druck, weniger Zeit für die Arbeit zur Verfügung zu haben. Weiterhin berichteten die Befragten in diesem Zusammenhang auch von Druck durch die Vorgesetzten oder vereinzelt durch die Kolleginnen und Kollegen. Besonders ältere Pflegefachpersonen, die ihren Aussagen nach langsamer gearbeitet haben als ihre Kolleginnen und Kollegen, berichteten davon, dass sie auf Unverständnis stießen und sich mit dem Argument konfrontiert sahen, dass andere die gleiche Arbeit in kürzerer Zeit schafften. Des Weiteren wurde thematisiert, dass durch das Arbeiten unter Zeitdruck keine Zeit für die „menschlichen“ Belange der Patientinnen und Patienten bliebe. Gemeint ist, dass die Pflege sich auf körperliche Aspekte bzw. deren mechanische Verrichtung beschränken müsse, wie der folgende Ausschnitt illustriert:

„Bei uns war es ja im Prinzip nur noch Fließband.“ (Int. 06, S. 4, Z. 34)

Diese Zuschreibung deckt sich mit den vorliegenden empirischen Erkenntnissen (vgl. Kap. 1.3). Die unbeachtet bleibenden menschlichen Belange meinen beispielsweise das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach einem Gespräch oder die Möglichkeit, Sorgen gegenüber den Pflegefachpersonen ansprechen zu können. Die folgenden Ausschnitte veranschaulichen dieses Dilemma:

„Alleine schon diese ganzen Sachen, wie Zeit für die Menschen haben, die auf Station da im Krankenhaus liegen oder aber auch der Umgang mit den Menschen. Dann auch erkennen zu können, was wollen die Menschen mir sagen. Wenn jetzt einer zum Beispiel erzählt hat ‚Mein Kind sitzt jetzt alleine zu Hause‘. Ja, dann war schon die Überlegung ‚Wo ist jetzt das Problem für denjenigen?‘ Dann habe ich versucht, das mit denen auch zu bereden. Aber ein ganz, ganz großer Punkt war halt immer die Zeit. [...] Und dann habe ich gesagt ‚Ich komme damit nicht so klar wie ihr das macht‘. So nach dem Motto, ins Zimmer rein stürzen, ja, den Leuten die Bettdecke runter reißen, waschen, alles anziehen, fertig, wieder gehen. Da habe ich gedacht ‚Was ist das denn jetzt?‘ Und dann habe ich mir irgendwann vorgestellt ‚Wie würdest du dich fühlen, wenn du da liegen würdest?‘ Da kommt jemand rein, ich sag mal jetzt wischi waschi, und wieder raus, ja.“ (Int. 13, S. 2, Z. 1-21)

„Also es ist nicht genügend Personal da, um das eigentlich, und man wird halt dem Patienten oder dem Bewohner überhaupt nicht mehr gerecht. Weil das, was Pflege, ist es nicht mehr, ne, so umfassend. Das heißt, man hat mal Zeit, um ein Wort zu wechseln oder mal ein Händchen zu halten. Es gibt ja viele Bewohner, die haben Ängste, die sind alleine, die sind traurig. Und dann würde es eigentlich schon helfen, wenn man da mal zehn Minuten sich hinsetzen kann und einfach Händchenhalten und ein bisschen was erzählt.“ (Int. 19, S. 3, Z. 23-28)

3.2.2 Personen- und einstellungsbezogene Faktoren

In dieser Kategorie sind personenbezogene Einflussgrößen zusammengefasst, die sich in der Wahrnehmung der Befragten auf ihr Krankheitsgeschehen und die Berufsbiografie auswirken. Zu nennen ist zunächst die Doppelbelastung durch Beruf und Familie, die in fast allen Interviews angesprochen wurde. Belastend werden diese Aspekte insofern, als der Krankenpflegeberuf mit Schichtarbeit sowie Dienst an Wochenenden und Feiertagen einhergeht. Darüber hinaus wird die Berufstätigkeit in der Pflege als sehr beanspruchend beschrieben. In Verbindung mit den Anforderungen des familiären Lebens sowie der Folgen der Erkrankungen ergaben sich bei den befragten Personen nicht selten überfordernde Situationen, an die sie sich gut erinnern konnten.

„... dass man dem Menschen dient.“ – Persönliche Anteile

Besonders ausgeprägt war in dieser Kategorie die Haltung der Pflegefachpersonen, ihren ggf. eigens angefragten Einsatz kaum verweigern zu können, auch wenn dies auf Kosten der eigenen Gesundheit geht. Dies meint sowohl, das Wohl der Patientinnen und Patienten im Auge

zu behalten, als auch Kolleginnen und Kollegen bei deren Arbeit zu unterstützen. Auch in diesem Kontext werden Aspekte des „Präsentismus“ von Angehörigen sozialer Berufe und insbesondere in der Pflege diskutiert (vgl. Kap. 1.3). Eine solche Arbeitshaltung wird zwar mit Skepsis, aber grundsätzlich als richtig beschrieben, im Sinne von „Helfen“ und „alles geben“, „sich reinhängen“ (Int. 09, S. 6, Z. 3). Dies wird auch als eine Bedingung guter Pflegearbeit genannt. Die folgende Interviewsequenz verdeutlicht, dass es von der betreffenden Person als schwierig empfunden wurde, Hilfe nicht zu gewähren:

„Das ist schwierig (lacht kurz). Ich denke mal, wenn man in der Pflege arbeitet, ist man ja so, dass man helfen will. Also wenn man sieht, wenn man alleine da arbeitet, äh, ja, oder dann halt eine Kollegin am Arbeiten ist und du weißt, du darfst das nicht und machst das dann trotzdem. Ja, also denke ich, das ist schwierig, in dem Beruf, wo man dann sagt ‚Das darf ich nicht!‘ Ne, ‚so schwer darf ich doch nicht heben!‘ Ja, weil ich dann denke, ähm, wenn man mal alleine gearbeitet hat und es war viel los oder, ähm, die Patienten haben da gelegen und man will ja auch helfen dann, ne. Wenn dann alleine eine Kollegin hier lagern muss oder den Patienten ein bisschen aus dem Bett hochlagern muss, dann kann man nicht sagen oder ich würde auf jeden Fall nicht sagen ‚Ja, also ich darf das nicht vom Rücken her.‘“ (Int. 10, S. 7, Z. 34 ff.)

Während in der zitierten Sequenz die kollegiale Hilfe im Vordergrund steht, verdeutlicht die folgende Passage die zentrale Sorge um das Wohl der Patientinnen und Patienten. Insbesondere deren Bedürfnisse stehen hier im Vordergrund und kollidieren mit der Selbstschonung der befragten Pflegefachperson:

„So ein Patient sagt ‚Ach nicht hier so feste‘ und dann hat man schon wieder nicht mehr so wie man es sollte ihn gehoben auf Kosten seines eigenen Körpers, denke ich. Jetzt haben ja viele Patienten, äh nicht viele Patienten, viele Schwestern, die wahrscheinlich Glück haben, dass sie nicht so kräftig von der Statur her sind, dass sie sagen ‚Ich kann doch eh keine 80 Kilo heben, da muss ich es lassen‘. Entweder ist das zum Nachteil des Patienten, dass er liegenbleibt, oder man wartet dann, bis dann doch Hilfe kommt und dann es gemacht wird. Und irgendeiner, denke ich, in so einer (.) in so einem Verband, ist dann immer der, der dann letzten Endes seine Knochen investiert in die Arbeit. Nachdem es zu spät war, habe ich mir vorgenommen, das anders zu machen, aber ganz kommt man da nicht raus.“ (Int. 11, S. 3, Z. 11-20)

Im weiteren Verlauf des Interviews geht die befragte Person nochmals auf diesen Zusammenhang ein und beschreibt die eigentlich notwendige Rückenschonung als Verweigerung, die schließlich zulasten der Patienten oder des eigenen Gewissens gehe:

„Also wenn man schlau gewesen wäre (I: Ja) und dazu muss man aber, oder vielleicht darf man dazu gar kein Krankenpfleger sein, weil so schlau – das ist wie eine Berufskrankheit, wir müssen irgendwie helfen. Wenn man gewusst hätte oder richtiger hätte abschätzen können, dass wenn ich das mache, kann ich da liegen, dann hätte man sich verweigert, auf Kosten des Patienten natürlich (I: Mhm), auf Kosten des Gewissens, wie Sie es auch immer sehen wollen.“ (Int. 11, S. 10, Z. 5-10)

Die in diesem Zusammenhang geäußerten individuellen Merkmale korrespondieren mit der Selbstwahrnehmung der befragten Pflegefachpersonen. Insbesondere der dienende Aspekt des Pflegens wird hier auf unterschiedliche Arten in den Mittelpunkt gestellt. Damit verbunden ist die Auffassung, als Pflegefachperson immer leistungsfähig sein zu müssen. Das Eingestehen einer die Leistungsfähigkeit einschränkenden Krankheit wird als bloßstellend gesehen. Auch das Gefühl von Scham wurde in diesem Zusammenhang erwähnt. Zur Illustration nachfolgend ein Interviewausschnitt, in dem die befragte Person auf die Frage der Interviewerin antwortet, ob sie ihre Situation und Krankheit dem Arbeitgeber gegenüber angesprochen hätte, um nach Lösungen zu suchen. Thematisiert wird insbesondere der Aspekt der Leistungsfähigkeit:

„Nein. Das war ja damals so das Denken und dass man eigentlich leistungsfähig ist (I: Mhm) und seine Arbeit verrichtet. Und das Bild einer Krankenschwester war ja auch, dass man den Menschen dient, ne. Und dann kamen auch nicht von sich aus darauf, irgendwelche Ansprüche zu stellen oder zu sagen ‚Ich möchte da etwas dran ändern‘, oder Sie schämen sich vielleicht auch, habe ich mich auch zeitweise, dass ich krank war und dann möchte man ja auch nicht da hingehen und sagen ‚Ich kann das jetzt nicht so schaffen.‘. Dann schämt man sich und dann stellt man sich ja selbst bloß (I: Mhm, ja). Dann sind Sie ja nicht mehr, haben Sie ja nicht mehr das Ansehen, was Sie vorher hatten, wenn Sie nicht mehr die Leistung bringen können. So war das Denken, wissen Sie.“
(Int. 17, S. 6, Z. 9-17)

Im Zusammenhang damit steht auch, dass viele der befragten Personen zögerten, wegen ihrer Beschwerden zeitig einen Arzt zu konsultieren oder trotz Krankheit zur Arbeit gingen. Zur Verdeutlichung dessen werden nachfolgend zwei Interviewsequenzen angeführt:

Pflegefachperson: *„[...] und ich bin auch ein Typ, dass ich nicht direkt zum Arzt gehe. Das ist mein großer Fehler (I: Mhm), dass ich nicht direkt zum Arzt gehe. Wenn ich vielleicht schon mal eine Auszeit von 14 Tagen oder so gehabt hätte, dann wäre es vielleicht ok gewesen.“* (Int. 09, S. 5, Z. 28-31)

„Interviewerin: *[...] Und dann hatten Sie erwähnt, Sie sind lange nicht zum Arzt gegangen mit Ihren Symptomen?*

Pflegefachperson: *Weil man gewohnt war ‚Ist nach 2 Tagen wieder gut‘. (I: Mhm). Hat man da ein bisschen rumgedrückt und ja. Vielleicht sogar ein freies Wochenende dafür investiert, kommt darauf an, auf welche Zeiten das fiel. Aber letzten Endes sage ich, man ist über seine – da denke ich 80 Prozent der Krankenpfleger sind so gestrickt (I: Ja), Krankenschwestern natürlich auch – dass auch bei einem Schnupfen oder wenn man sich wirklich nicht fühlt zum Arbeiten, in Verbindung mit dieser Meine-Patienten-brauchen-mich-aber-Nötigung (I: Ja, ja), dann doch gegangen ist.*

Interviewerin: *Wieso? Wieso geschieht das? Was sind so Situationen, in denen man darüber hinweggeht?*

Pflegefachperson: *Früher habe ich angefangen, da habe ich mit acht Mann im Frühdienst gegessen (I: Mhm). Heute sind sie zu viert. Und wenn dann einer ausfällt, bricht für die anderen dreien quasi schon, das ist eine Belastung, die ist eigentlich nicht zu schaffen. Da wird zwar immer schon mal vorab generiert ‚Jaa, da holt man sich einen von einer anderen Station zur Aushilfe‘. Da kriegen Sie dann einen Unterkursschüler – der (.) hindert (I: Mhm). Das ist keine Hilfe letzten Endes, ja. Und ja, das ist der ausschlaggebende Grund. Einmal der Gedanke an den Patienten, nicht an den Patienten direkt, also die Patienten natürlich stehen im Vordergrund, die müssen ordentlich versorgt sein, aber man sieht, wenn wir zu viert im Frühdienst sein sollten (I: Mhm) und ich fehle. Dann sind nur noch drei da, die können das gar nicht schaffen, weil zu viert sind wir schon am letzten Loch am Pfeifen.“ (Int. 11, S. 13, Z. 15-38)*

Medizinische Faktoren

Prägend für den Krankheitsverlauf waren nach Aussagen der Befragten weiterhin hier zusammengefasste medizinische Faktoren. Die berichteten Krankengeschichten der befragten Personen verliefen erwartungsgemäß sehr unterschiedlich. Gemein ist vielen von ihnen, dass der Verlauf durch Komplikationen bei der Behandlung ungünstig beeinflusst wurde. Die folgende Interviewsequenz illustriert dies. Die befragte Person wurde wegen Hüftproblemen operiert und zog sich eine Infektion mit resistenten Staphylokokken⁹ zu. Folge dessen waren schließlich mehrere Bandscheibenvorfälle:

„Ich hab mich von [xyz] operieren lassen in einer Klinik, wo ich wusste, da gibt es ganz, ganz wenig Infektionen, und war dann einer der Wenigen, die sich da doch eine Infektion eingefangen haben und hatte dann MRSA in der Hüfte und bin dann innerhalb eines Jahres fünfmal operiert worden, hab drei neue Hüften gekriegt und hatte dann auch zwei Bandscheibenvorfälle während dieser Zeit, während diesem Krückengehen und so und war einfach fertig. Konnte nicht mehr vernünftig gehen, hab auch nicht gedacht, dass ich jemals wieder vernünftig gehen kann und hab da erst so die ersten Gedanken dran verschwendet: was mach ich denn jetzt?“ (Int. 01, S. 8, Z. 1-7)

In einzelnen Fällen ergibt sich das Bild als durchaus tragisch zu bezeichnender Konstellationen, bei denen nicht nur medizinische Faktoren, sondern auch familiäre Probleme und Schicksalsschläge eine Rolle spielten. Beispielsweise verdichteten sich in einem Fall die hohe Arbeitsbelastung, die Erkrankung, die Ansprüche der Familie und der Kinder sowie die eingetretene Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen zu einer überfordernden Situation.

Weiterhin ist zu verzeichnen, dass etliche der interviewten Pflegefachpersonen von Unverständnis seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Kolleginnen und Kollegen und Arbeitgeber berichten. Nicht selten sei unterstellt worden, es handele sich um Simulanten, die die Erkrankung vortäuschten, um nicht arbeiten zu müssen. In einem Fall wurde die eigentliche Erkrankung dadurch spät erkannt. Konkret geht es um eine Knöchelfraktur aufgrund von Arthrose. Im Folgenden wird die entsprechende Episode angeführt:

⁹ Methicillin- bzw. multiresistenter Staphylococcus aureus (MRSA)

„Pflegefachperson: Ich bin immer hin und her, habe auf Innere gearbeitet, hab auf Intensiv gearbeitet, aber mehr Innere, das hat mir mehr gelegen. Und bin dann nachmittags vom Dienst nach Hause, meine Kinder und mein Mann saßen im Garten, geh auf die zu und knicke um. Und dann kam ich ins Krankenhaus, stationär dann und dann die ganzen Untersuchungen, was es alles ist. Erst mal hat man den Bruch gar nicht so festgestellt gehabt, aber da es nicht besser wurde... und da hab ich gesagt: da ist irgendwas, ich hatte es auch knacken hören mehrmals und dann hat man ein CT gemacht und da hat man das gesamte Ausmaß festgestellt. Alles kaputt. Und dann hat man halt in dem Knöchel auch schon die Arthrose festgestellt gehabt. Da hab ich mir auch weiter gar keine Gedanken gemacht gehabt. Ich hatte dann mehrere Wochen Gips gehabt, hab dann die Orthese getragen und durfte den Fuß halt nicht belasten. Bin immer mit Gehhilfen gegangen und das fiel mir dann auch immer schwerer. Und ich hatte auch Schwierigkeiten, meine Arme zu bewegen, weil die Schmerzen darin immer schlimmer wurden. War dann auch schon in Reha, also das erste Mal in Reha gewesen, und da hat man dann schon teilweise mehr die Schulter behandelt als meinen Fuß. Die sind also schon darauf eingegangen und haben mir dann empfohlen, zuhause nochmal zu gucken, beim Orthopäden, dass mit meiner Schulter auch irgendwas nicht ganz in Ordnung ist. Dann auch geröntgt worden, ja, ist so ein bisschen Verschleiß drin und so. Weiter wäre da nichts. Und dann hab ich gesagt: das geht aber nicht, ich kann den Arm nicht hochheben oder ich hab so wahnsinnige Schmerzen dabei, das ist nicht normal. Und dann: gut okay, ich guck mal rein und dann hat er reingeguckt und hat sich hinterher bei mir entschuldigt, dass er mich so abgetan hat, als ob ich nicht wollte, nicht arbeiten wollte oder so was in der Richtung, hat dann gesehen, dass es wirklich nicht ging. Und dann ging das ein paar Wochen gut, ich hatte dann auch Wiedereingliederung gehabt, aber bei der Wiedereingliederung war zu merken, ich konnte einfach keine Person mehr halten, das ging alles gar nicht mehr. Und es wurde auch wieder schlimmer und dann hat man festgestellt, dass die Arthrose wieder weiter vorangeschritten war und dass sich auch innerhalb von dem Jahr massive Verwachsungen gebildet hatten und alles irgendwo nicht mehr so in Ordnung war. Und dann hat man halt nochmal geguckt und hat gesagt: Beruf ist nicht mehr. Das war für mich wieder ein Einbruch gewesen. Ich war dann auch nochmal in Reha gewesen und dann haben die gesagt, ich sollte halt Rente beantragen und da habe ich gesagt: nee. Möchte ich nicht. Und ja, ich sollte halt die paar Jahre noch genießen, aber ich hab gesagt: wenn ich zuhause bin (.) das bin ich auch nicht. Und dann hab ich mir eine Möglichkeit gesucht, bin aufs Arbeitsamt gegangen, hab mich da erkundigt. Dann hab ich mich mit der Rentenversicherung in Verbindung gesetzt. Dann hab ich einen Reha-Berater bekommen und der hat sich dann gekümmert und so bin ich hierhergekommen.

