

MSH Medical School Hamburg

University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Masterstudiengang Medizinpädagogik

Masterarbeit

*Ursachen und Chancen für den
Fachkräftemangel in der Pflege in
Deutschland aus der Perspektive der
Resonanz- und Coolouttheorie*

vorgelegt von:	Katharina Engelmann Matrikelnummer 190407003
vorgelegt am:	04.08.2022
Semester:	6
Erstgutachter:	Prof. Dr. habil. D. Wetzel
Zweitgutachter:	Prof. Dr. rer. nat. B. Wulfhorst

Zusammenfassung

In der Pflege herrscht sektorübergreifend ein Fachkräftemangel, welcher unter anderem durch den demographischen Wandel in Zukunft noch zunehmen wird. Der Fachkräftemangel ist mitverursacht durch die geringe Verweildauer von Pflegefachkräften in dem Beruf. Die Berufsunzufriedenheit und der Wunsch den Beruf zu verlassen hat unterschiedliche Gründe, welche einer Makro-, Meso- und Mikroebene zugeordnet werden können. Die Ursachen können jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern stehen in unterschiedlichen Beziehungen und Abhängigkeiten zueinander. Einzelne Ursachen und Verbindungen lassen sich durch die Resonanztheorie von Hartmut Rosa und die Coolout Theorie von Karin Kersting erklären. Diese Überlegungen bieten einen Ansatz, um notwendige und wirksame Maßnahmen für eine höhere Berufszufriedenheit und eine längere Berufsverweildauer in der Pflege zu entwickeln.

Abstract

There is a shortage of skilled workers across all sectors in nursing, which will increase in the future due to demographic change, among other factors. The shortage of skilled workers is partly caused by the short length of time nurses stay in the profession. Job dissatisfaction and the desire to leave the job have different reasons which can be assigned to a macro, meso, and micro-level. However, the causes cannot be viewed in isolation, but have different relationships and dependencies with each other. Individual causes and relations can be explained by Hartmut Rosa's resonance theory and Karin Kersting's cool-out theory. These considerations offer an approach to develop necessary and effective measures to increase occupational satisfaction and the duration of professional life in nursing.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung und methodisches Vorgehen	6
3 Stand der Forschung.....	13
3.1 Der Fachkräftemangel in der Pflege in Zahlen	13
3.2 Ursachen für den Fachkräftemangel in der Pflege.....	16
3.2.1 Zentrale Belastungsfaktoren der Makroebene.....	18
3.2.2 Zentrale Belastungsfaktoren der Mesoebene	21
3.2.3 Zentrale Belastungsfaktoren der Mikroebene	25
3.3 Konsequenzen des Fachkräftemangels in der Pflege.....	30
3.4 Zwischenfazit.....	35
3.5 Die Theorie der Resonanz (Rosa)	38
3.5.1 Die Beschleunigung.....	38
3.5.2 Resonanz	40
3.5.3 Relevanz für die Pflege.....	41
3.5.4 Kritische Würdigung der Resonanztheorie	46
3.5.5 Zwischenfazit.....	48
3.6 Die Coolout Theorie (Kersting)	50
3.6.1 Grundannahmen der Coolout Theorie	50
3.6.2 Die charakterisierten Reaktionsmuster in der Coolout Theorie.....	51
3.6.3 Kritische Würdigung der Coolout Theorie	56
3.6.4 Zwischenfazit.....	57
4 Ursachen des Fachkräftemangels aus der Perspektive der Pflegefachkraft	59
5 Die Rolle der Ausbildung	61

6	Perspektiven für die Pflege.....	64
7	Fazit.....	75
8	Literaturverzeichnis.....	VI
	Eigenständigkeitserklärung	XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswirkungen des Fachkräftemangels in der Pflege (eigene Darstellung)	34
Abbildung 2: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 1 (eigene Darstellung)	36
Abbildung 3: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 2 (eigene Darstellung)	49
Abbildung 4: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 3 (eigene Darstellung)	58
Abbildung 5	60
Abbildung 6: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 4 (eigene Darstellung)	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Literaturrecherche PubMed/ Medline (eigene Darstellung).....	9
Tabelle 2: Literaturrecherche Helios Zentralbibliothek (eigene Darstellung)	11
Tabelle 3: Literaturrecherche (eigene Darstellung)	12
Tabelle 4: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75).....	17
Tabelle 5: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Makroebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)	18
Tabelle 6: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mesoebene/ Organisationsbezogene Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75).....	21
Tabelle 7: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mesoebene/ Materiell-technische Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)	24
Tabelle 8: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mikroebene/ Interpersonale Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)	25
Tabelle 9: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mikroebene/ Personalsoziopsychische Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)	27
Tabelle 10: Ursachen/ Maßnahmen gegen den Pflegefachkräftemangel	74

Abkürzungsverzeichnis

DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegefachkräfte
FDP	Freie Demokratische Partei
LZP	Langzeitpflege
PFK	Pflegefachkraft
PH	Public Health
Reha	Rehabilitation

1 Einleitung

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist allgegenwärtig, obwohl die Vergütung gar nicht schlecht ist, der Beruf einen großen Wachstumsmarkt darstellt, eine hohe Zukunftssicherheit hat und die Wochenarbeitszeit regulär nicht mehr als 39 Stunden beträgt (Quernheim & Zegelin, 2021, S.19). Durch die Corona-Pandemie sind auch die gesellschaftliche Relevanz und die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit wieder mehr in den öffentlichen Fokus gerückt. Auch die verlängerte Lebenserwartung, die Zunahme von Hochaltrigkeit und chronischen Krankheiten sowie die Vervielfachung der Zahl an Menschen mit Unterstützung- und Pflegebedarf sind Gründe dafür, dass die ausreichende pflegerische Versorgung zu einer zunehmenden gesellschaftlichen Herausforderung wird (Görres, Seibert, Stiefler, 2016, S.3). Des Weiteren sind die weitreichenden Folgen des Fachkräftemangels mit juristischen, moralischen und weiteren Konsequenzen leicht nachvollziehbar.

Das ändert aber nichts an dem schlechten Image der Pflegeberufe. Eine Studie des Instituts für PH und Pflegeforschung der Universität Bremen hat 2010 herausgefunden, dass dies die Hauptursache ist, dass sich nur 1,9% der Jungen und 10,4% der Mädchen auf allgemeinbildenden Schulen vorstellen können, eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen (DBFK, 2015).

Zusätzlich verlassen viele Pflegefachkräfte den Beruf frühzeitig, hunderttausende in den letzten Jahrzehnten (Quernheim & Zegelin, 2021, S.19). Zu der durchschnittlichen Verweildauer in dem Beruf gibt es unterschiedliche Zahlen, das Problem hierbei ist, dass bundesweit nicht systematisch erfasst wird, wie lange die Verweildauer in dem Beruf ist (Quernheim & Zegelin, 2021, S.19). Unter dem Begriff Berufsverbleib wird in der weiteren Arbeit die aktive Verweildauer einer Pflegefachkraft in einem Patienten-/ Patientinnen-nahen Arbeitsfeld verstanden (Küpper, 2020, S.19). Dieser endet mit dem endgültigen Verlassen, welches dann als Berufsausstieg verstanden wird (Küpper, 2020, S.19). Vom DBFK wird die Verweildauer im Beruf in der Altenpflege mit 8,4 Jahren und in der Krankenpflege mit 7,5 Jahren angegeben (2015).

Es gibt unterschiedliche Erklärungsversuche für diese Phänomene, der Kern der Erklärung bezieht sich häufig auf die institutionellen Arbeitsbedingungen und die tägliche Belastung der Pflegekräfte, welche patientenorientierte Pflege unmöglich

machen. Eine tiefere Betrachtung erfordert die Bildung und Sozialisation in der Ausbildung von Pflegefachkräften vor diesem Hintergrund, welche zum Beispiel zu einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung führen kann.

Ferner spielt auch das oben aufgeführte Image der Pflegekräfte eine entscheidende Rolle, sowohl in der Gesellschaft als auch im Krankenhaus, bezogen auf andere Berufsgruppen, Patienten, aber auch die Wahrnehmung der Pflegefachkräfte selbst. Es gibt die Vorstellung, die Tätigkeit als Pflegefachkraft sei etwas Minderwertiges, wofür man sich zu rechtfertigen oder zu schämen habe (Quernheim & Zeglin, 2021, S.28). Dagegen steht die Vorstellung des Respektes für Pflegefachkräfte, als wertvolles und wichtiges Mitglied einer Berufsgruppe anerkannt zu werden und entsprechend höfliches und angemessenes Verhalten zu erwarten (Quernheim & Zeglin, 2021, S.36).

Für die Masterarbeit wird zur Betrachtung des frühzeitigen Berufsausstiegs in der Pflege die Resonanztheorie von Hartmut Rosa und die Coolout Theorie von Karin Kersting mit in den Erklärungsversuch des vorzeitigen Berufsausstiegs in der Pflege miteinbezogen. Dafür wird zuerst der Fachkräftemangel in der Pflege beschrieben und mit Zahlen und Daten unterfüttert, auch die Konsequenzen werden aufgezeigt. Danach werden einzelne Ursachen für den Fachkräftemangel herausgearbeitet und diese werden nach Makro-, Meso- und Mikroebene angeordnet. Die darauffolgenden Kapitel widmen sich den beiden genannten Theorien, diese werden dargestellt und es wird herausgearbeitet, welche Möglichkeiten dieses zur Ergänzung des Fachkräftemangels in der Pflege bietet. Im nächsten Schritt wird die Abbildung der Ursachen des frühzeitigen Berufsausstiegs um die neuherausgearbeiteten Ursachen ergänzt und farblich herausgestellt.

Wichtig ist auch darzustellen, dass die einzelnen Faktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Dazu werden die einzelnen Ursachen in Verbindung gebracht und mögliche Ursachen-Wirkungszusammenhänge dargestellt. Zusätzlich wird sich noch dem Aspekt der Ausbildung gewidmet und die Abbildung wird erneut um neue Faktoren ergänzt. Nachdem die Ursachen umfassend dargestellt sind, werden einzelne Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels auf ihre hypothetische Wirksamkeit hin überprüft, indem diese den einzelnen Ursachen zugeordnet werden. Zum Schluss wird ein Gesamtfazit zu allen herausgearbeiteten Erkenntnissen gezogen.

Den beiden für die Masterarbeit herangezogenen Theorien gemeinsam ist, dass sie die Reaktionen und das Verhältnis des Einzelnen, in diesem Fall einer angehenden Pflegefachkraft (PFK) oder PFK zu seiner/ ihrer Umwelt und den Umweltbedingungen betrachten.

Die Theorien nehmen dabei den gleichen Sachverhalt aus unterschiedlichen Perspektiven in den Blick. So untersucht die Coolout Theorie von Kersting die moralischen Desensibilisierungsprozesse von Pflegekräften im pflegerischen Alltag, welche im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege entstehen (Kersting, 2019, S.19 & 21).

Das Krankenhaus unterliegt einem doppelten, sich widersprechendem Zweck. Zum einen vom Selbstverständnis her und in der Präsentation nach außen, dem einer humanitären Institution zur uneigennütigen Krankenversorgung, zum anderen ist es aber auch eindeutig ein Wirtschaftsbetrieb (Bischoff, 1992, S.158). Der ökonomische Druck hat immer weiter zugenommen. Die Gründe hierfür sind Stellenabbau, ein steigender Wettbewerb und Privatisierung (Kersting, 2016, S.27). Der daraus resultierende Zeitdruck führt dazu, dass sich patientenorientierte Pflege nicht ohne weiteres umsetzen lässt (Kersting, 2019, S.35). Patientenorientierte Pflege benötigt neben einer geeigneten Qualifikation, eine ausreichende Anzahl an Pflegefachkräften und das ist aktuell nicht gegeben (Kersting, 2019, S.35). Dieses führt zu Desensibilisierungsprozessen im Alltag, um die Situation bewältigen zu können und handlungsfähig zu bleiben (Kersting, 2019, S.21). Die durchgeführten Studien zeigen, dass alle Befragten über Strategien verfügen, mit denen sie Normverletzungen hinnehmen können (Kersting, 2016, S.69). Diese Regelverletzung ist Teil des pflegerischen Alltags und dieses sich „unempfindlich“ machen wird als Teil der beruflichen Sozialisation gelernt (Kersting, 2016, S.69).

Während sich die Theorie von Kersting nur auf die Pflege bezieht, ist die Theorie von Rosa eine Gesellschaftstheorie in der Tradition der kritischen Theorie der Frankfurter Schule (Peters & Schulz, 2017, S.9). In der Theorie lassen sich viele Erklärungsansätze für die Probleme der Pflege finden. Unter anderem führt Rosa selbst die Pflege als Beispiel an, für Arbeitsunzufriedenheit, welche durch Zeitdruck, Optimierungszwänge und Qualitätssicherungsmaßnahmen entsteht (Rosa, 2019, S.27). Es zeigt sich in der Pflege der Widerspruch zwischen der systemimmanenten Mittelknappheit und staatlichen Vernachlässigung des Gesundheitswesens und dem

Anspruch der Gesellschaft auf humane Pflege (Bischoff, 1992, S.9). Eine als feindlich erlebte Umgebung, kann es erschweren in den Resonanzmodus zu gelangen (Rosa, 2019, S.28). Resonanz wird hier verstanden als der Zustand oder Modus einer dynamischen Beziehung zur Welt, in dem sich Subjekt und Welt wechselseitig berühren und transformieren (Rosa, 2019, S.17&18).

Resonanz kann nicht entstehen, wenn die Umgebung als schweigend und indifferent wahrgenommen wird, das Individuum sich nicht verstanden fühlt und keine Beziehung zu dem Individuum selbst aufgebaut wird (Rosa & Enders, 2016, S.20&37). In diesem ausschließlich unangenehmen Raum, in welchem Tätigkeiten aufgezwungen werden, die das Individuum weder ausüben kann noch möchte, sind keine Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich und die Umgebung wird zu einer Entfremdungszone (Rosa & Enders, 2016, S.38). Entfremdung kann hier als Verstummen der Welt verstanden werden, das Individuum und die Welt haben keine Verbindung mehr zueinander (Rosa, 2019, S.17).

Die Anverwandlung von Dingen ist nur dann und dort möglich, wo das Gefühl besteht etwas erreichen zu können und Prozesse gestalten zu können (Rosa & Enders, 2016, S.56)

Die aus der bürgerlichen Weiblichkeitsvorstellung entspringende Elemente des Idealbildes der PFK, wie zum Beispiel die Forderung nach Entsagung, Aufopferung, Sich-Selbst-Vergessen, Uneigennützigkeit, Liebe und Unterordnung (Bischoff, 1992, S.86) verhindern genau diese Anverwandlung und scheinen zwar aus der Zeit gefallen, dennoch hat dieses Ideal auch heute noch eine hohe Relevanz und bestimmt das Image des Berufes in der Eigen- und Fremdwahrnehmung. Das Training der Unterordnung war Anfang des 20. Jahrhunderts ein zentraler Bestandteil der Berufserziehung, so sollte die PFK kein eigenes Ich haben und nicht stolz auf ihre Arbeit sein, im Gegenteil sie sollte sich stets ihrer Minderwertigkeit bewusst sein (Bischoff, 1992, S.87&88). Das Krankenhaus kann dieser Beschreibung nach als Entfremdungszone betrachtet werden, in der Selbstwirksamkeitserfahrungen systematisch verhindert wurden.

Diese totale Überforderung und die Maßlosigkeit der Ansprüche und diese unmenschliche Haltung der PFK gegenüber, findet sich häufig in modernen

Auffassungen von patientenorientierter Pflege in den gleichen Formulierungen wieder (Bischoff, 1992, S.91).

Es gibt jedoch einige grundlegende Veränderungen in der Pflege seit den 1990er Jahren, welche grob mit folgenden Stichpunkten beschrieben werden können:

- Demographischer Wandel,
- Technisierung,
- Beschleunigung und Verdichtung,
- Wandel des Krankheitsspektrums,
- „ambulant“ vor „stationär“ und
- Ökonomisierung (Sahmel, 2015, S.75).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass viele Ursachen für den Fachkräftemangel in der Pflege historisch gewachsen sind, das beschriebene Problem ist auch kein neues. Es sind jedoch einige Ursachen neu hinzugekommen, welche das Problem aktuell und zukünftig verschärfen. Die möglichen Lösungsansätze hängen eng mit der gesamten Gesellschaft zusammen und werden sich wohl ohne Verständnis für die Gesamtzusammenhänge nicht lösen lassen.

2 Zielsetzung und methodisches Vorgehen

In dieser Arbeit wird der Fragestellung nachgegangen, welche Beiträge die Resonanztheorie von Hartmut Rosa und die Coolout Theorie von Karin Kersting leisten können, um den Fachkräftemangel in der Pflege zu erklären und welche Perspektiven sich daraus für die Zukunft der Pflege entwickeln lassen?

Die *erste These* ist, dass der Fachkräftemangel in der Pflege entscheidend verursacht, ist durch die geringe Verweildauer in dem Beruf. Die Tendenz dem Beruf den Rücken zuzukehren muss vor dem Hintergrund der institutionellen Arbeitsbedingungen und den Belastungen des Berufsalltages gesehen werden. Ein weiterer Ansatzpunkt, um die Probleme nachvollziehen zu können bildet das Image des Berufes- sowohl in der Eigen- und als auch in der Fremdwahrnehmung. Der Leitgedanke der Arbeit ist es, die institutionellen und gesellschaftlichen Strukturen kritisch zu reflektieren, da Einzelpersonen die Systemdefizite, die in der beruflichen Pflege vorhanden sind, nicht permanent kompensieren können (Bobbert, 2019, S.291).

Die *zweite These* ist, dass in dem subjektiven Erleben zwischen Resonanz und Entfremdung (auch Repulsion) der einzelnen Pflegefachkraft der Schlüssel für die geringe Verweildauer im Beruf zu finden ist. Ein Aspekt hierbei ist die ständige moralische Selbst- und Fremdüberforderung, welche dazu führen kann, dass moralisch verantwortungsbewusste Individuen in den vorgegebenen, dysfunktionalen Strukturen scheitern (Bobbert, 2019, S.291).

Die *dritte These* meint, dass sowohl die Resonanztheorie von Hartmut Rosa als auch die Coolout Theorie von Karin Kersting einen möglichen Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für die Systematisierung dieser Überlegungen bietet. Die Resonanztheorie bildet unter anderem die Grundlage, um zu erklären, wie der Berufsalltag zu einer Entfremdungszone werden kann. Die Coolout Theorie zeigt den Aspekt der Beziehung zwischen den Arbeitsbedingungen und Desensibilisierungsprozessen im Berufsalltag, welcher ebenfalls entscheidend das subjektive Erleben beeinflusst. Der Schwerpunkt liegt hier in der Synthese der beiden Theorien mit den anderen herausgearbeiteten Ursachen vor dem Hintergrund der beschriebenen Problematik des Fachkräftemangels in der Pflege.

Als Konsequenz soll die dritte These überprüft werden, dass die aktuellen Bemühungen dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken ergebnislos bleiben müssen,

da sie an den eigentlich ursächlichen Problemen vorbeigehen. Eine Erhöhung des Gehaltes hat beispielsweise keinen Effekt, wenn Pflegefachkräfte den Beruf verlassen, weil sie den Arbeitsalltag und die Belastungen des Berufes als unerträglich wahrnehmen.

Als Methode ist eine systematische Literaturrecherche geplant, basierend auf einer Literaturrecherche im April 2022 und Mai 2022. Die Abbildung des aktuellen Forschungsstandes erfordert eine systematische Literaturrecherche, welches anhand von Literaturdatenbanken ermöglicht wird (Simon, 2013, S.162 & 167).

Bei systematischen Übersichtsarbeiten ist es unerlässlich die Recherche nachvollziehbar zu dokumentieren (Simon, 2013, S.167). Nicht klinische Fragestellungen, zum Beispiel im Kontext der Berufsausbildung, sollten durch eine Recherche in Medline/ PubMed erfolgen und ergänzend sollte eine auf die Disziplin bezogene Datenbank genutzt werden (Simon, 2013, S.176). Medline/ PubMed enthält mehr als 19 Mio. Datensätze, wobei etwa 90% der Literatur englischsprachig sind. Neben der Medizin umfasst die Datenbank auch angrenzende Fachgebiete (Simon, 2013, S.168).

Neben der Datenbank Medline/ PubMed wird die Helios Zentralbibliothek genutzt, da diese ein breites Spektrum an Fachgebieten abdeckt, unter anderem auch Pädagogik und Sozialwissenschaften. Außerdem wird ergänzend SpringerLink verwendet werden, da auch hier ein breites Spektrum an Literatur abgedeckt wird.

Die Recherchestrategie soll so transparent und nachvollziehbar wie möglich dargestellt werden und es sollen alle Elemente der Suchstrategie beschrieben werden (Simon, 2013, S.176). Schlagworte werden in Medline/ PubMed als „MeSH-terms“ bezeichnet und im Feld MH verzeichnet (Simon, 2013, S.178). Die Verwendung von MeSH-Begriffen und die hierarchische Struktur des MeSH-Trees ermöglichen die hierarchische Suche nach bestimmten Themen (Simon, 2013, S.178). Die Details der geplanten Literatursuche sind nachfolgend dargestellt. Folgende Suchbegriffe wurden gesondert verwendet: „Fachkräftemangel in der Pflege“, „Coolout“ und „Resonanz“. Bei Bedarf sind die Begriffe noch weiter eingegrenzt worden, z.B. mit den Suchbegriffen „Resonanz“ AND „Rosa“.

. Für die Suche in PubMed/ Medline wurden zusätzlich die „MeSH“-terms „Nursing Staff, Hospital / supply & distribution“ und „Nursing Staff/ economics“ genutzt. Des

Weiter wurden zum Teil Filter eingesetzt, wie „german“ und es wurde die Funktion der Similar articles genutzt. Die Recherche erfolgte im Zeitraum von April bis Mai 2022 und konzentrierte sich auf den deutschsprachigen Raum, da der Fachkräftemangel in anderen Ländern nicht zwangsläufig auf die gleichen Ursachen zurückzuführen ist. Bei der Suche wurden die drei Boole'schen Operatoren zur Verbindung der Suchbegriffe verwendet (Simon, 2013, S.180).

Die gefundenen Beiträge wurden von der Autorin aufgrund von Abstrakt, Titel, Aktualität und Quelle bewertet und diese wurde dann mit ins vorläufige Literaturverzeichnis aufgenommen. Der Erfolg in den verschiedenen Datenbanken gestaltete sich sehr unterschiedlich, so zeigten sich die passenden Ergebnisse in PubMed als nicht thematisch passend oder nicht aktuell genug. Besonders zu der Resonanztheorie von Hartmut Rosa hat die Autorin vor allem auf Grundlagenliteratur gesetzt. Die nicht in der Tabelle aufgeführten Quellen wurden außerhalb der Datenbanken gefunden, zum Beispiel durch Literaturverzeichnisse oder begleitender Recherche. Nachfolgend sind die erfolgten Recherchen in den drei Datenbanken, PubMed/ Medline, SpringerLink und in der Helios Zentralbibliothek in drei Tabellen aufgeführt. Zusätzlich aufgeführt sind die relevanten Ergebnisse, die aufgeführten Doppelungen beziehen sich lediglich auf die relevanten Ergebnisse. Die Autorin hat einige Jahre in der Pflege gearbeitet und muss daher umso sorgfältiger die Recherche kritisch reflektieren, um eine objektive Darstellung zu gewährleisten. Auf der anderen Seite bietet die eigene Erfahrung auch Vorteile im Verständnis der Problematik.