Interviewerin: Sie sagten, der Arzt hätte erst so getan, als ob Sie nicht mehr wollten. Vielleicht schildern Sie mal die Situation?

Pflegefachperson: Ja, ich hatte unheimlich Schwierigkeiten, ihm das klar zu machen. Der hat gedacht, ich würde simulieren. So hatte ich das Gefühl von ihm, das hat er mir so vermittelt. Und da hab ich gedacht: das kann doch nicht sein. Ich krieg den Arm jetzt

auch nach oben, aber dass das weh tut und ich kann auch keine schweren Sachen oder so halten, manchmal nicht mal den Putzeimer.

Interviewerin: *Und war das ein Betriebsarzt?*

Pflegefachperson: *Nee, nee, das war ein niedergelassener Arzt. Ich hab den Arzt dann aber auch gewechselt.*

Interviewerin: *Mhm.*

Pflegefachperson: *Und dann hab ich gedacht: das kann nicht sein. Und ich hab gedacht: du simulierst nicht, Du hast jetzt wirklich diese Schmerzen. Und ich merk halt auch, dass es immer mehr Gelenke werden, die mir auch halt wehtun. Und jetzt hab ich einen Orthopäden, der mir das auch glaubt, der fragt dann auch immer nach. Auch nach den anderen Gelenken, ob da schon allmählich Symptome sind und ich merke auch für mich, dass es halt auch da teilweise, je nachdem, wie die Belastung ist, halt auch anfängt. Aber der Arzt, ich weiß es nicht, er hat sich zwar hinterher entschuldigt, er hätte das nicht gedacht, dass das so bei mir aussehen würde in den Gelenken und ich bin halt noch sehr jung, um überhaupt schon so eine Erkrankung zu haben. Von daher, aber dafür kann ich ja nichts.“ (Int. 03, S. 3, Z. 15 – S. 4, Z. 37)*

3.2.3 Rolle des Arbeitgebers und der Vorgesetzten

Die Rolle des Arbeitgebers stellte sich in den Interviews als eine bedeutsame Kategorie heraus. Dargestellt werden im Folgenden zunächst die Bewertungen der Rolle des Arbeitgebers, die in vielen Fällen negativ und nur in wenigen Fällen positiv ausfielen. Weiterhin war das Fehlverhalten von Vorgesetzten Thema. Letzter Gliederungspunkt innerhalb dieser Kategorie ist die Frage nach Gesprächen mit dem Arbeitgeber.

Positive Bewertung der Rolle des Arbeitgebers

Die Rolle des Arbeitgebers wurde selten positiv bewertet. Die positiven Bewertungen erstreckten sich dabei von neutralem Verhalten des Arbeitgebers, woraus dem betreffenden Arbeitnehmer immerhin keine Nachteile entstanden, bis zur Schilderung eines „tolle[n] Arbeitsklima[s]“ (Int. 07, S. 6, Z. 42), zu dem der Arbeitgeber Anteil am Gesundheitszustand und Wohlergehen seiner Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nimmt. Weitere Kriterien für eine positive Bewertung der Rolle des Arbeitgebers waren korrektes Verhalten (z.B. Int. 05, S. 12, Z. 37 ff.) und das Akzeptieren der Erkrankung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers (z. B. Int. 03, S. 7, Z. 9 f.). Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Daten keine Trennung von grundsätzlich „schlechten“ oder „guten“ Arbeitgebern erlauben, sondern hier nur konkrete Rollenanteile beschrieben und bewertet werden. So wurde u.a. geschildert, dass Arbeitgeber, die als eher desinteressiert beschrieben wurden, nach Verständigung im Kontext der Erkrankung der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers dennoch beispielsweise als „wirklich vernünftig“ (Int. 01, S. 6, Z. 5) bezeichnet wurden.

„Das ist uns zu teuer.“ – Negative Bewertung der Rolle des Arbeitgebers

Negative Bewertungen der Rolle des Arbeitgebers resultierten nach den Aussagen der Befragten vor allem aus dem mangelnden Interesse seitens der Arbeitgeber an der Arbeitssituation oder dem Gesundheitszustand der Beschäftigten. Oft berichteten die Pflegefachpersonen, dass die jeweiligen Arbeitgeber sich nach ihrer Einschätzung nicht für ihre gesundheitliche Situation interessierten oder verantwortlich fühlten und dementsprechend auch keine Maßnahmen oder Veränderungen einleiteten.

„Von Arbeitgeberseite hat mir eigentlich nichts geholfen. Also, das ist heute noch was, was in mir nagt.“ (Int. 01, S. 10, Z. 44 f.)

„Aber so vom Arbeitgeber hab ich das wirklich vermisst, dass der Arbeitgeber die Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter auch teilweise übernimmt. Das hab ich wirklich vermisst. Das war nichts.“ (Int. 02, S. 2, Z. 35-38)

Vor allem vermissten die befragten Pflegefachpersonen Verständnis seitens des Arbeitgebers und das Gefühl, ernst genommen zu werden. Beispielsweise beschrieb eine befragte Pflegefachperson, dass sie sich vom Arbeitgeber „im Stich gelassen“ (Int. 05, S. 5, Z. 5) fühlte. Weiterhin wurde Lob oder eine sonstige Honorierung für die Leistung vermisst.

Die eigentlichen Interessen der jeweiligen Arbeitgeber lagen stattdessen in der Wahrnehmung eines größeren Teils der Befragten in der Reduzierung von Kosten. Statt beispielsweise Versetzungen auf andere, weniger körperlich belastende Stationen zu realisieren, stand in vielen Fällen im Vordergrund, die jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Kündigung zu motivieren oder einen Auflösungsvertrag zu vereinbaren. Die folgende Sequenz illustriert dieses Vorgehen anhand eines offensichtlich typischen Falls:

„Es war ganz ruhig, das Gespräch. Es waren die Leitung und die PDL dabei. Und eine Sekretärin war dabei. Es war mittags und sie haben gesagt, sie haben sich Gedanken gemacht, was ich noch tun könnte auf Station, damit ich mitarbeiten könnte. Und dann kamen sie drauf, dass ich bei vielen Sachen noch jemanden brauche, der mit anfasst. Und dann wurde gesagt: nein, das machen wir nicht. Das ist uns zu teuer. Und dann wollten sie mit mir einen Auflösungsvertrag machen. Oder besser, ich sollte kündigen. So. Erst sollte ich kündigen. Da hab ich gesagt: nee, ich kündige nicht. Und ich bin dann nach Hause gefahren, hab mir dann auch so meine Gedanken gemacht und wusste aber da schon, ich hatte mich dann auch mit meinem Reha-Berater in Verbindung gesetzt gehabt und dann hatte ich auch schon die Idee mit der Weiterbildung. Und dann kriegte ich auf einmal ein Schreiben, ich würde den Arbeitsplatz blockieren, von dem Arbeitgeber. Ich möchte doch bitte kündigen. Das hatten sie mir dann schriftlich geschrieben gehabt. Da hab ich mir dann, bin ich zum Anwalt, hab das dem Anwalt übergeben und der hat dann zurückgeschrieben, dass ich nicht kündigen werde. Und dann haben die einen Auflösungsvertrag geschrieben, den habe ich auch meinem Anwalt gezeigt und ich hab dann gesagt: diesen Auflösungsvertrag unterschreibe ich nicht. Denn die haben den so geschrieben, dass nur ich keine Ansprüche stelle und sie dann alle Optionen frei

hatten. Und dann hab ich gesagt: das Ding unterschreibe ich nicht. Und dann hat mein Anwalt ein Schreiben aufgesetzt, an die wieder zurück geschickt, ich hatte vorher schon ein Zwischenzeugnis verlangt gehabt. Das haben sie mir dann auch geschickt, haben da auch Sachen reingeschrieben, von der Krankheit her und alles, was gar nicht da rein gehört. Das hab ich dann auch gleich beanstandet. Ich hab meinem Anwalt gesagt, dass ich mit dem Zwischenzeugnis auch nicht einverstanden bin. So von meiner Arbeit her war das super, da kann man nicht meckern, da kann man nichts sagen, war's okay. Aber wie gesagt, die haben Krankheit mit reingeschrieben, da hab ich gesagt, das möchte ich raus haben. Das haben sie dann auch gemacht. Dann hat mein Anwalt einen Auflösungsvertrag aufgesetzt, den haben sie auch akzeptiert. Den haben sie auch unterschrieben, ich hab ihn unterschrieben und dann habe ich noch ein Endzeugnis bekommen, das ist auch in Ordnung. Ein gutes Zeugnis und von daher war dann für mich das Ganze Ende des Jahres abgeschlossen. Ich bin jetzt auch froh drüber.“ (Int. 03, S. 14, Z. 1-34)

Ebenfalls typisch ist der Umstand, dass der Auflösungsvertrag schließlich zustande kommt. Etliche der Pflegefachpersonen waren, wie auch im obigen Beispiel anklingt, sogar froh, dass sie einen für sie möglichst vorteilhaften Auflösungsvertrag aushandeln konnten und sich so ein Ausweg eröffnete.

Eine weitere Dimension des Desinteresses seitens der Arbeitgeber liegt gemäß der Aussagen der Befragten im Nichteinhalten von gegebenen Versprechen. Im folgenden Fall wurde einer Pflegefachperson zugesagt, sie könne eine Arbeit außerhalb der Pflege erhalten. Als sie aus der Rehabilitation an ihre Arbeitsstelle zurückkehrte, musste sie dennoch wieder in der Pflege arbeiten:

„Und ja, das habe ich alles so weitergegeben, leider Gottes in einem Gespräch unter vier Augen. Da wurde mir dann zugesagt ‚Ok, nie wieder Pflege, wir suchen was anderes‘. Und wie ich aus der Reha kam, dann wurde ich ins kalte Wasser geschmissen und wurde wieder auf meiner alten Arbeitsstelle eingesetzt. Und daraufhin halt eben wieder Probleme mit einer Arbeitsunfähigkeit.“ (Int. 18, S. 3, Z. 4-8)

Parallelen ergeben sich hier zu den im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen angesprochenen Anforderungen an die Pflegefachpersonen: Sie müssten funktionieren, ihre Arbeit verrichten, während „das Menschliche“ keinen Stellenwert habe.

Fehlverhalten von Vorgesetzten

Thema in etlichen Interviews war das (Fehl-)Verhalten von Vorgesetzten, in der Regel Stations- oder Pflegedienstleitungen. Als Fehlverhalten wurde Folgendes eingestuft: Allgemein ausgedrückt war eine Wahrnehmung die schon angesprochene Differenzierung zwischen der aus Sicht der Befragten zu starken Orientierung an Management und ‚Bankertum‘ auf der einen Seite und der Vernachlässigung ‚des Menschlichen‘ auf der anderen. Damit teilweise in Zusammenhang steht eine weitere Wahrnehmung auf einer eher individuellen Ebene. Es wurde von Leitungskräften berichtet, die das erwähnte ‚Menschliche‘ bewusst torpedierten, indem

sie Teams trennten und Freundschaften innerhalb des Personals unterbänden. Weiterer Aspekt war Misstrauen gegenüber den erkrankten Pflegefachpersonen, das sich in einem Fall bis zum „Aufhetzen“ des Teams steigerte:

„Oder auch von oben gewollt von der Pflegedienstleitung mithin, dass wir eine Kollegin hatten auch mit einer Krebserkrankung jetzt direkt bei uns auf Station, eine ältere Kollegin, die seit Monaten gefehlt hatte. Und dass die Pflegedienstleitung ankommt und sagt, ja, da müssten wir sie anrufen und uns bei ihr bedanken, dass wir so viele Überstunden machen müssen. Eine Aussage von ganz oben gegen eine Kollegin, die, weiß Gott, andere Sachen jetzt im Kopf hat (I: Mhm), wie dass sie sich Gedanken um eine Station macht. Von oben gewollt Aufhetzen innerhalb von einem Team und selbst bei solchen Erkrankungen – widerlich – in meinen Augen. Da fragt man sich, wo hinter so Personen überhaupt noch Menschlichkeit steckt (I: Mhm). Und ich denke, da zählen letztendlich Zahlen, Fakten, Geld.“ (Int. 05, S. 16, Z. 12-20)

In Zusammenhang damit stehen die Aussagen einiger befragter Pflegefachpersonen, dass sie als Simulanten oder Krankmacher verdächtigt worden seien. Angesprochen wird hier ein Aspekt, der als *Vertrauen* interpretiert werden kann und im folgenden Abschnitt über die Gespräche mit dem Arbeitgeber aufgegriffen wird.

„Teilweise hat sie zwar Verständnis gezeigt“ – Gespräche mit dem Arbeitgeber

Die Frage, ob bezüglich der krankheitsbedingten Berufssituation Gespräche mit dem Arbeitgeber geführt wurden, wurde heterogen beantwortet. So wurden als Gründe dafür, den Arbeitgeber gar nicht erst anzusprechen, vielfach die Sichtweise genannt, dass Pflegenden leistungsfähig sein müssten, in einem solchen Gespräch aber „Schwäche“ (Int. 07, S. 5, Z. 29) eingestanden werden müsse. Auch wurde geäußert, dass dieses Eingeständnis von Schwäche als beschämend empfunden werde (vgl. Int. 17, S. 6, Z. 9 ff.). Ein weiterer Grund bestünde im Stellen von Ansprüchen, das dem tradierten Rollenbild der „dienenden“ Krankenschwester widerspreche. Damit im Zusammenhang wurden auch Befürchtungen geäußert, den Arbeitsplatz verlieren zu können, wenn die Krankheit bekannt werden würde (z.B. Int. 13, S. 11, Z. 27 ff.). Es sei hier auf den oben schon angesprochenen Aspekt der häufig fehlenden Vertrauensbasis zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten verwiesen. Mangelndes Vertrauen zum Arbeitgeber kann innerhalb der vorliegenden Daten durchaus als Grund dafür gesehen werden, dass die Pflegefachpersonen vergleichsweise selten das Gespräch mit ihren Arbeitgebern suchten.

Wenn Gespräche mit dem Arbeitgeber geführt wurden, wurden sie selten als erfolgreich beschrieben. In den als positiv bewerteten Fällen kamen Gespräche unter anderem aufgrund der Eigeninitiative der betreffenden Pflegefachpersonen zustande. Eigeninitiative äußerte sich zum einen im Initiieren solcher Gespräche. In der Einschätzung der Befragten ist dazu Offenheit notwendig, wie die folgende Sequenz illustriert:

„[...] mit denen hab ich sehr, sehr offen geredet. Und die konnten das auch so akzeptieren. Die haben zwar auf ihren Ansprüchen bestanden, also da gab's so klare, also, da

war einfach alles klar, aber da konnte ich wenigstens offen hingehen und sagen: ‚ich bleib noch genau ein Jahr und dann bin ich weg!‘ Und das war dann auch okay. Und da sind mir auch keine Nachteile draus entstanden, gar nicht.“ (Int. 01, S. 11, Z. 31-35)

Zum anderen äußerte sich die Eigeninitiative in den Interviews darin, selbst Vorschläge für alternative Arbeitsplätze zu machen. So im Fall des Interviews 11 (S. 4, Z. 39 ff.), in dem die befragte Person die Tätigkeit eines medizinischen Kodierers vorschlug. Zwar wurde dieser Vorschlag abgelehnt, es habe sich in diesem konkreten Fall jedoch ein konstruktives Gespräch ergeben, wie die Pflegefachperson beschrieb.

In den als negativ bewerteten Fällen wurde überwiegend von mangelndem Interesse seitens des Arbeitgebers berichtet. In einigen der betreffenden Einrichtungen gibt es nach Aussagen der Befragten institutionalisierte Formen von Mitarbeitergesprächen, allerdings blieben die Resonanz bzw. konkrete Verbesserungen aus. In der folgenden Sequenz ist zunächst von teilweiseem Verständnis des Arbeitgebers für die Situation die Rede, im weiteren Verlauf wird geäußert, es könne keine Rücksicht auf die erkrankte Pflegefachperson genommen werden:

„Teilweise hat sie zwar Verständnis gezeigt, aber auch, dass sie für mich keine Arbeit haben. Und sie könnten nicht ständig Rücksicht auf mich nehmen dabei, ich müsste in den Arbeitsablauf mit rein und sie könnten nicht einen zweiten Mann für mich mit abstellen, der dann immer nur mit mir gehen soll.“ (Int. 03, S. 7, Z. 41 ff.)

Wie die befragten Pflegefachpersonen berichteten, führte das geringe Interesse der Arbeitgeber dazu, dass sie irgendwann ihre Versuche einstellten, mit dem Arbeitgeber ins Gespräch zu kommen.

3.2.4 Rolle des Teams und Einfluss des privaten Umfelds

In dieser Kategorie wird neben dem Einfluss des privaten Umfelds insbesondere der Einfluss der Kolleginnen und Kollegen behandelt. Von den befragten Pflegefachpersonen wurde die Rolle der Teams in jenen Fällen als positiv bewertet, wenn sie halfen, indem sie sie beispielsweise von schweren Arbeiten entlasteten und auch Anteilnahme zeigten. Dadurch ergab sich für die erkrankten Pflegefachpersonen ein Rückhalt, der sie zum Durchhalten ermutigte und schwierige Arbeitsumstände erträglicher machte. Der folgende Auszug illustriert dies:

„Und ein Jahr lang ging das auch gut. Es war ein lockeres Arbeitsgeschehen. Die haben mir Zeit gelassen, mich einzuarbeiten, und ich habe ein gutes Team gehabt, ein sehr gutes Team von allen Seiten, auch von oben. Und das hat gut geklappt.“ (Int. 09, S. 2, Z. 12-15)

Auch die oben schon erwähnten Freundschaften auf Station fallen in diese Kategorie. Vielfach waren Engagement und Hilfe der Kolleginnen und Kollegen anfangs noch hoch, ließen im Laufe der Zeit aber nach. Auch im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen in der Pflege wurde von den Befragten beschrieben, dass die Teams selbst an ihrer Belastungsgrenze arbeiteten und deshalb kaum mehr Ressourcen vorhanden waren, sich weiterhin gegenseitig zu helfen.

„Da merkt man halt eben, wenn man des Öfteren ausfällt, dass man dann so, leider Gottes, ein Buhmann wird.“ (Int. 18, S. 7, Z. 27 f.)

„Am Anfang, ok, da kamen keine Kommentare und dann später halt eben ist dann schon mal gekommen ‚Bist du schon wieder krank? Was hast du denn jetzt schon wieder?‘ (I: Mhm), ne. Und dann sagt man halt eben auch ‚Ja, da kann ich auch nichts dafür, Entschuldigung. Wenn ich mich echt nicht bewegen kann, was soll ich mich ins Auto hocken, wenn ich noch nicht mal weiß, wie ich mich hinsetzen soll, um da hinzukommen?‘, ne (I: Ja, klar). Und da hat die (.) – im Endeffekt sind die auch nur von Station zu Station gehetzt, haben eine Krankmeldung nach der anderen reingekriegt, haben dann versucht, irgendwie von anderen Stationen Ersatz zu besorgen, und waren dann schon richtig halt eben aufgeregt (I: Mhm). Und wenn man dann mit denen ins Gespräch kam, dann hieß es dann auch ‚ja, schon wieder und wieso denn jetzt schon wieder, was war denn jetzt?‘ und ‚hach, du bist aber auch nur krank‘, ne.“ (Int. 18, S. 13, Z. 14-24).

Dies wurde in einigen Fällen als permanenter Zustand beschrieben, wo von Kolleginnen bzw. Kollegen grundsätzlich keine Hilfe zu erwarten sei, weil jeder für sich arbeite: „Da ist nicht mehr viel mit Kollegialität“ (Int. 16, S. 10, Z. 1). Verantwortlich dafür gemacht werden von den Befragten die veränderten Arbeitsbedingungen, die unkollegiales Verhalten förderten, weil alle Pflegefachpersonen an ihrer Belastungsgrenze arbeiteten.

Der Einfluss des privaten Umfelds wurde in den Interviews überwiegend positiv beschrieben. Insbesondere Freunde und Familie spielen hier eine überwiegend unterstützende, helfende und ermutigende Rolle. In einigen Interviews wurde deutlich, dass diese positive Einschätzung aber durchaus ambivalent ist. Einige Befragte erzählten von der familiären Prägung des ‚Augen zu und durch‘, wie anhand des nachfolgenden Zitats illustriert wird:

„Hab so in die Wiege gelegt bekommen: man jammert nicht und durch und fertig aus.“ (Int. 02, S. 5, Z. 30 f.)

Eine weitere Variation dieser Einstellung wird in der folgenden Sequenz deutlich. Hier geht es um psychische Probleme, die vom familiären Umfeld als ‚Hängenlassen‘ gedeutet wurde:

„Und ja, und die sagt ‚Lass dich doch nicht so hängen und jetzt mach doch mal‘ und also über die Psyche und so wird da gar nicht gesprochen.“ (Int. 15, S. 10, Z. 41 f.)

Auffällig ist hier auch die Ähnlichkeit dieser familiären Prägung zur Selbsteinschätzung der Pflegenden: Demnach bedeutet Pflege Helfen und da zu sein, leistungsfähig zu sein, und nicht zu klagen. Ambivalent ist die Einschätzung deshalb, weil dieser Pflege-,Codex‘ den Pflegenden nach eigener Aussage teilweise zum Verhängnis wurde und es sie einiges an Anstrengungen kostete, diese Einstellung ihrer Familien oder Freunde zu überwinden. In den meisten Fällen gelang dies und die Pflegefachpersonen berichteten, dass sie wieder Rückhalt in der Familie fanden.

3.2.5 Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Konzepte

Vor dem Hintergrund der geschilderten Erfahrungen machten die befragten Pflegefachpersonen auch Verbesserungsvorschläge, die möglicherweise den Eintritt der Berufsunfähigkeit hätten verhindern können. So wurden Vorschläge unterbreitet zur gesundheitsbezogenen organisatorischen Entwicklung, konkreten Anpassung der Arbeitsumgebung, zu gesundheitsfördernden Angeboten und Vorschläge zur Einführung eines Sabbatjahres.

Organisatorische Entwicklungen

Etliche Befragte hatten sich Gedanken gemacht und auch Vorschläge unterbreitet, wie ihr zukünftiges Arbeitsfeld aussehen bzw. wo es organisatorisch angesiedelt sein könnte. Als den eigenen Leistungsfähigkeiten angemessen eingeschätzt wurden beispielsweise Arbeitsstellen, deren Schwerpunkt auf administrativen oder „nicht-pflegerische[n] qualifizierte[n] Tätigkeiten“ (Int. 04, S. 13, Z. 32) liegt. Gemeint sind beispielsweise Tätigkeiten der Behandlungspflege (im Unterschied zu körperlich stärker belastenden Pfl egetätigkeiten, wie Waschen, Lagern etc.) oder Schreibtischarbeit. Konkret genannt wurden Aufgaben im Qualitätsmanagement, Wundmanagement, Entlassmanagement, Case Management, soziale Betreuung oder etwa medizinische Kodierarbeit. Dabei ging es den befragten Pflegefachpersonen vorrangig darum, auf der Grundlage ihrer pflegerischen Qualifikationen und Berufserfahrungen weiterarbeiten zu können.

In diesem Zusammenhang wurde von den Befragten mehr Mut zur Umstrukturierung in den Krankenhäusern angemahnt, also die Bereitschaft zur Schaffung anderer institutionalisierter Formen. Genannt wurde die obligatorische Rotation aller Pflegefachpersonen, die den Nebeneffekt hätte, dass jeder die Chance hätte, eine Zeit lang auf ruhigeren oder ‚leichteren‘ Stellen zu arbeiten, diese also prinzipiell für alle zugänglich werden. Weiterhin wurde vorgeschlagen, diese körperlich weniger belastenden Stellen systematisch zu erheben und zu entwickeln. So könnte bei Bedarf den Aspirantinnen und Aspiranten auf eine solche Stelle Auskunft und eine zeitliche Perspektive gegeben werden, etwa wann und wo eine entsprechende Anstellung frei würde. Verhindert werden könnte damit auch, dass die Initiative (also das Bitten um Versetzung o.Ä.) betroffener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Sande verlaufe. Ein weiterer Aspekt der Vorschläge bezog sich auf eine größere Beachtung von Regelmäßigkeit, insbesondere der Arbeitszeiten, und somit mehr Planbarkeit zur Vereinbarung von Beruf, Familie und Freizeit. Damit werde außerhalb der Arbeit mehr möglich, beispielsweise Freizeitaktivitäten zum Ausgleich von Belastungen. Weiterhin würde nach Ansicht der Befragten für länger dauernde Weiterbildungen mehr Planungssicherheit geschaffen werden können, die dann neue Perspektiven und die Möglichkeit, neue Arbeitsfelder zu erschließen, eröffnen würde.

Anpassung der Arbeitsumgebung

Hinsichtlich der Anpassung der Arbeitsumgebung wurden von den befragten Pflegefachpersonen ebenfalls eingestreut in die Interviews unterschiedliche Beispiele genannt. Gemeinsam ist ihnen, dass es hier nicht um die Schaffung neuer Stellen oder um die Versetzung auf andere

Stellen geht, sondern dass eine Anpassung der konkreten Arbeitsumgebung verhindern könnte, dass Erkrankungen wie beispielsweise Rückenleiden häufig auftreten. So wurde vorgeschlagen, dass Rollbretter oder höhenverstellbare Pflegestühle für Transfers schwerer immobiler Patienten angeschafft werden könnten. Weiterhin könnten Arbeitsplätze so eingerichtet werden, dass mit Stehpulten oder höher angebrachten Schubladen kein Bücken oder Sitzen mehr nötig sei, weil dann im Stehen gearbeitet werden könnte.

Gesundheitsfördernde Angebote

Gesundheitsfördernde Angebote machten einen weiteren Teil der Verbesserungsvorschläge aus. Sie richten sich überwiegend an die Einrichtungen bzw. Arbeitgeber. Vorgeschlagen wurde von den befragten Pflegefachpersonen einerseits, vorhandene Möglichkeiten, wie z.B. ein Schwimmbad, für eine Nutzung in definierten Zeiten durch die Mitarbeiterschaft freizugeben. Geringe oder gar keine Investitionen könnten in der Einschätzung der Befragten so einen verhältnismäßig großen Nutzen bringen. Weiterhin wurden Angebote vorgeschlagen, die vom Arbeitgeber einen höheren Investitionsaufwand erfordern würden, beispielsweise das Angebot einer Rückenschule im Haus für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Freistellungen bzw. Vergünstigungen für gesundheitsfördernde Angebote wie etwa in einem Fitness-Studio. Darüber hinaus wurden von den Befragten auch Vorschläge gemacht, einen Arbeitspsychologen oder vergleichbar Qualifizierte einzustellen. Im Sinne einer Supervision bzw. eines neutralen, außenstehenden Ansprechpartners könne dieser auch außerhalb formeller Supervisionsrunden für Gespräche zur Verfügung stehen.

Andererseits wurden auch Vorschläge unterbreitet, die sich an die Krankenkassen und die Politik richten. So wurde es von den befragten Pflegefachpersonen als notwendig befunden, dass mehr Physiotherapie oder Ergotherapie genehmigt werde. Insbesondere im Hinblick auf „strapazierende“ und „extreme“ (Int. 12, S. 12, Z. 41 ff.) Berufe, wie Pflege, Polizei oder Feuerwehr, wurde vorgeschlagen, spezielle Kuren oder andere Möglichkeiten einzurichten.

„um mal wieder zu mir selbst zu kommen“ – Sabbatjahr

Die Möglichkeit eines Sabbatjahres wurde von etlichen interviewten Pflegefachpersonen als Vorschlag erwähnt. Insbesondere die Möglichkeit, über einen längeren Zeitraum vom Arbeitsleben pausieren zu können, wurde als sehr nützlich gesehen. In den meisten Fällen begründet sich diese Argumentation aus den Erfahrungen während der Berufsunfähigkeit, die mit einer langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit einherging. In dieser Zeit konnten die befragten Pflegefachpersonen nach ihren eigenen Aussagen Abstand gewinnen und gewissermaßen zu sich zurückfinden. Nachfolgend einige Zitate aus den entsprechenden Interviews:

„Was ich mir in dieser ganzen Zeit immer gewünscht hab, war so ein Sabbatjahr. Also wirklich zu sagen, ich steig' jetzt ein Jahr aus. Ich mach jetzt ein Jahr was völlig anderes oder bleib zuhause oder oder. Also wenn es die Möglichkeit gegeben hätte, ja, das hätte ich gemacht.“ (Int. 01, S. 11, Z. 43 ff.)

„Also das, also ich guck immer sehr neidisch – ich habe noch so Kontakte auch ins öffentliche Schulsystem (I: Mhm), also Freunde von mir, die arbeiten da noch – und, äh, die haben ja zum Beispiel die Möglichkeit, für sich ein Sabbatjahr, ne, zu haben. Also mir hat jetzt diese Zeit der Arbeitsunfähigkeit ja sehr geholfen, ne (I: Mhm). Und ich denke mal in so, also nach – ich sage mal – 25 Jahren Tätigkeit einfach mal nicht nur 4 Wochen Urlaub zu haben oder 6 Wochen, sondern mal so ein ganzes Jahr, auch Zeit für sich zu haben, ne (...). Das ist eine feine Sache. Also wenn das irgendwie möglich wäre, würde ich äh das jedem wünschen, ne (I: Mhm). Also auch nach einer – es muss nicht unbedingt Schule sein, ne – sondern nach einer – ich sage mal – 20-jährigen Berufstätigkeit, 20 Jahre in der Mühle sein, man vergisst doch Dinge, die einem wichtig sind, ne. Oder dass man sich mal um seine Partnerschaft kümmert, so auch gedanklich, und mal dieses Pflänzchen, was dann auch vieles in den Jahren ausgehalten hat oder aushalten musste, dass man das einfach mal wieder pflegt, ne (I: Mhm), sich da mal drauf konzentriert. Das ist ja auch ein wichtiger Rückhalt, ne.“ (Int. 07, S. 5, Z. 44 – S. 6, Z. 12)

In den oben angeführten Beispielen kommen die befragten Pflegefachpersonen explizit auf das Sabbatjahr zu sprechen. Dies ist nicht in allen Interviews der Fall. Dagegen kommen aber in fast allen Interviews die befragten Personen darauf zu sprechen, wie gut ihnen die Zeit der Arbeitskarenz während der Krankschreibung getan hat. Zur Illustration dessen ein weiterer Interviewauszug:

„Und ich habe das ja gemerkt in der Zeit, wo ich dann krankgeschrieben war und wo ich dann mal wieder gelernt habe, dass ich auch noch ein Leben habe, ne (I: Mhm). Und dass ich mal was für mich tun kann. Ja, das war wirklich, das Jahr habe ich gebraucht, um mal wieder zu mir selbst zu kommen (I: Mhm), ne, und um mal überhaupt zu sehen ‚Ja, was bringt das Leben noch für dich‘, ne. (...) Da hat man schon gemerkt, wo man gestanden hat. Also Burnout und da war alles dabei, ne.“ (Int. 16, S. 3, Z. 15-20)

Insbesondere die ‚Auszeit‘, also der Abstand zum stressigen Alltag, ermöglichte den Pflegekräften, ihr bisheriges Leben neu zu bewerten und eine Entscheidung zu treffen.

3.3 Erklärungsansatz: Das EKK-Phasenmodell

Aufbauend auf den Gemeinsamkeiten hinsichtlich der geschilderten beruflichen und gesundheitsbezogenen Entwicklungen bis hin zur Berufsunfähigkeit bzw. in die medizinische und/ oder berufliche Rehabilitation, konnte aus den Daten und Analysen ein Phasenmodell entwickelt werden, das übergreifend über alle Gespräche drei grundsätzliche Phasen aufweist: Exposition, Krise und Konversion (Abbildung 4).

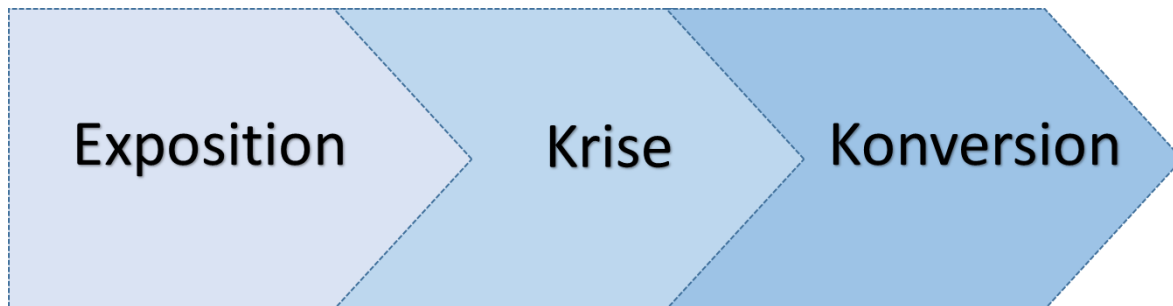


Abb. 4: EKK-Phasenmodell mit Exposition, Krise und Konversion

Exposition: In der Phase der Exposition entfaltet sich mehr oder weniger offen und dramatisch der Verlauf einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Erkrankung bei der Pflegefachperson. Eine ganze Reihe von Umgebungsfaktoren und persönliche Faktoren, die auf die Prozesse einwirken und untereinander dynamisch interdependieren können, sind dabei von Bedeutung. Es lassen sich aber zwei grundsätzliche Ausprägungen der Exposition unterscheiden. Zum einen die *diskrete Exposition*: Hier entwickelt sich bei in der Pflege Beschäftigten eine gesundheitliche Beeinträchtigung über einen längeren Zeitraum unbemerkt und unerkannt von den Betroffenen. Von ihnen werden über einen längeren Zeitraum keine Anzeichen oder Symptome einer Erkrankung oder Einschränkung wahrgenommen, obwohl – wie im Nachhinein dann nicht selten diagnostiziert wird – diesbezügliche Entwicklungen bereits zuvor eingetreten waren. Ebenfalls als diskret werden hier Phasen der Exposition bezeichnet, in denen Beschwerden zwar wahrgenommen, aber nicht als solche erkannt wurden und somit auch keine Konsequenzen im Verhalten der Betroffenen nach sich zogen. Es geht also um die Verkennung der Symptome, die insofern keine Konsequenzen haben, als von den Betroffenen bspw. keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Gewissermaßen könnte man hier auch von einer objektiven und einer subjektiven Dimension der diskreten Exposition sprechen: Während bei der einen tatsächlich und objektiv keine Symptome erkannt werden, ist das Verkennen von Symptomen bei der anderen ein entschieden subjektiver Prozess des Nicht-Wahrnehmens.

Im Gegensatz dazu lässt sich eine *offene Exposition* beschreiben, die unterschiedlich intensiv verlaufen kann. Von den Betroffenen können zum Teil bereits früh Symptome, wie z.B. Schmerzen, Schlaflosigkeit etc., wahrgenommen werden. Trotzdem kann es sein, dass die Be-

schwerden ignoriert werden. Grund dafür können z.B. die in Kapitel 3.2.2 beschriebenen personen- und einstellungsbezogenen Faktoren („... dass man den Menschen dient“) sein. Der Unterschied zu der bei der diskreten Exposition beschriebenen Verkennung besteht aber darin, dass in der offenen Exposition die Beschwerden Konsequenzen für das Verhalten der Betroffenen haben. In der Regel liegt dann auch eine Diagnose vor, die Betroffenen sehen sich auch als krank an, nehmen ärztliche Behandlung in Anspruch oder unternehmen gezielte Versuche der Selbsttherapie, wie zum Beispiel Krankengymnastik. Dennoch verschlimmert sich die Situation zusehends.

Krise: Die Phase der Krise wird in aller Regel durch einen Wendepunkt respektive eine Wendezeit markiert, die durchaus unterschiedlicher Natur sein können, aber letztendlich die Phase der Konversion (s.u.) einleiten. Auch hier sind zwei Ausprägungen wesentlich. Zum einen die **akute Krise:** Hier tritt der Wendepunkt unerwartet auf, nicht selten auch in Form eines Unfalls. Auf der anderen Seite lässt sich die **chronifizierte Krise** beschreiben: Hier markiert die Wende den Endpunkt einer längeren Entwicklungsphase, oftmals verbunden mit einem sich kontinuierlich steigenden Leidensdruck.

Konversion: Unter der Phase der Konversion wird schließlich der Eintritt in eine berufliche Neuorientierungsphase der betroffenen Pflegefachpersonen verstanden. Diese Phase verläuft individuell ebenfalls sehr unterschiedlich und oftmals nicht so geradlinig, wie die Bezeichnung es vermuten ließe. Maßgeblich für den Verlauf sind zum einen Art und Ausmaß der Erkrankung der Betroffenen. Zum anderen wird diese Phase auch von der persönlichen Einstellung der Betroffenen zur Pflege und dem Pflegeberuf sowie von familiären Konstellationen und weiteren Faktoren bestimmt. Auch die Zielgerichtetheit und die Dynamik in der Konversionsphase können höchst unterschiedlich sein. I.d.R. handelt es sich um eine Zeit der Suche nach einer passenden Tätigkeit bzw. Aufgabe, in der auch die eine oder andere Richtungsänderung nochmals vorgenommen wird.