Datenbank: PubMed/ Medline		
Verwendeter Suchbegriff	Anzahl Ergebnisse	Als Quelle verwendet
„Fachkräftemangel in der Pflege“	2 davon relevant: 1 Doppelungen: 0	0
➤ Similar articles	136 davon relevant: 3 Doppelungen: 0	0
➤ MeSH Term „Nursing Staff/economics“	5684 Mit Filter „german“: 142 davon relevant: 2 Doppelungen: 0	0
➤ MeSH Term „Nursing Staff/ supply&distribution“	Mit Filter „german“: 193 davon relevant: 4 Doppelungen: 1	0

„Resonanz“	Mit Filter „german“: 86 davon relevant: 0	0
„Hartmut Rosa“	Mit Filter „german“: 2 davon relevant: 0	0
„Coolout“	1 davon relevant: 1 Doppelungen: 0	0
➤ Similar articles	137 davon relevant: 5 Doppelungen: 0	0

Tabelle 1: Literaturrecherche PubMed/ Medline (eigene Darstellung)

Datenbank: Helios Zentralbibliothek		
Verwendeter Suchbegriff	Anzahl Ergebnisse	Auswahl zur weiteren Verwendung
„Fachkräftemangel in der Pflege“	1.931 davon relevant: 53 Doppelungen: 4	<p>Badura, Ducki, Schröder, Meyer (2021) „Fehlzeiten Report 2021: Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie“,</p> <p>Badura, Ducki, Schröder, Klose, Meyer (2020) Fehlzeitenreport 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit“, Badura, Ducki, Schröder, Klose, Meyer (2018). „Fehlzeitenreport 2018: Sinn erleben Arbeit und Gesundheit“,</p> <p>Badura, Ducki, Schröder Klose, Meyer (2017). Fehlzeitenreport 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung“,</p> <p>Bauknecht, Wesselborg (2021) „Psychische Erschöpfung in sozialen Interaktionsberufen von 2006 bis 2018: Ein Vergleich der Bereiche Pflege, frühkindliche Bildung, Schule, Soziale Arbeit und Polizei“,</p> <p>Bechtel, Smerdka-Arhelger, Lipp (2017) „Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chance“,</p>

		<p>Dilcher, Hammerschlag (2012) „Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit: Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategisches Personalmanagement im Krankenhaus“</p> <p>Giese (2019) „Antinomie statt Autonomie: Iris Marion Youngs Theorie der „Fünf Formen der Unterdrückung“ als Beitrag zum Verständnis der Widersprüche der Pflege- und Pflegebildungspolitik“,</p> <p>Hanke-Ebersoll (2022) „Fachkräftemangel in der Pflege? Beschreibungsansätze aus der Perspektive der Alternativen Wirtschaftstheorie (AWT)“,</p> <p>Hesse, Mattmüller (2019) Perspektivwechsel im Employer Branding: Neue Ansätze für die Generationen Y und Z</p> <p>Sailer (2021). „Pflege im Fokus: Herausforderungen und Perspektiven – warum Applaus alleine nicht reicht“,</p> <p>Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, Schwinger (2016) „Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus“,</p> <p>Klöppner, Kuchenbuch, Schumacher (2017). „Fachkräftemangel im Pflegesektor“,</p> <p>Simon (2018) „Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal: Entwicklungen und Chancen“,</p> <p>Tewes, Stockinger (2014) „Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen: Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland“</p>
„Resonanz“	11.955 nicht konkret genug	0

Resonanz AND Rosa	1.259 davon relevant: 8 Doppelungen: 4	Michalak, Nething, Heidenreich (2022) „Beschleunigung, Resonanz und Achtsamkeit“, Oelsnitz, Schirmer, Wüstner (2014) „Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt“,
Coolout	22 davon relevant: 8 Doppelungen:4	Kersting (2016) „Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung“, Küpper (2020) „Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege: Der Einfluss von Moral Disstress und arbeitsbezogenem Kohärenzgefühl Luft (2022) „Von „fleißigen Arbeitsbienen“, „Seelentrösterinnen“, „Ersatz-Mamas“ und Revoluzzer/-innen: Metaphorische Konzepte, zentrale Motive und Implikationen für das pflegerische Handeln im Setting der Altenpflege“
„Kersting“	14490 Nicht konkret genug: „Kersting AND Coolout“ s.o.	0

Tabelle 2: Literaturrecherche Helios Zentralbibliothek (eigene Darstellung)

Datenbank: SpringerLink		
Verwendeter Suchbegriff	Anzahl Ergebnisse	Auswahl zur weiteren Verwendung
„Fachkräftemangel in der Pflege“	3281 davon relevant: 52 Doppelungen: 23	Julier-Abgottspon, Brunner-Pfaffen, Eissler (2022) Selbstimage und öffentliches Image des Pflegeberufs: eine quantitative und qualitative Querschnittsstudie Mojtahadzadeh, Neumann, Rohwer, Augustin, Zyriax, Harth, Mache (2021) Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

		<p>Mojtahedzadeh, Neumann, Augustin, Zyriax, Harth, Mache (2021) Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – aktueller Forschungsstand, Potenziale und mögliche Herausforderungen</p> <p>Rohwer, Mojtahedzadeh, Harth, Mache (2021) Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland</p>
„Resonanz“	58983	(näher eingegrenzt)
„Resonanz AND Rosa“	3972	(näher eingegrenzt)
„Resonanz AND Rosa AND Pflege“	1574 davon relevant: 7 Doppelungen: 3	Riedel (2018) Ethische Reflexion in der Pflege Seibold (2022) Stress, Mobbing und Burn-Out. Umgang mit Leistungsdruck, Belastungen im Beruf meistern
„Hartmut Rosa“	3554	Näher eingegrenzt
„Hartmut Rosa AND Resonanz“ Filter: „Sociology, general“	151 davon relevant: 2 Doppelungen: 0	Bauer, Büscher (2008) Soziale Ungleichheit und Pflege
„Coolout“	32 davon relevant: 9 Doppelungen: 3	Bobbert (2019) Berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit: sechs sozialetische Problemanzeigen, Müller (2020); Pflege ist auch meine Wut und meine Angst

Tabelle 3: Literaturrecherche (eigene Darstellung)

3 Stand der Forschung

Die erste aufgestellte These lautet, dass in der Pflege ein Fachkräftemangel vorliegt und dieser entscheidend verursacht ist, durch die geringe Verweildauer in dem Beruf.

Ein Mangel bedeutet normalerweise, dass der Bedarf größer ist als das Angebot (Hanke-Ebersoll, 2022, S.214). In der Arbeitsmarktforschung wird von einem Fachkräftemangel gesprochen, wenn es zur Arbeitsnachfrage (Stellenangebote) zu wenig passend qualifizierte und zu wenig den Anforderungen entsprechend qualifizierbare Arbeitskräfte gibt (Hanke-Ebersoll, 2022, S.224). In der Regel sind, wenn vom Fachkräftemangel in der Pflege gesprochen wird, ausschließlich professionell in der Pflege arbeitende Personen gemeint (Hanke-Ebersoll, 2022, S.216). In der nachfolgenden Arbeit wird sich auch ausschließlich auf diese Personengruppe bezogen, die Laienpflege wird nicht berücksichtigt.

Unter Pflege wird die Betreuung von Menschen verstanden, die sich nur eingeschränkt selbstständig versorgen können (Radtke, 2022).

3.1 Der Fachkräftemangel in der Pflege in Zahlen

Amtliche Zahlen zum Fachkräftemangel in der Pflege sind nur schwer verfügbar, orientiert werden kann sich unter anderem an den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (Bundesgesundheitsministerium, 2021). Nach dem Stand von 2020 richteten sich 47 Prozent der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen in der Altenpflege an Fachkräfte (13.235 Stellen), 53 Prozent an Personen mit Helferqualifikation (7.039 Stellen) (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Die offenen Stellen blieben im Durchschnitt 212 Tage unbesetzt, bei den Altenpflegefachkräften kamen rechnerisch auf 100 offene Stellen 33 Arbeitslose und bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern kamen auf 100 offene Stellen 617 Arbeitslose, wobei hier die verlangten Qualifikationen zum Teil nicht vorhanden waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Jedoch muss beachtet werden, dass nicht immer alle Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit offene Stellen melden und es kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle als arbeitslos gemeldeten Personen dem Arbeitsmarkt vollumfänglich zur Verfügung stehen (z.B. bei eingeschränkter Vermittlungsmöglichkeit aufgrund von Krankheit) (Isfort, Rottländer, Weidner, Gehlen, Hylla, Tucman, 2018, S.35).

Die Ergebnisse des „Pflegethermometers 2018“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP), berichten von aktuell 38.000 offene Stellen in der ambulanten und stationären Altenpflege (Bertelsmann Stiftung, 2018, S.6)

Eine andere Annäherung ermöglicht der Blick auf die Erfüllung und Nichterfüllung von festgelegten Mindestpersonalquoten (Hanke-Ebersoll, 2022, S.224). Viele Pflegeheime können die Mindestpersonalquoten nicht einhalten (Klöpner, Kuchenbucher, Schumacher, 2017, S.1). Im Krankenhaus steigt der Quotient der behandelten Fälle zur Anzahl der Pflegefachkräfte kontinuierlich an, waren es 1995 noch 48,5 Patienten pro Pflegefachkraft, stieg die Anzahl auf 65,3 bis 2012 (Isefort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.9). Die Relation der Anzahl Pflegefachkräften zu der Zahl der Ärztinnen und Ärzte veränderte sich ebenfalls zum Nachteil der Pflege, 1995 kamen noch 3,3 Pflegefachkräfte auf eine/n Ärztin/ Arzt, so waren es 2012 nur noch 2,1 Pflegefachkräfte (Isefort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.9). Die geringen Investitionen im Pflegebereich im Gegensatz zu den Steigerungen im ärztlichen Dienst lassen vermuten, dass die Anpassungen und Steigerungen im ärztlichen Dienst in dem Personalbereich der Pflege „gegenfinanziert“ wurden (Isefort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.16). So sank die Anzahl Vollkräfte im Pflegedienst um 11,44 Prozent von 1995 bis 2012, während die im Krankenhaus behandelten Fälle um drei Millionen angestiegen sind (Isefort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.17). Gleichzeitig wurden die Arbeitsprozesse komplexer und das Arbeitsvolumen nicht weniger (Tenbenschel, 2012, S.215).

Ebenso kann festgestellt werden, dass Deutschland schon heute die schlechteste Patienten-Pflegekraft-Relation in Europa hat, was sich auch nachweislich in der Mortalitätsrate von Patienten und dem Belastungserleben der Pflegefachkräfte niederschlägt (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.73, zit. nach Aiken et al., 2012). In der Studie zum Pflegethermometer 2014 versorgte beispielsweise im Durchschnitt im Frühdienst eine Pflegefachkraft 8,7 Patienten und Patientinnen, im Spätdienst 11,8 Patienten und Patientinnen und im Nachtdienst 23, 5 Patienten und Patientinnen (Isefort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.10).

Beachtet werden muss auch, dass die Anzahl der benötigten Fachkräfte aufgrund des demographischen Wandels noch steigen wird (Bundesgesundheitsministerium, 2021). Neben der seit Jahren sinkenden Geburtenrate, bei steigender Lebenserwartung der Menschen, wodurch es relativ und absolut mehr ältere und alte Menschen gibt, sind

auch noch andere gesellschaftliche Ursachen verantwortlich dafür, dass der Bedarf an professioneller Pflege steigt (Klöppner, Kuchenbuch, Schumacher, 2017, S.1). Diese sind beispielsweise der Trend zum Einpersonenhaushalt, die erhöhte Frauenerwerbstätigkeit, hohe Akademikerquoten und Probleme bei der Berufsausbildung (Klöppner, Kuchenbuch, Schumacher, 2017, S.1).

Der Fachkräftemangel wird also zukünftig noch zunehmen, obwohl dieser schon jetzt flächendeckend vorhanden ist (Klöppner, Kuchenbuch, Schumacher, 2017, S.1). Das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln prognostiziert, dass bis zum Jahr 2035 etwa 307.000 Pflegefachkräfte in der stationären Versorgung und 500.000 Pflegefachkräfte insgesamt fehlen werden (Radtke, 2022). Die Prognose beruht dabei auf Berechnungen des statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, bis zum Jahr 2060 erwarten die Experten einen Anstieg der pflegebedürftigen Menschen auf 4,35 Millionen (Radtke, 2022). Die Betrachtung der Personalsituation ist über die einzelnen Sektoren hinaus erforderlich, da der Fachkräftemangel zu einer Konkurrenzsituation zwischen den Einrichtungen innerhalb und zwischen den Sektoren führt und sich diese gegenseitig beeinflussen (Isfort, Rottländer, Weidner, Gehlen, Hylla & Tucman, 2018, S.30). Ein Beispiel für das Zusammenspiel der verschiedenen Sektoren ist, dass als Folge der Umsetzung der Fallkostenpauschale im Krankenhaus, erhebliche Veränderungen in dem Aufgabenbereich der ambulanten Pflege, der stationären Altenpflege und den Rehabilitationseinrichtungen mit sich gebracht haben (Tenbenschel, 2012, S.216). Leistungen, die vorher im Krankenhaus erbracht wurden, verteilen sich nun in andere Versorgungsbereiche (z.B. in der Rehabilitation, in der stationären Langzeitpflege oder in der ambulanten Pflege), welches dort eine andere Personalausstattung notwendig macht (Tenbenschel, 2012, S.216).

3.2 Ursachen für den Fachkräftemangel in der Pflege

Der vorzeitige Berufsausstieg von Pflegefachkräften spielt bezogen auf den Fachkräftemangel in der Pflege eine Schlüsselrolle (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.5). Auch das Aussteigerpotential von Pflegefachkräften ist hoch, immerhin jeder Vierte denkt oft daran, die Einrichtung zu verlassen, diese Zahl ist auch im internationalen Vergleich alarmierend (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.52). Zusätzlich ist auch die Arbeit im Ausland für einige Pflegefachkräfte eine Alternative, 20% aller Pflegefachkräfte wären nicht abgeneigt eine Arbeitsstelle im Ausland anzunehmen (Haubrock, 2017, S.10). Bei den Pflegefachkräften unter 25 Jahren sind es sogar 40% (Haubrock, 2017, S.10). Zusätzlich streben nur etwa 50% der Pflegefachkräfte an, den Pflegeberuf bis zur Rente auszuüben (Haubrock, 2017, S.10). Es gibt hauptsächlich zwei Gründe, welche zu einem Berufsausstieg führen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.76). Der eine Grund zum Ausscheiden aus dem Beruf ist eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.76). Der andere ist eine individuelle Ausscheidungsentscheidung aufgrund sinkender Berufsattraktivität, persönlicher Motivationsprobleme und beruflicher Alternativen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.76).

Um der Komplexität von dem Problem gerecht zu werden, muss die steigende Arbeitsbelastung, der frühzeitige Berufsausstieg und der drohenden Fachkräftemangel multifaktoriell betrachtet werden (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.75). Nachfolgend sind die zentralen Belastungsfaktoren im Pflegeberuf aufgeführt, diese werden im Folgenden aufgegriffen, erklärt und ergänzt.

Makroebene	Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/ Gratifikationskrise • Bürokratisierung • Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten • Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung
Mesoebene	Organisationsbezogene Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsstil/-qualität • Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten • geringer Einfluss bei der Arbeit • grundsätzliche Arbeitszeitorganisation • quantitative Arbeits(zeit)organisation • quantitative Arbeitsanforderungen
	Materiell-technische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsumgebung • Körperliche Anforderungen • Infektionsgefährdung
Mikroebene	Interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation • interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten • mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte
	Personal-soziopsychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid • Interaktion mit Klienten • Psychosomatische Beschwerden • Burnout • emotionale und psychische Belastungen und Stress • individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (z.B. geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) • Konflikt zwischen Arbeit und Familie • Rollenkonflikte und moralischer Stress

Tabelle 4: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Höhmnn, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

3.2.1 Zentrale Belastungsfaktoren der Makroebene

Makroebene	Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/ Gratifikationskrise • Bürokratisierung • Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten • Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung
------------	--	---

Tabelle 5: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Makroebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

Die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung zeigt sich unter anderem in dem Image der Pflegeberufe in der Gesellschaft und den Medien. Ein Image kann verstanden werden als ein Vorstellungsbild, welches den Menschen mit einem Gegenstand verbindet (Thranberend, 2007, S.4). Als Gegenstände in diesem Kontext kann unter anderem auch ein Beruf, wie der Pflegeberuf verstanden werden (Thranberend, 2007, S.4). Dabei kann zwischen dem Selbst- und Fremdimage unterschieden werden (Thranberend, 2007, S.4). Das Selbstimage ist das Bild, welches eine Person/ Personengruppe auf sich selbst hat und das Fremdimage ist das Vorstellungsbild was andere haben (Thranberend, 2007, S.4). Images entstehen durch Erfahrungen und Kommunikation, entweder durch direkten Kontakt oder durch informelle Kommunikation, zum Beispiel Medienkontakt (Thranberend, 2007, S.4). Images reduzieren dabei Komplexität und sind meistens mit einem Werturteil verbunden, sie vereinfachen dabei die Wahrnehmung und haben eine Orientierungsfunktion (Thranberend, 2007, S.4). Für die meisten traditionellen und verbreiteten Berufe ist ein Image vorhanden, welches durch viele Menschen geteilt wird (Thranberend, 2007, S.4).

Das Image entfaltet dabei eine mögliche Wirkung auf unterschiedlichen Ebenen: auf die Ebene der Politik, die Ebene der Berufsangehörigen und die Ebene der Gesellschaft (Thranberend, 2007, S.5). Auf der politischen Ebene geht es beispielsweise um Entscheidungen bei der Verteilung finanzieller Ressourcen und die Gestaltung des beruflichen Handlungsrahmens (Thranberend, 2007, S.5). Dabei lassen sich Rückschlüsse auf den Pflegeberuf ziehen, wenn man sich die Zahlen der Entwicklung der Vollzeitstellen im Bereich der Pflege im Vergleich, zu dem der Medizin vor Augen hält (Kapitel 3.1 Der Fachkräftemangel in Zahlen). Auf der Ebene der Berufsangehörigen geht es dagegen unter anderem um das berufliche

Selbstbewusstsein und damit auch um die Berufs- und Arbeitszufriedenheit (Thranberend, 2007, S.5). Auf der Ebene der Gesellschaft geht es zum Beispiel um den Einfluss auf potenziellen Berufsnachwuchs, auf den Umgang mit kooperierende Berufsgruppen und Patienten/ Patientinnen (Thranberend, 2007, S.5).

Das Image der Pflegeberufe ist stark durch ihre historische Entwicklung beeinflusst, dabei sollten vor allem die religiös-caritativen Wurzeln und die Idee des Berufungsberufes und Heilberufes nicht unerwähnt bleiben (Thranberend, 2007, S.6).

Die schon früher vorherrschenden katastrophalen Arbeitsbedingungen in der Pflege und die idealisierte Selbstaufopferung der Frauen forderte schon dort ihren Tribut, in einer kurzen Verweildauer im Beruf sowie einer deutlich erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate der Pflegefachkräfte gegenüber der restlichen Gesellschaft (Giese, 2018, S.24). Wiederkehrende Pflegenotstände und der Fachkräftemangel wurden so ein Begleitphänomen der Pflege bis heute (Giese, 2018, S.24).

Das tatsächliche Fremdimage ist schwer genau zu ermitteln, für Pflegeberufe gibt es aber zum Beispiel die Annahme, dass vor allem Wertschätzung für spezifische Tätigkeiten vorhanden ist, bei denen von sich selbst aus nicht vorgestellt werden könnte, diese auszuführen („Ekel-Beruf“) (Thranberend, 2007, S.7). Die Auswertung verschiedener Studien lässt die Aussage zu, dass das generelle Ansehen der Pflegeberufe insgesamt höher ist als von der Berufsgruppe vermutet (Thranberend, 2007, S.7). Die Vorstellung über die „Berufswirklichkeit“ entspricht aber wahrscheinlich nicht dem erwünschten professionellen Berufsbild (Thranberend, 2007, S.7).

Die Aufgabenteilung im Krankenhaus im 19. und beginnenden 20 Jahrhundert, entsprach denjenigen in einer bürgerlichen Familie, indem die Pflege die alltäglichen, schwer planbaren, nicht enden wollenden Sorgearbeit und die haushaltsnahen Tätigkeiten übernahm (Giese, 2018, S.24 & 25). Betrachtet man nun vor dem historischen Hintergrund die heutige Lage der Frau in der Pflege, kann festgestellt werden, dass sich an der Oberfläche vieles und an den grundlegenden Strukturen jedoch wenig geändert hat (Bischoff, 1992, S.145). Heute spricht man zwar nicht mehr von Aufopferung, sondern der Grundeinstellung „Für-andere-da-sein“, die Realität bleibt dabei aber gleich (Bischoff, 1992, S.145). Gesellschaftliche Geschlechtsrollenstereotypen können dabei jederzeit aktualisiert werden und sind immer noch vorhanden (Bischoff, 1992, S.145).

Zentraler Bestandteil pflegerischer Arbeit ist die Gefühlsarbeit, Emotionsarbeit und Zugewandtheit, dass diese als minderwertige Leistung angesehen wird, ist an verschiedenen Faktoren zu vermuten (Pfabigan & Rappold, 2021, S.37). So wird bei Zeitmangel dieser Teil der Arbeit am ehesten weggelassen und die Anerkennung im pflegerischen Berufsfeld wird weniger je weiter dieses vom technischen und medizinischen Bereich entfernt ist (Pfabigan & Rappold, 2021, S.37). Als Beispiel könnte die Intensivpflegekraft im Gegensatz zu der Pflegekraft in der stationären Altenpflege angeführt werden. Die männlich konnotierte Technik und das akademische Wissen werden also als deutlich relevanter eingeschätzt als die weiblich konnotierte Fürsorge sowie kommunikative und soziale Aspekte (Pfabigan & Rappold, 2021, S.38). Dies lässt darauf schließen, dass die männliche Perspektive und Bewertungsmuster weiter vorherrschend sind (Pfabigan & Rappold, 2021, S.37).

In einer Schweizer Studie wurde gezeigt, dass Pflegefachkräfte Stereotype zum Teil selbst verinnerlicht haben und diese zum Beispiel durch eine Beschreibung ihrer Tätigkeit nach außen transportieren (Julier-Abgottspon, Brunner-Pfaffen & Eissler, 2022, S.1). Ein schlechtes Selbstimage nimmt dabei auch negativen Einfluss auf das Image der Pflege in der Gesellschaft (Julier-Abgottspon, Brunner-Pfaffen & Eissler, 2022, S.1).

Auch heute noch ist die Perspektive und Expertise der Pflege auf allen Ebenen (Makro, Meso, Mikro) wenig durchsetzungsfähig und wird häufig zurückgedrängt (Giese, 2019, S.307). Ein Beispiel hierfür ist der zeitweise Trend in der Leitungsstruktur der Klinik lediglich eine medizinische und eine ökonomische Leitung einzusetzen und auf die Pflege bewusst zu verzichten (Giese, 2019, S.307).

Auch sind rein hochschulisch primärqualifizierte Pflegefachkräfte von den Kernfeldern des Berufes ausgegrenzt und Pflegefachkräfte mit einer 3-jährigen Ausbildung, welche in der Regel keine Hochschulreife erworben haben, können oft nur sehr langwierig akademisches Wissen aufbauen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.81). Nach einem Studienabschluss ist eine patientennahe Arbeit häufig nicht vorgesehen und die erworbene Qualifikation wird weder adäquat abgerufen noch gesellschaftlich gewürdigt, was wiederum zu beruflicher Unzufriedenheit auch der Hochqualifizierten führt (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.81).

Die „berufliche Gratifikationskrisen“ entsteht, wenn einer hohen Verausgabung keine entsprechende Belohnung gegenübersteht (Schmucker, 2020, S.79 & 83). Die Belohnung kann sowohl materiell (z.B. Einkommen) als auch immateriell (z.B. Wertschätzung) sein (Schmucker, 2020, S.79). In der NEXT-Studie zeigte sich, dass je höher die Qualifikation der Pflegefachkräfte ist, desto größer ist die Unzufriedenheit mit der Bezahlung (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.42).

Zur Bürokratisierung zeigte sich, dass im Krankenhaus angegeben wurde, dass über 20% der durchgeführten Tätigkeit pflegefremd seien, z.B. administrative Tätigkeiten (Bestellwesen, Leistungsanforderung) oder patientenferne Tätigkeiten (Hol- und Bringendienst), in den anderen Bereichen waren die Angaben etwas geringer (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.41).

3.2.2 Zentrale Belastungsfaktoren der Mesoebene

Die zentralen Belastungsfaktoren können in eine organisationsbezogene und eine materiell-technische Ebene unterschieden werden.

3.2.2.1 Organisationsbezogene Ebene

Organisationsbezogene Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsstil/-qualität • Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten • geringer Einfluss bei der Arbeit • grundsätzliche Arbeitszeitorganisation • quantitative Arbeits(zeit)organisation • quantitative Arbeitsanforderungen
-----------------------------	--

Tabelle 6: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mesoebene/ Organisationsbezogene Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

Auf der Mesoebene werden die Faktoren aufgeführt, welche durch die Einrichtungen beeinflusst werden (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.76). Dazu gehören unter anderem als ungünstig erlebte Schichtdienste, geringe Handlungs- und Gestaltungsspielräume, Infektionsrisiken sowie Kommunikations- und Kooperationsprobleme (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.76).

Im Gallup Engagement Index ist gezeigt worden, dass die Bindung an den Arbeitsplatz und die Qualität der Arbeit entscheidend vom direkten Vorgesetzten abhängt (Quernheim, Zegelin, 2021, S.171). Nur wenige Pflegeeinrichtungen bieten adäquate

Einarbeitungskonzepte an, außerdem sorgen die Leitungen zu wenig dafür, dass ein gemeinschaftliches und bewusstes Pflegeverständnis vorhanden ist (Quernheim, Zegelin, 2021, S.171). Fehlverhalten von Pflegefachkräften im Team bleibt häufig ohne Konsequenzen und es gibt noch einige andere negative Beispiele für Führungsqualität im Pflegealltag, welche häufig vorkommen (Quernheim, Zegelin, 2021, S.171). Beispiele für solche Führungsdefizite sind eine fehlende Fehlerkultur, nicht gewürdigte Praxisanleitung und Beratung von Lernenden und Patienten und fehlende Personalentwicklungsgespräche (Quernheim, Zegelin, 2021, S.171).

In der NEXT-Studie zeigt sich, dass die Entwicklungsmöglichkeiten eine der wichtigsten Einflussfaktoren sind auf den Wunsch die Pflege zu verlassen: Personen die geringere Entwicklungsmöglichkeiten wahrnehmen, denken dreimal so häufig über einen Berufsausstieg nach, als Kollegen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.22).

Ein weiterer arbeitsbedingter Belastungsfaktor ist das Erleben von Ungerechtigkeit, dabei spielt die Verteilung von Gütern, die Gestaltung von Verfahren (transparente und partizipative Prozesse) und die sozialen Interaktionen und Beziehungen (faire Behandlung und Entscheidungsfindung) eine Rolle (Schmucker, 2020, S.79). Der Einfluss bei der Arbeit spielt eine große Rolle, je weniger dieser wahrgenommen wird, desto mehr ist der Wunsch vorhanden den Beruf zu verlassen (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.23).

Dazu kommt eine hohe Arbeitszeitbelastung durch atypische Arbeitszeitlagen, Schichtdienste und überlange Arbeitszeiten (Schmucker, 2020, S.78). Die Organisation der Arbeitszeiten ist von großer Bedeutung, da diese zu körperlichen, wie auch psychosozialen Belastungen führen kann (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.34). Die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten variiert stark je nach Einrichtung (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.37). Verschiedene Belastungsfaktoren können sich gegenseitig verstärken und das Risiko für beruflich bedingte Erkrankungen erhöhen (Schmucker, 2020, S.79).