Innerhalb dieses EKK-Phasenmodells ließen sich drei Verlaufstypen näher beschreiben. Insbesondere die Phasen der Exposition und der Krise sind mit ihren sich gegenüberstehenden Ausprägungen dabei in einem Zusammenhang zu sehen (Abbildung 5).

Verlaufstyp I weist eine *diskrete Expositionsphase auf, die in eine akute Krise mündet*. In diesen Fällen führt jeweils eine lange unbemerkt gebliebene bzw. erst sehr spät gedeutete Krankheitsentwicklung zu einem plötzlichen, unerwartet eintretenden Wendepunkt. Oder ein akutes Ereignis, wie ein Unfall, hat in die Krise geführt und die Faktoren der Exposition mitunter erst im Nachgang zutage gefördert. Diesem Typus konnten insgesamt vier der 21 Interviews zugeordnet werden.

Verlaufstyp II hingegen durchläuft eine *offene Expositionsphase, die in eine chronifizierte Krise übergeht*. Diesem Feld konnten zwölf Interviews tendenziell zugeordnet werden, d.h. in dem hier betrachteten, nicht repräsentativen Sample war dies die häufigste Kombination. Exposition und Krise gingen förmlich „sehenden Auges“ und fließend ineinander über. Am Ende dieses mitunter langwierigen Prozesses beugen sich die betroffenen Pflegefachpersonen nicht selten dem zunehmenden Leidensdruck und entscheiden, sich beruflich zu verändern.

Verlaufstyp III schließlich bleibt in dieser Analyse indifferent und wird als *alternierender Typ* beschrieben. Insgesamt fünf Fälle wurden hier zugeordnet. Sie enthalten Elemente der Typen I und II, die in etlichen Fällen aufeinander folgen. So folgt in vier Fällen dieses Verlaufstyps auf eine diskrete Exposition mit akuter Krise eine zweite, diesmal offene Exposition, die in eine chronifizierte Krise mündet. Zwei Fälle (Interview 04 und 19) weichen davon ab. Hier folgen nicht zwei Verlaufstypen aufeinander, sondern einzelne Elemente derselben vermischen sich. Zum Teil kann das an der Schilderung der Betroffenen liegen, die im Sinne einer Zuordnung der Erzählungen zu den Typen I oder II keine exakten Rückschlüsse zuließen. Aber auch hier sind Elemente beider Verlaufstypen zu finden, weshalb diese beiden Fälle ebenfalls dem alternierenden Verlaufstyp zugeordnet wurden.

Andere denkbare Typen, also jene, in denen eine offene Exposition mit akuter Krise oder eine diskrete Exposition mit chronifizierter Krise kombiniert auftauchen würden, kamen in den untersuchten Fällen bis auf eine Ausnahme (Interview 04) nicht vor. Gerade letztgenannter Typ ist auch aus logischen Zusammenhängen weniger erwartbar als die restlichen Typen.

Auf der Grundlage der Analysen und der Typologie konnten die 21 Interviews wie folgt den drei Typen zugeordnet werden (Tab. 3, ausführlicher im Anhang):

Int.	Geschlecht	Typ I diskret/akut	Typ II offen/chronifiziert	Typ III alternierend
01	♂	X		
02	♀		X	
03	♀			X
04	♂			X
05	♀		X	
06	♀			X
07	♂	X		
08	♀		X	
09	♀		X	
10	♀		X	
11	♂		X	
12	♀		X	
13	♂		X	
14	♀	X		
15	♀		X	
16	♀		X	
17	♀		X	
18	♂		X	
19	♀			X
20	♀	X		
21	♀			X

Tab. 3: Zuordnung der Interviews zu einem der beschriebenen Typen

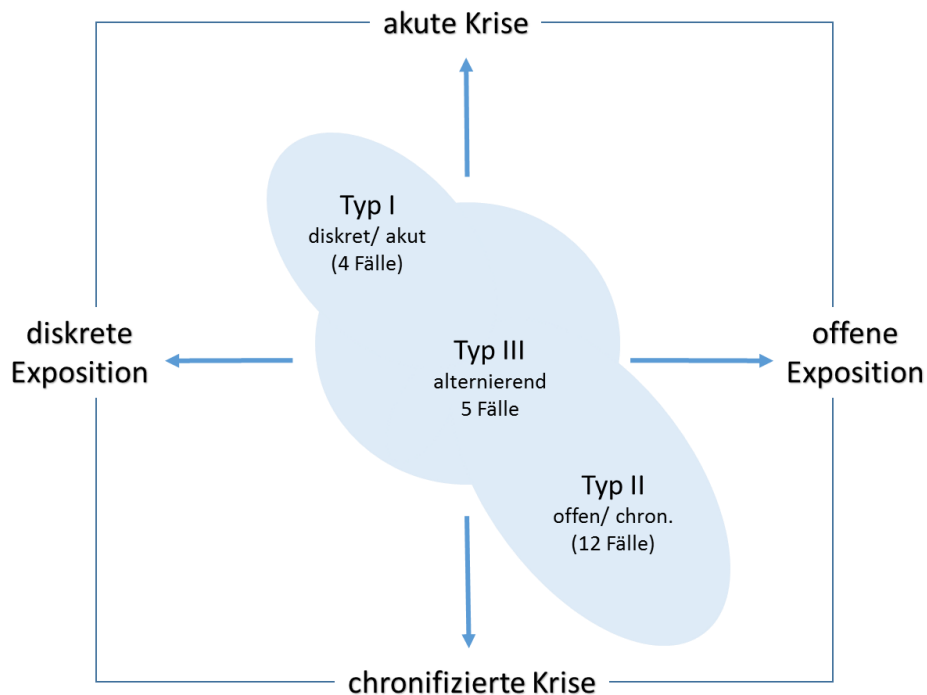


Abb. 5: Einordnung der analysierten Interviews in ein Koordinatensystem von Expositionen und Krisen mit Sichtbarmachung der Typen.

Um die hier herausgestellten Typen näher zu beschreiben, werden nachfolgend ausgewählte Fälle beispielhaft vorgestellt. Dabei werden die Fälle in Form zusammenfassender Profile beschrieben.

3.3.1 Typ I: Diskrete Exposition mit akuter Krise

In dieser Konstellation der Fälle hat sich die jeweilige gesundheitliche Einschränkung oder Erkrankung weitgehend unbemerkt entwickelt und ist in einer plötzlichen Wendung in eine Krise gekommen. Beispielhaft wird hierfür zunächst das Profil des Interviews 07 angeführt.

Profil Interview 07

Exposition

Die befragte Pflegefachperson (männlich) gab im Interview an, keine Warnzeichen wahrgenommen zu haben und auch körperlich immer sehr aktiv und „topfit“ gewesen zu sein: „Ja, gut, wenn Sie über Warnzeichen sprechen, äh kann ich eigentlich sagen, ich hatte keine. Ich fühlte mich also eigentlich äh bis zum (.) Schluss, also bis dass ich dann meinen Herzinfarkt bekam, eigentlich topfit und äh (.) habe mich auch sehr viel bewegt, habe äh (.) ähm ja sehr viel Waldarbeit gemacht, also auch richtig anstrengend.“ (S. 1, Z. 18-21)

Er war lange als Schulleiter einer Krankenpflegeschule tätig. Nach 25 Jahren beendete er diese Tätigkeit, weil er sich „ausgebrannt fühlte“ (S. 1, Z. 36), die Lehrertätigkeit als Belastung empfunden und auch teilweise Angst gehabt habe, in die Schule zu gehen. Er wollte

„zu den Wurzeln zurück“ (S. 1, Z. 42), wie er sagte, und war dann in der ambulanten Intensivpflege (Heimbeatmung) tätig. Nach sehr kurzer Zeit (14 Tagen) sei er Teamleiter geworden, obwohl er das eigentlich gar nicht gewollt habe. Er beschrieb seine Arbeit in der ambulanten Intensivpflege als sehr engagiert.

Krise

Während eines Ausflugs mit Patientinnen und Patienten erlitt er einen Herzinfarkt. Nach Beendigung einer darauf folgenden Reha-Maßnahme sei er zunächst in seinen Beruf zurückgegangen und habe wie zuvor weitergearbeitet: „[...] *ich habe das total negiert, ne – so Kopf in den Sand gesteckt, erstmal dann so weitergearbeitet wie bisher. (.) Naja, wurde dadurch natürlich nicht besser.*“ (S. 2, Z. 37 f.)

Wenige Jahre später habe er während der Arbeit eine Synkope (plötzliche Bewusstlosigkeit) erlitten. Das sei für ihn und den Arbeitgeber ein Signal gewesen, dass es so nicht mehr weitergehen könne. Eine weitere Folge sei gewesen, dass er kein Auto oder Motorrad mehr fahren konnte. Bereits nach dem Herzinfarkt habe er depressiv auf die Situation des „Nichtmehr-Könnens“ reagiert, ebenso wie nach der Synkope. Zeitweise habe er Antidepressiva genommen.

Generell äußert sich der Interviewteilnehmer sehr positiv über seinen früheren Arbeitgeber, insofern es keine Konflikte oder Probleme gegeben habe. Andererseits bemängelte er, dass der Arbeitgeber ihm keine Alternativen angeboten habe, als er durch seine Synkope nicht mehr in der direkten Pflege arbeiten konnte.

Konversion

Nach der Synkope folgte eine Zeit der Neuorientierung. Er hatte Kontakt mit dem Arbeitsamt und der Rentenversicherung aufgenommen und seine Arbeitsstelle in der ambulanten Intensivpflege beendet. Es folgte ein nahtloser Übergang in die berufliche Rehabilitation.

Im Fall des Interviews 07 sind zwei plötzlich und unerwartet aufgetretene krisenhafte Wendepunkte zu verzeichnen. Zunächst der Herzinfarkt, der allerdings noch keine Konsequenzen im Sinne einer beruflichen Neuorientierung nach sich gezogen hatte. Erst der zweite Wendepunkt leitete den Umbruch in die Konversion ein, also die Neuorientierung in Richtung der beruflichen Rehabilitation. Wie im oben aufgeführten Profil zitiert, gab der Teilnehmer an, keine Warn- oder Krankheitszeichen wahrgenommen und sich im Gegenteil körperlich gesund und leistungsfähig gefühlt zu haben. Im Rückblick und vor allem der distanzierteren Betrachtung im Rahmen der Datenanalyse wird allerdings sehr wohl klar, dass der Herzinfarkt und die Synkope eine Vorgeschichte hatten. Die Schilderungen der Situation als Schulleiter waren durchsetzt mit Hinweisen auf eine außerordentliche Belastung. Die Aussage des Teilnehmers, er habe sich ausgebrannt gefühlt, weisen darauf hin, dass auch er selbst die Situation im Rückblick möglicherweise so einschätzt. Ebenso die depressive Reaktion auf die Situation nach dem In-

farkt und vor der Synkope lassen sich rückblickend mit Letzterer in einen Zusammenhang setzen. Entscheidend ist jedoch, dass der Teilnehmer selbst nach seinen Aussagen vorher keine Anzeichen wahrgenommen, sondern sich ausgesprochen gesund gefühlt hatte.

Als weiteres Beispiel für den Typ I wird Interview 01 angeführt. Interessant ist es deshalb, weil es sich hier um psychische Beschwerden handelt, die zudem in zwei Wellen diskreter Expositionsphasen aufeinanderfolgen.

Profil Interview 01

Exposition

Die befragte Pflegefachperson, männlich, arbeitete schon mehr als zwanzig Jahre in der Pflege. Er beschreibt, dass der Druck immer mehr zugenommen habe, was ihm allerdings erst im Nachhinein bewusst geworden sei. Im alltäglichen Berufsleben habe er einfach immer weitergemacht, ohne in seinem Zustand unbedingt Krankheitswert zu erkennen. Rückblickend bezeichnet der Befragte seinen Zustand als Burnout.

Krise

Der Befragte verursachte total übernächtigt einen schweren Autounfall (schweres SHT, Frakturen der Hüfte, Rippen, Arme): „[...] hatte wirklich Glück, dass ich überlebt habe.“ (S. 5, Z. 28 f.)

Danach folgte eine 4-monatige Zeit der Genesung und Krankschreibung.

Weitere Exposition

Der Befragte wechselte nach einer körperlich anstrengenden Berufstätigkeit in der geriatrischen Reha ins Management zunächst als Stationsleiter, dann als stellvertretender Pflegedienstleiter. Nach einiger Zeit musste er plötzlich und unvorbereitet die Pflegedienstleitung übernehmen, weil der ehemalige PDL krankheitsbedingt ausgefallen war. Der Betroffene sagte, er habe das „Chaos“ des alten PDL aufräumen müssen, arbeitete zum Teil 14-16 Std. pro Tag, dazu teilweise auch am Wochenende: „[...] hatte also dann auch nie Ruhe“ (S. 6, Z. 41), „[...] musste mich plötzlich [...] um alles kümmern“ (S. 6, Z. 43 f.).

Im Rückblick betrachtet habe er sich in der gleichen Situation wie vor dem Unfall befunden, was er aber zu diesem Zeitpunkt nicht realisiert habe. Stattdessen habe er angefangen, Medikamente zu nehmen, um überhaupt zur Arbeit gehen zu können. Schließlich habe das in einen regelrechten Missbrauch von Benzodiazepinen gemündet. Er habe auch eine Psychotherapie begonnen, die ihm geholfen habe.

Zweite Krise

Er bekam wieder Probleme mit der (nach dem Unfall operierten) Hüfte: „Was mir dann geholfen hat, war mein Körper [...]. Das ging auch sehr, sehr schnell, es wurde halt immer dramatischer.“ (S. 7, Z. 19-23)

In diesem Zusammenhang entstanden Probleme mit dem Arbeitgeber, die zu einem Auflösungsvertrag führten. Der Befragte rahmt das rückblickend sehr positiv und spricht davon, dass sein Körper ihm damit geholfen habe.

Konversion

Nach dieser OP kam es zu Komplikationen: MRSA, weitere OPs, zwei Bandscheibenvorfälle. Arbeiten in der Pflege war dann nicht mehr möglich, weshalb er einen Reha-Berater kontaktierte und schließlich eine Weiterbildung zum Pflegeberater machte.

Das Interview 01 ist insofern dem Typ I zuzuordnen, als der Betroffene in der ersten Expositionsphase in seinem Zustand keine Krankheit erkennt. Deutlich wird dies vor allem im Rückblick. Die akute Krise des Autounfalls steht mit dem Burnout in Verbindung: Er sei übernächtigt gewesen und beschreibt das im Interview als in seinem damaligen Zustand durchaus üblich. Die Zweite Expositionsphase verläuft ebenfalls überwiegend diskret. Der Befragte sagt, er habe nicht realisiert, dass er sich wieder in den gleichen Zustand wie zuvor hineinmanövriert habe. Auch dies erkennt er erst im Nachhinein. In der zweiten Expositionsphase könnten auch Elemente des Typen II gesehen werden, schließlich beginnt der Betroffene eine Psychotherapie. Schwerer in Bezug auf eine Einordnung als Typ I wiegt aber, dass der Befragte explizit zum Ausdruck bringt, er habe nicht realisiert, dass er wieder einen Burnout entwickelte und dementsprechend auch nicht versuchte, ursächlich die ihn verursachende Situation zu verändern. Insofern ist dieses Interview ein Beispiel für die oben erwähnte, eher tendenzielle Zuordnung eines Falles zu einem Idealtyp.

3.3.2 Typ II: Offene Exposition mit chronifizierter Krise

Bei Typ II entwickelt sich eine (in den meisten Fällen bekannte) Erkrankung über einen längeren Zeitraum und findet schließlich ihren Wendepunkt nach einer längeren Krise.

Profil Interview 16

Die Teilnehmerin hat den Beruf der Kinderkrankenschwester erlernt. Sie sagt, dass sie schon als Kind Kinderkrankenschwester werden wollte, und sieht diese Tätigkeit als ihre Berufung an: „[...] *den habe ich schon im Sinn gehabt, als ich in die Schule kam. Also im Grunde genommen war der Beruf für mich so eine Art Berufung, wie man so sagt.*“ (S. 1, Z. 27 f.)

Als sie eigene Kinder bekam, wechselte sie in die „große Krankenpflege“ (S. 1, Z. 31), also die Erwachsenenkrankenpflege. In diesem Feld arbeitete sie rund 20 Jahre lang.

Exposition

Die Teilnehmerin beschreibt, dass sie etwa zehn Jahre lang unter Rückenschmerzen litt und sich damit „quälte“ (S. 1, Z. 42). Mit Training und Schmerztabletten versuchte sie, die Beschwerden zu kompensieren. Die Schmerzen besserten sich aber nicht, sondern nahmen immer mehr zu und seien trotz Tabletten irgendwann nicht mehr zu ertragen gewesen (S. 3, Z. 43–S. 4, Z. 5).

Krise

Nach einigem Aufschieben war für sie ein Punkt erreicht, an dem sie erkannte, dass es so nicht mehr weitergehen könne:

„[...] aber das schiebt man ja dann so vor sich her und sagt: ‚Nein, mm, kann man noch nicht machen‘ und (.) irgendwann habe ich gesagt: ‚So, jetzt ist der Punkt erreicht, wo du wirklich was tun musst, wo es nicht mehr geht‘ [...]“ (S. 2, Z. 1-3)

Als Auslöser für diesen Wendepunkt nannte die Teilnehmerin die hohe körperliche Belastung in Verbindung mit dem Stress. Sie beantragte eine dreiwöchige ambulante Reha, die ihrer Aussage nach aber nichts bewirkte. Danach suchte sie „endlich“ (S. 2, Z. 6) einen Orthopäden auf. Dieser diagnostizierte bei ihr eine Hüftgelenksarthrose. Wie die Teilnehmerin beschreibt, sei ihre Hüfte „völlig zerstört, kaputt“ (S. 2, Z. 8-9) gewesen. Der Orthopäde empfahl eine Operation; dem stimmte die Teilnehmerin zu.

Insgesamt war die Teilnehmerin etwa ein Jahr lang krankgeschrieben. Ein halbes Jahr vor der Operation, danach ein weiteres halbes Jahr, um die Zeit bis zum Beginn ihrer Umschulung zu überbrücken. Zwischenzeitlich hatte sie sich zu einer Umschulung zur „sozialen Pflegeberaterin“ (S. 2, Z. 22) entschlossen.

Die Teilnehmerin beschreibt, dass sie in diesem Jahr der Krankschreibung Gelegenheit gehabt habe, wieder „zu [sich] selbst zu kommen“ (S. 3, Z. 18) und zu realisieren, dass sie vor dem Burnout gestanden habe, wie sie anmerkt. Weiterhin beschreibt sie, dass sie nicht zuletzt durch die Unterstützung ihrer Familie gelernt habe, ‚Nein‘ zu sagen, etwas, das sie in ihrem „vorherigen Leben“ (S. 4, Z. 23), also vor dem Wendepunkt, nicht gekonnt habe:

„[...] also meine Familie hat mir schon beigepflichtet und gesagt: ‚So, jetzt mach das auch und lass dich doch nicht mehr rumkriegen‘ (I: Ja) und das (...) war schon eine Unterstützung. Aber ich habe viel so für mich auch selbst so durchgezogen, ne. Und habe gesagt: ‚So, jetzt machst du das so und ziehst das durch und lass dir nicht mehr von irgendwem irgendwas erzählen, sondern mach das mal jetzt‘, ne. Und das war ja auch, also man muss einfach mal irgendwann das ‚Nein‘ zu sagen lernen.“ (S. 4, Z. 11-16)

Konversion

In der Zeit ihrer Krankschreibung machte die Teilnehmerin sich Gedanken über ihre berufliche Zukunft und entschied sich für eine Umschulung. Zum Zeitpunkt des Interviews war die Teilnehmerin seit drei Monaten als Case-Managerin bei einem anderen Arbeitgeber tätig. Die Arthrose bereite ihr immer noch Probleme, betroffen davon seien ihre Hände, wie sie sagte. In die Pflege würde sie nicht mehr zurückgehen, obwohl sie immer gerne in der Pflege gearbeitet habe, weil sie, wie sie sagte, „vor die Hunde“ (S. 4, Z. 44 f.) gehen würde.

Wie sich im Interview 16 zeigt, verlief die Entwicklungsphase in diesem Fall über rund zehn Jahre, während derer die Teilnehmerin häufig unter Rückenschmerzen litt und verschiedene Versuche der Eigentherapie unternahm. Der Wendepunkt ist in diesem Fall kein Unfall, wie in den zuvor geschilderten Beispielen. Vielmehr markiert er den Punkt einer Entscheidung und trat ein, als die kontinuierlich zunehmenden Schmerzen nicht mehr zu ertragen waren und die

Teilnehmerin so stark einschränkten, dass sie nicht mehr arbeiten konnte. Auch Krise und Konversion gehen hier durchaus ineinander über.

Im nachfolgend beschriebenen Beispiel des Interviews 09 hat die Krisenentwicklung einen ähnlichen Charakter. Einerseits markiert der Wendepunkt hier ebenfalls die Entscheidung, etwas grundlegend zu ändern, andererseits traten bei der befragten Pflegefachperson Symptome auf. Darüber hinaus werden zusätzliche, aus dem familiären Umfeld resultierende Belastungen von der befragten Pflegefachperson mit als Gründe für das Eintreten des Wendepunktes genannt.

Profil Interview 09

Exposition

Die weibliche Pflegefachperson hatte als junges Mädchen einen Reitunfall. Obwohl sie in den ersten Arbeitsjahren keine Beschwerden hatte, entwickelte sie besonders nach der Geburt ihres ersten Kindes kontinuierlich zunehmende Rückenbeschwerden.

Nach der Geburt ihrer Kinder hatte sie zunächst eine Berufspause eingelegt und im eigenen landwirtschaftlichen Kleinbetrieb gearbeitet. Nach einigen Jahren ging sie wieder in die Pflege zurück und arbeitete in mehreren Einrichtungen. Dabei fiel ihr die Tätigkeit in der Pflege zunehmend schwerer. Im Jahr 2005 trat sie eine Stelle als Wohnbereichsleitung in der stationären Altenpflege an. Von dieser Position erhoffte sie sich Entlastung von den körperlichen Anforderungen in der Pflege:

„[...] und hatte somit immer einen Bürotag, ne. Und konnte mich in der Zeit aus der Pflege ausklinken. Und ich habe gedacht, in der Zeit kann man sich ein bisschen erholen vom Körperlichen. Und ein Jahr lang ging das auch gut.“ (S. 2, Z. 10-12)

Durch zunehmende Arbeitsverdichtung und sich verändernde Arbeitsbedingungen in der Pflege nahmen aber auch die körperlichen Anforderungen zu: *„Der Druck von oben hat sich praktisch verdichtet, es kamen mehr Standards, mehr Leistungen, es ist mehr gekürzt worden.“* (S. 3, Z. 20 f.). Verstärkt wurde diese Situation durch eine „Katastrophe“ (S. 4, Z. 37) im privaten Umfeld der Teilnehmerin. Wie sie sagte, verstarb ihr Vater und sie musste sich um ihre an Demenz erkrankte Mutter kümmern.

Krise

Der zunehmende Druck habe sie dazu veranlasst, ihre Position als Wohnbereichsleitung aufzugeben und in die direkte Pflege zurück zu gehen. Dadurch verstärkten sich allerdings ihre Rückenbeschwerden und führten so zum Wendepunkt, wie die Teilnehmerin beschreibt: *„Aber der Dauerdruck und Dauerstress und das jeden Tag und das drei Monate lang, also da habe ich mein Kreuz wirklich verhunzt in den drei Monaten. Als ich das letzte Mal dann einen schweren Bewohner, 90 Kilo, im Bett zurechtgerückt habe, da hat es hinten auch Krack gemacht. Und seitdem ist es so. Zwei Tage bin ich dann noch arbeiten gegangen. Da habe ich angefangen auch zu hinken. Und dann, ja, und dann habe ich mich krankgemeldet. Und dann ist es so geblieben, die Krankengeschichte.“* (S. 6, Z. 5-10)

Festgestellt wurde eine Verspannung im Rücken (von der Teilnehmerin als „Stressrücken“ bezeichnet), die nicht operativ behandelt werden musste.

Konversion

Zum Zeitpunkt des Interviews befand sich die befragte Pflegefachperson auf Stellensuche und arbeitete in Teilzeit bei ihrem alten Arbeitgeber in der Pflege. Ihr Wunsch ist es, künftig im Hospiz zu arbeiten. Vor Eintreten des Wendepunktes hatte sie ihren Aussagen entsprechend schon eine Palliative-Care-Weiterbildung durchlaufen. Darüber hinaus hatte sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ein Praktikum im Hospizbereich absolviert.

Auch im Interview 09 verläuft die Entwicklungsphase über einen längeren Zeitraum. Als eine Ursache der Rückenbeschwerden wird ein Unfall in der Kindheit der Teilnehmerin von der Teilnehmerin identifiziert. Im hier beschriebenen Fall tragen familiäre Ereignisse, von der befragten Pflegefachperson als „Katastrophe“ bezeichnet, dazu bei, die Expositionsphase zur Krise hin zu kulminieren. Den Schilderungen der Teilnehmerin zufolge handelt es sich also um eine Kombination aus physischen Einschränkungen und psychischen Belastungen, bedingt durch die Arbeit und massiven Veränderungen im privaten Umfeld.

Das Interview 13 lässt sich ebenfalls dem Typen II zuordnen. Der interviewte Teilnehmer beschrieb unter anderem seinen Alkohol- und damit verbundenen Medikamenten-Abusus als eine zentrale Ursache für sein Ausscheiden aus dem Pflegeberuf.

Profil Interview 13

Der Teilnehmer hat die Ausbildung zum Krankenpfleger, für die er sich nach dem Zivildienst interessierte, als Zweitberuf absolviert.

Exposition

Schon vor der Ausbildung hatte der Teilnehmer nach seinen Aussagen Probleme mit Depressionen und Angstzuständen. Während der Ausbildung verstärkten sich diese. Das lag zum einen an den hohen Anforderungen der schulischen Ausbildung, zum anderen auch an der Diskrepanz zwischen Theorie, den Lehrinhalten der schulischen Ausbildung, und der Praxis, dem Arbeitsalltag im Krankenhaus. Diese Belastungen hatten zur Folge, dass er häufiger zu Alkohol griff, um nach Feierabend abschalten zu können, wie er sagte. Als sein Alkoholkonsum sich zu einer Abhängigkeit entwickelte, kam Missbrauch von Benzodiazepinen hinzu, um die Nebenwirkungen der Sucht zu kompensieren.

Nach einem Wechsel in die ambulante Pflege nahmen die Probleme aufgrund des dort herrschenden höheren Zeitdrucks noch zu.

Bereits während der Ausbildung begann er eine Entziehungstherapie, bei der die Frage auf gekommen sei, ob der Pflegeberuf für ihn noch geeignet sei. Der Teilnehmer habe aber dennoch die Ausbildung fortgesetzt, weil die Arbeit ihm letztendlich doch gefallen habe.

Krise

Als der Alkohol- und Medikamentenkonsum ihn an seine Grenzen brachte, begann er nach Absprache mit seinem Hausarzt einen Entzug bei sich zuhause. Auf Anraten eines Psychologen begann er eine psychosomatische Reha. Als ein von ihm betreuter Patient verstarb, sei

dies der Auslöser gewesen, dass der Teilnehmer letztendlich zu der Einsicht gekommen sei, dass er nicht mehr in der Pflege arbeiten könne. Er sei dem ständigen Kontakt mit Medikamenten und dem Arbeiten unter ständigem Druck nicht gewachsen.

Konversion

Der Teilnehmer sagte, er habe mit der Pflege abgeschlossen und strebe eine Umschulung zum Büro- oder Einzelhandelskaufmann an.

Als Typ II kann dieses Interview auch deshalb eingestuft werden, weil eine ihm bekannte psychische Erkrankung zugrunde lag und von dem Teilnehmer auch als Ursache für seinen Alkohol- und Medikamenten-Abusus beschrieben wurde. Sowohl die psychischen Probleme als auch der Substanzmissbrauch waren während der Berufstätigkeit präsent. Auch mehrere Interventionen, wie eine Entziehungskur, wurden angegangen. In der Phase der Krise kam der Teilnehmer zu der Einsicht, dass er in der Pflege diese Probleme nicht in den Griff bekommen würde.

3.3.3 Typ III: Alternierende Expositions- und Krisenphasen

Wie weiter oben bereits angesprochen, lassen sich nicht alle Fälle jeweils einem der beschriebenen Typen zuordnen. Etliche der in dieser Studie untersuchten Fälle lassen sich eher als Mischtypen beschreiben, die ganz unterschiedliche Charakteristika aufweisen. Auch hierfür werden nachfolgend Beispiele angeführt. Zunächst das Interview 21, bei dem es sich um eine diskrete Exposition handelt, auf die dann eine offene Exposition folgt.

Profil Interview 21

Diskrete Exposition

Die weibliche Pflegefachperson sagte, sie habe keine Anzeichen einer Erkrankung wahrgenommen. Die Arbeit in der Pflege beschrieb sie als stressig.

Erste Krise

Eines Morgens wachte sie auf und konnte aufgrund einer Entzündung des Sehnervs auf einem Auge nichts mehr sehen. Das habe sie zunächst als Folge des Stresses gesehen. In der darauffolgenden 4-wöchigen Zeit der Arbeitsunfähigkeit sei sie mehrfach untersucht worden und ihr dann die Diagnose Multiple Sklerose (MS) gestellt worden.

Offene Exposition

Nachdem sie die Sehkraft wiedererlangt hatte, arbeitete sie nach einem Wechsel der Arbeitsstelle weiterhin in der Pflege, ohne Probleme, wie sie sagte. Eineinhalb Jahre nach der Sehnerv-Entzündung und der kurzzeitigen Erblindung hatte sie einen durch MS bedingten „Schub“ (S. 2, Z. 3 f.): Sie entwickelte ein Fatigue-Syndrom (chronische Erschöpfung), ein chronisches Schmerzsyndrom und litt unter zunehmender Vergesslichkeit. Begleiterscheinung dessen seien depressive Verstimmungen gewesen.

Zweite Krise

Die befragte Pflegefachperson erkannte, dass sie auf diese Weise nicht mehr weiterarbeiten kann.

Konversion

Daraufhin stellte sie einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte die Teilnehmerin an ihren Arbeitgeber einen Antrag auf Versetzung auf den endoskopischen Fachbereich gestellt, weil sie mit den Anforderungen auf einer normalen Station nicht mehr Schritt halten könne; auch eine Tätigkeit im Case-Management könne sie sich vorstellen. Sie will zunächst eine medizinische Rehabilitation durchlaufen, danach in die berufliche Rehabilitation.

Im Fall des Interviews 21 kann von einer Kombination beider Typen von Entwicklungsphasen gesprochen werden. Zunächst ist eine weitgehend diskrete Expositionsphase beschreibbar. Die befragte Pflegefachperson bemerkte keine Anzeichen einer Erkrankung, erst die plötzlich aufgetretene Erblindung auf einem Auge lenkte die Aufmerksamkeit auf die sich entwickelnde Multiple Sklerose. Nach dieser plötzlichen Wendung tritt die Pflegefachperson in eine offene Expositionsphase ein. Die dann bekannte Grunderkrankung Multiple Sklerose entwickelt sich mit den begleitenden Elementen Fatigue-Syndrom, chronisches Schmerzsyndrom und Vergesslichkeit sowie der depressiven Verstimmung zur zweiten Krise, in der die Teilnehmerin schlussendlich feststellte, dass sie so nicht weiter arbeiten könne.

Als weiteres Beispiel für den alternierenden Typ kann Interview 03 angeführt werden. Auch hier ist zunächst eine diskrete Exposition mit akuter Krise ausgemacht werden. Die Betroffene unternahm danach den Versuch, in den Beruf zurück zu gehen, was aber in eine weitere, diesmal offene Exposition mit chronifizierter Krise mündete.

Profil Interview 03

Die befragte Pflegefachperson, weiblich, ging im Alter von 15 Jahren von der Schule ab, weil sie arbeiten sollte. Sie fing an, in der Hauswirtschaft zu arbeiten und qualifizierte sich dann als Krankenpflegehelferin. Nach einer Krebserkrankung, die vollständig ausgeheilt war, erfüllte sie sich ihren lang gehegten Wunsch, eine Krankenpflegeausbildung zu absolvieren. Die Teilnehmerin hat nach dem Ende der Ausbildung auf verschiedenen Stationen unter anderem auch als Stationsleitung gearbeitet (Innere Medizin, Intensivpflege und später im Altenheim). Ebenso absolvierte sie eine Palliativweiterbildung.

diskrete Exposition

Nach ihren Angaben habe sie sich vor ihrer Krise gesund gefühlt, viel Sport getrieben und im Beruf auf rückenschonendes Arbeiten geachtet. Schmerzen an unterschiedlichen Stellen im Körper habe sie dem Alter zugeschrieben. Einen Arzt habe sie deshalb nicht konsultiert.

Erste Krise

Die Teilnehmerin knickte zuhause im Garten auf unebenem Boden mit dem Fuß um und brach sich einen Knöchel. Im Krankenhaus wurde ihr die Diagnose Arthrose im fortgeschrittenen Stadium gestellt. Die Teilnehmerin sagte, sie habe bis zu dem Unfall nichts von dieser Erkrankung gewusst oder bemerkt.

Offene Exposition

Nach mehreren Operationen und der Reha durchlief sie zwei Maßnahmen der Wiedereingliederung. Zunehmend bemerkte sie jetzt auch arthrosebedingte Schmerzen und Einschränkungen in einer Schulter. Sie suchte zwar einen Arzt auf, der diagnostizierte ihre Erkrankung aber nicht, sondern habe sie vielmehr als SimulantIn bezeichnet. Erst nach langem Insistieren seitens der Befragten stellte der Arzt schließlich die richtige Diagnose.

Zweite Krise

Während der Wiedereingliederungsmaßnahme wurde klar, dass sie nicht mehr in der Pflege weiterarbeiten konnte, weil ihre Beschwerden sich wieder verstärkten.

Konversion

Ihr sei die Berentung vorgeschlagen worden, wozu sie sich aber noch zu jung gefühlt habe. Sie habe aber bei ihrem Arbeitgeber das Gefühl gehabt, dass er volle Belastbarkeit erwartete. Wer das nicht leisten konnte, sei dort nicht erwünscht gewesen, sagte sie: *„Ich hatte irgendwie das Gefühl, die wollen mich nicht mehr. Die nahmen dann auch keine Rücksicht mehr drauf, dass ich dann viele Sachen nicht mehr machen konnte.“* (S. 7, Z. 13-15) Stattdessen habe sie Kontakt mit dem Arbeitsamt und der Rentenversicherung aufgenommen, habe so schließlich einen Reha-Berater bekommen und kam in die berufliche Rehabilitation.

Pflege sei von Anfang an ein „Lebensinhalt“ (S. 5, Z. 26) für die Teilnehmerin gewesen, sie habe die Arbeit als schön und befriedigend empfunden. Sie wäre auch heute noch gerne in der beruflichen Pflege tätig, deshalb arbeitet sie noch ehrenamtlich im Hospizverein. (*„Um noch ein bisschen mit den Patienten, der Pflege zu tun zu haben. So ganz Abschied nehmen kann ich noch nicht. Möchte ich auch gar nicht“* [S. 5, Z. 42 f.]). Sie brauche den Kontakt zu Menschen und hätte sich gut vorstellen können, im Aufnahme- oder Entlassungsmanagement oder auch als Praxisanleiterin zu arbeiten.

Wie hier deutlich wird, sagte die Befragte, dass sie sich während ihrer als diskret zu bezeichnenden Expositionsphase gesund und fit gefühlt habe. Zwar habe sie Beschwerden gehabt, insgesamt ergibt sich hier aber das Bild diffuser Beschwerden, die sich erst im Rückblick als Symptome deuten lassen. Während der eigentlichen Expositionsphase waren die Beschwerden als solche nicht präsent. Geradezu idealtypisch folgt hierauf eine akute Krise. In der zweiten, nunmehr offenen Expositionsphase dagegen hatte die Betroffene ein Krankheitsbewusstsein entwickelt. Deutlich wird dies daran, dass sie dem Arzt, der ihr zunächst nicht glaubt, entgegenhält, sie sei sehr wohl krank und benötige Therapie.

4. Diskussion und Schlussfolgerung

Die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Befunde aus der Literatur zum einen sowie aus der Empirie zum anderen werden hier zusammengeführt und damit Bezugspunkte zur Fragestellung der vorliegenden Untersuchung diskutiert.

Aktuelle Studien zeigen eine dramatische Arbeitsverdichtung in der bundesdeutschen Krankenhauspflege. Im Vergleich zum Stand aus dem Jahr 1995 müssen heute jährlich gut 3 Mio. Patientinnen und Patienten mehr versorgt und gepflegt werden, obwohl 35.000 Vollzeitstellen in der Pflege weniger besetzt sind. Zudem müssen aufgrund einer deutlichen Aufstockung des ärztlichen Personals um mehr als 20.000 Vollzeitstellen immer komplexer werdende Aufgaben in immer kürzeren Zeiträumen erledigt werden (vgl. bspw. Isfort et al. 2014). Diese Arbeitsverdichtung in der Krankenhauspflege hat zur Folge, dass die Patientinnen und Patienten in zunehmendem Maße nicht mehr optimal versorgt werden können.