Die NEXT-Studie hat auch weitere Faktoren mit unter die Lupe genommen. Dabei wurde zwischen quantitativen, qualitativen und emotionalen Anforderungen unterschieden (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005,

S.14). Unter den quantitativen Arbeitsanforderungen wird die anfallende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit verstanden, welche sich als einen wichtigen Aspekt in Deutschland herausgestellt haben (in keinem anderen Teilnehmerland der Studie waren die ermittelten Werte so hoch) (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.14 & 15).

Wobei quantitative Anforderungen auch emotional belastend sein können. Da die Tätigkeiten in der Pflege unter ständiger Überbelastung verrichtet werden mussten und müssen, können die hohen Ansprüche von Fürsorglichkeit und Patientenorientierung nie erfüllt werden (Giese, 2018, S.25). Die Pflegefachkräfte geraten dabei in eine stetige Normenfalle, welche dazu führt, dass eine permanente Kritisierbarkeit durch permanente Überforderung hergestellt wird (Giese, 2018, S.25). Selbstlosigkeit blieb dabei das prägende Ideal, in dem das Wohl dem Pflegenden dem des zu Pflegendem untergeordnet wurde (Giese, 2018, S.26). Der moralische Stress zeigt sich dabei auf unterschiedliche Weise, in Zorn, Schuld, Frustration, Angst, Sorge, Hilflosigkeit, Ohnmacht, mangelndes Selbstwertgefühl, Depressionen, Alpträumen und kann auch in ein Burnout münden (Wöhlke, 2018, S.44). Die historisch entstandene Normenfalle und Überforderungen führen dabei sowohl zum Verlassen des Berufes als auch zu einem Coolout (auf das in einem späteren Abschnitt noch eingegangen wird) (Giese, 2018, S.26).

Neben dem Arbeit/ Familie Konflikt und den fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten gibt es keinen weiteren untersuchten Aspekt in der NEXT-Studie, der derart mit dem Wunsch nach einem Berufsausstieg verbunden ist (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.15).

Zusätzlich kommt es durch den bestehenden Fachkräftemangel immer mehr zu einem so genannten qualifikatorischem Mismatch, das heißt, dass immer häufiger Hilfskräften patientennahe Tätigkeiten übertragen werden, für welche diese nicht ausreichend qualifiziert sind (Hömann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.80). Die Pflegefachkräfte sollen hier die Koordination der Hilfskräfte übernehmen, für welche sie ebenfalls nicht qualifiziert und ausgebildet worden sind (Hömann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.80). Diese Situation führt sowohl auf der Seite der Hilfskräfte als auch auf der Seite der Pflegefachkräfte zu einem Gefühl der Überforderung und Fehlqualifizierung (Hömann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.80).

Bei der Durchführung von Tätigkeiten, für die keine ausreichende Qualifikation besteht, fühlte sich in der Umfrage jede zehnte Pflegefachkraft täglich oder ständig nicht ausreichend für ihre durchgeführten Tätigkeiten qualifiziert (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.40).

3.2.2.2 Materiell-technische Ebene

Materiell-technische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsumgebung • körperliche Anforderungen • Infektionsgefährdung
----------------------------	--

Tabelle 7: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mesoebene/ Materiell-technische Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

Die Pflegeberufen weisen eindrücklich verstärkt überdurchschnittliche hohe Werte sowohl bei physischen als auch bei psychischen Belastungsfaktoren auf (Schmucker, 2020, S.78), diese können zum Teil unter dem Unterpunkt der Körperlichen Anforderungen verortet werden.

Die NEXT-Studie erwähnt unter der Arbeitsplatzexposition und Anforderungen zusätzlich auch noch die physikalischen Expositionen (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.11), welche unter den physischen Belastungsfaktoren eingeordnet werden könnten. Hierunter wird unter anderem das erhöhte Infektionsrisiko, zum Beispiel durch den regelmäßigen Umgang mit Körperflüssigkeiten oder die Gefahr einer Nadelstichverletzung verstanden (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.11). Zu beachten ist hier, dass nicht nur das tatsächliche, sondern auch das wahrgenommene Risiko eine Rolle spielt, da dieses einen psychischen Belastungsfaktor darstellen kann (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.11).

Lärm als weiterer Faktor spielt eher im stationären Bereich eine Rolle als Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.12). Dagegen tritt die Wahrnehmung von unangenehmen Temperaturen eher im ambulanten Bereich auf (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.13). Die Belastung durch gefährliche Stoffe, wie zum Beispiel Desinfektions- und Reinigungsmittel oder Chemotherapeutika werden in der akuten, stationären Versorgung höher wahrgenommen als in der stationären Langzeitpflege (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.13).

Die körperlichen Anforderungen sind in der Pflege generell hoch (etwas unterschiedlich je nach Versorgungsbereich) und führen häufig zu Beschwerden im Bewegungsapparat (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.16). Technische Hilfsmittel sind nicht immer vorhanden und werden auch wenig eingesetzt (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.18).

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich die Arbeitsatmosphäre und die Tätigkeit selbst auf die Verweildauer im Beruf Einfluss nehmen (Küpper, 2020, S.17). Die Arbeitsatmosphäre hat auch eine große Auswirkung auf den Wechsel des Arbeitsplatzes innerhalb des Pflegesektors (Küpper, 2020, S.18).

3.2.3 Zentrale Belastungsfaktoren der Mikroebene

Der Mikroebene sind Belastungsfaktoren aus dem interpersonalen und personalsoziopsychischen Bereich zugeordnet, welche an der einzelnen Pflegefachkraft aber auch an den Verhältnissen der Arbeitsumgebung ansetzen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.77). Gemeint ist zum Beispiel wie es dem einzelnen gelingt, die Anforderungen und seine persönlichen Ressourcen in ein angemessenes Gleichgewicht zu bringen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.77).

3.2.3.1 Interpersonale Ebene

Interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation • interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten • mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte
----------------------	--

Tabelle 8: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mikroebene/ Interpersonale Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

In der NEXT-Studie zeigt sich, dass das Verhältnis zu den Pflegedienstleitungen in allen Bereichen häufig angespannt ist und dass im Krankenhausbereich zu allen untersuchten Personengruppen (Verwaltung, Ärzte, Kollegen, Stationsleitung, Pflegedienstleitung (PDL) am schlechtesten ist (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.25). Dagegen steht die soziale Unterstützung durch die Kollegen und Vorgesetzten in enger Beziehung zur Bindung an den Beruf und die jeweilige Einrichtung (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.28). Insgesamt wird in der NEXT-Studie von einer Krise des Pflegemanagements gesprochen und es wird beschrieben, dass Spannungen mit dem

Leitungspersonal zunehmen und die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten abnimmt (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.55).

Zusätzlich kann festgestellt werden, dass die fehlende Gleichberechtigung der Heilberufe aus Pflegeperspektive ein Missstand ist, welcher sich sogar explizit in Untersuchungen zu Berufszufriedenheit und Ausstiegswünsche finden lässt (Giese, 2019, S.307). Dieser Umstand hängt eng mit dem beschriebenen Image des Frauenberufes in der Makroebene zusammen.

In der Literatur können in Bezug zur Pflege Metaphern identifiziert werden, die dem Themenbereich Gehorsamkeit, Unterordnung, Unterdrückung und Kampf zugeordnet werden können (Luft, 2022, S.15). Die fehlende „Wertschätzung“ und Beteiligung der Pflege und die fehlende Machtposition eigene Perspektiven ein- und durchsetzen zu können kann auch als psychische Belastungserfahrung und als ein Faktor für das Erleben von moralischem Stress gesehen werden (Giese, 2019, S.307 & 308). Die Studienlage ist unterschiedlich, ob die beginnende Professionalisierung die Unterordnung der (weiblichen) Pflege in einer Assistenzfunktion der (männlichen) Medizin weiter noch so eindeutig wie früher gegeben ist (Flaiz, 2018, S.66). Roberts hat eine Unterdrückungstheorie auf die Pflege übertragen und große Ähnlichkeiten mit der Pflege identifiziert (Flaiz, 2018, S.66). So wird unter anderem die Abhängigkeit der Pflege von der Medizin, die Identifikation mit den medizinischen Werten und Normen, das passiv-aggressive Verhalten gegenüber der Medizin aufgeführt sowie das Verhalten sich innerhalb der Pflege negativ gegenüber der Medizin zu äußern im Kontakt mit der Medizin aber freundlich bzw. passiv (Flaiz, 2018, S.66 & 67).

Unzufriedenheit gibt es auch bei einigen organisatorischen Prozessen, wie der Schichtübergabe, welche häufig durch mangelnden Informationsaustausch und Zeitmangel gekennzeichnet ist (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.38). Auch widersprüchliche Arbeitsanweisungen und unzureichende oder zu späte Informationen sind ein Problem, vor allem in Lehrkrankenhäusern (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.39 & 40). Hinzu kommen Faktoren wie Zeitarbeit, ständige Erreichbarkeit und Multitasking (Grosser, 2014, S.212).

Ebenfalls untersucht wurde die Bedeutung der Arbeit als Faktor untersucht, also die Wichtigkeit, die der eigenen Arbeit beigemessen wird (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.28).

3.2.3.2 Personal-soziopsychische Ebene

Personal-soziopsychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid • Interaktion mit Klienten • Psychosomatische Beschwerden • Burnout • emotionale und psychische Belastungen und Stress • individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (z.B. geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) • Konflikt zwischen Arbeit und Familie • Rollenkonflikte und moralischer Stress
--------------------------------	---

Tabelle 9: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf (Mikroebene/ Personal-soziopsychische Ebene) (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75)

Auf der Personal-soziopsychischen Ebene ist die Individualität des Mitarbeiters sowie seine Ressourcen und Regulationssysteme im Fokus (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.77). Die meisten Gesundheitsförderungsprojekte setzen hier an (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.77), dabei besteht jedoch die Gefahr die Verantwortung nur in die individuelle Verantwortung eines einzelnen Individuums zu legen und das große Ganze zu übersehen.

Die individuellen Ressourcen werden auch immer wieder zum Abfangen von Problemen (wie einem erhöhten Personalausfall) herangezogen, indem die individuelle Belastungsgrenze „gedehnt“ wird (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.82). Diese Überstrapazierung des Individuums führt zu einem deutlich erhöhtem Belastungserleben wohingegen innerorganisatorische Stellschrauben zur Bearbeitung der Belastungsprobleme häufig nicht vorhanden sind (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.82).

Die schwierige Situation der Pflegefachkräfte in Verbindung mit den möglicherweise resultierenden Motivationsproblemen erhöhen Mobbingpotenziale (Höhmann,

Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.81). Mobbing löst nicht nur chronischem Stress bei dem Betroffenen aus, sondern kommt auch bei Stress als destruktives Verhalten häufiger vor (Seibold, 2022, S.170). Beispielsweise kann ein leistungsschwacher Kollege/ Kollegin gemobbt werden, da andere die Arbeit miterledigen müssen und das Problem der dauerhaften Arbeitsüberlastung nicht gelöst wird (Seibold, 2022, S.170). Mobbing kann einige der schon beschriebenen Ursachen und Folgen von Fachkräftemangel in der Pflege verstärken, so nimmt bei Mobbing das Selbstwertgefühl ab und der Zynismus zu, der Stress steigt und die Gesundheit kann beeinträchtigt werden (Seibold, 2022, S.170).

Auch emotionale Anforderungen kommen in der Pflege häufig vor, zum Beispiel in Form von dem Umgang mit Tod, Krankheit und Leiden (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.19). Es kann dazu kommen, dass eine persönliche Distanz nicht immer im ausreichenden Rahmen hergestellt und aufrechterhalten werden kann, die Folge ist ein Mitleiden am Schicksal des Patienten und der Angehörige (Grosser, 2014, S.213). Hinzu kommen ausgeprägte Erwartungen der Patienten und auch eigene hohe Erwartungen an die eigene Leistung, welche sich beispielsweise in einer problematischen Fehlerkultur widerspiegelt (Grosser, 2014, S.213). Auch zu Konfrontationen mit aggressiven und unfreundlichen Patienten kommt es je nach Bereich regelmäßig (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.19). Der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten nimmt tendenziell eher zu und trägt deutlich zum Ausbrennen der Pflegenden bei (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.54).

Pflegeschäfte erleben auch in der Interaktion mit Klienten fehlenden Respekt und Würde (Quernheim, Zegelin, 2021, S.155). Sie bestehen viel zu selten darauf, dass orientierte Patienten, welche sich nicht an die Hausordnung halten, beleidigend oder verletzend handeln, Hausverbot erteilt wird (Quernheim, Zegelin, 2021, S.155). Voraussetzung dafür ist jedoch auch, dass sich bei Angriffen die Klinikführung schützend hinter die Mitarbeiter stellt (Quernheim, Zegelin, 2021, S.155).

Der Konflikt zwischen Arbeit und Familie ist ein Rollenkonflikt, der entsteht, wenn beide Rollen nicht gleichzeitig gut ausgefüllt werden können (z.B. die der Pflegefachkraft und die der Mutter) (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.49). Ursachen sind zum Beispiel Zeitmangel oder Erschöpfung, die durch

ungünstige Arbeitszeiten oder quantitative Arbeitsanforderungen zustande kommen (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.49). Ein wesentlicher Faktor ist hier die Dienstplangestaltung und es besteht ein starker Zusammenhang mit einem Berufsausstieg (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher, Müller, 2005, S.49).

An die Pflege werden unterschiedliche Erwartungen herangetragen, der Krankenhausbetrieb erwartet eine Pflege nach ökonomischen und rationalen Kriterien, die Medizin Pflege nach einem naturwissenschaftlichen-technischen Verständnis und der Patient erwartet menschliche Zuwendung (Bischoff, 1992, S.147). Diese Erwartungen sind kaum miteinander zu vereinbaren und führen zu Rollenkonflikten und permanenten Verhaltensunsicherheiten (Bischoff, 1992, S.147).

Die strukturelle Inhumanität des System Krankenhaus ist nicht in der Lage dieses zu lösen und übergibt die Aufgabe der „Humanität“ der Pflege, welche diese durch „patientenorientierte Pflege“ erreichen soll (Bischoff, 1992, S.148). Diese verschiedenen Ansprüche führen in der Praxis häufig zu moralischem Stress, da die Pflege mehr für den Patienten tun möchte und dieser Anspruch auch besteht, als in der Realität möglich ist (Bischoff, 1992, S.155). Eine ausgeprägte Berufsunzufriedenheit entsteht, da allen Ansprüchen nie genüge getan werden kann (Bischoff, 1992, S.155). Gesellschaftliche Widersprüche erscheinen nun wie individuelles Versagen, welches durch das Ideal der Pflege noch unterstützt wird (Bischoff, 1992, S.155).

Die aufgeführten Belastungen des Pflegeberufes können zu Ermüdung und Stress führen, welche dann im weiteren Verlauf in gesundheitlichen Einschränkungen sowie psychischen Erkrankungen münden kann (Mojtahedzadeh, Neumann, Rohwer, Augustin, Zyriax, Harth, Mache ,2021, S.163). So wird ein Burnout vermehrt unter Pflegefachkräften diagnostiziert (Mojtahedzadeh, Neumann, Rohwer, Augustin, Zyriax, Harth, Mache ,2021, S.163).

Hinzu kommen hohe Krankenstände und Frühverrentungen (Mojtahedzadeh, Neumann, Augustin, Zyriax, Harth, Mache, 2021, S.16). So lagen zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeitstage 2018 mit 22,9 zu 14,9 in der Pflege im Vergleich zu dem Durchschnitt der Berufstätigen insgesamt höher (Mojtahedzadeh, Neumann, Augustin, Zyriax, Harth, Mache, 2021, S.16). Dabei sind die Beschäftigten in der Altenpflege im

Hinblick auf Fallzahl und Dauer stärker betroffen als die Beschäftigten in der Krankenpflege (Rohwer, Mojtahedzadeh, Harth, Mache, 2021, S.38). Nach einer Befragung von Betriebskrankenkassen haben Pflegefachkräfte ihre eigene Arbeitsfähigkeit deutlich schlechter eingeschätzt als Beschäftigte anderer Berufe (Rohwer, Mojtahedzadeh, Harth, Mache, 2021, S.38).

Die individuellen Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (z.B. geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) oder ein überhöhtes Ideal des Helfens spielen ebenfalls eine Rolle z.B. in dem Auftreten von einem Burnout oder bei dem Ausstieg aus dem Pflegeberuf, werden hier aber nicht weiter ausgeführt, da sie nicht den Schwerpunkt der Arbeit darstellen (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.74 & 75, Grosser, 2014, S.214).

3.3 Konsequenzen des Fachkräftemangels in der Pflege

Eine Krankenhausbehandlung oder das Leben in einer Pflegeeinrichtung ohne eine ausreichende Ausstattung mit ausgebildetem Personal gefährden nicht nur den Behandlungserfolg, sondern auch Leib und Leben des Patienten/ der Patientin (Giese, 2018, S.27). Auch die Interaktion zwischen Krankenhauspersonal und Patienten/ Patientinnen ist sowohl für die Wahrnehmung der Qualität als auch für den Behandlungserfolg von entscheidender Bedeutung (Grosser, 2014, S.212) und rückt durch den Fachkräftemangel immer mehr in den Hintergrund.

Das Pflge thermometer 2014 zeigt deutlich bestehende Versorgungslücken auf, so wird beispielsweise in nur einer von fünf Stationen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in der Nacht von den Stationsleitungen als sicher eingeschätzt (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.9). Ein Drittel der Stationsleitungen beurteilen die Voraussetzungen für die Versorgungskontinuität als maximal ausreichend oder mangelhaft und 40 Prozent bewerten die Voraussetzungen für ein gutes Schmerzmanagement für Menschen mit Demenz im Krankenhaus als maximal ausreichend oder mangelhaft (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.10).

Auf den teilnehmenden Stationen kam es außerdem 16500-mal vor, dass Patienten und Patientinnen nicht ausreichend beobachtet worden sind, 7600-mal wurden sedierende Medikamente verabreicht, 1455-mal kam es zu einer körpernahen Fixierung und 4971-mal wurden Venenkatheter selbständig durch Patienten/

Patientinnen gezogen (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.11). Diese Einschätzung verbindet die Fragen der Patientensicherheit und die der Personalausstattung (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.9). Durchschnittlich kam es einmal in der Woche vor, dass ein Patient oder eine Patientin unbemerkt die Station verließ und nicht selbständig wieder zurückgefunden hat (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.11). Zwei von drei Pflegefachkräfte belastete das Umherirren der Patientinnen und Patienten stark, ohne an der Gesamtsituation etwas verbessern zu können (Isfort, Klostermann, Gehlen, Siegling, 2014, S.11). In der Behandlung von demenzerkrankten Patientinnen und Patienten fiel ebenfalls auf, dass die Krankenhausbehandlung häufig eine Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten mit sich brachte (Isefort, Klostermann, Gehlen, 2014, S.23).

Pflegebedürftigkeit ist mehr als eine versicherungs- oder sozialrechtliche Kategorie, sondern ein Zustand der Verletzbarkeit und der Abhängigkeit von anderen (Bobbert, 2019, S.292). Wenn pflegebedürftige Menschen nicht ausreichend versorgt werden, werden nicht nur Menschenrechte, sondern auch grundlegende moralische und juristische Rechte verletzt (Bobbert, 2019, S.292). Der Fachkräftemangel in der Pflege ist demzufolge ein gesellschaftliches, sozialpolitisches Problem und menschenrechtsrelevant (Bobbert, 2019, S.292).

Dieses wird von der Öffentlichkeit inzwischen auch als ein großes Thema wahrgenommen, so wird in aktuellen Studien regelmäßig die Angst vor Pflegebedürftigkeit und dem Personalmangel in den Heimen sowie einer Überforderung der Pflegefachkräfte geäußert (Quernheim, Zegelin, 2021, S.163).

Die Überforderung des Pflegepersonals kann Gewalt begünstigen, welche über die Ausübung verbaler Gewalt und physischer Gewaltanwendung bis hin zur Tötung des Patienten/ der Patientin reichen kann (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.9 & 42). Epidemiologische Zahlen der WHO weisen darauf hin, dass in allen europäischen Ländern Gewalt und Misshandlung gegenüber alten Menschen ein Thema ist (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.136).

Jüngst zeigen sich auch noch andere Seiten des Fachkräftemangels in der Pflege, so werden in Krankenhäuser Abteilungen oder Teile von Abteilungen geschlossen und es werden planbare Eingriffe und Untersuchungen verschoben (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.169). In ambulanten und stationären Einrichtungen kommt es dazu, dass neue

Pflegeempfänger nicht aufgenommen werden können, diese Menschen stehen also trotz Pflegebedürftigkeit ohne professionelle Unterstützung da (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.169).

Arbeit und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang (Schmucker, 2020, S.72). Die Arbeitsbedingungen mit dem Auftreten von Belastung aber auch dem Vorhandensein von Ressourcen beeinflussen den Gesundheitszustand der Beschäftigten (Schmucker, 2020, S.72). Arbeit kann nur gesundheitsförderlich sein, wenn sie neben materieller Sicherheit auch Selbstbestimmung, Wertschätzung, soziale Unterstützung sowie Entwicklungs- und Teilhabemöglichkeiten bietet (Schmucker, 2020, S.72). Die unter der Personal-soziopsychische Ebene beschriebene erhöhte Rate an Burnout und anderen Erkrankungen unter Pflegefachkräften sind vor diesem Hintergrund kritisch zu hinterfragen. Ein Burnout wird als Symptomkomplex definiert, welcher mit körperlicher und emotionaler Erschöpfung, Verlust der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit sowie Distanzierung von anderen Menschen einhergeht und sich häufig in Müdigkeit und Kraftlosigkeit äußert (Grosser, 2014, S.211). Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bedeutet auch eine gerechtere Verteilung von Gesundheitschancen (Schmucker, 2020, S.74). Ergänzend sei noch hinzugefügt, dass es sich hier um kein rein deutsches Problem handelt, eine Studie in den USA weist darauf hin, dass dort mindestens die Hälfte der Pflegefachkräfte und praktizierender Ärzte im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn an Burnout, Isolationszuständen oder Depressionen gelitten haben (Plugmann, 2022, S.194).

Der Fachkräftemangel in der Pflege zeigt sich auch in der Geschlechtergerechtigkeit, zum einen, weil die Mehrheit der altersbedingt pflegebedürftigen Menschen Frauen ist, aber auch weil sie die Mehrzahl der beruflich Pflegenden darstellen (Bobbert, 2019, S.292), mit dem im oberen Absatz beschriebenen Konsequenzen. Des Weiteren kompensieren weibliche Familienmitglieder aufgrund von Rollenerwartungen häufiger fehlende professionelle Pflege und zu guter Letzt werden in der Regel Frauen aus ärmeren Ländern in problematischen Beschäftigungsverhältnissen rekrutiert (Bobbert, 2019, S.292).

Auch auf die soziale Ungleichheit hat der Fachkräftemangel in der Pflege eine Auswirkung, da von den Versorgungsengpässen und Versorgungsversäumnissen nicht alle Individuen gleich betroffen sind (Bauer, Büscher, 2008, S.17). Hier bleibt

noch die Tendenz zu erwähnen, dass die gesundheitliche Versorgung zum Teil aus dem solidarisch geprägten ersten Gesundheitssektor in den zweiten Gesundheitsmarkt, welcher auf dem Subsidiaritätsprinzip beruht, ausgelagert wird (Haubrock, 2017, S.4). Der erste Gesundheitssektor meint hier den Kern der Gesundheitsversorgung, z.B. Krankenhäuser, indem unter anderem Akteure wie die Krankenkassen involviert sind (Haubrock, 2017, S.6). Im Gegensatz dazu, ist der zweite Gesundheitsmarkt privat finanziert und bietet aktuell z.B. individuelle Gesundheitsleistungen oder Schönheitsoperationen (Haubrock, 2017, S.6).

Ökonomische und soziale Bedingungen werden von politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kräften beeinflusst, welche wesentlich beeinflussen, ob Menschen ein Leben in Gesundheit und Selbstbestimmung oder Krankheit und Abhängigkeit führen müssen (Schott & Kuntz, 2011, S.159). Das Zusammenleben von Menschen ist dabei von Hierarchien geprägt, welche eine ungleiche Verteilung von Lebenschancen zur Folge haben (Schott & Kuntz, 2011, S.162). In Studien zeigt sich, dass sich der durchschnittliche Gesundheitszustand mit jedem zusätzlichen Schritt auf der gesellschaftlichen Leiter nach oben oder unten verbessert oder verschlechtert (Schott & Kuntz, 2011, S.159). In der Tendenz haben die Unterschiede in der Gesundheit sogar eher zugenommen (Schott & Kuntz, 2011, S.159). Erklärt werden können die Unterschiede über durch die soziale Ungleichheit (Unterschiede in Wissen, Macht, Geld und Prestige) entstehenden Unterschiede in der gesundheitlichen Belastung, Unterschieden in den Bewältigungsressourcen, Erholungsmöglichkeiten und den Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung (Schott & Kuntz, 2011, S.165). Daraus folgen Unterschiede im Gesundheitsverhalten und eben Gesundheitliche Ungleichheit mit Unterschieden in der Morbidität und Mortalität (Schott & Kuntz, 2011, S.165). Die in dem vorherigen Absatz beschriebene Entwicklung verstärkt die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und beeinflusst so die soziale Gleichheit bezogen auf Gesundheit stark negativ. Kurz gesagt: Wenn du arm bist, musst du früh sterben oder anders ausgedrückt: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto eher ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und früh zu sterben (Schott & Kuntz, 2011, S.169).

Die Folgen des Fachkräftemangels sind nachfolgend in einer Abbildung zusammengefasst.



Abbildung 1: Auswirkungen des Fachkräftemangels in der Pflege (eigene Darstellung)

3.4 Zwischenfazit

Die erste These erweist sich als richtig, der Fachkräftemangel in der Pflege ist entscheidend verursacht durch die geringe Verweildauer in dem Beruf. Die Ursachen dem Beruf den Rücken zuzukehren sind vielfältig und können aus der Perspektive der Mikro-, Meso- und Makroebene betrachtet werden. Die verschiedenen Ursachen können dabei nicht isoliert betrachtet werden, sie hängen zusammen und bilden ein großes Gesamtbild, welches durch die Geschichte der Pflege, der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung, dem Image der Pflegeberufe und noch vielen anderen Faktoren beeinflusst worden ist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Selbstverständlichkeit sozialstaatlicher Versorgung zunehmend vakant wird (Bauer, Büscher, 2008, S.17). Die Ursachen sind in der nachfolgenden Abbildung noch einmal zusammengefasst. Dabei ist die ursprüngliche Tabelle zu den Ursachen des Fachkräftemangels angepasst worden.

In der Makroebene sind die Punkte des Images (als Frauenberuf) sowie die mangelnde politische Durchsetzungsfähigkeit ergänzt worden, dafür ist der Punkt mit der Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung weggelassen worden. Die Begründung ist hier, dass dieser Punkt in der Gratifikationskrise schon implizit enthalten ist.

Bei der Mesoebene ist die fehlende Einarbeitung, das zunehmende qualifikatorische Mismatch und die permanente Kritizierbarkeit ergänzt worden. Die grundsätzliche Arbeitszeitorganisation wurde in Schichtdienst umbenannt und die quantitative Arbeits(zeit)organisation und quantitative Arbeitsanforderungen in quantitative Arbeitsmenge und Arbeitsanforderungen (permanente Überforderung).

In der Mikroebene ist die fehlende Gleichberechtigung der Heilberufe ergänzt worden, die erhöhten Mobbingpotenziale sowie das fehlende Ausfallmanagement mit einer Überbelastung des Individuums. Dagegen sind die Konkretisierungen zu den Individuellen Persönlichkeitsmerkmalen weggefallen, da diese in dieser Arbeit nicht im Fokus stehen.

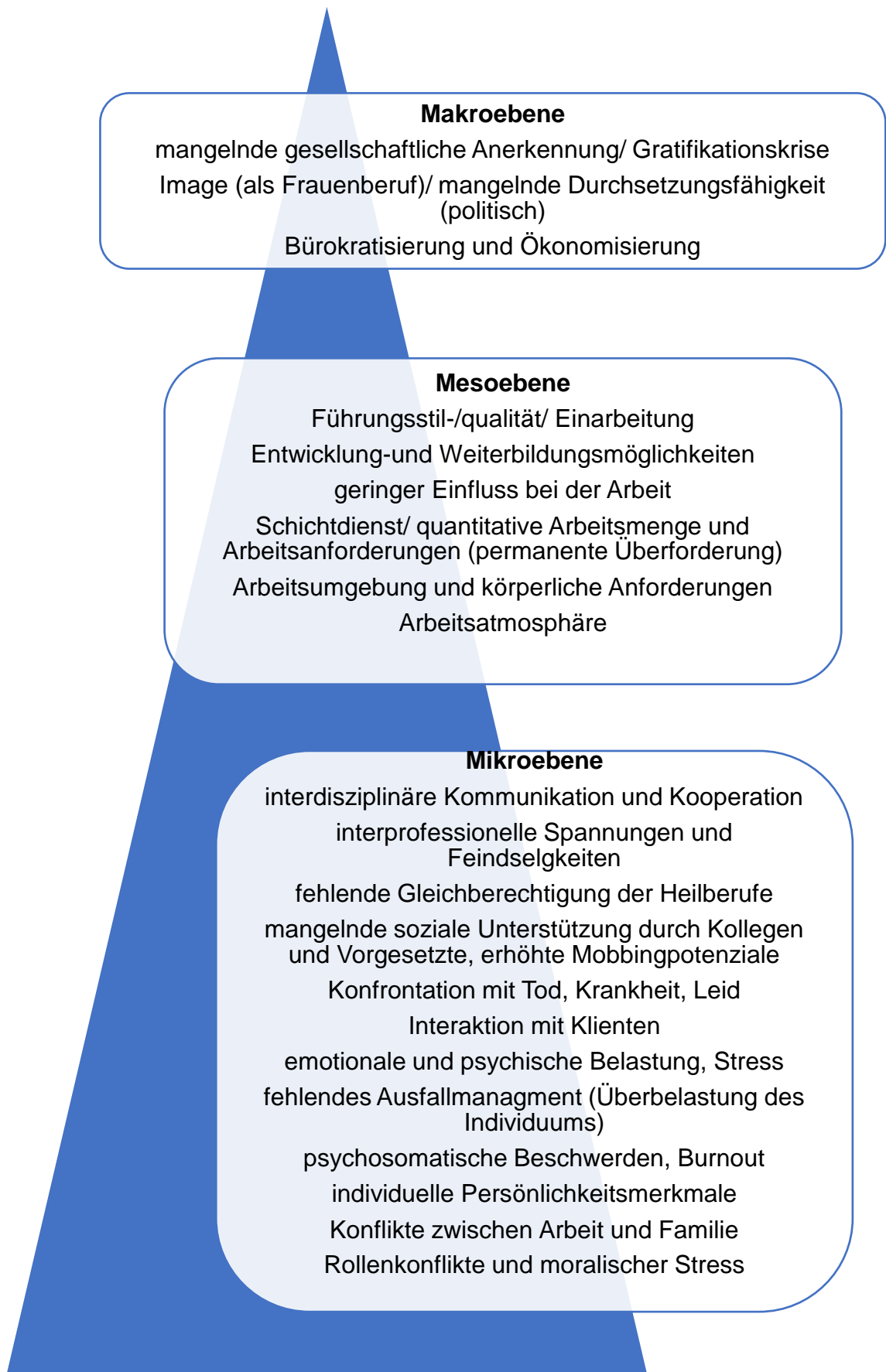


Abbildung 2: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 1 (eigene Darstellung)

Die aufgeführten Konsequenzen des Fachkräftemangels in der Pflege machen klar, dass Lösungen gefunden werden müssen. Dazu wird in den nächsten Kapiteln die herausgearbeiteten Ursachen der Mikro-, Meso- und Makroebene noch einmal aus der Perspektive der Resonanz Theorie und der Coolout Theorie beleuchtet und die Ursachen in der Abbildung ergänzt.

3.5 Die Theorie der Resonanz (Rosa)

In dem nachfolgenden Abschnitt wird sich der zweiten These genährt, nachdem in dem subjektiven Erleben zwischen Resonanz und Entfremdung (auch Repulsion) der einzelnen Pflegefachkraft der Schlüssel für die geringe Verweildauer im Beruf zu finden ist. Die dritte These, dass unter anderem die Resonanztheorie von Hartmut Rosa einen möglichen Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für die Systematisierung dieser Überlegungen bietet wird ebenfalls überprüft. Die Resonanztheorie soll unter anderem die Grundlage bilden, um zu erklären, wie der Berufsalltag in der Pflege zu einer Entfremdungszone werden kann.

3.5.1 Die Beschleunigung

Hartmut Rosa hat sich intensiv mit der modernen Gesellschaft auseinandergesetzt und ist zu dem Schluss gekommen, dass diese durch systematische Veränderung geprägt sind, welche er unter dem Sammelbegriff der Beschleunigung zusammenfasst (Rosa, 2018, S.13). Die Beschleunigung kann als ein gesellschaftliches Prinzip verstanden werden und enthält drei erkennbare Dimensionen, die der technischen Beschleunigung, die der Beschleunigung des sozialen Wandels und die der Beschleunigung des Lebenstempos (Peters & Schulz, 2017, S.11). Diese drei Dimensionen bedingen sich gegenseitig und treiben sich zusätzlich zu äußeren Faktoren in einem Beschleunigungskreislauf an (Peters & Schulz, 2017, S.11).

Die technische Beschleunigung umfasst die erhöhte Kommunikationsgeschwindigkeit, die Transport- und Fortbewegungsgeschwindigkeit, die Geschwindigkeitssteigerung innerhalb der Produktion, sowie bei der Verteilung und dem Konsum von Waren (Peters & Schulz, 2017, S.11).

Die Beschleunigung des sozialen Wandels beschreibt die Schrumpfung des Erwartungshorizontes auf die Dauer einer einfachen Generationsfolge mit Veränderung im Hinblick auf das Selbstverständnis, soziale Bindung und Kontingenzerfahrungen (Peters & Schulz, 2017, S.11). Familien, religiöse Zugehörigkeiten, soziale Netze, Berufe und Altersphasen bieten keine spezifischen Orientierungen mehr mit langem Bestand (Eylmann, 2017, S.307). Das Leben gründet so nicht mehr auf stabilen Identitäten, sondern es ist eher offen, spielerisch, situativ gestaltbar, aber auch ziellos (Eylmann, 2017, S.308).

Die Beschleunigung des Lebenstempos besteht aus der messbaren Verdichtung von Handlungsepisoden und der Empfindung von Zeitnot, Zeitdruck und Stress (Peters & Schulz, 2017, S.12). Die Konsequenz ist, dass die Individuen schneller schlafen, essen, sprechen oder dass sich Deadlines, Arbeits- oder Filmsequenzen verkürzen (Eylmann, 2017, S.307). Die Spanne der Gegenwart, in der man etwa Pflegefachkraft oder Studentin ist wird kürzer (Eylmann, 2017, S.307). Dadurch verkürzt sich auch die Zeit für eine Verhaltens- und Anforderungssicherheit, was in der Vergangenheit war, zählt nicht mehr und was in der Zukunft kommt ist Ungewiss (Eylmann, 2017, S.307). Für den Fachkräftemangel in der Pflege bedeutet dies aber auch, dass Pflegefachkräfte eher bereit sind ihren Beruf aufzugeben und sich etwas anderes zu suchen. Zusätzlich erwarten Arbeitnehmende heute eine Arbeit zu haben die sie anspricht, die ihnen etwas bedeutet und in der sie sich selbstwirksam entfalten können (Rosa, 2018, S.616). Ist dieses nicht der Fall steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufsaussiegs. Mit der Beschleunigung des Lebenstempos ist auch die Angst vor einem sozialen Abstieg verknüpft, jedoch winkt bei der Anpassung an das Geschwindigkeitsimperativ das gute Leben (Eylmann, 2017, S307).

Äußere Faktoren für die Beschleunigung ist unter anderem das System der kapitalistischen Wirtschaft mit seiner ökonomischen Konkurrenz, welches Steigerungs- und Beschleunigungsprozesse der Akteure erzwingt (Peters & Schulz, 2017, S.11). Die Steigerungslogik hat dabei an Strahlkraft verloren, die heutige Generation glaubt nicht mehr daran, dass es den Kindern einmal besser gehen wird (Michalak, Nething & Heidenreich, 2022, S.2). Vielmehr geht es darum Status quo zu erhalten (Michalak, Nething & Heidenreich, 2022, S.2).

Die Welt ist zu einer unaufhebbaren Eskalationstendenz der Beschleunigung und Dynamisierung gezwungen, um den Status quo beizubehalten (Rosa, 2018, S.13 & 14). Dem Modus der Steigerungslogik unterliegen alle Basisinstitutionen der Gesellschaft, also unter anderem die kapitalistische Organisation der Wirtschaft, die demokratisch-repräsentative Organisation der Politik, die forschungsorientierte Arbeit der Wissenschaft, die sozialstaatliche Organisation der Wohlfahrt und die Bildungsinstitutionen (Rosa, 2018, S.519), also auch das Gesundheitssystem und die einzelnen Krankenhäuser, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Dies wird zum Problem, wenn sich infolgedessen die Weltbeziehung des Einzelnen aber auch der gesamten Gesellschaft negativ verändert (Rosa, 2018, S.14). Die

Weltbeziehung schließt neben dem Verhältnis zur nichtmenschlichen Umwelt (Natur) auch die Sozialwelt und die Beziehung zum eigenen Selbst mit ein (Rosa, 2018, S.14). Weltbeziehungen sind dabei stets dynamisch, sie konstruieren sich in der Begegnung des Individuums und der Welt (Rosa, 2018, S.211). Das problematische ist aber nicht nur die Folge eines problematischen Weltverhältnisses, sondern auch die Ursache (Rosa, 2018, S.14). Symptome der Entfremdung sind Erfahrungen von Machtlosigkeit und Ohnmacht, Bindungs- und Beziehungslosigkeit, fehlendes intrinsisches Interesse und mangelnde Anteilnahme (Rosa, 2018, S.277).

Das kulturelle Programm der modernen Welt zielt auf eine systematische Vergrößerung der individuellen und kulturellen Weltreichweite (Rosa, 2018, S.518). Unter anderem durch das Anwachsen von ökonomischem Reichtum und der Produktivität, dem höheren Grad der Naturbeherrschung und dem Mehr an wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten sowie infolge sozialer Prozesse nehmen die Weltmöglichkeiten des Individuums seit dem 18. Jahrhundert immer weiter zu (Rosa, 2018, S.521). Eine relevante Strategie für den Fachkräftemangel in der Pflege ist beispielsweise, dass das Abitur zu machen besser ist, als nur eine Lehre absolvieren, da dieses einen größeren Ausschnitt an Berufs- und Karrieremöglichkeiten eröffnet und so die Weltreichweite erhöht (Rosa, 2018, S.618). Von überragender Bedeutung zum Beispiel bei der Wahl von Studiengängen ist die Frage, welche und wie viele Weltausschnitte und Möglichkeiten erreichbar und verfügbar werden (Rosa, 2018, S.618). Die Attraktivität der Pflegeausbildung unterliegt ebenfalls diesen Maßstäben.

3.5.2 Resonanz

Interessanterweise sieht Hartmut Rosa die Lösung des Problems nicht in der Entschleunigung, sondern in der Resonanz (Rosa, 2018, S.13). Resonanz ist kein Gefühlszustand, sondern ein Beziehungsmodus (Rosa, 2018, S.288). Das Bild der Resonanzbeziehung ist das vom wechselseitigen Berühren und berührt werden (Rosa, 2018, S.288). Er stellt die These auf, dass es im Leben um die Qualität der Weltbeziehung geht, also wie wir die Welt erfahren, zu ihr Stellung nehmen und sie uns aneignen (Rosa, 2018, S.19). Dabei geht es keinesfalls um das bloße Vorhandensein von messbaren Ressourcen und Optionen (Rosa, 2018, S.20).

Die Art und Weise der Weltbeziehung ist nur zu einem geringen Teil in der Verfügungs- und Selbstbestimmungsgewalt des Individuums, da diese vor dem Hintergrund

verfestigter, etablierter und sozialer Verhältnisse stattfindet und bestimmt wird (Rosa, 2018, S.54). Die sozialen Verhältnisse (Institutionen, Praxisformen, Organisationsweisen, Zeitstrukturen und Machtverhältnisse) prägen und formen alle Momente der Weltbeziehung, natürlich auch im Arbeitsverhältnis (Rosa, 2018, S. 74 & 70). Die Arbeit fungiert als moderner Resonanzraum, erzeugt aber durch Beschleunigungszwänge und Konkurrenzdruck sowie zunehmend Resonanzblockaden (Rosa, 2018, S.294). Dabei lassen sich Unterschiede in den kognitiv erzeugten, artikulierten und verhandelten Weltbeziehungen zwischen unterschiedlichen Klassen, Ständen oder Geschlechtern einer Gesellschaft feststellen (Rosa, 2018, S.218).

3.5.3 Relevanz für die Pflege

Die Frage nach Ursachen und Folgen spezifischer Weltbeziehungen können auf der Makro-, Meso- und Mikroebene gestellt werden (Rosa, 2018, S.57). Der Übersichtlichkeit halber sind die Überlegungen im nachfolgend zunächst auf die schon erarbeiteten oder neuen Ursachen der Makroeben bezogen und gehen im Verlauf dann zur Meso-/ Mikroebene hin.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass ein Individuum, welches eine Knappheit an Mitteln und Gestaltungsspielräumen erfährt, sowie kulturelle Geringschätzung und Missachtung die Welt eher abweisend-feindlich als entgegenkommend resonant erfährt (Rosa, 2016, S.660). Der Schlüssel in der modernen Welt zur kulturellen Erreichbarkeit liegt in der ökonomischen, technischen und kulturellen Reichweitenvergrößerung (Rosa, 2016, S.661). Ohne diese Strategien der Reichweitenvergrößerung droht die Welt stumm zu werden, da keine Mittel zur Weltanwandlung vorhanden sind (Rosa, 2016, S.661). Diese Aussagen spielen eine wichtige Rolle, wenn man sich die Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege auf der Makroebene anschaut, beschrieben wird hier unter anderem die Problematik der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung, der Gratifikationskrise, des Images und der mangelnden politischen Durchsetzungsfähigkeit.

Ebenfalls an die Ursache des Images (als Frauenberuf) schließen die folgenden Überlegungen an. In Genderstudien zeigt sich immer wieder, dass im postaufklärerischen Weltbild männliche Weltverhältnisse vorherrschend sind gegenüber den weiblichen Weltverhältnissen (Rosa, 2018, S.217). Der zergliedernde, verdringliche Verstand wird als männlich, das responsive Gefühl dagegen als

weiblich interpretiert, die Pflege ist nach dieser Logik immer noch den Frauen und die Wissenschaft (z.B. Medizin) den Männern zugeordnet (Rosa, 2018, S.217). Dies zeigt, dass auch in der modernen Gesellschaft die historischen Denkmuster noch immer wirkmächtig sind.

Konsequenzen sind zum Beispiel das bereits beschriebene deutlich höhere Image der Ärzte in der Gesellschaft, was sich politisch unter anderem in den Unterschieden der Personalpolitik der Krankenhäuser bezogen auf die Ärzte und Pflegefachkräfte äußert. Durch diese Art der sozialen Differenzierung werden unterschiedliche Weltbeziehungen bestimmt und vorweggenommen (Rosa, 2018, S.218). Die Differenz von Männlichkeit und Weiblichkeit läuft zwischen resonanten und stummen Weltbeziehungen (Rosa, 2018, S.655). Die Tugend, Vorzüge und das Vermögen der Frau scheinen dabei resonanzsensibel, während der Mann eher eine indifferente bis hin zu einer aggressiv-repulsiven Welthaltung einnimmt (Rosa, 2018, S.655). Kurz zusammengefasst: Frauen gelten als emotional und sensibel, Männer dagegen als hart und rational (Rosa, 2018, S.655). Das institutionelle und kulturelle Übergewicht bleibt dabei bei den mächtigen und stummen Weltbeziehungen (Rosa, 2018, S.656).

Dieser Absatz bezieht sich sowohl auf die Makroebene mit der Bürokratisierung und Ökonomisierung als auch auf die Meso- und Mikroebene. Bei der Mesoebene sind unter anderem die quantitative Arbeitsmenge und Arbeitsanforderung mit involviert und bei der Mikroebene die emotionale und psychische Belastung sowie psychosomatische Beschwerden. Die Erwerbsarbeit bildet für das spätmoderne Individuum eine essenzielle Resonanzsphäre (Rosa, 2018, S.397). Auch die Sicht auf die Welt wird von der Institution geprägt, in der sich das Individuum bewegt (Rosa, 2016, S.662). Die Arbeit ist dabei die Antwort auf das, was im Leben sinnvoll, bedeutsam, richtig und wichtig ist (Rosa, 2018, S.397). Der Kampf um gute Arbeit (z.B. von Gewerkschaften) zeigt dabei, wie tiefgehend das Verlangen ist, die Arbeit gut zu machen, für Pflegende gilt dieses genauso wie für Lehrende (Rosa, 2018, S.398 & 399). Pflegefachkräfte und andere Berufsgruppen beklagen jedoch, dass Steigerungszwänge, Zeitnot, normierende Vorgaben und Dokumentationspflichten sie daran hindern die Arbeit gut und richtig zu machen (Rosa, 2016, S.668). In jeder Tätigkeit gibt es jedoch den Zeitpunkt, ab dem wir nur noch funktionieren und den inneren Bezug zur Tätigkeit verloren haben (Rosa, 2018, S.399). Dieser Zeitpunkt

kann zur Einnahme einer zynischen Arbeitshaltung führen und im Burnout enden (Rosa, 2018, S.399).

Wenn bei der Arbeit durch äußere Bedingungen der Kontakt zu Kollegen und Patienten verloren geht, sowie das Gefühl für die Qualität der Arbeit und keine Zeit für das Genießen und die Erholung nach Erfolgen bleibt, kann keine Resonanzachse ausgebildet werden (Rosa, 2018, S.399). Dramatisch wird dieses, wenn der Arbeit andere Resonanzachsen, wie die der Familie, der Freunde, das politische Engagement, das Ehrenamt, die Musik bereits geopfert worden sind (Rosa, 2018, S.400). Dieses wird in der Pflege zum Beispiel durch den Schichtdienst umso wahrscheinlicher, da es häufig zum Beispiel nicht möglich ist immer Donnerstagsabends im Verein Fußballspielen zu gehen.

Ohne Resonanzbeziehungen lässt sich nicht angemessen pflegen, Kranke und Alte wollen gesehen, gehört, berührt werden und sie erwarten Antworten, nicht bloß Behandlungen (Rosa, 2018, S.400). Können durch die Arbeitsbedingungen die eigenen Ansprüche und die Resonanzerwartungen nicht erfüllt werden, wird ein Burnout in dem Maße wahrscheinlich, wie das Einnehmen einer zynischen Haltung gegenüber dem Patienten schwerer fällt (Rosa, 2018, S.400 & 401). Hier lassen sich deutliche Parallelen, zu der im späteren Verlauf vorgestellten Coolout Theorie ziehen.

Ein vibrierender Draht zwischen dem Individuum und der Welt entsteht durch intrinsische Interessen, aber auch durch intakte Selbstwirksamkeitserwartungen, es besteht das Gefühl berührbar zu sein und selbst die Umgebung erreichen zu können (Rosa, 2018, S.24 & 25). Ohne Liebe, Achtung und Wertschätzung bleibt der Draht zur Welt starr und stumm (Rosa, 2018, S.25). Anknüpfen lässt sich hier bei den beschriebenen Ursachen beispielsweise bei der Arbeitsatmosphäre, der fehlenden Gleichberechtigung der Heilberufe und der mangelnden Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte.

Das Ziel liegt in der Analyse von sozialen Bedingungen, welche die Ausbildung von Resonanzachsen ermöglichen oder verhindern können (Rosa, 2018, S.26). Sympathie- und Empathiefähigkeit erzeugt und signalisiert Resonanz (Rosa, 2018, S.58), es stellt sich die Frage, ob der beschriebene Verlust von Empathiefähigkeit (Empathieerschöpfung, Coolout) ein Zeichen für den Verlust von Resonanz in der Pflege zeigt. Befunde der Neurophysiologie zeigen, dass Angst- und Stress die

Empathiefähigkeit signifikant herabsetzen (Rosa, 2018, S.280). Hinzugefügt werden muss aber auch, wenn nach einer Lösung dieser Problematik gesucht wird, dass der Versuch Resonanz berechenbar und verfügbar zu machen in die Entfremdung führt, der Grund ist die Unverfügbarkeit der Resonanz (Rosa, 2016, S.668). Gute Arbeit und resonante Familien- oder Intimbeziehungen lassen sich weder zeitlich noch sachlich durchoptimieren und zur Effizienz zwingen (Rosa, 2016, S.718 & 722). Kurz gesagt widersetzt sich der Moment der Unverfügbarkeit der Steigerungslogik der Resonanzverdrängung (Rosa, 2016, S.722).

Soziale Verhältnisse, welche Weltbeziehungen überwiegend über Angst etablieren führen zu einer Verhinderung von Resonanz und Begegnungs- und Bewegungsunfähigkeit (Rosa, 2018, S.206). Angst kann durch repulsive Welterfahrungen entstehen, besonders da, wo sich ein Individuum in eine feindliche Welt gestellt fühlt (Rosa, 2018, S.207). Ein weiterer Grund Angst zu haben, ist die Möglichkeit durch eigenes moralisches, intellektuelles, körperliches oder soziales Ungenügen zu scheitern (Rosa, 2018, S.210). Meistens berühren Ängste beide der genannten Pole, die Welt und das Selbst wenden sich gegeneinander (Rosa, 2018, S.210). In der Pflege trifft dieses Phänomen im Besonderen zu, durch die beschriebene permanente Kritisierbarkeit durch permanente Überforderung, welche ein Ungenügen des Individuums unumgänglich macht und kultiviert. Anders als früher ist Scheitern, Ungenügen und Zurückbleiben auf ein Versagen des Individuums zurückzuführen, das Individuum hat die Defizite zu verantworten (Rosa, 2018, S.210).

Ein weiterer Aspekt vor dem Hintergrund des Konfliktes der Ansprüche an eine patientenorientierte Pflege vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen, welche diese unmöglich machen ist, dass sie diese Resonanzerfahrungen noch aus anderen Gründen erschweren. Bei Entfremdungserfahrungen fallen Sein und Sollen auseinander, auch unsere Selbstwirksamkeitserwartungen werden untergraben (Rosa, 2018, S.292). Das Individuum kann sich selbst und die Welt grade nicht erreichen (Rosa, 2018, S.292). Statt einer Berührung findet eine Verletzung statt und das Individuum versucht sich durch Schließung und Dämpfung zu schützen (Rosa, 2018, S.292). Dies kann auch als ein repulsives Weltverhältnis bezeichnet werden (Rosa, 2018, S.292). Dieses wird auch dadurch verstärkt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen häufig rigide Strukturen aufweisen, Erving Goffman sah darin Ähnlichkeiten zu dem Konzept der totalen Institution (Andratsch & Osterbrink, 2015,

S.169). Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass sie die Individualität des Einzelnen weitgehend zerstören, wobei davon sowohl die Pflegefachkräfte als auch die Patienten betroffen sind (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.169).