Die implizite Rationierung findet statt, weil die Pflegefachpersonen im alltäglichen Arbeitsablauf Prioritäten setzen und den Patientinnen und Patienten aus Zeitdruck gebotene Leistungen vorenthalten müssen. Insbesondere Leistungen im Bereich der psychosozialen Pflege, beispielsweise emotionale und soziale Zuwendungen und Gespräche sowie die fachgerechte Lagerung immobiler Personen, aber auch die Erstellung von Pflegeplanungen und das Führen der Pflegedokumentation sind davon betroffen (Braun et al. 2010b; Braun et al. 2010a; Braun et al. 2014; Isfort et al. 2010; Ausserhofer et al. 2014). Empirische Befunde aus der RN4Cast-Studie haben gezeigt, dass das Ausmaß der impliziten Rationierung mit der Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten pro Pflegefachperson und der Anzahl an nichtpflegerischen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen übernehmen müssen, korreliert. Für Deutschland belegen diese Untersuchungen dabei die vergleichsweise schlechtesten Werte. Dementsprechend liegen auch die Werte der Rationierung zum Teil deutlich über dem internationalen Durchschnitt (Ausserhofer et al. 2014).

Des Weiteren wurde ein Blick auf die Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege geworfen. Betont werden in den angeführten Befunden (Mion et al. 2006; Schlicht et al. 2011) vor allem die größere Berufs- und Lebenserfahrung und damit zusammenhängend ihre in der Regel ausgeprägten empathischen, kommunikativen und klinisch-pflegerischen Kompetenzen. Weiterhin zu nennen sind die höhere Verlässlichkeit, das stärkere Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein sowie die Fähigkeit, komplexe Aufgaben weitgehend autonom ausführen zu können. Es wurde aber auch deutlich, dass ein höheres Alter mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einer geringeren Belastbarkeit korreliert. Dies lässt sich sowohl anhand subjektiver Einschätzungen zum Gesundheitszustand (Galatsch et al. 2011) als auch anhand des Krankenstandes (Badura et al. 2014) belegen. Der Krankenstand ist in der Pflege insgesamt überdurchschnittlich hoch, was auf die spezifischen physischen und psychischen Belastungen im Pflegeberuf zurückzuführen ist. Gleichzeitig liegen die Frühverrentungswerte in den Pflegeberufen mehr als doppelt so hoch als bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. Hien 2009). Ferner wird vor allem in den Berufen des Gesundheitswesens öfters Präsentismus beobachtet, also das Verhalten, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Als

Gründe dafür werden Restrukturierungen und Kürzungen im Gesundheitswesen sowie altruistische Einstellungen der Pflegenden diskutiert (vgl. Steinke und Badura 2011; Becke 2014). Ähnliche Ergebnisse finden sich bezogen auf die Arbeitsfähigkeit. Einer der diesbezüglich erhobenen Faktoren ist die Gesundheit als persönliche Ressource der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Hasselhorn et al. (2005) fanden heraus, dass bereits über 45-jährige Pflegefachpersonen ihre Arbeitsfähigkeit niedriger einschätzten als jüngere. Für Deutschland zeigten sich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern auch hier die niedrigsten Werte (Li et al. 2010).

Aus Reha-Biograf lassen sich einerseits homogene und andererseits heterogene Aussagen beschreiben, die sich gleichwohl auf inhaltliche wie auch formale Informationen zum untersuchten Themenfeld beziehen. So gibt es eine hohe Übereinstimmung in den Interviews bezüglich der Aussagen zu den Arbeitsbedingungen. Diese werden aufgrund eines direkt erlebten, spürbaren Personalabbaus und zunehmender Arbeitsverdichtung von den befragten Pflegefachpersonen als besonders belastend und ursächlich für ihre Situation beschrieben. Weiterhin werden weitgehend übereinstimmend organisationale Aspekte genannt, wie etwa die fehlende Unterstützung der Arbeitgeber und Vorgesetzten, die es den Befragten nach ihren Aussagen nicht ermöglichten, weiter im Pflegeberuf zu arbeiten. Auch das Thema (fehlender) Wertschätzung nimmt in Bezug auf das Erleben vieler hier befragter Pflegefachpersonen eine zentrale Stellung ein. Etliche Befragte äußern sich hierzu drastisch, sich nun wie „gebraucht und weggeworfen“ zu fühlen.

Bei aller Vergleichbarkeit von Ursachen und fehlenden Unterstützungsformen werden der Verlauf der Krankheiten und die damit verbundenen Wege in der eigenen Berufsbiografie von den Befragten sehr unterschiedlich beschrieben. Auch die äußeren Umstände, die als Einflussfaktoren auf den Krankheitsverlauf beschrieben wurden, sind individuell recht unterschiedlich. Dies betrifft die differenzierte Einschätzung der Unterstützung durch Behörden, die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder individuelle Lebensereignisse. Ebenfalls gibt es ganz unterschiedliche Bewältigungsmechanismen der Selbsthilfe, über die die Befragten berichten.

Dieses Muster, dass Belastungsarten und -formen (knappe personelle Ressourcen, fehlende Unterstützung durch den Arbeitgeber, fehlende Anerkennung) durchaus von den Befragten homogen geschildert werden, Interventions- und Unterstützungsformen aber sehr heterogen, hat Weidner (vgl. 2011a) bereits im Kontext von Interviews mit Pflegepersonal aus Krankenhäusern beschrieben. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Literatur ist daraus nur zu schließen, dass die hier Befragten kaum auf systematische Angebote der Begleitung und Unterstützung bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Einschränkungen gestoßen sind, sondern ihre jeweiligen Wege durch Beruf und Krankheit zumeist auf sich selbst gestellt und mühsam gehen mussten.

Die vorgefundenen und sich verschlechternden Arbeits- und Rahmenbedingungen stellen also auch für die Befragten in Reha-Biograf eine zentrale Kategorie bei der Wahrnehmung ihrer beruflichen und gesundheitlichen Entwicklungen dar. In ihren Aussagen bestätigt sich voll und

ganz das, was sich seit vielen Jahren in den statistischen Datenauswertungen und den einschlägigen Studien zur Entwicklung der Arbeitsbedingungen in der Pflege abzeichnet (vgl. Pflege-Thermometer, NEXT, RN4Cast).

Fünf Subkategorien konnten diesbezüglich aus den Interviews herausgearbeitet werden, die in einem engen und wechselseitigen Zusammenhang stehen. So erlebten die Befragten mehr oder weniger alle die Folgen der massiven Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern. Der damit verbundene Personalabbau wurde am eigenen Leib erlebt und nicht selten als Ausdruck eines „*rücksichtslosen Wirtschaftens*“ gedeutet. Direkt spürbare Folgen sich verschärfender Arbeitsbedingungen wurden als Mehrarbeit, Überstunden, häufiges und kurzfristiges Einspringen sowie Arbeiten wie „*Roboter*“ beschrieben. Das Fehlen von Erholungsphasen tut dabei sein Übriges und gibt den Befragten das Gefühl, immer verfügbar sein zu müssen. Die zunehmenden körperlichen Anforderungen ergeben sich aus dem Umstand, dass die Arbeitslast sich im wahrsten Sinne des Wortes wegen des faktischen Personalabbaus auf immer weniger Schultern, Arme, Hände, Wirbelsäulen, Hüften und Beine verteilt. Das Zentralphänomen, aber auch die häufigste Metapher für das Missverhältnis aus Arbeitslast und Ressource ist ein mehr oder weniger ständig verspürter Zeitdruck.

In allen oben beschriebenen Subkategorien ist die Personalknappheit durchgängiges und verbindendes Thema. Unter dem Stichwort „*Umstrukturierung*“ wurde thematisiert, dass die Pflegefachpersonen die Ursache der Personalknappheit in einer Sparpolitik sehen, bei der finanzielle Interessen im Vordergrund stehen. Dem menschlichen Aspekt der Pflege wird ihrer Einschätzung nach viel zu wenig Bedeutung eingeräumt. Unter den Stichworten „*Überstunden*“ und „*Zeitdruck*“ wurde die Personalknappheit von den befragten Pflegefachpersonen als eine Hauptursache für die Mehrarbeit gesehen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Personalknappheit ein zentrales Motiv und bedeutendes Thema in den Interviews darstellt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die wachsende Personalknappheit als Hauptsymptom einer ökonomisierten Arbeitswelt im Krankenhaus gesehen wird, das auch Ausdruck für ein zunehmend als unmenschlich agierendes Versorgungssystem wahrgenommen und beschrieben wird, in dem die Arbeitskraft der Pflegefachpersonen als ökonomischer Faktor und als austauschbar angesehen wird. Dies ist auch ein zentrales Ergebnis der Literaturanalyse, dass eine unzureichende personelle und materielle Ausstattung die wichtigste Ursache bezogen auf einen vorzeitigen Berufsausstieg darstellt (vgl. Tourangeau et al. 2010; Tourangeau et al. 2013; Carter und Tourangeau 2012, Isfort u. Weidner 2007).

Ein weiteres bedeutendes Themenfeld im Kontext berufsbiografischer Schilderungen in den Interviews stellen die personen- und einstellungsbezogene Faktoren dar. Diese sind sowohl geprägt durch individuelle als auch kollektive Wertmuster. So sind altruistische Grundhaltungen offensichtlich immer noch weit verbreitet und verbunden mit aufopfernden Einstellungen zum Dienen (vgl. z.B. Krampe 2009). Zugleich leiten sich daraus auch Vorstellungen zum Leistungsbegriff und zur Haltung, „*immer leistungsfähig sein zu müssen*“, ab. Versuche, aus diesen Ideenwelten auszubrechen, werden mit tatsächlichen oder vermeintlichen Sanktionen bestraft. Simulantentum ist dabei einer der Vorwürfe. Die Bereitschaft zum Präsentismus, wie in

der Literatur beschrieben, wird in den Interviews hinlänglich bestätigt. Tragische Krankheitsgeschichten, die sich ggf. auch unabhängig von den jeweiligen Berufsbiografien schicksalhaft entwickeln, sind dann mitunter der Auslöser für eine Krise mit anschließender Konversion.

In diesem Zusammenhang sind nun die Zuschreibungen zur Rolle der Vorgesetzten und des Arbeitgebers insgesamt erschreckend. In den Interviews überwiegen bei weitem die Schilderungen negativer Erfahrungen. Viele Befragte fühlten sich nicht ernst genommen oder schilderten ein Desinteresse seitens der Vorgesetzten an den gesundheitsbezogenen Themen der Mitarbeiterschaft. Wenn es diesbezügliche Gespräche mit den Vorgesetzten gegeben hat, dann gingen damit zumeist frustrierende Erfahrungen einher, so dass man sich unter Druck gesetzt gefühlt habe, dass menschliche Regungen wie Anteilnahme fehlten oder dass kurzerhand Auflösungsverträge angeboten wurden. Dies scheint den Aussagen zufolge keine seltene Strategie zu sein, denn gleich mehrere der Befragten berichteten ganz unabhängig davon. Reguläre Mitarbeitergespräche blieben häufig ohne Konsequenzen, da Versprechen und Angebote seitens des Arbeitgebers des Öfteren nicht eingehalten würden. Häufig kommen den Aussagen zufolge Gespräche aber gar nicht erst zustande, weil die Betroffenen aus Angst vor Arbeitsplatzverlust, Scham oder Schuldgefühlen bezüglich des eigenen Unvermögens das Gespräch mit Vorgesetzten gar nicht erst suchen würden. Auch wurde von belastenden Eingriffen seitens der Vorgesetzten bezüglich der Zusammensetzung von Teams berichtet. Als positiv wurde schon wahrgenommen, wenn sich Vorgesetzte nicht ausdrücklich „in den Weg stellten“ und den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit ihren Äußerungen und Überlegungen nicht schadeten.

Viele der befragten Pflegefachpersonen berichteten, dass sie sich gescheut hätten, dem Arbeitgeber zu viel zu verraten, bzw. mit allzu offenen Karten zu spielen, weil sie befürchteten, ihre Arbeitsplätze zu verlieren. Neben dem Vertrauensproblem wurde auch von desinteressierten Arbeitgebern berichtet, die keine substantiellen Hilfen angeboten hätten. Die Literatur zeigt, dass Kranken-Rückkehrgespräche im Management durchaus etabliert sind. Hinsichtlich dieser Gespräche warnt Oppolzer (2010) also zu Recht vor Risiken und Nebenwirkungen dieses Managementinstruments. So hätten diese vielfach disziplinierenden Charakter, indem ein gewisser Legitimationsdruck auf die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgeübt wird. Seltener hingegen hätten die Gespräche fürsorglichen oder präventiven Charakter (vgl. Oppolzer 2010).

Die persönliche Bestätigung durch den Beruf und die Wertschätzung über verschiedene Handlungsebenen sind ein durchgängiges Thema in der einschlägigen Literatur. Die Anerkennung der Leistungen und, damit zusammenhängend, Frustration durch Zuteilung weniger befriedigender oder weniger komplexer Tätigkeiten nach der Rückkehr in den Beruf nach einer Krankheitsphase werden auch in der Literatur als wichtige Belastungsparameter diskutiert (vgl. Eggert 2010; Batista et al. 2010, Fuchs-Frohnhofen et al. 2012, Braun et al. 2004, Utriainen et al. 2009).

Während der überwiegende Teil der Befragten von der Rolle ihrer Vorgesetzten und der Arbeitgeber im Kontext ihrer Krankheitsgeschichten enttäuscht sind, haben sowohl die Kolleginnen und Kollegen im Team als auch das private Umfeld eher eine unterstützende Funktion. Etliche Befragte berichten von konkreten Entlastungen sowie Anteilnahme im Team, wodurch

sie Rückhalt erfahren haben. Das Engagement und die Hilfsbereitschaft der Kolleginnen und Kollegen sind dabei zu Beginn der auftauchenden Einschränkungen in der Regel höher als im weiteren Verlauf. Die Befragten erklären das auch damit, dass die Teams selbst aufgrund der jahrelangen personellen Ausdünnung an ihre Belastungsgrenzen gelangt seien und damit kompensatorische Leistungen auch nur recht begrenzt möglich gewesen seien. Auch Familie und Freunde übernahmen häufig helfende, unterstützende und ermutigende Funktionen, gleichwohl spielten Doppelbelastungen von Beruf und Familie als auch zusätzliche Anforderungen im Kontext der familiären Deutung von Arbeitssituationen („Lass dich nicht hängen“) ebenfalls eine Rolle und verstärkten nicht selten die verspürten Druckmechanismen. Hier bestätigen sich die Hinweise aus der Literatur zur Bedeutsamkeit sozialer Beziehungen im Arbeitskontext. Dazu zählen, wie beschrieben, Beziehungen zu den und die Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen (Reziprozität); offenes Arbeitsklima; Beziehungen zu Vorgesetzten (Reziprozität) wie auch Beziehungen zu Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (vgl. Utriainen et al. 2009; Tourangeau et al. 2010; Braun et al. 2004).

Das Gesamtbild bisher zeigt eine Berufsgruppe, deren Berufsangehörige zum großen Teil bereit sind, sich über die Grenzen der eigenen Belastungsfähigkeit hinweg schonungslos einzusetzen und dabei selbst auszubeuten, und die im Krankenhaus häufig auf Arbeits- und Rahmenbedingungen stoßen, die diesen altruistischen Pflege-Kodex nochmals massiv forcieren. Die sich daraus ergebenden Double-bind-Situationen sind ebenfalls von großer Bedeutung für die befragten Pflegefachpersonen. Sie sehen sich ständig Situationen ausgesetzt, in denen sie sich zwischen eigenen bzw. kollektiv in der Berufsgruppe verankerten normativen Vorstellungen einerseits und den Anforderungen der täglichen Praxis andererseits positionieren müssen. In der vorliegenden Studie wurde deutlich, wie die Befragten diese Dilemmata deuten. Mit der – fast als manichäisch zu bezeichnenden – Gegenüberstellung von „Brutalität“ auf der einen und der „Menschlichkeit“ auf der anderen Seite wird deutlich, wie tief die Kluft zwischen normativem, ideellem Anspruch und Anforderungen des beruflichen Alltags erlebt wird. Auch wenn die diesbezüglichen Ergebnisse nicht generalisierbar sind, geben sie doch auf durchaus eindringliche Weise Einblick in die Deutung der beruflichen Erfahrungen der befragten Pflegefachpersonen.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Erfahrungen machten die befragten Pflegefachpersonen auch eine ganze Reihe von kreativen Verbesserungsvorschlägen, die möglicherweise den Eintritt der Berufsunfähigkeit hätten verhindern können. Damit wird auch in beeindruckender Weise das immer noch vorhandene Engagement und die grundsätzlich konstruktive Haltung dieser Befragten sichtbar, die ja teilweise jahrelange Leidenswege hinter sich haben. So wurden etliche Vorschläge unterbreitet zur gesundheitsbezogenen organisatorischen Entwicklung, konkreten Anpassung der Arbeitsumgebung, zu gesundheitsfördernden Angeboten und Vorschläge für längere Auszeiten. Allerdings haben Berichte aus den USA deutlich gemacht, dass ergonomische Verbesserungen der Arbeitsplätze allein die Fluktuationsraten bei dem Pflegefachpersonal nicht senken konnten. Erfolgreicher waren Veränderungen in der Personaleinsatzplanung, beispielsweise die Schaffung von Stellen oder Tätigkeiten, die mit weniger körperlicher Belastung oder Stress einhergingen (vgl. The Robert Wood Johnson Foundation

2009a). Vor diesem Hintergrund sind der Initiativegeist und die Kreativität, die in den Vorschlägen der Interviewten liegen, doch erstaunlich und bemerkenswert. Zugleich steckt darin abermals eine implizite Kritik an den bestehenden institutionellen Strukturen, die all das offensichtlich noch nicht in hinreichender Form entwickelt haben und anbieten, wie es auch in der einschlägigen Literatur beschrieben ist (vgl. Isfort und Weidner 2007; Isfort et al. 2010). Hier wird seitens der Befragten gar mehr Mut zur Umstrukturierung in den Krankenhäusern angemahnt, also die Bereitschaft zur Schaffung altersgerechter Arbeitsorganisationen sowie Ansätze zur besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit bis hin zur Einführung von Sabbatjahren, um „wieder zu sich selbst zu kommen“.

All diese Erfahrungen, Belastungen und Unterstützungen haben bei allen hier interviewten Personen nicht verhindern können (oder geradezu dazu beigetragen), dass sie sich in einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation wiederfanden. Daher sind die generalisierbaren Aussagen zu den Verläufen hier von besonderem Interesse. Auf der Grundlage der analysierten Interviews konnte mit dem EKK-Phasenmodell (Exposition, Krise und Konversion) ein allgemeines Verlaufsmodell beschrieben werden, das alle Interviewten mehr oder weniger intensiv und geradlinig durchlaufen haben. Die Expositionsphase ist eher diskret – also für die Betroffenen weithin unsichtbar und stumm – oder eher offen verlaufen – also vor den Augen der Betroffenen; die Krisen stellten sich eher akut oder chronifiziert ein. Einer Krise hat sich bei den Befragten in allen Fällen eine Konversionsphase angeschlossen mit einer unterstützten Suche nach einer beruflichen Neuorientierung.

Vermutlich ist es kein Zufall, dass das beschriebene EKK-Phasenmodell an das klassische dreiaktige griechische Drama erinnert. Auch im Drama geht es um die Exposition des oder der Protagonisten (Heldinnen bzw. Helden) die auf einen Konflikt, ein Dilemma oder eine Krise zusteuern, die sich zusehends zuspitzen. Daran schließen sich verschiedene Wege an, die sowohl in die Tragödie als auch in die Lösung führen können. Auch wenn das griechische Drama ausdrücklich wenig direkten Bezug zum Alltagsmenschen hatte und hat, so ist der hier gezogene Gattungsvergleich durchaus erlaubt. Es spielen sich sozusagen alltäglich durchaus langjährige, mehraktige Dramen in der bundesdeutschen Krankenhauspflege ab, die für die „Heldinnen und Helden“ nicht selten in der beruflichen Rehabilitation oder gar der Berufsunfähigkeit und Frühverrentung enden.

Aus diesen verallgemeinerten Verlaufsbeschreibungen ließ sich eine erste Typologie ableiten von vorrangig auftretenden Verläufen. Typ I steht dabei für eine eher diskrete Exposition mit akut einsetzender Krise. Hier wird von allen Beteiligten unterschätzt, was sich eigentlich abspielt, und wenn es entdeckt wird, ist es zumeist zu spät. Die Entwicklung mündet nicht selten in einer akuten Krise, die aus der Bahn wirft und schnelles Handeln notwendig macht. Typ II steht hingegen für eine eher offene Exposition mit chronifizierter Krise. Das heißt, hier bemerken zumeist die Betroffenen früh, dass sich etwas bei ihrer Leistungsfähigkeit und Gesundheit tut und dass sie handeln müssen. Verschiedene Aktionen und Interventionen stehen an, Gespräche werden gesucht. Dennoch geht die Exposition nicht selten fließend in die Krise über, aus der es kein Zurück mehr gibt. Typ III schließlich stellt einen indifferenten Übergangstypen dar mit alternierenden Ausprägungen der beschriebenen Phasen bzw. der alternierenden Abfolge der Typen I und II.

Mittels des EKK-Phasenmodells und der hier beschriebenen Typologie steht nun ein terminologisches System zur Verfügung, mit dessen Hilfe weitere Forschung unternommen, aber auch schon erste konzeptionelle Entwicklungen und Anpassungen vorgenommen werden können. Im Forschungskontext geht es um die Bestätigung und weitere Konkretisierung der Verlaufsphasen und Typen. Im konzeptionellen Kontext geht es um die Entwicklung präventiver betrieblicher und überbetrieblicher Ansätze zur Früherkennung, Sensibilisierung und Intervention bei einer sich anbahnenden bzw. abzeichnenden Krankheits- und Einschränkungsentwicklung von Beschäftigten in der Krankenhauspflege.

5. Limitationen

Die vorliegende Studie war ausdrücklich als explorative Pilotstudie konzipiert. Angesichts kaum vorhandener empirischer Befunde zur Fragestellung ist diese Vorgehensweise dem Gegenstand angemessen. So stand ausdrücklich die Generierung von ersten Aussagekontexten und Hypothesen als Ziel im Fokus der Untersuchung. Zur Folge hat diese Ausrichtung auch, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie sich nicht ohne weiteres generalisieren lassen. Vielmehr erstreckt sich der Geltungsbereich der hier vorgestellten und diskutierten Ergebnisse auf die interviewten Personen und deren jeweils individuelle Berufsbiografien. Insofern liegt der Fokus der Studie weniger auf der Repräsentativität (im Sinne der statistischen Verallgemeinerbarkeit) als vielmehr auf der Repräsentanz, und zwar in dem Sinne, als die hier vorgestellten Ergebnisse die Beschreibung von Phänomenen bezüglich der beruflichen Rehabilitation von Pflegefachpersonen (empirisch begründet) beschreibbar machen, indem sie das Typische der untersuchten Fälle repräsentieren (vgl. Lamnek 2005).

Zudem muss in Bezug auf die eingeschränkte Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse angemerkt werden, dass es sich bei den interviewten Personen in gewisser Weise um im Krankenhaus „Überforderte“ und daher um „Aussteiger“ handelt. Alle befragten Personen mussten – zumindest zeitweise - aus der beruflichen Pflege aussteigen, weil sie die Anforderungen – aus höchst unterschiedlichen Gründen – nicht mehr bewältigen konnten. In ein anderes, ergänzendes bzw. erweitertes Forschungsdesign könnte man nun Pflegefachpersonen aufnehmen, die trotz der von den hier Befragten angesprochenen und aus der Literatur bekannten belastenden Arbeitsbedingungen und widersprüchlichen Anforderungen bis zum normalen Renteneintrittsalter „durchgehalten“ haben. Dem eher pathogenetisch ausgerichteten Blick auf die „Aussteiger“ in der vorliegenden Studie Reha-Biograf würde eine eher salutogenetische Perspektive¹⁰ auf die „Durchhalter“ ergänzend gegenübergestellt werden können.

Dennoch sind die vorliegenden Ergebnisse von Nutzen. Sie ermöglichen die empirisch begründete Beschreibung von Phänomenen, die mit Gründen für und Wege in die berufliche Rehabilitation von Pflegefachpersonen assoziiert sind und stellen in Form des EKK-Phasenmodells erste hypothetische Zugänge zu typischen Berufsverläufen von Pflegefachpersonen, die in der beruflichen Rehabilitation münden, zur Verfügung.

¹⁰ Aaron Antonovsky (1997) beschrieb die salutogenetische Perspektive, in deren Zentrum die Frage nach der Entstehung bzw. dem Erhalt von Gesundheit steht. Eine Perspektive, die nach der Entstehung von Krankheit fragt, ist als pathogenetisch zu bezeichnen.

6. Empfehlungen

Rahmen- und Arbeitsbedingungen der Krankenhauspflege verbessern

Ohne Zweifel konnten durch die Analysen der 21 Interviews in Reha-Biograf die aus den Berichterstattungen und Studien bis dato schon bekannten prekären Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege bestätigt und als wesentliche Ursachenzuschreibungen für die Erkrankungen der Befragten identifiziert werden. Daher muss vor allem anderen dringend empfohlen und eingefordert werden, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege nicht weiter zu verschärfen, sondern sukzessive zu verbessern. Allen voran geht es heute um eine angemessene und qualitätssichernde Personalausstattung in den Krankenhäusern. Personalbemessungsverfahren stellen dabei einen aussichtsreichen Weg dar.

Professionalisierung der Pflegeberufe fördern

Auch hier in der Studie Reha-Biograf musste die fatale Verschränkung von überfordernden Rahmen- und Arbeitsbedingungen einerseits mit altruistischen und zur Aufopferung neigenden Pflege-Kodizes andererseits bestätigt werden. Diese ungute Mischung schiebt die Wahrnehmung von Belastungsgrenzen sowie die Berücksichtigung von Erholungsphasen bei den Pflegefachpersonen immer weiter in einen sich pathologisch auswirkenden Bereich. Da eine wesentliche Ursache in einer kollektiv noch unprofessionellen Haltung zu finden ist, ist zu empfehlen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote grundsätzlich an modernen Professionalisierungstheorien und -konzepten auszurichten. Diese beinhalten stets fallorientierte Reflexionsangebote zur Entwicklung und Stärkung von professionellen Haltungen und Wertmustern in der Pflege.

Pflichtenerfüllung von Arbeitgeber und Vorgesetzten sicherstellen

Schon alleine aus Fürsorgepflicht, aber auch unter Berücksichtigung der bestehenden europäischen und bundesdeutschen Standards zum Arbeitsschutz müssen Vorgesetzte und Arbeitgeber viel stärker ihre Rolle in der Sensibilisierung, Information und Unterstützung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wahrnehmen, insbesondere wenn es um Langzeitfolgen von hohen Arbeitsbelastungen geht. Es gibt zahlreiche Hinweise aus der Literatur, die jetzt zum großen Teil mittels Reha-Biograf bestätigt wurden, dass die Haltungen und Angebote seitens der Vorgesetzten noch stark ausbaufähig sind. Geradezu erschreckend ist das Bild, das die Befragten von der fehlenden Unterstützung und dem weit verbreiteten Desinteresse ihrer Arbeitgeber zeichnen.

Betriebliche und überbetriebliche Angebote zur Prävention und Rehabilitation anpassen, entwickeln und bereitstellen

Gleichermaßen geht es in den nächsten Jahren um einen verstärkten Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit dem Blick auf typische berufsbiografische Verläufe in der Pflege. Reha-Biograf hat dazu wichtige Hinweise liefern können. So sind Fragen von eher diskret und eher offen verlaufenen Expositionsphasen nunmehr diskutierbar und können in vorhandenen oder noch zu schaffenden Angeboten konzeptionell angegangen werden. Ebenso

liegen Erkenntnisse zu organisations- und tätigkeitsbezogenen Interventionen und Lösungsansätzen vor, die frühzeitiger und passender (ggf. auch entlang der beschriebenen Typologie) ins Auge gefasst und konsequent umgesetzt werden können. Diese Ansätze fügen sich nahtlos in bekannte Konzepte von Personalstrategien etwa zur Gewinnung, Haltung, Repositionierung und Rückgewinnung von Personal ein.

Auch wäre es empfehlenswert, dass überbetriebliche Angebote in Form von Unternehmensberatungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung als auch in Form von Anlaufstellen für betroffene Beschäftigte gestärkt werden und auf den dargelegten Erkenntnissen aufbauen.

Flankierende Maßnahmen ermöglichen

Funktionierende, wertschätzende und ermutigende Sozialbeziehungen sowie verantwortbare Gestaltungs- und Handlungsspielräume sind wichtige, flankierende Faktoren zur Ermöglichung längerfristiger Beschäftigungszeiten. Hier empfehlen sich gleichermaßen Angebotsentwicklungen in arbeitsorganisatorischer Hinsicht, die größere, zusammenhängende Handlungsräume für Pflegefachpersonen schaffen, als auch Angebote zur Stärkung und Reflexion von Arbeitsbeziehungen und professionellen Beziehungsgestaltungen. Entsprechende Weiterbildungen können auf Erkenntnisse aus Studien wie Reha-Biograf zurückgreifen.

Forschungsansätze weiterentwickeln

Reha-Biograf war als Pilotstudie angelegt und hat mit 21 Interviews mit Betroffenen aus verschiedenen Krankenhäusern in der Region rund um Koblenz sowie mit einem qualitativen Forschungsansatz erste Tiefenstrukturen darlegen, Phasen und Typen hypothetisch beschreiben und repräsentieren können. Eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse im Sinne einer Repräsentativität war nicht angestrebt und ist aufgrund der verwandten Methoden auch nicht möglich. Hier gilt es weiter zu forschen in qualitativ-methodischer Richtung auch unter Einbezug salutogenetischer Perspektiven zur umfassenderen Beschreibung und Deutung von Prozessen als auch zur Weiterentwicklung der beschriebenen Phasen- und Typenmodelle. Ebenfalls könnte mittels (teil)standardisierter Forschung erhoben werden, ob sich die Befunde aus Reha-Biograf auch in größeren Populationen bestätigen bzw. modifizieren lassen. Sollten diesbezügliche Konzepte zur Prävention von berufsbedingten Erkrankungen in die betriebliche Umsetzung gehen, macht es Sinn, mittels wissenschaftlicher Begleitforschung sowohl die Konzepte zu begründen als auch ihre Wirkungen zu evaluieren (vgl. Weidner 2011b). Letztlich bietet es sich an, auf der Grundlage der vorliegenden und weiteren Daten auch entsprechende Bildungsangebote für die berufliche Rehabilitation anzupassen bzw. neu unter Zuhilfenahme von Forschung zu entwickeln.

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Ausserhofer, Dietmar; Zander, Britta; Busse, Reinhard; Schubert, Maria; Geest, Sabina de; Rafferty, Anne Marie et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In: *BMJ Qual Saf* 23 (2), S. 126–135. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.) (2014): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin [u.a.]: Springer.
- Barmer GEK (Hrsg.) (2013): Gesundheitsreport 2013 Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Gesundheitsreports-der-Laender/Laenderreports-2013/PDF-Gesundheitsreport-Rheinland-Pfalz,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 15.01.2015.
- Barmer GEK (Hrsg.) (2014): Gesundheitsreport 2014 Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter <http://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreports-2014-PDF/Rheinland-Pfalz,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 15.01.2015.
- Batista, J. M.; Juliani, C. M. C.; Ayres, J. A. (2010): Retraining due to illness ant (sic) its implications in nursing management. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18 (1), S. 87–93.
- Becke, G. (2014): Zukunftsfähige Unternehmenskulturen durch organisationale Achtsamkeit. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin [u.a.]: Springer, S. 129–137.
- Behrens, J.; Horbach, A.; Müller, R. (2007): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 7 (1). Online verfügbar unter http://www.medizin.uni-hal-le.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-07-01.pdf, zuletzt geprüft am 08.01.2015.
- Beske F. (2011): Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege - Analyse und Lösungsansätze. Fritz Beske Institut (Hrsg.), online verfügbar, <http://www.alterspsychiater.de/dggpp2011/beske/Band-119.pdf>, zuletzt geprüft am 7.9.2015
- Bleich, M. R.; Connolly, C.; Davis, K.; Hewlett, P. O.; Hill, K. S. (2006): *Wisdom at work. The importance of the Older and Experienced Nurse in the Workplace*. Hrsg. v. Robert Wood Johnson Foundation. Online verfügbar unter <http://www.rwjf.org/files/publications/other/wisdomat-work.pdf>, zuletzt geprüft am 12.09.11.
- Braun, B.; Darmann-Finck, I.; Stegmüller, K.; Greiner, A.; Siepmann, M. (2014): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Bremen/Fulda. Online verfügbar unter http://www.ipp.uni-bre-men.de/downloads/abteilung4/Braun%20et%20al.%202014_Gutachten%20zur%20Situation%20der%20Pflege%20in%20hessischen%20Krankenh%C3%A4usern.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Braun, B.; Buhr, P.; Klinke, S.; Müller, R.; Rosenbrock, R. (2010a): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber.

- Braun, B.; Klink, S.; Müller, R. (2010b): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: *Pflege & Gesellschaft* 15 (1), S. 5–19, zuletzt geprüft am 04.09.2014.
- Braun, B.; Müller, R.; Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Sankt Augustin: Asgard.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2014): Arbeitsunfähigkeit: Monatlicher Krankenstand 1970 bis März 2014. Ergebnisse der Mitgliederstatistik KM1 der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter https://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/Krankenstand_Maerz_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.01.2015.
- Carter, M.R.; Tourangeau, A. E. (2012): Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? In: *Journal of Advanced Nursing* 68 (7), S. 1589–1600. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2014): Reha-Bericht Update 2014. Berlin. Online verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=2 zuletzt geprüft am 7.9.2015
- Eggert, S. (2010): Psychosocial factors affecting employees abilities to return to work. In: *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 58 (2), S. 51–55.
- Flick, U. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* 3. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Freiling, T. (2010): Älter werden in der Krankenhauspflege – Studienergebnisse zur Bedarfslage und Handlungsoptionen einer demografiefesten Personalpolitik. Online verfügbar unter http://www.f-bb.de/uploads/tx_ffbb/091124_Langfassung__f-bb_freiling_VKHT.pdf, zuletzt geprüft am 11.12.2014.
- Fuchs-Frohnhofen, P.; Isfort, M.; Wappenschmidt-Krommus, E.; Duisberg, M.; v.d. Malsburg, A.; Rottländer, R.; Brauckmann, A.; Bessin, C. (2012): *PflegeWert – Wertschätzung erkennen – fördern – erleben.* Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln
- Galatsch, M.; Iskenius, M.; Hasselhorn, H.-M. (2011): Längsschnittanalyse der allgemeinen Gesundheit von deutschen Pflegenden unterschiedlicher Altersgruppen im Krankenhaus und der stationären Altenpflege. Online verfügbar unter <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Arbeit-und-Alter>, zuletzt geprüft am 06.01.2015.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2014): Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.000/3727, zuletzt geprüft am 14.01.2015.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen.* 4. Aufl. Wiesbaden: VS.
- Hammermann, A.; Stettes, O. (2014): *Lebensphasenorientierte Personalpolitik. Theoretisches Konzept und empirische Evidenz.* Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH (IW-Analysen, Nr. 97).
- Harling, M., Schablon, A., Nienhaus, A. (2011): Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. In: DRV (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften als Band 93. Berlin, S. 132f. Online verfügbar unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortal-Web/ressource?key=tagungsband_20_reha_kolloqu.pdf

- Hasselhorn, H. M.; Freude, G. (2007): Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Hrsg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Online verfügbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Sonderschriften/2000-/S87.pdf?__blob=publicationFile&v=10, zuletzt geprüft am 28.01.2015.
- Hasselhorn, H.-M.; Müller, B. H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. Online verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/UEbersetzungen/Ue15.html?nn=668352>, zuletzt geprüft am 04.09.2014.
- Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt, M.: Mabuse.
- Ilmarinen, J. (2006): The ageing workforce. Challenges for occupational health. In: *Occupational Medicine* (56), S. 361–364.
- Ilmarinen, J. (2009): Aging and work: an international perspective. In: Sara J. Czaja und Joseph Sharit (Hrsg.): *Aging and Work. Issues and Implications in a Changing Landscape*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, S. 51–73.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). (Hrsg.) Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, zuletzt geprüft am 28.02.2014.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2009): DRG-Einführung in der pflegewissenschaftlichen Betrachtung. In: Rau, F.; Roeder, N.; Hensen, P. (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 74 - 88
- Isfort, M.; Weidner, F.; Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V.-H.; Gehlen, D. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln, online verfügbar, zuletzt geprüft am 7.09.2015.
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hrsg.). Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2014.
- Jansen, M. (2011): *Krank arbeiten statt gesund pflegen. Präsentismus im Krankenhaus*. Bern: Huber Verlag.
- Kluge, A.; Fröhlich, O.; Krings, F. (2008): Altersdiskriminierung und das AGG. In: *Wirtschaftspsychologie* 10 (3), S. 129–139.
- Krampe, E.-M. (2009): *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Langer, A. (2010): Transkribieren – Grundlagen und Techniken. In: Barbara Friebertshäser, Antje Langer und Annedore Prengel (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschung in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Juventa, S. 515–526.
- Li, J.; Galatsch, M.; Schmidt, S. G.; Müller, B. H.; Hasselhorn, H. M. (2010): Work ability: Effects of age and work environment on hospital nurses in Belgium and neighbouring countries. In: *(E)Hospital* (2), S. 20–21. Online verfügbar unter <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Arbeit-und-Alter>, zuletzt geprüft am 06.01.2015.

- MacKusick, C. I.; Minick, P. (2010): Why Are Nurses Leaving? Findings from an Initial Qualitative Study on Nursing Attrition. In: *MedSurg Nursing* 19 (6), S. 335–346.
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (2), S. Art. 20. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>, zuletzt geprüft am 03.09.2014.
- Mion, L. C.; Hazel, C.; Cap, M.; Fusilero, J.; Podmore, M. L.; Szveda, C. (2006): Retaining and Recruiting Mature Experienced Nurses: A Multicomponent Organizational Strategy. In: *Journal of Nursing Administration* 36 (3), S. 148–154.
- Neubauer, G. (2012): Krankenhäuser im demografischen Wandel. In: Hellmann, W., Hoefert, W (Hrsg.): *Das Krankenhaus im demografischen Wandel*. Heidelberg, medhochzwei, S. 3 -12
- Oppolzer, A. (2010): *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Schlicht, W.; Koczy, P.; Nachbar, K. (2011): Belegschaft 50+. Konsequenzen für Klinik und Personal. In: *KU Gesundheitsmanagement* (12/2011), S. 28–30.
- Schmidt, C.; Möller, J. (2014): Generationengerechte Führung und Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin [u.a.]: Springer, S. 245–256.
- Schmidt, J.; Schröder, H. (2010): Präsentismus. Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In: Bernhard Badura (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Heidelberg: Springer, S. 93–100.
- Schüpbach, H. (2013): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. München: Reinhardt.
- Spindler, J.; Bölt, U. (2009): Die Einführung des DRG-Entgeltsystems im Spiegel der Krankenhausstatistik. In: Ferdinand Rau, Norbert Roeder, Peter Hensen (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 43-60.
- Statistisches Bundesamt (2007): Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006980/2120611067004.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2008): Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006981/2120611077004.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2009): Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006982/2120611087004.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006983/2120611097004.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611107004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2012): Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611117004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.10.2014.

- Statistisches Bundesamt (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Statistisches Bundesamt (2014): Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611137004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.10.2014.
- Steinke, M.; Badura, B. (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Online verfügbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd60.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 12.09.11.
- Strech, D.; Marckmann, G. (2012): Zur Rolle der Kosten-Nutzen-Bewertung in einer gerechten Rationierung. In: Brandenburg, H.; Kohlen, H. (Hrsg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 142 – 150.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014): Gesundheitsreport 2014. Risiko Rücken. Online verfügbar unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/644772/Datei/121848/Gesundheitsreport-2014.pdf>, zuletzt geprüft am 15.01.2015.
- The Robert Wood Johnson Foundation (Hg.) (2009a): Evaluation of The Robert Wood Johnson Wisdom at Work: Retaining Experienced Nurses Research Initiative. Online verfügbar unter <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/evaluations/2009/rwjf41981>, zuletzt geprüft am 27.01.2015.
- The Robert Wood Johnson Foundation (Hg.) (2009b): Wisdom at Work: Retaining Experienced RNs and Their Knowledge – Case Studies of Top Performing Organizations. Online verfügbar unter <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2009/rwjf41983>, zu-letzt geprüft am 27.01.2015.
- Tourangeau, A. E.; Cummings, G.; Cranley, L. A.; Ferron, E. M.; Harvey, S. (2010): Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. In: Journal of Advanced Nursing 66 (1), S. 22–32.
- Tourangeau, A. E.; Thomson, H.; Cummings, G.; Cranley, L. A. (2013): Generation-specific incentives and disincentives for nurses to remain employed in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management 21 (3), S. 473–482. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01424.x.
- Utriainen, K.; Kyngäs, H.; Nikkilä, J. (2009): Well-being at work among ageing hospital nurses in northern Finland: a grounded theory study. In: International Journal of Circumpolar Health 68 (2), S. 145–157.
- Vetter, C. (2005): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in deutschen Krankenhäusern. In: Badura, B.; Schell-schmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 65–80.
- Weidner, F. (2011a): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 3. Unveränderte Auflage. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Weidner, F. (2011b): Grundlagen und Erfahrungen anwendungsorientierter Forschung in der Pflege. In: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern: Verlag Hans Huber, S. 260 – 280.
- Weidner, F. (2012): Altersgerechte Personalpolitik in der Pflege. In: Hellmann, W.; Hoefert, H.W. (Hrsg.): Das Krankenhaus im demografischen Wandel. Theoretische und praktische Grundlagen zur Zukunftssicherung. Heidelberg: Verlag Medhochzwei, S. 147 – 166.

- Wegge, J.; Roth, C.; Schmidt, K. -H (2008): Eine Aktuelle Bilanz der Vor- und Nachteile alters-gemischter Teamarbeit. In: *Wirtschaftspsychologie* (3), S. 30–43.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum: Qualitative Sozialforschung* 1 (1), S. Art. 22, zuletzt geprüft am 28.02.2014.
- Zander, B.; Dobler, L.; Bäuml, M.; Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: *Gesundheitswesen* (Apr. 25 [Epub ahead of print]). DOI: 10.1055/s-0033-1364016.

Anhang

Leitfaden Pilotstudie Reha-Biograf	
Begrüßung, Vorstellung der Interviewerin und des Forschungsprojekts	
Zusicherung der Anonymität	
<i>Zur thematischen Einführung und der Erläuterung der Fragestellung:</i> „Interessant ist in diesem Interview nicht nur Ihr persönlicher Weg in die berufliche Rehabilitation, sondern auch alle Erlebnisse, Geschichten und Etappen auf diesem Weg.“ „Wo bzw. ab wann hat Ihre Erkrankung Ihre Berufstätigkeit beeinflusst bzw. Ihre Berufstätigkeit Ihre Erkrankung?“	
<i>Erzählstimulus:</i> „Rückblickend auf Ihre Berufsbiografie, wo gab es erste Warnzeichen der Erkrankung, wo war der Beginn der Entwicklung?“	
<i>Themen (Nachfragen nach episodischem Interviewteil):</i>	
Umgang mit der Erkrankung Wie sind Sie mit der Erkrankung umgegangen? Wo/wann haben Sie sich Hilfe gesucht?	
Zentrale Krisen/Belastungsspitzen Gab es Punkte, an denen Sie dachten, jetzt geht es nicht mehr?	
Entlastungsphasen Gab es Phasen, in denen Sie eine Entwicklung zum Positiven bemerkten?	
Wendepunkte Punkte an denen es anders hätte laufen können (positiv oder negativ)? Welche Faktoren haben dann geholfen, welche wirkten erschwerend? Was hätte Ihnen geholfen, sodass Sie heute noch in der Pflege arbeiten würden?	
Gab es verpasste Chancen?	
Unterstützungsangebote Welche Unterstützungsangebote bekamen Sie? Von welcher Seite bekamen Sie Unterstützung? Welche Unterstützungsangebote hätten Sie sich gewünscht? Haben Sie das Gespräch mit dem Arbeitgeber gesucht, wie war die Reaktion?	
Zum Pflegeberuf Waren Sie gerne in der Pflege tätig? Wären Sie heute noch in der Pflege tätig, wenn Sie die Möglichkeit gehabt hätten?	
<i>Abschließend:</i> Möchten Sie noch etwas ergänzen, das Ihnen wichtig ist?	
Dank, Verabschiedung	

Verlaufstypen: Zuordnung der Interviews zum Typ I (diskrete Exposition/akute Krise)

Verlaufstyp I: diskret/akut	Interview	Zuordnung
	01	<p>Exposition: Mehrfachbelastung (Familie, Beruf, pflegebedürftige Oma). Rückblickend bewertet der Befragte seinen Zustand als Burnout, er habe damals aber nichts bemerkt oder gar als Burnout erkannt: diskret (unerkannt bzw. verkannt)</p> <p>Krise: schwerer Autounfall, weil übernächtigt, schweres SHT, multiple Frakturen, bes. der Hüfte (akut)</p> <p>2. Expositions-Welle: wieder Verknennung eines Burnout, stattdessen Entwicklung Benzodiazepin-Abusus (diskret)</p> <p>2. Krise: Hüftprobleme, kurzfristig OP. Komplikationen: MRSA, weitere OPs, 2 Bandscheibenvorfälle. Sagt, sein Körper habe ihm dadurch geholfen (akut)</p>
	07	<p>Exposition: unerkannt, hat sich immer fit und gut gefühlt (diskret)</p> <p>Krise: HI (akut)</p> <p>weitere Exposition: Reha, dann zurück in den alten Beruf und weiter gemacht wie zuvor: diskret (Verknennung)</p> <p>2. Krise: Synkope während der Arbeit (akut), dann Ausstieg aus Pflege</p>
	14	<p>Exposition: Öfter Rücken-Sz, kamen und gingen, als normale Erscheinung im Pflegeberuf verkannt: diskret</p> <p>Krise: Bandscheibenvorfall: „[...] irgendwann bin ich morgens wach geworden und dann tat sich links eigentlich gar nichts mehr. Mein Arm tat höllernmäßig weh, vom Hals bis runter in die Füße war ich also wirklich eingeschränkt“ (S. 1, Z. 31-33) (akut)</p>
	20	<p>Exposition: Melange aus Druck und hohen (auch psychischen) Belastungen und migräneartigen Kopfschmerzen („[...] und da habe ich gedacht, naja, das sind ganz normale Kopfschmerzen.“ (S. 1, Z. 35 f.) Verknennung (diskret). Folge: Rückenprobleme, Depression, Bluthochdruck, Analgetikaabusus</p> <p>Krise: Zusammenbruch bei der Arbeit (akut), dann Arztbesuch, danach 2 ½ Jahre nicht mehr gearbeitet</p>

Verlaufstypen: Zuordnung der Interviews zum Typ II (offene Exposition/chronifizierte Krise)

Interview	Zuordnung
02	Exposition: Rücken-Sz immer schon präsent, Therapieversuche, Sport als Ausgleich (offen , bekannte Beschwerden) Krise: chronifizierte Zuspitzung, zusätzliche Belastungen (Familie, Krankheit, Arbeit), dann Ausstieg aus Pflege
05	Exposition: Arbeitsunfall während der Pflegeausbildung, Verletzung des Handgelenks. Zunächst gut kompensiert, wenn auch mit langen Erholungszeiten und Sz (offen) – Krise: Knochentumor kommt hinzu, damit wird gesundheitliche Belastung insgesamt zu groß (chronifiziert)
08	Exposition: Seit Beginn der Arbeit in der Pflege Rückenschmerzen. Zunächst auf die Arbeitsanforderungen zurückgeführt (was für Verkennung sprechen würde), gibt später aber zu Protokoll, dass es in ihrer Familie bekannte arthritische Erkrankungen geben würde. Bes. vor der Krise litt sie längere Zeit an Rücken-Sz. (offen) – Krise: Bandscheibenvorfall, OP (chronifizierte Zuspitzung)
09	Exposition: lange Entwicklung, Unfall als Kind, dann immer Rückenbeschwerden (offen) Krise: chronifizierte Zuspitzung, dazu trägt privates Umfeld bei (Vater verstirbt, Mutter dement)
10	Exposition: Bei Arbeit Rücken-Sz, deshalb Krankengymnastik und Medikamente (offen) Krise: Diagnose Bandscheibenvorfall, chronifiziert
11	Exposition: Immer wieder Rückenschmerzen, sucht aus eigenem Antrieb Arzt auf: Verschleiß der Facettengelenke BWS (offen) Krise: BWS-Probleme, Reha und Wiedereingliederung in alten Beruf (chronifiziert) weitere Exposition: weiterhin Beschwerden und Sz (offen , bekannt) Ausstieg aus Pflege aus eigenem Entschluss, weil er zum Schluss kam, dass er so nicht mehr weitermachen kann
12	Exposition: Etliche bekannte Grunderkrankungen (offen) – Krise: chronifizierte Zuspitzung
13	Exposition: psych. Belastungen, entwickelte Suchtproblematik (Alkohol, Drogen, Benzodiazepine) (offen) Krise: chronifizierte Zuspitzung; beginnt dann aus eigener Motivation Entzug, kann nicht in Pflege zurück, der Kontakt mit Medis etc. würde ihn zurückwerfen. (Anmerkung: Anteilig könnte man in der Exposition hier auch von Verkennung sprechen, da sich eine sich entwickelnde Suchtproblematik meist erst im Nachhinein erschließt. Dennoch tendenziell eher offen/chronifiziert)
15	Exposition: seit Kindheit Diabetikerin. Diabetesmanagement wurde irgendwann schwierig (Schichtdienst, Teildienst WE, Arbeitsbedingungen, psychische Belastung): offen / Krise: Folgeerkrankung der Augen „durch den Diabetes und durch viel Belastung und Heben und Tragen“ (S. 2, Z. 15). Deshalb Ausstieg aus der Pflege (chronifiziert)
16	Exposition: über 10 Jahre bekannte Rücken-Sz, Versuch der Therapie mit Medikamenten und Training (offen), auch bereits Reha, aber ohne Besserung Krise: Irgendwann Leidensdruck zu groß, Orthopäden aufgesucht: Hüftgelenksarthrose, OP (chronifizierte Zuspitzung)
17	Exposition: Ca, weitere OP-pflichtige entzündliche Beschwerden (Gebärmutter, Darm), mehrere OPs, immer wieder AU-Phasen (offen) Krise: Irgendwann gelingt es ihr nicht mehr, ins Berufsleben zurückzukommen, Belastung zu groß (chronifizierte Zuspitzung)
18	Exposition: immer wieder Rückenschmerzen. Sagt rückblickend, dass das damals nie richtig erkannt wurde. Er bekam zwar Spritzen, aber im Sinne einer Diagnose wurde das nicht richtig erkannt. Spricht für Verkennung. Andererseits war er wegen der Beschwerden beim Arzt (offen), wurde falsch behandelt. Krise: wurde irgendwann vom Orthopäden zum Facharzt geschickt, dort umfangreiche Diagnostik: Bandscheibenvorfall LWS (eher chronifiziert) weitere Exposition: schlecht verlaufene Wiedereingliederung, wegen Überlastung irgendwann wieder Schmerzen 2. Krise: Bandscheibenvorfall HWS (weiterer Verlauf spricht eher für die Einordnung als offen/chronifiziert)

Verlaufstyp II: offen/ chronifiziert

Verlaufstypen: Zuordnung der Interviews zum Typ III (alternierend)

	19	<p><i>Sonderfall: unklare Zuordnung:</i> Exposition: Schon 10 Jahre lang Rücken-Sz (offen) teilweise aber auch ignoriert (Verkennung, würde für diskret sprechen) Krise: Bandscheibenvorfall, Versuch der Wiedereingliederung, was aber nicht klappte (chronifizierte Zuspitzung)</p>
Verlaufstyp III: alternierend		<p>weitere Exposition: offen. Vom Arzt als SimulantIn bezeichnet, erkennt aber selbst ihre Krankheit 2. Krise: chronifizierte Zuspitzung</p>
	06	<p>Exposition: Osteoporose in der HWS (unerkannt), nach Unfall Beschwerden (Kopf-Sz, Migräne), „wurde aber immer gesagt, ja, wäre alles in Ordnung“ (S. 1, Z. 25 f.) (verkannt). Spricht für diskrete Exposition, oder sehr schwach ausgeprägte offene Exposition 1. Krise: Osteoporose wird beim Röntgen diagnostiziert (akut?) weitere Exposition: Befragte ignoriert Empfehlung, nicht mehr in der Pflege zu arbeiten (offene Exposition, bekannte Beschwerden) 2. Krise: „[...] und dann hat es dann richtig geknallt“ (S. 2, Z. 8), eigtl. aber chronifizierte Krise, es ging ihr immer schlechter, bis sie „total fertig“ (S. 5, Z. 43) war.</p>
	21	<p>Exposition: unerkannt, keine Beschwerden Krise: akut, Sehnerv-Entzündung re. Auge, nach dem Aufwachen plötzlich nichts mehr gesehen, 4 Wo. krank. Diagnose MS weitere Exposition offen 2. Krise: Chronifiziert</p>
	04	<p><i>Sonderfall: diskret/chronisch:</i> Exposition: Unfall in Kindheit (Fußverletzung), gut verheilt und kompensiert, unerkannt (diskret), in Folge aber Schonhaltung Krise: Chronisch, zunehmend LWS-Beschwerden aufgrund der Schonhaltung (im Rückblick festgestellt, letztendlich Ausstieg aufgrund eigener Überlegungen, dass er in diesem Zustand unmöglich bis zur Rente weiterarbeiten könne.</p>

Reha-Biograf

Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen

Seit Jahren nimmt die Arbeitsverdichtung in der Krankenhauspflege zu. Immer mehr Patientinnen und Patienten müssen in immer kürzerer Zeit von immer weniger Pflegefachpersonal versorgt und gepflegt werden. Aktuelle Forschungsliteratur zeigt, dass dies zu Problemen in der Versorgungsqualität und zu verhältnismäßig höheren Krankenständen und Frühverrentungen bei Beschäftigten in der Pflege führen kann. Diese Zusammenhänge gewinnen vor dem Hintergrund der allgemeinen demografischen Entwicklungen sowie der kollektiven Alterung der Belegschaften im Krankenhaus noch an Dramatik. Denn längere, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten und Frühverrentungen kommen eher bei älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege vor, als bei den jüngeren.

Hier setzt das Pilotprojekt „Reha-Biograf“ an. Ziel ist es, die berufsbiografischen Wege von Pflegefachpersonen in die berufliche Rehabilitation rückblickend zu untersuchen, um Hinweise über generalisierbare Aussagen zu den Verläufen, zu den Risiken und (ggf. verpassten) Chancen zur Intervention zu erhalten. Dazu wurden in Zusammenarbeit mit dem CJD Berufsförderungswerk Koblenz insgesamt 21 Pflegefachpersonen intensiv interviewt, die ausführliche Einblicke in ihren jeweiligen, beruflichen Werdegang bis in die berufliche Rehabilitation gaben. Als Ergebnis aus den Analysen können ein erstes Verlaufsphasenmodell sowie bestimmte Verlaufstypen beschrieben werden, auf deren Grundlagen wiederum ein vertieftes Verständnis der zugrundeliegenden Prozesse wie auch angemessene und präventiv ausgerichtete betriebliche Interventionen entwickelt werden können.

Die Pilotstudie Reha-Biograf wurde mit Fördermitteln des CJD Berufsförderungswerk Koblenz gGmbH (BFW Koblenz) am Lehrstuhl Pflegewissenschaft der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner durchgeführt.