Auch die psychophysische Gesundheit (sowie Attraktivität, Leistungsfähigkeit, Fitness) ist kaum aufrechterhaltbar, wenn das Körperverhältnis von einem fehlendem Resonanzverhältnis oder der Entfremdung geprägt ist (Rosa, 2018, S.58). In Bezug zur Pflege passen Befunde, nach denen bis zu 30% der Pflegefachkräfte eine schwere oder chronische Burnout-Symptomatik zeigen, diese ist auch deutlich höher als bei anderen Berufsgruppen (Rosa, 2018, S.179 & 180). Rosa stellt die These auf, dass ein Burnout durch das umfassende Verstummen der Resonanzachsen und psychische sowie physische Entfremdung gekennzeichnet ist (Rosa, 2018, S.180).

Das Erleben von Selbstwirksamkeit kann ergänzend in die beiden vorherigen Absätze eingeordnet werden. Zum einen führt eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung eher zu Angst- und Stresssymptomen und zum anderen kann auch ein Mangel an Selbstwirksamkeitserwartung die Neigung zu Depression und Burnout signifikant erhöhen (Rosa, 2018, S.273 & 277).

Selbstwirksamkeit zu spüren, heißt zu fühlen, wie das Individuum selbst etwas bewegen und bewirken kann was von Bedeutung ist (Rosa, 2018, S.276). Wer eine hohe Selbstwirksamkeit hat sieht die Welt eher als Herausforderung, dagegen sieht ein Individuum mit niedriger Selbstwirksamkeitserfahrung die Welt eher bedrohlich (Rosa, 2018, S.273). Für die menschliche Handlungs- und Lernfähigkeit sowie für das Eingehen und Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen kommt es entscheidend darauf an, ob das Individuum sich zutraut, Herausforderungen zu meistern, die Umwelt zu beeinflussen und planvoll etwas bewirken zu können (Rosa, 2018, S.271). Die in der Pflege beschriebene moralische Desensibilisierung (Coolout-Theorie) belegt, dass das Eingehen und Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen in der Pflege stark beeinträchtigt ist. Neben den schon beschriebenen Faktoren, wie zum Beispiel die Arbeitsbedingungen in der Praxis mag auch eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung hier mit eine Rolle spielen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass eine fehlende Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit die Anverwandlung eines Weltausschnittes verhindert (Rosa, 2016, S.660) und dieses in der Pflege scheinbar eine hohe Relevanz aufweist.

Rosa spricht davon, dass Wünsche eine starke oder schwache Wertung haben können (Rosa, 2018, S.228). Eine schwache Wertung wäre zum Beispiel ein Objekt (wie z.B. Bier), das begehrt oder gefürchtet wird, etwas mit starker Wertung wird für bedeutsam gehalten, unabhängig von dem eigenen Begehren (Rosa, 2018, S.228). Resonanzbeziehungen bilden sich vor allem dann aus, wenn starke und schwache Wertungen momenthaft übereinstimmen, die schwache und starke Wertung werden dabei zugleich angesprochen (Rosa, 2018, S.231). Wenn das Handeln nur nach der starken Wertung ausgerichtet wird, dann ist das Individuum gezwungen den eigenen Leib und die eigenen affektiven Empfindungen auszublenden, die Selbstbeziehung bleibt stumm (Rosa, 2018, S.231). In der Schlussfolgerung bedeutet dies, dass es nicht ausreicht, wenn einem die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns bewusst ist, wenn die eigenen Bedürfnisse permanent eklatant vernachlässigt werden, zum Beispiel indem keine Pause gemacht werden kann.

Kritisiert werden kann auch aus der Perspektive der zu Pflegenden, zum Beispiel der Gruppe der Hochbetagten, diese werden durch die aktuellen Formen der Umgangsweise zu stummen Hilfeempfängern und Versorgungsfällen gemacht (Rosa, 2016, S.735). Das gesellschaftliche Altersbild hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, wobei es durchaus Epochen gab in denen Altsein positiv beurteilt worden ist (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.147). Unter anderem die Ökonomisierung hat dazu beigetragen, dass der alte, unproduktive Mensch an Stellenwert verloren hat (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.148). Das Angewiesensein auf fremde Hilfe wird häufig als Hauptproblem des Alterns angesehen (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.148). Dagegen steht die Vorstellung, dass jeder Mensch das Recht hat in Würde alt zu werden (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.149). Die Vorstellung der Gesellschaft über die Gruppe der Hochbetagten hat auch unmittelbar eine Auswirkung auf die Ressourcen und damit die Pflege, die ihnen zur Verfügung gestellt wird.

Nach Rosa sind grundlegende institutionelle Reformen unerlässlich, um von einem ökonomischen Steigerungszwang weg, hin zu einer Orientierung an einer Maßgabe der Qualität der Weltbeziehung zu gehen (Rosa, 2016, S.726)

3.5.4 Kritische Würdigung der Resonanztheorie

Die Resonanztheorie beschreibt die moderne Gesellschaft sehr weitreichend, dies macht es möglich, Ursachen und Erklärungsansätze von allen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) aus zu betrachten. Die Theorie bietet dabei sowohl

Ergänzungsmöglichkeiten bei den schon aufgeführten Ursachen als auch gänzlich neue Aspekte.

Problematisch scheint, dass die Theorie weitreichende ökonomische, politische und sozialstaatliche Reformen als unabdingbare Voraussetzung sieht für das Durchbrechen des ökonomischen Steigerungszwang als Ziel politischer und individueller Bemühungen, hin zu einer Orientierung an der Qualität der Weltbeziehung (Rosa, 2016, S.726 & 732). Es bräuchte einen Paradigmenwechsel, Ziel sollte nicht die Reichweite sein, sondern die Fähigkeit und Möglichkeit zur Etablierung von Resonanzachsen (Rosa, 2016, S.725).

Rosa spricht dabei von der Überwindung der kapitalistischen Gesellschaft hin zu einer Postwachstumsgesellschaft als Gegenmodell (Peters & Schulz, 2017, S.24). Er schlägt dabei unter anderem vor die Beschleunigungsdynamiken und die dynamische Stabilisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen zurückzudrängen und etwa durch wirtschaftsdemokratische Organisationen zu ersetzen (Peters & Schulz, 2017, S.24). Weitere mögliche Strategien könnten laut Rosa ein bedingungsloses Grundeinkommen oder eine verstärkte Kollektive Gestaltungsmöglichkeit in der Demokratie sein (Peters & Schulz, 2017, S.24). Die genannten Ideen sind noch nicht konkret genug für eine Umsetzung und bedürfen weiterer Forschung (Peters & Schulz, 2017, S.24).

Gesellschaftliche Änderungen in diesem Ausmaß sind jedoch in absehbarer Zeit eher unwahrscheinlich und es stellt sich die Frage nach weniger umfassenden Veränderungen und Maßnahmen.

Dabei besteht die Schwierigkeit, dass Resonanz nicht immer verfügbar gemacht werden kann. Es ist aber dennoch möglich, die bestehenden Arbeitsverhältnisse in der Pflege auf die Möglichkeit der Ausbildung von Resonanzachsen hin zu untersuchen. Diese Ergebnisse können dann eine Grundlage bilden, einzelne Maßnahmen zu entwickeln, welche zeitnaher und weniger weitreichend umgesetzt werden können.

Die Resonanztheorie musste sich laut Rosa den Vorwurf machen lassen, ein theoretisches, philosophisches, abgehobenes Konzept zu sein, welches für unser eigenes alltägliches Leben keine Relevanz bietet (Rosa, 2016, S.761). Begründet wurde diese Kritik unter anderem damit, dass die Resonanztheorie nicht ausreichend die unterschiedliche Lebenswirklichkeit verschiedener Individuen berücksichtigt, zum

Beispiel mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status. Die Autorin gibt hier zu Bedenken, dass durch die Resonanztheorie gerade diese unterschiedlichen Voraussetzungen kritisiert werden. Nichtsdestotrotz wirken die Ideen zur Postkapitalistischen Gesellschaft aus heutiger Perspektive der Autorin utopisch und zu wenig konkret. Sie stellt aber die wichtige Frage in welcher Gesellschaft wir leben wollen und wie wir darauf aufbauend aktiv Wertvorstellungen reflektieren und umsetzen.

3.5.5 Zwischenfazit

Die einzelnen Komponenten aus der Resonanztheorie sind in der nachfolgenden Abbildung in grün ergänzt. Es zeigt sich, dass die Resonanztheorie eine große Reichweite besitzt, da sie sowohl Ergänzungen der Ursache in der Makro-, Meso- sowie auch Mikroebene bringt. Es wurden nur die Faktoren ergänzt, die vorher noch nicht als Ursache aufgeführt worden sind. So ist die Ökonomisierung unter anderem ein zentrales Element der Resonanztheorie, da sie aber auch von der Resonanztheorie unabhängig als Ursache aufgeführt wird, wurde sie in der Abbildung nicht ergänzt.

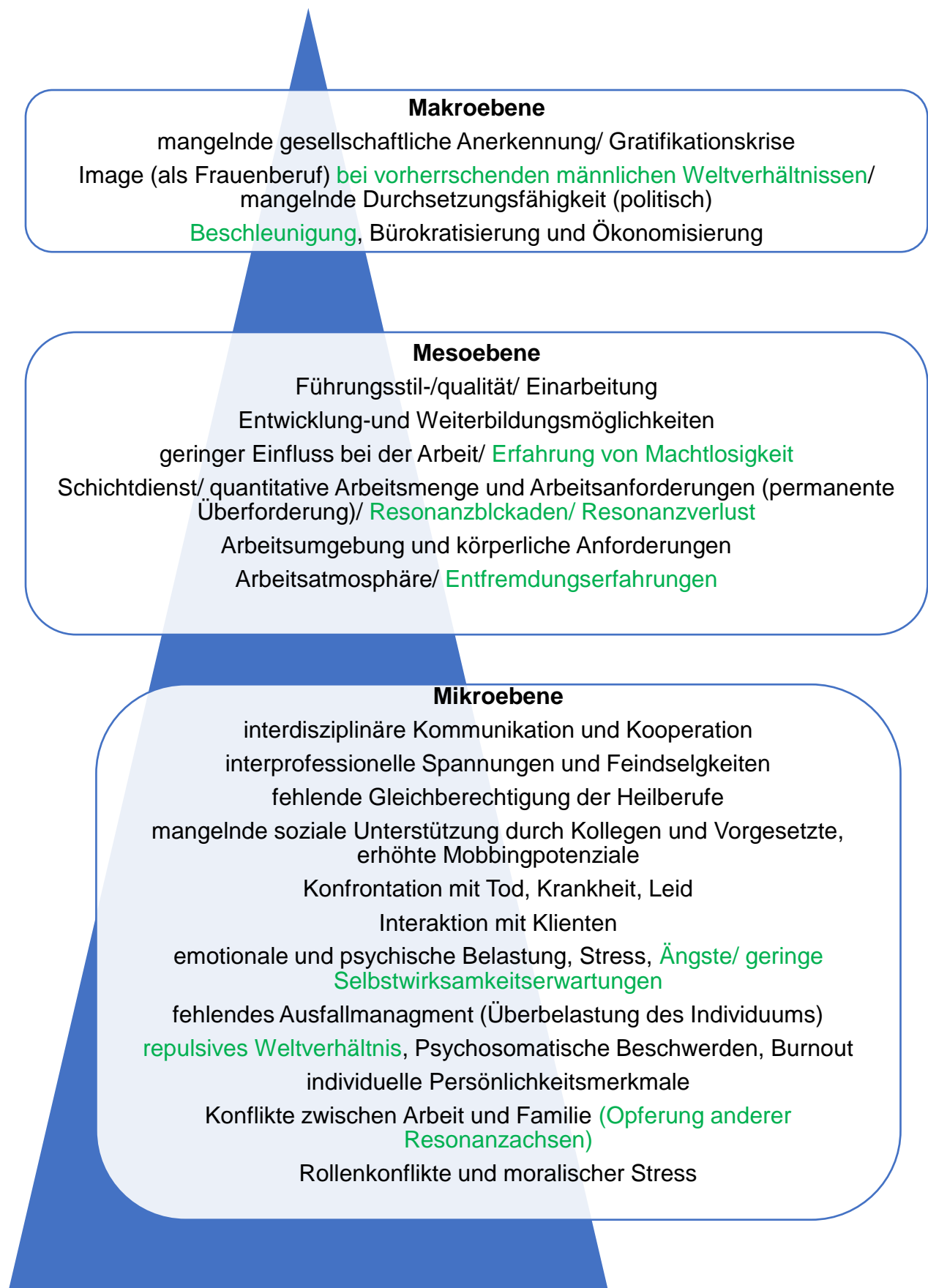


Abbildung 3: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 2 (eigene Darstellung)

3.6 Die Coolout Theorie (Kersting)

In dem nächsten Abschnitt wird weiter die dritte These verfolgt, nachdem sowohl die Resonanztheorie von Hartmut Rosa als auch die Coolout Theorie von Karin Kersting einen möglichen Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für die Systematisierung der vorangegangenen Überlegungen zu dem Erleben der einzelnen Pflegefachkraft und den Ursachen für den Fachkräftemangel in der Pflege bietet. Die Coolout Theorie zeigt dabei den Aspekt der Beziehung zwischen den Arbeitsbedingungen und Desensibilisierungsprozessen im Berufsalltag, welcher ebenfalls entscheidend das subjektive Erleben beeinflusst

Die Coolout Theorie beschreibt verschiedene Reaktionsmustern von Auszubildenden und Pflegefachkräften auf den Konflikt zwischen den durch Ökonomisierung geprägten Pflegealltag und den theoretischen Anspruch an eine gute Pflege. Die Reaktionsmuster können nicht in besser oder schlechter unterschieden werden, sondern schützen bis zu gegenteiligen Erfahrungen oder neuen Kenntnissen, welche dazu führen, dass die Kälte wieder stärker wahrgenommen wird, vor den objektiv Kälte verursachenden Strukturen (Kersting, 2016, S.74).

3.6.1 Grundannahmen der Coolout Theorie

Der Arbeitsalltag von Pflegefachkräften ist häufig geprägt durch moralische Konfliktsituationen, in welchen die Bedürfnisse der Patienten nicht mit den knappen personellen Ressourcen, dem Zeitdruck und der Hektik im Pflegealltag vereinbar sind (Kersting, 2016, S.20 & 21).

Es besteht also ein Konfliktfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege (Kersting, 2016, S.19). Dabei kommt es zu einem Verlust von Sensibilität für Verhaltensweisen, welche nicht mit dem eigenen Gewissen vereinbar sind (Kersting, 2019, S.21). Kersting bezeichnet diesen Vorgang als moralische Desensibilisierung, welche schon in der ersten Konfrontation mit der beruflichen Praxis in der Ausbildung beginnt (Kersting, 2019, S.41). Die Pflegefachkräfte müssen handlungsfähig bleiben und dies funktioniert nur, indem Situationen geduldet werden, die nicht der optimalen Pflege entsprechen (Kersting, 2019, S.21).

Trotz der vorherrschenden Bedingungen sind auch nicht alle Pflegefachkräfte verzweifelt oder steigen aus, ihnen gelingt dies durch ein „Kaltmachen“ gegenüber den widersprüchlichen Anforderungen und den Normverletzungen (Kersting, 2016, S.41).

Dabei geht die Kälte von den Strukturen aus, sie fordern etwas, was nicht einzulösen ist und erzeugen so Kälte (Kersting, 2016, S.42). Die Metapher der Kälte geht auf die Texte von Adorno und Horkheimer zurück (Kersting, 2016, S.42). Die Ursache wurde hier in der wirtschaftlichen Entwicklung gesucht, in welche Konkurrenzdruck, Kälte und Feindschaft vorherrschen (Kersting, 2016, S.43). Gleichzeitig stand es durch den Fortschritt nun jedem Individuum frei, sich von seiner materiellen Not zu befreien und es bekam somit auch die individuelle Verantwortung für seine wirtschaftliche Situation (Kersting, 2016, S.43). Doch neben dem erleichterten und angenehmeren Leben führte die Funktionslogik der Wirtschaft auch zu Entfremdung und Kälte (Kersting, 2016, S.44). Auch im alltäglichen Leben wird das Individuum mit unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert, dem an den Prinzipien an einer nach Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Gesellschaft genauso wie nach moralischem und sittlichem Verhalten (Kersting, 2016, S.48). Die Kälte ermöglicht dem Individuum eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Widerspruch (Kersting, 2016, S.49).

3.6.2 Die charakterisierten Reaktionsmuster in der Coolout Theorie

Die Coolout Theorie charakterisiert 12 Reaktionsmuster als Folge des beschriebenen moralischen Konfliktes:

1. Fraglose Übernahme objektiv Kälte verursachender Strukturen
2. Ahnung von Kälte
3. a) Opfer durch objektiv Kälte verursachender Strukturen
b) Täter durch objektiv Kälte verursachender Strukturen
4. Verdrängung falscher Praxis
5. a) Virtuelle Auflösung des Widerspruchs
b) Definitivische Auflösung des Widerspruchs
c) Fallweises Aussteigen aus den objektiv Kälte verursachenden Strukturen
6. Idealisierung falscher Praxis
7. Kompensation für falsche Praxis
8. Individuelle Auflösung des Widerspruchs
9. Reflektierte Hinnahme der objektiv Kälte verursachenden Strukturen
(Kersting, 2019, S.133 & 134).

Bei dem Reaktionsmuster der fraglosen Übernahme objektiv Kälte verursachender Strukturen ist für das Individuum kein generelles Problem im Berufsalltag zu sehen (Kersting, 2019, S.138). Die pflegerische Norm orientiert sich an dem, was im Alltag

möglich ist, diese scheint somit für das Individuum verwirklicht (Kersting, 2019, S.139 & 140). Der theoretische Anspruch wird durch die pflegerische Praxis negiert, dieses wird jedoch wider besseres Wissen hingenommen (Kersting, 2019, S.140).

Bei dem Reaktionsmuster der Ahnung von Kälte hält das Individuum beide Normen für berechtigt und ist der Überzeugung, dass beide erfüllt werden müssen (Kersting, 2019, S.142). Zugleich wird aber durchaus wahrgenommen, wie die ökonomischen Zwänge zum Nachteil der Patientenversorgung führen (Kersting, 2019, S.143). Das Individuum ahnt, dass im pflegerischen Alltag etwas nicht stimmt, was zu einem Unbehagen oder Unverständnis in konflikthaften Situationen führt (Kersting, 2019, S.143 & 145). Dieses bezieht sich aber nur auf einzelne Situationen, nicht auf den gesamten pflegerischen Alltag (Kersting, 2019, S.145).

Das dritte Reaktionsmuster gliedert sich in das Opfer durch objektiv Kälte verursachender Strukturen und den Täter objektiv Kälte verursachender Strukturen (Kersting, 2019, S.145 & 150). Beiden Reaktionsmustern ist gemeinsam, dass das Individuum erkennt, dass sich der Widerspruch in den Anforderungen nicht auflösen lässt und es zu einer Verletzung des normativen Anspruchs kommen muss (Kersting, 2019, S.145). Bei dem Reaktionsmuster Opfer durch Kälte verursachende Strukturen fühlt sich das Individuum hilflos und leidet unter den Gegebenheiten (Kersting, 2019, S.145). Am normativen Anspruch wird festgehalten, auch wenn dieser in der Praxis nicht erfüllt werden kann (Kersting, 2019, S.150). Dabei wächst die Erwartungshaltung trotz Bemühungen dem normativen Anspruch nicht gerecht werden zu können (Kersting, 2019, S.150). Das Individuum ist gezwungen die Missachtung der Normen bei anderen und bei sich selbst hinzunehmen (Kersting, 2019, S.150). Dabei kann der Widerspruch nicht aufgelöst werden, es kommt zu bedauern, Ohnmachtsgefühlen, dem Gefühl von Schwäche und Ausgeliefertseins (Kersting, 2019, S.150). Auch bei dem Reaktionsmuster Täter objektiv Kälte verursachender Strukturen nimmt das Individuum wahr, dass die Norm im Alltag nicht erfüllt werden kann (Kersting, 2019, S.153). Das Individuum versucht hier daraus möglichst seinen Vorteil zu ziehen, die Anforderungen werden abgewägt und nach dem Eigennutzen beurteilt (Kersting, 2019, S.153). Die Normverletzung dabei wird akzeptiert unter der Annahme, dass es sowieso nicht besser werden kann (Kersting, 2019, S.153 & 154). Das Leitmotiv für das Individuum ist die Selbsterhaltung innerhalb von Bedingungen, die etwas anderes nicht zulassen (Kersting, 2019, S.154).

Bei dem Reaktionsmuster Verdrängung falscher Praxis wird der Alltag sowohl als widersprüchlich und als widerspruchsfrei beschrieben (Kersting, 2019, S.157). Die Widersprüchlichkeit der Wirklichkeit wird verdrängt, indem die Bedingungen der Praxis in der Darstellung der Norm angepasst werden, indem der Anspruch reduziert wird und die Norm somit der Praxis angepasst wird und indem sich das Individuum der Verantwortung entzieht, da der Widerspruch scheinbar nicht bemerkt wird (Kersting, 2019, S.157 & 158).

Bei den folgenden Reaktionsmustern liegt die Auflösung des Widerspruchs in verschiedenen gedanklichen Konstruktionen, mit denen der Alltag hingenommen wird (Kersting, 2019, S.158). Bei dem Reaktionsmuster der virtuellen Auflösung werden die Bedingungen der Praxis unterschieden, in einigen kann die Norm erfüllt werden und in anderen nicht (Kersting, 2019, S.161). Die Situationen, in denen die Erfüllung der Norm nicht möglich ist, werden zunächst fraglos hingenommen (Kersting, 2019, S.161).

In dem Moment, wo die Praxisbedingungen nicht mehr aushaltbar sind, wird gedanklich die nicht erfüllte Norm auf später verschoben (Kersting, 2019, S.161). So bleibt die Hoffnung in Zukunft die Norm nachzuholen, welches aktuell nicht möglich ist (Kersting, 2019, S.161). Die Lösung in der Fantasie tröstet so über die problematischen Situationen in der Praxis hinweg und die Differenz zwischen Norm und Funktion wird virtuell aufgelöst (Kersting, 2019, S.161).

Bei dem Reaktionsmuster der definitorischen Auflösung werden die nicht erfüllten Aufgaben gedanklich auf einen späteren Zeitpunkt geschoben, zum Beispiel die Reha nach dem Krankenhausaufenthalt (Kersting, 2019, S.164). Diese Vorstellung hat zwei Vorteile, zum einen bleibt die Hoffnung für die Besserung des Zustandes für den Patienten und zum anderen bietet sich so eine Entlastung für die nicht erfüllten Aufgaben (Kersting, 2019, S.164). Die Aufgaben der Pflegefachkraft werden so neu definiert, problematisch wird dieser gedankliche Lösungsversuch dann, wenn nicht einmal die „neue“ Norm erfüllt werden kann (Kersting, 2019, S.165).

Bei dem Reaktionsmuster des fallweisen Aussteigens wird es zum Teil hingenommen, dass die Praxis ein anderes Verhalten erfordert als die Norm es vorgibt (Kersting, 2019, S.169). Es wird nach Möglichkeiten gesucht, sich in der Praxis der Norm anzunähern (Kersting, 2019, S.169). Es wird theoretisch ein Fall konzipiert, ab

welchem die Bedingungen in der Praxis nicht mehr hingenommen werden (Kersting, 2019, S.170). Durch die Ankündigung/ die Vorstellung des Zeitpunktes, ab dem die Praxisbedingungen nicht mehr mitgetragen werden können, diese besser ertragen werden, durch das Gefühl autonom eine Entscheidung treffen zu können (Kersting, 2019, S.170).

Bei dem Reaktionsmuster der Idealisierung falscher Praxis wird der Widerspruch zwischen Praxisbedingungen und Norm erkannt und es werden verschiedene Strategien probiert, um diesen aufzulösen (Kersting, 2019, S.173). Dabei wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass auch innerhalb der schwierigen Praxisbedingungen eine Erfüllung der Norm möglich ist (Kersting, 2019, S.184).

Eine Strategie ist die Möglichkeit der Konfliktlösung durch gute Teamarbeit, gute Absprachen und gegenseitige Unterstützung zu suchen (Kersting, 2019, S.174). Dadurch wird der Arbeitsanfall jedoch nicht geringer und die Norm kann trotz dessen nicht erfüllt werden (Kersting, 2019, S.173). Eine andere Strategie ist das Setzen von Prioritäten, so dass einige Tätigkeiten durchgeführt werden und andere nicht (Kersting, 2019, S.175). Dabei spielt weniger eine sachliche Begründung eine Rolle als mehr der Handlungszwang unter Zeitdruck (Kersting, 2019, S.175). Gedanklich wird dabei aber nach wichtigen und unwichtigen Maßnahmen unterschieden (Kersting, 2019, S.176).

Weitere Strategien sind die Verbesserung der Arbeitsorganisation und die bessere Koordination der Arbeit, mit einer Optimierung der Organisation und Koordination wird dabei eine bessere Erfüllung der Norm angestrebt (Kersting, 2019, S.176 & 178). Der Konflikt bleibt jedoch auch hier präsent, da die zeitlichen Ressourcen trotz der Optimierungen nicht ausreichend zur Erfüllung der Norm sind (Kersting, 2019, S.177 & 179). Eine andere Strategie ist die des Verständnisses für das Personal, bei dem auf das Verständnis der Patienten für die Bedingungen in der Praxis gesetzt wird (Kersting, 2019, S.177). Durch die Zustimmung des Patienten für die Verletzung der Norm wird das eigene Gewissen beruhigt (Kersting, 2019, S.178).

Eine weitere Strategie ist die des Kompromisses, dabei wird versucht sowohl den Anspruch der Norm zu erfüllen als auch die Praxisbedingungen zu berücksichtigen, zum Beispiel durch schnelles Arbeiten, aber auch indem Zugeständnisse gemacht werden (Kerstin, 2019, S.181). Das Vorgehen wird legitimiert, da es als Kompromisslösung gesehen wird (Kersting, 2019, S.181). Zusätzlich gibt es die

Strategie der Routine und Erfahrung bei dem die Lösung des Konfliktes darin gesehen wird, dass dieser mit genug Routine und Erfahrung in der Praxis aufgelöst werden kann (Kersting, 2019, S.181).

Bei dem Reaktionsmuster der Kompensation für falsche Praxis werden die verschiedenen Seiten des Widerspruchs gesehen, die Norm, die als richtig betrachtet wird, die Rahmenbedingungen, welche eine Erfüllung unmöglich machen und die daraus resultierende Notwendigkeit das Regelwerk der Praxis, entgegen der normativen Ansprüche umzusetzen (Kersting, 2019, S.187). Es wird mit dem eigenen Handeln versucht, die Bedingungen strukturell zu ändern (Kersting, 2019, S.187). Die Norm wird versucht zumindest zeitweise umzusetzen, gelingt dieses nicht, bleibt ein Unbehagen gegenüber der falschen Praxis bestehen (Kersting, 2019, S.188). Die zeitweise gelingende Praxis kann nicht systematisch durchgesetzt werden, aber die Rahmenbedingungen können für das Individuum durch einige erkennbar gelungene Momente kompensiert werden (Kersting, 2019, S.188).

Bei dem Reaktionsmuster der individuellen Auflösung wird erkannt, dass die strukturellen Bedingungen eine Erfüllung der Norm unmöglich machen (Kersting, 2019, S.188). Im Alltag findet grundsätzlich eine pragmatische Anpassung des Handelns nach dem Realitätsprinzip statt (Kersting, 2019, S.191). In dem Moment, wo es zu einer unweigerlichen Normverletzung kommt, verweigert sich das Individuum und richtet das eigene Handeln nur noch nach der Norm aus (Kersting, 2019, S.191). Diese Art des Umgangs mit dem Konflikt ist nur eine individuelle Lösung, da dies nur funktioniert, wenn andere ihr Handeln nach den Regeln der Praxis ausrichten, um die Funktionalität der Institution zu sichern (Kersting, 2019, S.192).

Bei dem Reaktionsmuster der reflektierten Hinnahme wird der Widerspruch der Norm sowohl als unauflösbar, als auch als strukturell verankert identifiziert (Kersting, 2019, S.195). Das praktische Handeln ist situationsabhängig und es findet ein bewusster, reflektierter Umgang mit der Norm und den Rahmenbedingungen der Praxis statt (Kersting, 2019, S.195).

Der Widerspruch zwischen den Anforderungen der Praxis und der patientenorientierten Pflege findet sich auch bei den Praxisanleitern und Lehrenden in der Pflegeausbildung wieder (Kersting, 2016, S.17). Auf der einen Seite soll den Lernenden ein pflegefachlicher Anspruch vermittelt werden und auf der anderen Seite

müssen Lernende so ausgebildet werden, dass sie praxistauglich sind und funktionieren (Kersting, 2016, S.17).

3.6.3 Kritische Würdigung der Coolout Theorie

Die Coolout Theorie beschreibt die verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten einer Pflegefachkraft innerhalb des Prozesses der moralischen Desensibilisierung. Insgesamt hilft diese Theorie dabei die einzelne Pflegefachkraft zu entlasten, da aufgezeigt wird, dass es sich um strukturelles Versagen handelt. Dies bestätigten auch die Auszubildenden, welche im Rahmen der Coolout Studie befragt worden sind (Kersting, 2016, S.284).

Es werden jedoch keine Lösungsmöglichkeiten angeboten, da die einzelnen Strategien jeweils nicht als besser oder schlechter bewertet werden können. Der unauflösbare Widerspruch bleibt also als solcher bestehen. Das Verständnis über die Arbeits- und Ausbildungssituation kann zu Desillusionierung und emotionalen Reaktionen, wie Trauer, Wut oder Fassungslosigkeit führen (Kersting, 2016, S.284). Trotzdem sollte die Coolout Theorie Teil der Pflegeausbildung sein, da es sonst zu einer Täuschung der Wirklichkeit im theoretischen Unterricht und in der Praxisanleitung kommt (Kersting, 2019, S.302). Auch die Lehrenden müssen sich im Klaren sein, dass eine Auflösung des Dilemmas pädagogisch nicht möglich ist (Kersting, 2016, S.284). Die Gefahr eines Ausbildungsaustritts oder Berufsausstritts durch eine Aufklärung der Coolout Theorie und einer folgenden Desillusionierung ist theoretisch möglich, aber noch nicht untersucht worden (Kersting, 2019, S.284). Im besten Fall führt die Coolout Theorie und andere Ergebnisse der Pflegewissenschaft zu mündiger Kritik und der Erkenntnis, dass sich die praktischen Bedingungen kontrafaktisch gegenüber dem theoretischen Anspruch verhält (Kersting, 2019, S.302) und das Individuum erfährt dadurch Entlastung.

Die Coolout Theorie bewegt sich vor allem auf der Mikroebene und sucht auch die angebotene Lösung darin. Das Individuum soll befähigt werden, die Bedingungen zu verstehen und zu kritisieren und dadurch Einfluss auch auf die anderen Ebenen, wie zum Beispiel der Mesoebene (das Krankenhaus) oder der Makroebene (der Politik) zu nehmen. Die Frage der Machtverteilung und dem Einfluss anderen Interessengruppen wird dabei genauso wenig gestellt, wie die Frage, ob die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der daraus resultierende Umgang mit den Pflegefachkräften eine Gegebenheit ist, die auch durch die beiden anderen Ebenen gelöst werden muss.

Des Weiteren stellt sich die Frage inwieweit die patientenorientierte Pflege als Ideal kritisch hinterfragt worden ist, in Hinblick als neue Ideologie der weiblichen Liebestätigkeit (Bischoff, 1992, S.7). Die patientenorientierten Pflege mit den dazugehörigen Fähigkeiten und Eigenschaften der Ganzheitlichkeit, Zuwendung, Mitmenschlichkeit und Intuition, sind allesamt Merkmale, die traditionell der Frau zugeschrieben wurden (Bischoff, 1992, S.10). Wobei andererseits alle die genannten Merkmale in der Versorgung von Patienten notwendig sind und die Coolout Theorie einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, kritische Bedingungen, Abhängigkeiten und Konflikte darzustellen und zu hinterfragen (Bischoff, 1992, S.8). Jedoch wird eine Umgestaltung des Gesundheitssystems mit einer Befreiung von Profitinteressen und ökonomischen Zwängen hin zu einer humanen, sozialen Medizin (Bischoff, 1992, S.10) nicht explizit gefordert, sondern nur indem die Pflegefachkräfte durch die Ausbildung dazu befähigt werden, aktiv die Bedingungen zu ändern (siehe den vorherigen Absatz). Es fehlt die Verteilung der Verantwortung für Humanität der Gesundheitsversorgung weg von einzig der Pflege hin zu allen Berufsgruppen und beteiligten Akteuren.

Es stellt sich des Weiteren generell die Frage, ab welchem Punkt die geforderte Norm erfüllbar ist. Daneben, dass die Aussagen zur patientenorientierten Pflege sollten, nicht in totaler Überforderung und in einer Maßlosigkeit der Ansprüche und einer unmenschlichen Haltung der PFK gegenüber endet (Bischoff, 1992, S.91), scheint die kompromisslose Umsetzung des Ideals der patientenorientierter Pflege in Realität kaum möglich.

3.6.4 Zwischenfazit

Die einzelnen Faktoren aus der Coolout Theorie sind in der Grafik in lila ergänzt worden, wobei die Coolout Theorie sich vor allem auf die Mikroebene bezieht.

Die Autorin stand vor der Frage, ob die Ökonomisierung und die quantitativen Arbeitsanforderungen (permanente Überforderung) ebenfalls als der Coolout Theorie zugehörig markiert werden sollten, hat sich aber letzten Endes dagegen entschieden. Der Grund ist, dass die Ökonomisierung und die quantitativen Arbeitsanforderungen nicht von der Coolout Theorie konstruiert worden sind, sondern diese werden nur als Begründungsrahmen genutzt und sind als eigene Ursachen unabhängig von der Coolout Theorie weiter vorhanden.

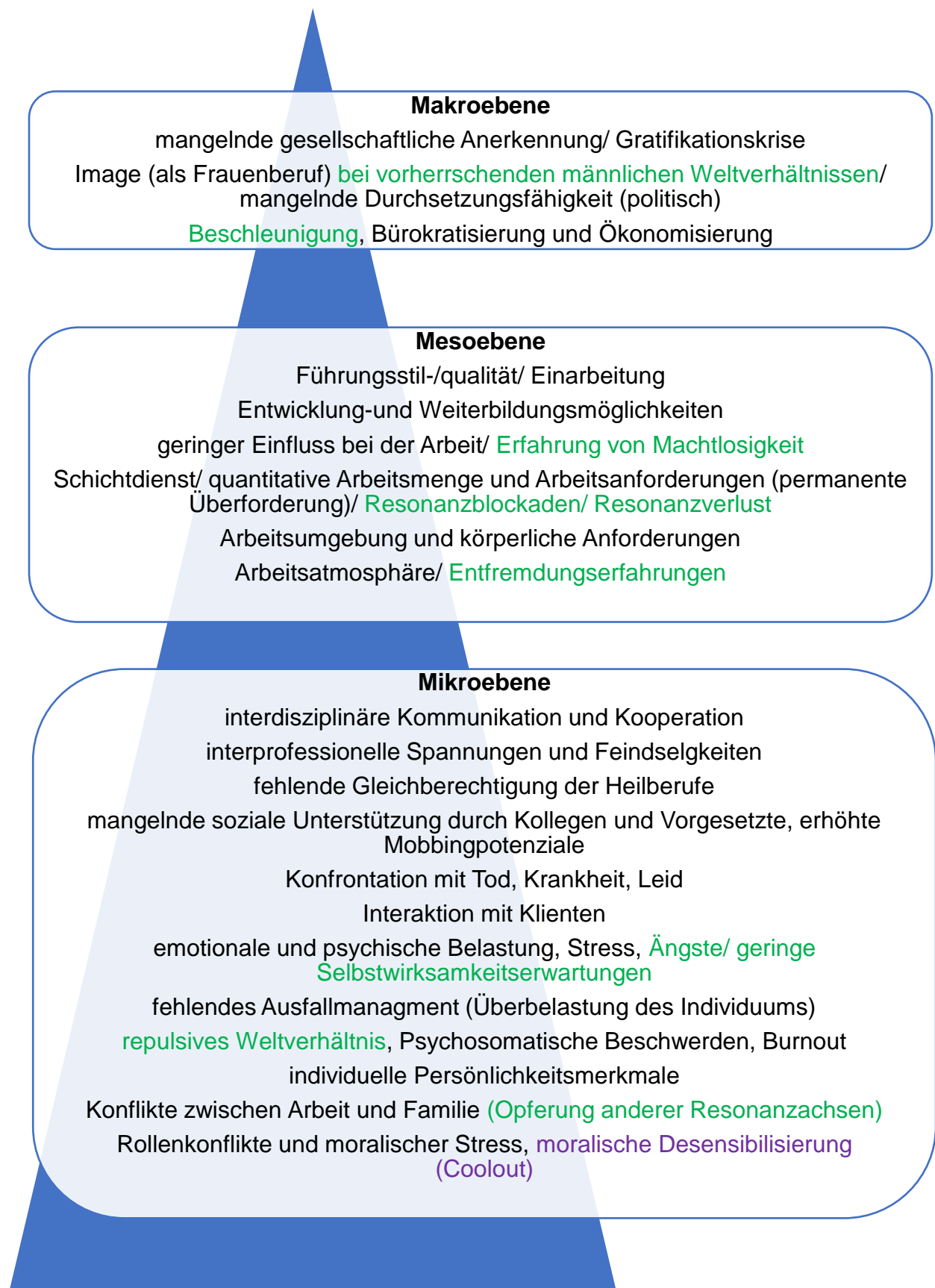


Abbildung 4: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 3 (eigene Darstellung)

4 Ursachen des Fachkräftemangels aus der Perspektive der Pflegefachkraft

In dem vierten Abschnitt wird nun die dritte These konsequent weitergeführt, dass sowohl die Resonanztheorie von Hartmut Rosa als auch die Coolout Theorie von Karin Kersting einen möglichen Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für die Systematisierung die Überlegung zu dem subjektiven Erleben der einzelnen Pflegefachkraft und deren Auswirkungen auf den Fachkräftemangel in der Pflege haben. Dabei werden die ermittelten Faktoren der Makro-, Meso- und Mikroebene ergänzt durch die Aspekte der Resonanz- und Coolout Theorie aufgegriffen und im nachfolgenden zu dem subjektiven Erleben der einzelnen Pflegefachkraft zusammengefasst.

Die vorangegangene Darstellung zeigt die Beziehung einzelner Ursachen des Fachkräftemangels in Beziehung zueinander. Der Pfeil zeigt mit der Richtung an, wie die Beziehung zueinander ist, wenn der Pfeil von einer Ursache auf die andere zeigt, heißt das, dass die eine Ursache die andere bedingt. So führt zum Beispiel die Vorherrschaft der männlichen Weltverhältnisse zu einer fehlenden Gleichberechtigung der Heilberufe, mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung und auch zu Beschleunigung, Bürokratisierung und Ökonomisierung. Am Ende steht als eine Folge der Berufsausstieg aus der Pflege.

Ziel der Darstellung ist zu zeigen, dass die Ursachen zusammenhängen und keine Isolierung einer einzelnen Ursache möglich und sinnvoll ist. Der Darstellbarkeit geschuldet sind die Ursachen nicht vollständig mitaufgenommen worden.

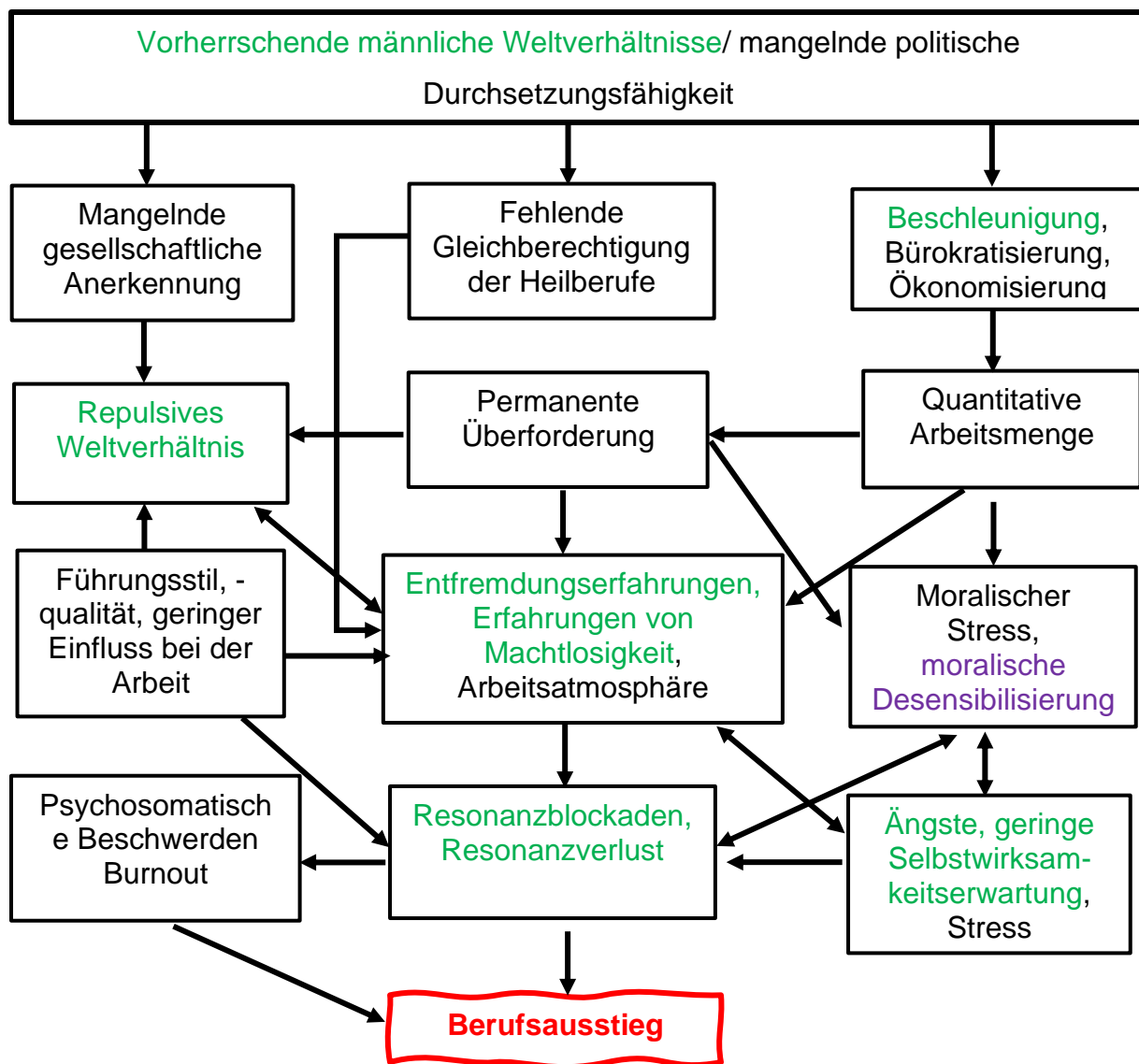


Abb. 5: Zusammenhänge Ursachen (eigene Darstellung)

5 Die Rolle der Ausbildung

Die institutionellen und organisatorischen Strukturen in der Pflegeausbildung werden zum jetzigen Zeitpunkt den gesetzlichen Vorgaben zur Ausbildung nicht gerecht (Balzer, 2019, S.16). Durch die ökonomischen Zwänge bleibt der Auszubildende primär Mitarbeiter, der Status als Lernender ist sekundär (Balzer, 2019, S.16). Hinter dem Verwertungsinteresse wird der Bildungsgedanke hintenangestellt (Balzer, 2019, S.16). Die Qualität der praktischen Ausbildung kann dabei ein Grund für einen Ausbildungsabbruch darstellen (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.169). Die Forschungsergebnisse zu dem Berufsverbleib von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege zeigen ähnliche Ergebnisse wie bei den examinierten PFK, als häufigste Gründe für das Verlassen des Pflegeberufes wurde die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf (44,3%), das Betriebsklima und die Unternehmenskultur (43,9%), psychische Belastungen (39,1%) und die zu geringe Bezahlung genannt (Küpper, 2020, S.18). Generell kann festgestellt werden, dass Auszubildende in einigen Bereichen besonders vulnerabel sind, da sie über nur verhältnismäßig wenig Berufserfahrung verfügen und ihre hierarchische Stellung und Entscheidungsmacht nur gering ausgeprägt ist (Küpper, 2020, S.32). Hinzu kommt eine möglicherweise noch nicht vollständig entwickelte Ethikkompetenz, dies sind alles Gründe anzunehmen, dass Auszubildende zum Beispiel besonders von moralischem Stress betroffen sind (Küpper, 2020, S.32).

Ein wichtiger Aspekt ist die Thematisierung der systemimmanenten Verhinderung der Verwirklichung des Anspruchs an eine individuelle patientenorientierte Pflege (Kersting, 2016, S.76). Dabei müssen Anstrengungen für die individuelle, patientenorientierte Pflege jedoch trotzdem aufgenommen und gefördert werden (Kersting, 2016, S.76). Ansonsten würde die Anleitung der Unterricht eine Täuschung über die Wirklichkeit darstellen (Kersting, 2016, S.76).

Ein Alltag, der weder dem eigenen Ideal noch den Anforderungen der Schule entspricht, kann sich negativ auf den Berufsverbleib der Auszubildenden auswirken (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.169). Ebenfalls relevant ist der Umgang im Team mit den Auszubildenden (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.170). Ausbildung kann als ein Schlüsselfaktor zur Personalsicherung gesehen werden (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.170). Hier muss aber hinzugefügt werden, dass die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber jedoch zum Teil begrenzt ist, was dazu führt, dass die Bewerbung

möglichst niederschwellig möglich sein soll und keine Vorauswahl getroffen wird (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.170). Daraus resultiert eine größere benötigte pädagogische Begleitung in der theoretischen und praktischen Ausbildung, welche unter den gegebenen Bedingungen nicht geleistet werden kann (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.170). Es besteht hierbei das Risiko, dass eine Negativspirale entsteht, welche zu einem Verlust an Qualität der Ausbildung und in der Konsequenz zu einem Verlust der Qualität der beruflichen Pflege und Pflege-Kompetenzen generell führt (Mohr, Reiber, Riedlinger, 2019, S.170 & 171). Durch den demografischen Veränderungsprozess ist absehbar, dass das Erwerbspotenzial weiter stetig zurückgehen wird (Haubrock, 2017, S.7). Es kommt nun darauf an, trotzdem eine ausreichende Anzahl junger Menschen für die Pflege zu gewinnen (Haubrock, 2017, S.10).

Auch für die Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe spielt die Ökonomisierung eine große Rolle, denn diese sind traditionell und häufig auch noch heute in der Trägerschaft von Krankenhäusern, für diese hat die Funktion vom Gesamtbetrieb Krankenhaus die oberste Priorität (Breuckmann, 2018, S.20). Dagegen steht häufig die Priorität der Notwendigkeit der Wissensvermittlung, des Lernens und das Anbahnen der beruflichen Handlungskompetenz, welche von den Bildungsverantwortlichen vertreten wird (Breuckmann, 2018, S.20), sowie die Möglichkeit Raum für Resonanz zu schaffen. Diese Kontroverse führt häufig zu Entscheidungen gegen die Bildung, hinzu kommt eine mangelnde politische und ökonomische Unterstützung der Pflegeausbildung (Breuckmann, 2018, S.21). Ein Beispiel hierfür ist, dass die Finanzierung der Pflegeausbildung nur über die Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze funktioniert, die Qualität und Bildungsangebote in der Ausbildung werden nicht berücksichtigt (Breuckmann, 2018, S.21). In den meisten Fällen werden die notwendigen Kosten aus Bildungssicht nicht refinanziert, dies steht im Gegensatz zu den herrschenden Fachkräftemangel in der Pflege (Breuckmann, 2018, S.27 & 28). Die Bildungsidee in Praxis und Schule bestimmt über die Resonanz sowie Entfremdungsphänomene (Straubenmüller, 2017, S.317). Auch für die Schule gilt, dass teilweise Maschinenlogik und soziale Kälte den Alltag prägen können, als Stichwort könnte hier „Schülerignorierung“ angeführt werden (Straubenmüller, 2017, S.317). In der folgenden Abbildung sind die Faktoren der Ausbildung für den Fachkräftemangel in der Pflege in Gelb hinterlegt worden.



Abbildung 6: Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege 4 (eigene Darstellung)

6 Perspektiven für die Pflege

Als Konsequenz soll nun die dritte These überprüft werden, ob die aktuellen Bemühungen dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken ergebnislos bleiben müssen, da sie an den eigentlich ursächlichen Problemen vorbeigehen.

Limitiert werden die Maßnahmen von der Tatsache, dass die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems bleiben. Die Bedürfnisse der Versicherten nach einer optimalen Gesundheitsversorgung stehen der von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abhängenden Finanzkraft der Krankenkassen gegenüber (Haubrock, 2017, S.4).

Keine Studie belegt eine eindeutige Korrelation zwischen einer spezifischen Intervention und einer Erhöhung des Berufsverbleibs (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.77). Vielmehr macht es Sinn über den Abbau von dysfunktionalen Arbeits- und Organisationsbedingungen die schwierigen Arbeitsbedingungen des Berufes zu verbessern (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.78). Interventionen sollten Ziele auf allen Ebenen anstreben mit dem Ziel einer langfristigen Neumodellierung des Pflegesektors (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.82).

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt bei einigen geplanten Maßnahmen an der Makro- und Mesoebene an, so sollen die versorgungsrelevanten Rahmenbedingungen und die Entlohnung in der Pflege verbessert werden, zusätzlich zu den Pflegefachkräften sollen Betreuungskräfte zur Entlastung eingestellt werden, die Bürokratie soll abgebaut werden und das Image soll durch Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden (Haubrock, 2017, S.11). Die Maßnahmen passen zu den Ursachen der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung, der Gratifikationskrise, des Images des Pflegeberufes und der Bürokratisierung, Ökonomisierung und der quantitativen Arbeitsanforderung. Ein weiteres großes Thema ist die Diskussion um die festgeschriebenen Personaluntergrenzen in den Krankenhäusern (Lehwald, 2019, S.14). Am 1. Oktober 2018 trat die Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen für das Jahr 2019 in Kraft, zunächst für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie, weitere Bereiche sind gefolgt (Lehwald, 2019, S.16). Diese sind zwar auf der einen Seite wünschenswert, jedoch liegen der definierten Untergrenze komplizierte

Rechenmodelle zugrunde, ohne dass je eine reale Alltagssituation miteinbezogen wurde und das Verhältnis von Pflegepersonal zu Patienten kann aufgrund fehlender Daten kaum ermittelt werden (Lehwald, 2019, S.18). Des Weiteren argumentieren die Krankenhäuser, dass sie kein Personal finden und dadurch die Personaluntergrenzen nicht einhalten können. Wenn Krankenhausbetten gesperrt werden, verlieren die Krankenhäuser Geld und strukturell stellt sich in der Konsequenz auch die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung. Der Maßnahme können die Ursachen der quantitativen Arbeitsmenge und Arbeitsanforderungen (permanente Überforderung) sowie des Rollenkonfliktes und moralischem Stress zugeordnet werden.

Des Weiteren fordert das Gesundheitsministerium die Gesundheitseinrichtungen selbst dazu auf, eigene Lösungsansätze zu entwickeln (Haubrock, 2017, S.12). Dazu ist festzustellen, dass die Pflegefachkräfte inzwischen die Wahl haben, für welchen Arbeitgeber sie arbeiten (Stockinger, 2014, S5). Es ist also im Interesse des Arbeitgebers die besten Bedingungen zu bieten, da der Konkurrenzkampf um gut ausgebildete Pflegefachkräfte groß ist (Stockinger, 2014, S.5).

Die folgenden Maßnahmen beziehen sich am ehesten auf die Ursachen der Mesoebene. Grundsätzlich kann dazu festgestellt werden, dass die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten gestalt- und veränderbar sind (Schmucker, 2020, S.82). Es fehlt an Arbeitsplätzen, welche eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ermöglichen, da die meisten Pflegefachkräfte ihren Beruf gerne bis zur Rente ausüben würden (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.79 & 81). Es fehlt an Konzepten und Kompetenzentwicklungsstrategien für die Ermöglichung der Ausübung des Berufes bis zum Rentenalter (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.81 & 82). Auch das Image spielt wie vermutet eine Rolle in dem bestehenden Fachkräftemangel (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.79) unter anderem bei der dadurch begrenzten Bewerberanzahl.

Für alle in der Pflege tätigen ist es wichtig Kompetenzen zu entwickeln, um den äußeren Zwang aktiv oder widerständig-konzeptionell zu interpretieren, dass untragbare Arbeitsbedingungen und damit auch Entfremdungseffekte minimiert werden (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.85). Dazu braucht es einrichtungsinterne Programme, welche aber begleitet werden müssen von einer steigenden Handlungsmacht der Pflege und weiteren Maßnahmen auf der Mikro-,

Makro- und Mesoebene (Höhmann, Lautenschläger, Schwarz, 2016, S.85). Dabei macht es Sinn die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegefachkräften zu überdenken, neu zu bestimmen und Prozesse zu optimieren (Tenbense, 2012, S.218). In der Praxis wird dies mancherorts zum Teil schon gelebt, doch nun gilt es auch Tätigkeiten und Verantwortungsbereiche übergeordnet neu zu definieren und zu verteilen und dadurch die pflegerische Arbeit aufzuwerten (Tenbense, 2012, S.218 & 223).

Diese Maßnahmen setzen an den Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, geringer Einfluss bei der Arbeit und Erfahrung von Machtlosigkeit an. Ein weiterer Punkt ist die Eingruppierungssystematik für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, diese ist zwar gesetzlich geregelt jedoch sind häufig keine entsprechenden Stellen vorhanden (Tenbense, 2012, S.220). Generell gilt für die Pflege, dass vertikale Entwicklungsmöglichkeiten erweitert werden müssen und Karrierechancen sowie eine berufliche Entwicklungsplanung vermehrt aufgenommen werden sollte (Tenbense, 2012, S.228).

Bei der Einstellung von Assistenz- und Servicepersonal sollte eine klare Abgrenzung des beruflichen Anforderungsprofils zur Pflegefachkraft bestehen, da sonst die Gefahr eines Verlustes an Qualität besteht und die Pflege abgewertet werden könnte (Tenbense, 2012, S.227).

Gegen den auf der Mikroebene eingeordneten Rollenkonflikte und moralischer Stress, moralische Desensibilisierung (Coolout) helfen eine bedarfsgerechte Planung des Personals, ein hohes Maß an Qualifizierung und eine kontinuierliche Fortbildung nach der Ausbildung (Tenbense, 2012, S.221). In der Pflegeausbildung ist es ebenfalls notwendig auf das Erleben und die Emotionen der Auszubildenden einzugehen sowie angemessene Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten (Müller, 2020, S.38). Es ist ebenfalls eine gute Möglichkeit Supervision und professionelle Unterstützung zur Bewältigung eines schwierigen Arbeitsalltags anzubieten, diese sollte auch während der Arbeitszeit in Anspruch genommen werden können (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.189).

Es ist essenziell sich an den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeiter und Bewerber zu orientieren (Haubrock, 2017, S.13). Des Weiteren ist es ebenso notwendig auch die Gruppe der älteren Pflegefachkräfte mehr in den Blick zu nehmen und die

Rahmenbedingungen anzupassen (Haubrock, 2017, S.13). Um zukünftig ältere Pflegefachkräfte zu gewinnen, sind Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz unerlässlich (Tenbenschel, 2012, S.217). Zusätzlich sollte ein gezieltes betriebliches Gesundheitsmanagement vorhanden sein (Stockinger, 2018, S.4) Dies beinhaltet auch die Anbahnung eines achtsamen Umgangs mit sich selbst und geeigneter Maßnahmen zum Selbstschutz (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.192). Daneben ist eine Arbeitskultur wichtig in das Erfahrungswissen älterer Mitarbeiter systematisch eingebunden und genutzt wird und altersgerechte Einsatzmöglichkeiten vorgehalten werden (Tenbenschel, 2012, S.221 & 222). Ebenfalls notwendig sind umfangreiche Familienförderinstrumente, wie zum Beispiel familienfreundliche Arbeitszeiten oder Kindergartenplätze (Stockinger, 2018, S.6). Aus der Resonanztheorie ließe sich dies auch damit begründen, andere Resonanzachsen als im Beruf zu ermöglichen.

Die in dem letzten Absatz aufgezählten Maßnahmen funktionieren nicht ohne qualifizierte und motivierte Führungskräfte (Tenbenschel, 2012, S.222). Diese müssen die Kompetenz besitzen zu planen, Leistungen abzurufen, Mitarbeiter einzusetzen, zu motivieren und zu bewerten sowie Mitarbeitergespräche nachhaltig und regelmäßig zu führen (Tenbenschel, 2012, S.222). Die Pflegeeinrichtungen sollten alles notwendige unternehmen damit die Führungskräfte diese Kompetenzen erwerben können (Tenbenschel, 2012, S.222). Dieses ist auch schon bei der Auswahl von Führungskräften wichtig, das alleinige Vorhandensein von Fachkompetenz reicht nicht aus (Stockinger, 2014, S11). Konsequenz dieser Bemühungen sollte vermehrte persönliche Bestätigung, größere Handlungsspielräume und vorteilhaftere Lernchancen der Pflegefachkräfte sein (Tenbenschel, 2012, S.227). Führungsverhalten beeinflusst neben der Motivation des Mitarbeiters auch die Gesundheit und Leitungsfähigkeit (Stockinger, 2014, S.13). Obwohl die Themen des Kompetenzmanagements und der Personalentwicklung in den letzten Jahren mehr in den Fokus gerückt sind, werden sie in den meisten Einrichtungen eher punktuell betrieben (Stockinger, 2014, S.5).

Ein Personalentwicklungskonzept setzt eine festgelegte und zielgerichtete Unternehmensstrategie voraus, welche eng mit den Führungskräften abgestimmt werden sollte und die Mittel für die Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen zur Verfügung gestellt werden (Stockinger, 2014, S.5 & 6). Hierzu gehört es auch Weiterbildungsprogramme für Pflegenden mit langer Berufserfahrung und hohen Kompetenzen anzubieten, dieses wird leider häufig noch vernachlässigt (Stockinger,

2014, S.10). Zusätzlich sind Leitfäden für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Mitarbeiterjahresgespräche und Mitarbeiterbeurteilungen unerlässlich, welche auch konsequent angewendet werden müssen (Stockinger, 2014, S.6). Ein Beispiel wären die Magnetkliniken in den USA, welche für Personal besonders attraktiv sein sollen, welche zum Beispiel auch spezielle Mentoring- und Entwicklungsprogramme für Mitarbeiter und Auszubildende anbieten (Stockinger, 2014, S.10). Oft fehlen systematische Laufbahnkonzepte und Förderprogramme mit dem Ziel Mitarbeiter und Führungskräfte zum richtigen Zeitpunkt mit den notwendigen Qualifikationen vorhalten zu können, wenn diese benötigt werden (Stockinger, 2014, S.7).

Ein betriebliches Konfliktmanagement zur Lösung von Konflikten und zur Prävention macht ebenfalls Sinn (Grosser, 2014, S.214). So können beispielsweise betriebliche Konfliktlotsen eingesetzt werden, welche neben einigen persönlichen Eigenschaften auch eine entsprechende fachliche Qualifizierung haben sollten (Grosser, 2014, S.229). Aber auch für andere belastende Situationen in der Pflege, wie dem Umgang mit Gewalt, dem Tod und dem Leiden von Patienten sollten konkrete Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.185).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Gewinnung von Nachwuchs in der Pflege, hierzu macht es Sinn sich anzuschauen, was diese Zielgruppe von einem potenziellen Arbeitgeber erwartet. Die aufgezählten Faktoren der Führungskräfte spielen hier ebenfalls eine große Rolle, zusätzlich sollte ein Unternehmen flache Hierarchien aufweisen, um für junge Arbeitnehmer attraktiv zu sein (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.211). Außerdem wird Transparenz und Offenheit vom Arbeitgeber erwartet, sowie die Möglichkeit Einfluss auf die Arbeit nehmen zu können (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.210). Neben einem ehrlichen Feedback ist auch die Gerechtigkeit ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung eines (potenziellen) Arbeitgebers (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.211). Außerdem spielt eine Rolle, dass die Unternehmenswerte mit den Werten des Individuums übereinstimmen, ein Beispiel hier wäre die Nachhaltigkeit (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.210). Ebenfalls schon in diesem Kapitel aufgeführt ist der Aspekt der Anpassung des Arbeitsplatzes an die individuellen Bedürfnisse, dass Unternehmen sollte, hier eine möglichst hohe Flexibilität aufweisen (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.211). Auf der Arbeit stellt eine gute Teamarbeit und Arbeitsatmosphäre einen wichtigen

Faktor da (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.212). Betont werden hier ebenfalls die Entwicklungschancen des Individuums, welche den individuellen Fähigkeiten angepasst werden sollten (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.213). Als Werbeplattform um die junge Generation zu erreichen, bietet sich Social-Media an, zum Beispiel Videos auf YouTube (Buschmann, Fournier, Mattmüller, 2019, S.213). Es zeigt sich, dass viele von den schon aufgeführten allgemeinen Maßnahmen auch wirksam sind in der Gewinnung junger Menschen für die Ausbildung. Außerdem ist es notwendig deutlich und durchschaubar zu machen, wie in der Gesellschaft Geschlechtsstereotypen konstruiert werden und anzuleiten dies für die eigene Entwicklung zu reflektieren (Bartsch & Methfessel, 2012, S.202). Denn nicht nur für die Pflege, auch für andere Frauenberufe vor allem in den sozialen Feldern Fürsorge und Erziehung haben sich die Bedingungen seit den 1980er Jahre verschärft (Bartsch & Methfessel, 2012, S.205 & 206). Dabei gilt, dass was für weiblich oder männlich gilt, ist unterschiedlich und veränderbar und zum Beispiel eine Thematisierung in der allgemeinbildenden Schule kann zu einer „Entmystifizierung“ von Arbeitsbereichen und zu dem Abbau von Stereotypen beitragen (Bartsch & Methfessel, 2012, S.206). Dazu wären unter anderem Aus- und Fortbildungen in diesem Bereich für Lehrende in der allgemeinbildenden Schule sinnvoll (Bartsch & Methfessel, 2012, S.207). Weiterhin könnte dies dafür sorgen, dass sich mehr Männer für den Beruf interessieren und diesen ergreifen.

Die Coolout Theorie bietet als eine Lösungsmöglichkeit an, (in der Ausbildung) die Coolout Theorie vorzustellen und zu erklären sowie politische Partizipation anzubahnen.

Die Perspektive der Resonanztheorie scheint als Lösung weitreichende ökonomische, politische und sozialstaatliche Reformen notwendig zu machen. Ein Paradigmenwechsel hin von dem Ziel der Reichweite hin zu dem Ziel der Fähigkeit und Möglichkeit zur Etablierung von Resonanzachsen. Rosa spricht selbst von der Überwindung der kapitalistischen Gesellschaft hin zu einer Postwachstumsgesellschaft als Gegenmodell (Peters & Schulz, 2017, S.24). Ideen für die Umsetzung sind beispielsweise die Beschleunigungsdynamiken und die dynamische Stabilisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen zurückzudrängen und etwa durch wirtschaftsdemokratische Organisationen zu ersetzen. Weitere Strategien könnten laut Rosa ein bedingungsloses Grundeinkommen oder eine verstärkte

Kollektive Gestaltungsmöglichkeit in der Demokratie sein (Peters & Schulz, 2017, S.24). Die genannten Ideen sind noch sehr unausgereift und weitere Ausarbeiten in diese Richtung werden erwartet (Peters & Schulz, 2017, S.24). Für die theoretische, wie praktische Pflegeausbildung gilt, dass Überlegungen zur Resonanzorientierung sinnvoll sind (Straubenmüller, 2017, S.317). Beispiele wären, den Auszubildenden mehr als Individuum wahrzunehmen, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen, subjektive Bedeutung in phänomenologischen Zugängen zu ermöglichen oder den Zugang des Ästhetischen neu zu entdecken (Straubenmüller, 2017, S.317).

Bezogen auf das Gesundheitssystem zeigt sich die Ökonomisierung besonders in dem DRG-System, welches eingeführt worden ist, um das System effizienter zu machen und gegen Unwirtschaftlichkeit vorzugehen (Lehwald, 2019, S.14). Kritik an diesem System sind höhere Fallzahlen (bei kürzerer Liegezeit), fehlerhafte Abrechnungen, zu früh („blutig“) entlassene Patienten und die daraus folgende Wiederaufnahme des Patienten nach der Entlassung („Drehtüreffekt“) (Lehwald, 2019, S.14 & 15). Als Konsequenzen für die Arbeit als PFK bedeutet dies eine höhere Arbeitsbelastung, ein höherer bürokratischer Aufwand, außerdem wird, um Kosten zu reduzieren am Pflegepersonal gespart, was die Bedingungen weiter verschlechtert (Lehwald, 2019, S.15). Als Verbesserungen für die Pflege schreiben die Eckpunkte des Sofortprogramms für die Pflege unter anderem eine Refinanzierung jeder zusätzlichen (aufgestockten) PFK, einer Refinanzierung der Tarifsteigerungen im Pflegebereich, eine Refinanzierung der Vergütung von Auszubildenden in der Pflege im ersten Ausbildungsjahr sowie der Bereitstellung von Investitionsmitteln für die Krankenhäusern (Lehwald, 2019, S.17). Des Weiteren soll die DRG-Vergütung ohne die Pflegepauschale ausgewiesen werden und die Krankenkassen sind verpflichtet, den Krankenkassen Auskunft über die Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patienten zu geben (Lehwald, 2019, S.17). Ziel der Bemühungen ist, eine Möglichkeit der Finanzierung der Pflege neben dem DRG-System möglich zu machen. Diesen Überlegungen folgend könnte das DRG-System als Ganzes hinterfragt werden, diese Maßnahme lassen sich vor allem der Ursache der Ökonomisierung und Bürokratisierung zuordnen.

Ergänzend wird im Folgenden eine politische Initiative detaillierter vorgestellt, dazu wurde der Vorschlag für die Initiative „Mehr PflegeKRAFT“ von Andreas Westerfellhaus den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ausgewählt

(Lehwald, 2019, S.13). In der Initiative sind fünf Vorschläge für mehr Fachkräfte in der Pflege enthalten (Lehwald, 2019, S.13). Der erste Vorschlag ist eine Prämie für Rückkehrer und Aufstocker und Ausbildungsabsolventen, diese sollen Beträge zwischen 5000 und 3000 Euro erhalten, aufgeteilt als Gewinnungsprämie und Bindungsprämie (Lehwald, 2019, S.13). Dieser Vorschlag setzt bei der Gratifikationskrise an. Kritisch könnte angemerkt werden, dass diese Einmalzahlung auf längere Sicht eher geschwindend gering ist und dass viele, die zum Beispiel schon lange in Vollzeit in dem Beruf arbeiten keine Möglichkeit haben an die Prämie zu kommen. Dies könnte als Ungerechtigkeit erlebt werden und der Aspekt der gerechten Verteilung ist bei Prämien immer eher schwierig. Der zweite Vorschlag schlägt ein bis zu drei Jahren befristetes Flächenmodell vor, bei dem für 80 Prozent Arbeit 100 Prozent Lohn gezahlt wird (Lehwald, 2019, S.13). Diese Maßnahme kann unter anderem bei der Ursache des Konfliktes zwischen Arbeit und Familie (Opferung anderer Resonanzachsen) eingeordnet werden. Der dritte Vorschlag ist ein Bonus für gute Arbeitgeber, die ein innovatives Konzept für gute Arbeitsleistungen bieten (Lehwald, 2019, S.13). Obwohl diese Maßnahme vielen Ursachen (vor allem auf der Mesoebene) zugeordnet werden kann, nimmt sie vor allem auch Einfluss auf die Arbeitsatmosphäre und damit verbundenen Entfremdungserfahrungen. Der vierte Vorschlag ist durch die Übertragung von mehr Verantwortung, mehr Freude am Beruf zu ermöglichen (Lehwald, 2019, S.13). PFKs sollen mehr Verantwortung übernehmen können, zum Beispiel in der Versorgung von chronischen Wunden (Lehwald, 2019, S.13). Dieser Maßnahme können mehrere Ursachen zugeordnet werden, wie zum Beispiel den Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, dem geringen Einfluss bei der Arbeit, der interdisziplinären Kommunikation und Kooperation, der fehlenden Gleichberechtigung der Heilberufe und der Interaktion mit Klienten. Der fünfte Vorschlag ist Ausbildungskonzepte von der Assistenz bis zum Master zu entwickeln und generell mehr auszubilden. Die Maßnahme kann den Ursachen Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, aber auch der Qualität der Ausbildung zugeordnet werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die einzelnen Maßnahmen den Ursachen zugeordnet, wobei dazu festzustellen ist, dass eine Maßnahme natürlich auf deutlich mehr Ursachen direkt oder indirekt zutrifft.

Ebene	Ursachen für den Fachkräftemangel	Zugeordnete Maßnahmen
Makroebene	<p>mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/ Gratifikationskrise</p> <p>Image (als Frauenberuf) bei vorherrschenden männlichen Weltverhältnissen/ mangelnde Durchsetzungsfähigkeit (politisch)</p> <p>Beschleunigung, Bürokratisierung und Ökonomisierung</p> <p>demografischer Wandel/ fehlende Bewerber/innen</p>	<p>bessere Entlohnung, Prämie für Rückkehrer und Aufstocker, Öffentlichkeitsarbeit</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit, „Entmystifizierung“ von Arbeitsbereichen und Abbau von Stereotypen zum Beispiel durch den Unterricht an allgemeinbildenden Schulen</p> <p>Bürokratieabbau, Finanzierung der Pflege unabhängig vom DRG-System, „Postwachstumsgesellschaft als Gegenmodell“ (Paradigmenwechsel in der Gesellschaft)</p> <p>Konzepte, um ältere Mitarbeiter bis zur Rente zu beschäftigen, individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter, Werbung für die Ausbildung über Plattformen, die junge Menschen nutzen, zum Beispiel social media</p>
Mesoebene	<p>Führungsstil-/ qualität/ Einarbeitung</p> <p>Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten</p>	<p>Qualifizierung der Führungskräfte, Auswahl nach Eignung (nicht nur nach fachlicher Kompetenz), Einarbeitungskonzepte, ggf. Mentoringprogramme, welche auch umgesetzt werden, Mitarbeiterjahresgespräche und Mitarbeiterbeurteilungen</p> <p>vertikale Entwicklungsmöglichkeiten ausbauen (Ausbildungskonzept von der Assistenz bis zum Master), Stellen für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte schaffen, berufliche Entwicklungsplanung implementieren, kontinuierliche Fortbildungsangebote (auch für hoch qualifizierte Mitarbeiter), erweiterter Verantwortungsbereich</p>

	<p>geringer Einfluss bei der Arbeit/ Erfahrung von Machtlosigkeit</p> <p>Schichtdienst/ quantitative Arbeitsmenge und Arbeitsanforderungen (permanente Überforderung)/ Resonanzblockaden/ Resonanzverlust</p> <p>Arbeitsumgebung und körperliche Anforderungen</p> <p>Arbeitsatmosphäre/ Entfremdungserfahrungen</p> <p>fehlende Perspektiven für ältere/ eingeschränkte Pflegefachkräfte</p>	<p>flache Hierarchien, Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit schaffen, erweiterter Verantwortungsbereich</p> <p>festgeschriebene Personaluntergrenzen, Anpassung des Dienstplans an individuelle Bedürfnisse, Flexibilität vom Arbeitgeber Einsatz von Betreuungskräften zur Entlastung, Supervision, professionelle Unterstützung</p> <p>Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliches Gesundheitsmanagement</p> <p>Supervision, professionelle Unterstützung, Bonus für gute Arbeitgeber</p> <p>Arbeitsplätze für ältere, eingeschränkte Mitarbeiter schaffen</p>
Mikroebene	<p>interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation</p> <p>interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten</p> <p>fehlende Gleichberechtigung der Heilberufe mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, erhöhte Mobbingpotenziale</p> <p>Konfrontation mit Tod, Krankheit, Leid</p> <p>Interaktion mit Klienten</p>	<p>dysfunktionale Arbeitsprozesse verbessern (Kooperation der Berufsgruppen), erweiterter Verantwortungsbereich</p> <p>betriebliches Konfliktmanagement (Konfliktlotsen)</p> <p>Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe überarbeiten und dabei die Pflege aufwerten, betriebliches Konfliktmanagement (Konfliktlotsen), Supervision, professionelle Unterstützung, erweiterter Verantwortungsbereich</p> <p>betriebliches Gesundheitsmanagement (unter Berücksichtigung der psychischen Belastungen), konkrete Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit, konkrete Hilfs- und</p>

	<p>emotionale und psychische Belastung, Stress, Ängste/ geringe Selbstwirksamkeitserwartungen</p> <p>fehlendes Ausfallmanagement (Überbelastung des Individuums)</p> <p>repulsives Weltverhältnis, Psychosomatische Beschwerden, Burnout</p> <p>individuelle Persönlichkeitsmerkmale</p> <p>Konflikte zwischen Arbeit und Familie (Opferung anderer Resonanzachsen)</p> <p>Rollenkonflikte und moralischer Stress, moralische Desensibilisierung (Coolout)</p> <p>Qualität der Ausbildung/ Status der Auszubildenden in der Praxis</p>	<p>Unterstützungsmöglichkeiten, erweiterter Verantwortungsbereich</p> <p>betriebliches Gesundheitsmanagement (unter Berücksichtigung der psychischen Belastungen)</p> <p>dysfunktionale Arbeitsprozesse verbessern (Ausfallmanagement einführen)</p> <p>betriebliches Gesundheitsmanagement (unter Berücksichtigung der psychischen Belastungen)</p> <p>Bewältigungsstrategien in der Ausbildung anbahnen</p> <p>umfangreiche Familienförderinstrumente, z.B. familienfreundliche Arbeitszeiten, zur Verfügungstellung von Kindergartenplätzen (andere Resonanzachsen offenhalten), individuelles Eingehen auf die Wünsche der Mitarbeiter, 80% Arbeit für 100% Lohn</p> <p>festgeschriebene Personaluntergrenzen, Bedarfsgerechte Personalplanung, kontinuierliche Fortbildung, die Coolout Theorie bekannt machen und politische Partizipation anbahnen</p> <p>Bewältigungsstrategien in der Ausbildung anbahnen, Coolout Theorie vorstellen, politische Partizipation anbahnen, Resonanzorientierung in der Pflegeausbildung fördern</p>
--	--	---

Tabelle 10: Ursachen/ Maßnahmen gegen den Pflegefachkräftemangel

7 Fazit

Die Grundannahme der Arbeit, dass in der Pflege sektorübergreifend ein Fachkräftemangel vorhanden ist, hat sich durch die Literaturrecherche bestätigt. Auch die erste aufgestellte These wurde belegt, der Fachkräftemangel in der Pflege ist durch die geringe Verweildauer im Beruf mitverursacht ist. Des Weiteren wurden die gravierenden gesellschaftlichen Konsequenzen des herrschenden und vermuteten zukünftigen Fachkräftemangel in der Pflege aufgezeigt, diese sind unter anderem:

- eine Verletzung der juristischen und moralischen Rechte der zu Pflegenden,
- eine geringere Patientensicherheit und erhöhte Mortalitätsrate,
- eine mangelnde Versorgung z.B. Verschiebung geplanter Eingriffe, keine Verfügbarkeit von Heimplätzen,
- die Angst vor Pflegebedürftigkeit und schlechter Versorgung in der stationären Langzeitpflege,
- fehlende Geschlechtergerechtigkeit und der Gerechtigkeit (durch den Zusammenhang von Gesundheit und sozioökonomischen Status)
- eine Beeinträchtigung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Pflegefachkräfte.

Die Gründe sowohl für den Fachkräftemangel in der Pflege als auch für einen frühzeitigen Berufsausstieg sind vielfältig und in den verschiedenen Studien zum Teil intensiv untersucht worden, die einzelnen Ursachen sind in Abbildungen dargestellt und ergänzt worden und wurden der Übersichtlichkeit wegen nach Mikro-, Meso- und Makroebene zugeordnet.

Auf der Makroebene wurden als Ursachen die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/ Gratifikationskrise, das Image (als Frauenberuf) und die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit (politisch) sowie die Bürokratisierung und Ökonomisierung herausgearbeitet. Auf der Mesoebene der Führungsstil und die Führungsqualität, die Einarbeitung, die Entwicklung- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der geringe Einfluss bei der Arbeit, der Schichtdienst, die quantitative Arbeitsmenge und die Arbeitsanforderungen (permanente Überforderung), die Arbeitsumgebung und die körperlichen Anforderungen sowie die Arbeitsatmosphäre. Auf der Mikroebene die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation, die interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten, die fehlende Gleichberechtigung der Heilberufe, die mangelnde

soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, die erhöhte Mobbingpotenziale, die Konfrontation mit Tod, Krankheit, Leid, die Interaktion mit Klienten, die emotionale und psychische Belastung, Stress, das fehlende Ausfallmanagement (Überbelastung des Individuums), Psychosomatische Beschwerden, Burnout, Individuelle Persönlichkeitsmerkmal, der Konflikt zwischen Arbeit und Familie sowie Rollenkonflikte und moralischer Stress. Eine Sortierung nach Relevanz erfolgte bewusst nicht, da zum Teil verschiedene Gründe zusammenspielen und alle Ursachen, die eine Rolle spielen dargestellt werden sollen.

Die zweite These, dass im subjektiven Erleben der einzelnen Pflegefachkraft zwischen Entfremdung und Repulsion ein Zugang zu dem Verständnis der Problematik gefunden werden kann hat sich bestätigt. Das subjektive Erleben wurde anhand einiger Ursachen in der Abbildung in Kapitel 4 zusammengefasst und es wurden die Zusammenhänge der einzelnen Faktoren herausgestellt.

Auch die dritte These hat sich bestätigt, dass die Perspektive der beiden Theorien auf dieses Thema zum Teil einige neue mögliche Betrachtungsweisen enthält. Beide Theorien beschäftigen sich oder können darauf bezogen werden, wenn auch mit einem unterschiedlichen Schwerpunkt in den Auswirkungen der Arbeitsbedingungen (durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens) auf die Pflegefachkraft.

Die Coolout-Theorie von Karin Kersting macht die Aussichtslosigkeit der Ansprüche an eine patientenorientierte Pflege unter den aktuellen Bedingungen im Gesundheitswesen deutlich. Dabei bietet diese Perspektive jedoch auch eine Entlastung für die Pflegefachkraft, da sie die Verantwortung von einem einzelnen Individuum auf das gesamte Gesundheitssystem überträgt. Dabei verdeutlichen sich auch die Gründe für den Berufsausstieg bzw. den herrschenden Fachkräftemangel in der Pflege. Kritisch gesehen werden kann hier die Beschränkung der möglichen Lösung auf die Mikroebene, mit zum Beispiel der Ökonomisierung wird zwar auch die Makroebene mit als Ursache beschrieben, die Lösung wird aber in der Ausbildung der Pflegefachkräfte gesehen. Die Auszubildenden sollen die Situation kritisch reflektieren können und politisch auf den verschiedenen Ebenen aktiv werden. Fraglich ist in diesem Zusammenhang aber, ob von den (jungen) Pflegefachkräften selbst bei großem politischem Einsatz genug Macht ausgeht, um dies zu bewerkstelligen oder ob die vorhandenen Strukturen dies systematisch zu verhindern versuchen.

Als Beispiel kann der aktuelle Versuch unternommen zu verhindern, dass die Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine Stimme bekommt, der Chef des Gemeinsamen Bundesausschusses soll laut dem Ärzteblatt wohl gesagt haben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nicht zu einer Art Schülermitverwaltung werden solle (2022). Die Präsidentin des Deutschen Pflegerates wird in diesem Zusammenhang mit den Worten Diskriminierung und Herabsetzung zitiert (2022). Dieses macht den Konflikt um die Machtverteilung auch auf politischer Ebene sichtbar, bei der es vor allem auch um Privilegien, Machtverteilung und Ressourcen geht. Das Zitat macht deutlich, dass dabei mit allen Mitteln gekämpft wird, auch wenn es dem Image von Pflege nachhaltig schaden könnte und somit auch dem Patientenwohl.

Zugleich wird in der Coolout Theorie auf das Ideal der patientenorientierten Pflege nicht näher eingegangen, dies bleibt schwammig. Problematisch daran ist, dass dieses so eher als eine Utopie scheint und schwer konkret Ansprüche und Forderungen daraus abgeleitet werden können. Denn ist dieses Ideal in der Praxis wirklich umsetzbar oder sind nicht, selbst wenn nur ein oder zwei Patienten betreut werden sollten, sind immer Kompromisse notwendig. Auf der anderen Seite steht die beschriebene defizitäre Praxis, in der noch nicht einmal die Grundbedürfnisse wie essen und trinken gesichert werden können. Die Frage, die sich stellt, ist, ab wann wird aus einer defizitären Praxis eine patientenorientierte Pflege und wie lässt sich dieses abbilden.

Hartmut Rosa schreibt, dass nicht erfüllten Resonanzenerwartungen zu einer zynischen Haltung gegenüber dem Patienten sowie zu psychischen Folgen führen können. Ergänzend könnte hier auch der Berufsausstieg genannt werden, um sich dieser Situation entziehen zu können. Kersting untersucht diese von Rosa als zynische Haltung beschriebene Reaktion der Pflegefachkraft auf die Unvereinbarkeit der verschiedenen Ansprüche als Reaktionsmuster in ihrer Coolout Theorie.

Die bisherigen Erkenntnisse haben bis jetzt zu keinen flächendeckenden Veränderungen geführt. Die geplanten Maßnahmen decken die Ursachen zwar zu einem großen Teil ab, jedoch muss sich die Frage gestellt werden, ob diese geeignet sind die Ursachen auch wirklich zu beseitigen.

Um die Dimension der Ursachen zu verdeutlichen, wird nachfolgend ein Satz von Hartmut Rosa aus dem Buch Resonanz zitiert: „Wenn sich das Individuum über die Art

und Weise der Weltbeziehung erschließen lassen kann und die Weltbeziehung zum größten Teil durch soziale Verhältnisse geprägt wird, ist eine Kritik der Resonanzverhältnisse eine der elementarsten und umfassendsten Gesellschaftskritik“. (Rosa, 2018, S.70).

Dieses Zitat macht deutlich warum viele der Maßnahmen scheitern oder zumindest nicht zeitnah greifen. Viele Ursachen würden nicht weniger als einen Paradigmenwechsel der Gesellschaft erfordern, wie von Rosa gefordert, um wirklich beseitigt werden zu können. Zum Beispiel ist eine einfache Medienkampagne durch Plakate nicht geeignet, das tiefsitzende Image der Pflegeberufe in der Gesellschaft zu ändern oder eine andere Verteilung von Privilegien und Macht zu erreichen. Diese hat ihre Ursache unter anderem auch durch die Vorherrschaft von männlichen Weltverhältnissen. Jedoch ist ein konkreter Vorschlag für einen solchen Paradigmenwechsel noch nicht vorhanden.

Die Ungleichheit der Bewertung der Berufe nach Frauen- und Männerarbeit betrifft abgesehen von der Pflege noch andere Berufe. Die aktuelle COVID-19-Pandemie hat die Leistungen einiger unterbezahlter Berufe ins Bewusstsein gerufen, so arbeiten in acht von elf als „systemrelevant“ eingestuften Berufen überwiegend Frauen, so wie in der Pflege, der medizinischen Betreuung, der Alten- und Behindertenbetreuung, der medizinischen Assistenz, der Kinderpädagogik, im Einzelhandel, in der Reinigung und als Lehrpersonal (Pfabigan & Rappold, 2021, S.39). Trotz dieser Tatsache bleibt es fraglich ob die genannten Berufe langfristig ökonomisch und symbolisch aufgewertet werden (Pfabigan & Rappold, 2021, S.39).

Die Gesellschaft wird sich zukünftig die Frage stellen müssen, ob sie so weiter macht wie bisher, mit all den in dieser Arbeit aufgezeigten Folgen oder aber es wird zu einem Paradigmenwechsel kommen müssen. Damit es nicht so bleibt, wie Bischhoff 1992 geschrieben hat, die Pflege, ein Beruf, der für andere da ist und sich selbst dabei vergisst (S.11) und es könnte noch ergänzt werden, von den anderen auch vergessen wird.

Gefragt einen Wandel herbeizuführen sind die Akteure der Makro-, Meso- und Mikroebene, wie die Politik, die Krankenhäuser aber auch die Berufsgruppe der Pflege, welche die Auswirkungen des Fachkräftemangels täglich hautnah miterleben. In dem Alltag der Pflege zeigen sich viele der gesellschaftlichen Probleme symptomatisch, aber Pflege betrifft jeden. Die Menschen, die nicht in der Pflege arbeiten, können

jederzeit pflegebedürftig werden und sind dann dem vorhandenen System ausgeliefert. Dass die im Laufe der Arbeit aufgezeigten Probleme keine einzelnen Phänomene sind, sondern systemimmanent und schon lange Bestand haben zeigen die folgenden Zitate:

- Mai 2010: In einer Einrichtung der stationären LZP werden Missstände öffentlich, so haben mehrere Rezipienten einen Hungermarasmus, es gibt gravierende hygienische Mängel, die Pflegeempfänger werden gedemütigt und beleidigt und es herrscht eine chronische Unterbesetzung (z.B. eine Pflegefachkraft für 56 Pflegeempfänger in der Nacht).
- Oktober 2013: Ein demenzkranker Pflegeempfänger wird mit Medikamenten ruhiggestellt und daraufhin von Ratten gebissen. Die Ruhigstellung von demenzkranken Pflegeempfängern erfolgt häufig, da kein ausreichendes Personal zur Betreuung vorhanden ist.
- Januar 2015: Eine Einrichtung der stationären LZP in Bonn wird evakuiert, da in einer Routinekontrolle unhaltbare Missstände aufgefallen sind. Es wurden falsche Medikamente verabreicht, Wunden wurden nicht behandelt und zwei Pflegeempfänger starben unter fragwürdigen Umständen.
(Andratsch & Osterbrink, 2015, S.13-16).

Diese drei Beispiele stehen nur stellvertretend für eine endlose Liste an Pflegemissständen und Pflegeskandalen, so titelte die Zeit im Oktober 2014 „Tag für Tag ein Skandal“ (Andratsch & Osterbrink, 2015, S.17). Dabei kann davon ausgegangen werden, dass das meiste im Verborgenen stattfindet und niemals öffentlich wird.

Doch es gibt auch gegenteilige Stimmen, so zitiert NTV Stimmen aus der FDP, dass die Ausgaben im sozialen Bereich sehr hoch sein und man von der Vollkasko-Mentalität wegmüsse (2022). Richtig ist dabei, dass aktiv ausgehandelt werden muss, was an Pflegeleistung bezahlt werden kann und muss. Sicherlich wird es zukünftig sehr schwierig sein, sich in der Versorgung der Patienten dem Ideal der patientenorientierten Pflege anzunähern, aber wo wird eine Grenze gezogen. Es stellen sich Fragen wie ob es in Ordnung ist, wenn jemand jahrelang keine Ansprache erfährt, oder wenn ein Mensch nur einmal in der Woche duschen gehen kann oder gar nicht mehr, wenn jemand verhungert, weil niemand Zeit hat Nahrung anzureichen oder wenn jemand jahrelang im Bett liegt, weil niemand Zeit zur Mobilisation hat und der zu

Pflegende dann, wenn er unruhig ist mit Beruhigungsmittel ruhiggestellt wird oder wenn jemand aufgrund fehlenden Personals stirbt. Darüber muss gesprochen werden, denn es handelt sich vielleicht weniger um wissenschaftliche, sondern vielmehr um ethisch-juristische Fragestellungen.

Die Kernfrage, welche sich gestellt werden muss, ist, in welcher Gesellschaft wir leben wollen und wie wir darauf aufbauend aktiv Wertvorstellungen reflektieren und umsetzen wollen. Es besteht noch viel Forschungsbedarf dahingehend, wie dieses geschehen könnte.

Die vorliegende Arbeit ist vom Umfang limitiert und der Fokus liegt auch in den beiden vorgestellten Theorien, die in der Tabelle der aufgeführten Maßnahmen ist, daher bei weitem nicht vollständig, da es noch viel mehr mögliche Maßnahmen gibt, ein Beispiel wäre der Bereich der Digitalisierung. Weitere Maßnahmen könnten aber ohne Probleme in der Tabelle ergänzt werden.

Exemplarisch für die beschriebenen Maßnahmen werden nochmal diejenigen genannt, welche für die Pflegepädagogik eine besondere Relevanz haben. Dieses sind vor allem die Bewältigungsstrategien in der Ausbildung anzubahnen, die Coolout Theorie vorzustellen, politische Partizipation anzubahnen und eine Resonanzorientierung zu fördern. Die Schule sollte die Lernenden als Individuen sehen, wertschätzen und sowie Selbstwirksamkeit ermöglichen. Viele Aspekte finden in der Ausbildung bereits häufig Berücksichtigung, wie etwa der phänomenologische Zugang zu Themen oder die Berücksichtigung des praktischen Alltags und dem subjektiven Erleben der Lernenden (zum Beispiel mit Emotionen wie Ekel oder Scham), welche zum Beispiel im Bremer Curriculum Berücksichtigung finden. Andere Bedingungen sind noch nicht ideal, so spielen äußere Zwecke, wie etwa Noten weiterhin eine übergeordnete Rolle (Straubenmüller, 2017, S.317).

Positiv bleibt zu bemerken, dass viele der Bemühungen und die umgesetzten/ geplanten/ vorgeschlagenen Maßnahmen wirklich an den Ursachen ansetzen und bei konsequenter Umsetzung einen guten Ausgangspunkt bieten, um den Fachkräftemangel in der Pflege zumindest theoretisch zu begegnen.

8 Literaturverzeichnis

- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede M., Sloane D.M. et al. Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*: 2012
- Andratsch, F. & Osterbrink, J. (2015). *Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können.* München: C.H.Beck
- Balzer, S. (2019). *Chamäleonkompetenz. Eine Studie in der pflegepraktischen Ausbildung.* Frankfurt: Mabuse
- Bartsch, S. & Methfessel, B. (2012). *Haushaltslehre - Vom Emanzipations- zum Kompetenzdiskurs.* In: Kampshoff, M. & Wiepcke, C. (Hrsg.). *Handbuch Geschlechterforschung und Fachdidaktik* (S.199-212). Wiesbaden: Springer
- Bauer, U. & Büscher, A. (2008). *Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung - ein Bezugsrahmen.* In: Bauer, U. & Büscher, A. (Hrsg.) *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S.7-45). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bertelsmannstiftung (2018). *Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Probleme und Herausforderungen.* Basel: Prognos AG
- Bischhoff, C. (1992). *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert.* Frankfurt: Campus Verlag
- Bobbert, M. (2019) *Berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit: sechs sozioethische Problemanzeigen.* In: *Ethik in der Medizin* (S.289-303). Berlin: Springer
- Breuckmann, M. (2018). *Bildung zwischen Tradition und Zukunft.* In: Simo, A. (Hrsg.) *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal: Entwicklungen und Chancen.* (S.20-28). Wiesbaden: Springer
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2021). *Beschäftigte in der Pflege.* Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> am 24.04.2022
- Buschmann, A., Fournier, J. & Mattmüller, R. (2019). *Das "House of Employer Branding" als Lösungsansatz für die Praxis.* In: Hesse, G., Mattmüller, R.

- (Hrsg.) Perspektivwechsel im Employer Branding: Neue Ansätze für die Generationen Y und Z (S.209-217). Wiesbaden: Springer
- Deutscher Ärzteverlag (2022). Streit um Stimmrecht: Pflegeverbände empört über G-BA-Chef. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134076/Streit-um-Stimmrecht-Pflegeverbaende-empoert-ueber-G-BA-Chef> am 11.07.2022
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK). (2015). Manifest der Pflegeberufe. Abgerufen von <https://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/> am 19.03.2022
- Eylmann, C. (2017). Lehrende als Stimmgabeln? Hartmut Rosas Resonanztheorie und die Pflegepädagogik - Versuch einer Annäherung. In: Padua 12/2017 (S.307-313). Göttingen: Hogrefe
- Flaiz, B. (2018). Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen: Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse
- Giese, C. (2019) „Antinomie statt Autonomie: Iris Marion Youngs Theorie der „Fünf Formen der Unterdrückung“ als Beitrag zum Verständnis der Widersprüche der Pflege- und Pflegebildungspolitik. Wiesbaden: Springer
- Giese, C. (2018). Professionelles Selbstverständnis und Ethik. In: Riedel, A. & Linde, A.-C. (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte - Werte - Phänomene (S.21-30). Berlin: Springer
- Görres, S., Seibert, K. & Stiefler, S. (2016). Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg) Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. (S.3-18). Stuttgart: Schattauer
- Grosser, M. (2014). Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. In: Oelsnitz, D., Schirmer, F. & Wüstner, K. (Hrsg.). Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt (S.209-238). Wiesbaden: Springer
- Hanke-Ebersoll, M. (2022). Fachkräftemangel in der Pflege? Beschreibungsansätze aus der Perspektive der Alternativen Wirtschaftstheorie. In: Etterer, D. & Plugmann, P. (Hrsg.) Innovationen im Gesundheitswesen. Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen und Potentiale. Wiesbaden: Springer
- Haubrock, M. (2017). Sozioökonomische Herausforderungen für die Pflege. In: Bechtel, Smerdka-Arhelger, Lipp (Hrsg.) „Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chance“ (2.Aufl.) (S.3-16). Wiesbaden: Springer

- Höhmann, U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desirate. In: Jacobs, K., Kuhlmeiy, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg) Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus (S.91-108). Stuttgart: Schattauer
- 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. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situationen der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP)
- Julier-Abgottspon, E., Brunner-Pfaffen, J. & Eissler, C. (2022) Selbstimage und öffentliches Image des Pflegeberufs: eine quantitative und qualitative Querschnittsstudie. Prävention und Gesundheitsförderung. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00930-0> am 21.05.2022
- Kersting, K. (2019). „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung (5.Aufl.). Frankfurt: Mabuse
- Kersting, K. (2016). Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Frankfurt: Mabuse
- Klöpner, M., Kuchenbuch, M. & Schumacher, L. (2017). Fachkräftemangel im Pflegesektor. Berlin: Springer Gabler
- Küpper, A. (2020). Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege. Wiesbaden: Springer Nature
- Lehwald, A. (2019). Krankenpflege-Personal finden und binden. Wie Sie ein attraktiver und begehrter Arbeitgeber werden. Hannover: Schlütersche
- Luft, L. (2022) „Von „fleißigen Arbeitsbienen“, „Seelentrösterinnen“, „Ersatz-Mamas“ und Revoluzzer/-innen: Metaphorische Konzepte, zentrale Motive und Implikationen für das pflegerische Handeln im Setting der Altenpflege“. Wiesbaden: Springer
- Michalak, N., Nething, E. & Heidenreich, T. (2022). Beschleunigung, Resonanz und Achtsamkeit. In: Psychotherapeut. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-022-00584-z> am 21.05.2022

- Mohr, J., Reiber, K. & Riedlinger, I. (2019). Veränderungsprozesse im Kontext des aktuellen Fachkraftbedarfs am Beispiel der Ausbildung. In: Padua 3.2019 (S.169-173). Göttingen: Hogrefe
- Mojtahedzadeh, N., Neumann, F., Augustin, M., Zyriax, B., Harth, V., Mache, S. (2021) Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – aktueller Forschungsstand, Potenziale und mögliche Herausforderungen. In Prävention und Gesundheitsförderung 1.2021 (S.16-20). Wiesbaden: Springer
- Mojtahedzadeh, N., Neumann, F., Rohwer, E., Augustin, M., Zyriax, B., Harth, V. & Mache, S. (2021) Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2.2021 (S.163-169). Wiesbaden: Springer
- Müller, U. (2020). Pflege ist auch meine Wut und meine Angst. In: Pflege Zeitschrift 5/2020 (S.38-41). Wiesbaden: Springer
- NTV (2022). FDP will für schwarze Null an der Pflege sparen. Abgerufen von <https://www.n-tv.de/politik/FDP-will-fuer-schwarze-Null-in-der-Pflege-sparen-article23428594.html> am 11.07.2022
- Peters, H. & Schulz, P. (2017). Einleitung: Entwicklungslinien des Resonanzbegriffs im Werk von Hartmut Rosa. In: Peters, H. & Schulz, P. (Hrsg.) Resonanzen und Dissonanzen. Hartmut Rosas kritische Theorie in der Diskussion (S.9-26). Bielefeld: transcript
- Pfabigan, D. & Rappold, E. (2021) Pflege im gesellschaftlichen Kontext. In: Sailer, G. (Hrsg.) Pflege im Fokus. Herausforderungen und Perspektiven- warum Applaus alleine nicht reicht. Wiesbaden: Springer
- Plugmann, P. (2022). Gibt es einen Rechtsanspruch auf mentale Unversehrtheit? Ideen für innovative Ansätze am Beispiel des Gesundheitswesens. In: R. Grinblat et al. (Hrsg.) Innovationen im Gesundheitswesen (S.193-203). Wiesbaden: Springer
- Quernheim, G. & Zegelin, A. (2021). Berufsstolz in der Pflege. Ein Mutmacherbuch. Bern: Hogrefe
- Radtko, R. (2022). Bedarf von Pflegekräften in Deutschland bis 2035. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> am 15.05.2022

- Rosa, H. (2019). Resonanz als Schlüsselbegriff der Sozialtheorie. In: J.-P. Wils (Hrsg.) Resonanz. Im Interdisziplinären Gespräch mit Hartmut Rosa (S.11-30). Baden-Baden: Nomos
- Rosa, H. (2018). Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. (2.Aufl.) Berlin: Suhrkamp
- Rosa, H. & Enders, W. (2016). Resonanz Pädagogik. Wenn es im Klassenzimmer knistert (2.Aufl.) Weinheim: Beltz
- Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Harth, V. & Mache, S. (2021) Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung 1.2021 (S.38-43). Wiesbaden: Springer
- Sahmel, K.-H. (2015). Lehrbuch kritische Pflegepädagogik. Bern: Hogrefe
- Schmucker, R. (2020). Arbeit, Gesundheit und Gerechtigkeit - Zur ungleichen Verteilung arbeitsbedingter Belastung. In: Fehlzeiten-Report 2020 (S.71-86) Wiesbaden: Springer
- Schott, T. & Kuntz, B. (2011). Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.). Die Gesellschaft und ihre Gesundheit (S.159-171). Wiesbaden: Springer
- Seibold, S. (2022) Stress, Mobbing und Burn-Out. Umgang mit Leistungsdruck, Belastungen im Beruf meistern. Wiesbaden: Springer
- Simon, M. (2013). Dazu gibt es nichts!? Die Kunst der Literaturrecherche. In: Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegendende (2.Aufl.) Bern: Hans Huber
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Abgerufen von <http://www.next.uni-wuppertal.de> am 21.05.2022
- Stockinger, A (2014). Personalentwicklung im Fokus von Kliniken und Pflegeeinrichtungen. In: Tewes, R. & Stockinger, A. (Hrsg.). Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen: Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland (S.3-14). Berlin: Springer
- Tenbenschel, C. (2012). Entwicklungsperspektiven in der Pflege. In: Dilcher, B. & Hammerschlag, L. (Hrsg.) Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit: Die Verbindung

- von Prozessoptimierung und strategisches Personalmanagement im Krankenhaus (S.215-230). Wiesbaden: Springer
- Thranberend, T. (2007). Image der Pflegeberufe in Gesellschaft und Medien. In: Unterricht Pflege. Pflege als Beruf 3/2007 (S.4-9). Brake: Prodos
- Wöhlke, S. (2018). Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel, A. & Linde, A.-C. (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte - Werte – Phänomene (S.41-46). Berlin: Springer

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Engelmann, Katharina

Matrikelnummer: 190407003

Titel der Abschlussarbeit: Ursachen und Chancen für den Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland aus der Perspektive der Resonanz- und Coolouttheorie

Ich erkläre, dass ich die Abschlussarbeit ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die Stellen, die anderen Werken (einschließlich solcher aus elektronischen Datenbanken oder aus dem Internet) wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich unter Angabe der Quelle und Einhaltung der Regeln wissenschaftlichen Zitierens kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen.

Ort, Datum: Schleswig, 31.07.2022

Unterschrift:



Optional:

Elektronische Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit

1. Rechtseinräumung

Ich räume der MSH Medical School Hamburg GmbH (im Folgenden: die Hochschule) das nicht exklusive, kostenfreie, zeitlich unbefristete Recht ein, (a) die Abschlussarbeit und (b) zugehörige Metadaten und Abstracts, die von mir geliefert und/oder durch die Hochschule ergänzt werden,

- auf ihrem Publikationsserver zu veröffentlichen,
- im Internet öffentlich zugänglich zu machen,
- in andere Datenformate zu konvertieren,
- elektronische Vervielfältigungsstücke anzufertigen und zu speichern.

Die Hochschule darf dabei Dritte als Hilfspersonen einschalten. Sie ist nicht zur Nutzung der genannten Rechte verpflichtet und ist insbesondere frei in der Entscheidung, ob und wann sie die Abschlussarbeit veröffentlicht und wie lange sie diese öffentlich zugänglich macht.

Sollte die Abschlussarbeit veröffentlicht werden, so ist mir bewusst, dass die Hochschule gesetzlich dazu verpflichtet ist, die Abschlussarbeit an die Deutsche Nationalbibliothek sowie die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg zu liefern.

2. Kein Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder Rechte Dritter

Ich versichere, dass der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte durch die Hochschule keine Rechtshindernisse entgegenstehen. Sollte ich Kenntnis von etwaigen Rechtshindernissen erlangen, setze ich die Hochschule davon unverzüglich in Kenntnis. Sollte die Hochschule dies verlangen, übergebe ich ihr unverzüglich alle notwendigen Informationen und Daten zur Klärung eventueller Rechtshindernisse, die der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte entgegenstehen könnten. Von etwaigen Ansprüchen Dritter, die sich aus der Verletzung ihrer Rechte durch die Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit ergeben, stelle ich die Hochschule frei.

3. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Hochschule für die Dauer der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte, also zeitlich unbefristet, meinen Namen und geeignete Metadaten zur Abschlussarbeit (personenbezogene Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung, DSGVO) verarbeitet. Insbesondere können diese Daten im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden und an die Deutsche Nationalbibliothek, die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg und an Hilfspersonen der Hochschule im Sinne der Ziffer 1 weitergegeben werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und lit. c DSGVO.

Mir stehen hinsichtlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gegenüber der Hochschule Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu sowie ein Beschwerde-recht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Den Datenschutzbeauftragten der Hochschule erreiche ich unter datenschutz@medicalschoool-hamburg.de.

Ort, Datum: Schleswig, 31.07.2022

Unterschrift:

