

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 055, Januar 2018

Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten?

Eine Fallstudie zur Arbeit mit
gesundheitlichen Beeinträchtigungen
in Klein- und Mittelbetrieben

Wolfgang Hien

Der Autor:

Dr. Wolfgang Hien ist Arbeitswissenschaftler und Medizinsoziologe, Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie (Bremen), Senior Researcher an der Humboldt-Universität zu Berlin (Institut für Rehabilitationswissenschaften) und zurzeit tätig im Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Projektleitung Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff.

© Hans-Böckler-Stiftung 2018
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten?“ von Wolfgang Hien ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Inhalt	3
Zusammenfassung.....	4
1. Hintergrund.....	5
2. Forschungsstand	7
3. Methode	12
4. Ergebnisse.....	14
4.1 Betrieb A	14
4.2 Betrieb B	17
4.3 Betrieb C	20
4.4 Interviews mit Berufswechslern	23
5. Diskussion	29
6. Schluss.....	35
Literatur.....	36

Zusammenfassung

In der vorliegenden Fallstudie zur ambulanten Pflege wird anhand qualitativer Interviews mit gesundheitlich beeinträchtigten Pflegekräften die spezifische Arbeitskultur in diesem Arbeitsfeld untersucht. Es wird der Frage nachgegangen, wie und unter welchen Bedingungen in diesem Feld auch Ältere und Leistungsgewandelte tätig sein können. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die gegenwärtige überbetriebliche Unterstützung ist für Betriebe und Beschäftigte in Klein- und Mittelbetrieben unzureichend. Es bedarf daher kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die Arbeitskultur und die jeweilige betriebliche Situation eingehen.

1. Hintergrund

Angesichts des demographischen Wandels und veränderter lebenslaufbestimmter Prioritäten der Arbeitnehmenden führen seit der Jahrtausendwende gesundheitliche Einschränkungen nicht mehr „automatisch“ zu einer Statuspassage in die Frühberentung. Heute stehen Unternehmen und Beschäftigte vor der Aufgabe, Arbeitsbedingungen und Wiedereingliederung so zu gestalten, dass die Chance einer Weiterarbeit, möglichst am angestammten Arbeitsplatz, gegeben ist. Sowohl Betriebe als auch Betroffene stellt das Problem „Weiterarbeit bei chronischer Krankheit“ vor große Herausforderungen. Mit dem 2004 im Sozialgesetzbuch IX rechtsverbindlich verankerten Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) steht Beschäftigten und Betrieben hier ein Instrument zur Verfügung, das allerdings mit seinen formalisierten Verfahrensschritten und Dokumentationspflichten in KMU-Betrieben nur begrenzt umgesetzt wird (Jürgens/Hoffmann/Schildmann 2017, S. 160 f.). Vorgesehen ist dort ein Spektrum überbetrieblicher Unterstützungsmöglichkeiten, die für Klein- und Mittelbetriebe jedoch wenig handhabbar sind. Erforderlich sind daher „Neue Allianzen“ überbetrieblicher Hilfen, Beratungsangebote und Vernetzungen. Mit den damit verbundenen Fragen befasst sich das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Forschungsprojekt an der Humboldt-Universität zu Berlin [„Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit - nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“](#).¹ Das Projekt untersucht hinreichend verschiedene Arbeitskulturen im klein- und mittelbetrieblichen Bereich: Handwerk, IT-Branche, Gastgewerbe und ambulante Altenpflege. In der folgenden Fallstudie soll ein erster Einblick in die Arbeitskultur der ambulanten Altenpflege – mit dem Fokus: längere Krankheit und Rückkehr zur Arbeit bzw. Arbeit mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – gegeben werden.

Unter Kultur versteht die Soziologie den „Wissensvorrat, aus dem sich die Kommunikationsteilnehmer, indem sie sich über etwas in einer Welt verständigen, mit Interpretationen versorgen“ (Habermas 1981, S. 209). In der vorliegenden Fallstudie wird unter Arbeitskultur die in einer Branche im Kontext der darin vertretenen Berufe und Arbeitsanforderungen zu findende Gesamtheit vorherrschender Traditionen, Über-

¹ Das Forschungsprojekt wird von 01.12.2016 bis 30.10.2018 von der Hans-Böckler-Stiftung im Rahmen des Forschungsverbundes „Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlicher Beeinträchtigung“, gefördert, von Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff geleitet und ist am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin angesiedelt.

zeugungen, Orientierungen und Verhaltensmuster verstanden. Die Arbeitskultur der ambulanten Pflege ist dabei gerade in der Konfrontation mit den Traditionen der häuslichen Pflege von Familienangehörigen in eine umfassende „Kultur des Helfens“ (Blüher 2005) eingebettet. Diese muss als eine in sich vielfach widersprüchliche Kultur begriffen werden, in der nicht nur das für die Gegenwart prekäre Verhältnis von Delegation einer intergenerativen moralischen Verpflichtung und das Ethos professionellen Helfens aufeinandertreffen. Zumindest für die alten Bundesländer kommt die Tradition der christlichen Hauskrankenpflege hinzu, die gleichsam ein kollektives Überich erzeugte, an dessen historischer Wirkmächtigkeit auch die heutigen, sich dieser Tradition längst nicht mehr verpflichteten Pflegekräfte leiden. Die Tradition der Aufopferung ging einher mit einem geschlechtsspezifischen Rollenbild, nach dem die Frauen für die Sorgearbeit zuständig sind. Dieses Muster zu überwinden, war eine Zielsetzung der seit den 1970er Jahren einsetzenden Professionalisierung des Pflegeberufs.

2. Forschungsstand

Die ambulante Pflege ist seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein rasant wachsender Beschäftigungszweig mit derzeit mehr als 350.000 Beschäftigten respektive 239.000 Vollzeitstellen; knapp 87 Prozent der ambulanten Pflegekräfte sind weiblich, 38 Prozent aller Pflegekräfte sind älter als 50 Jahre und 73 Prozent arbeiten in Teilzeit (Statistisches Bundesamt 2017). Es gibt derzeit 14.700 ambulante Pflegebetriebe mit durchschnittlich 27 Beschäftigten (Pflegeteam 2017). Ambulante Altenpflege beinhaltet Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Hilfen. Trotz der enorm wachsenden Bedeutung der ambulanten Pflege sind Studien zum Zusammenhang von Arbeitskultur, Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingten Erkrankungen in dieser Branche rar. Büssing (2000) hat dazu erste wichtige Ergebnisse vorgelegt. Es folgten weitere Studien, so beispielsweise von Glaser/Höge (2005) und Bauer-Steinberg et al. (2008), die bestimmte Aspekte beleuchten oder über Ergebnisse aus Interventionsprojekten berichten. Die umfassendste Quelle, auch ein Jahrzehnt später, ist immer noch der DAK-BGW-Gesundheitsreport zur ambulanten Pflege der von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeinsam verantwortet wurde (Grabbe et al. 2006). Darin heißt es auf Seite 9:

„Die Ergebnisse der für diesen Report durchgeführten bundesweiten Umfrage unter Pflegenden, die in ambulanten Diensten tätig sind, zeigen auf, dass die Beschäftigten hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Dennoch lieben sie ihren Beruf und nehmen die Tätigkeit als abwechslungsreich und vielseitig wahr. Im Vergleich zur Situation der Pflegenden in der stationären Krankenpflege schneidet die ambulante Pflege in vielen Punkten etwas besser ab. Herauszuheben sind vor allen Dingen die Rahmenbedingungen sowie Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten. Die oftmals kleinen Einrichtungen und flachen Hierarchien bieten offensichtlich idealere Voraussetzungen für ein mitarbeiterorientiertes Management von Entscheidungen und Veränderungen. Psychosomatische Beschwerden treten bei Pflegenden in ambulanten Diensten jedoch ebenso häufig bzw. einzelne Beschwerden sogar häufiger auf als bei den Kolleginnen und Kollegen in der stationären Krankenpflege.“

Vor dem Hintergrund der erheblichen Hebe- und Tragetätigkeiten etwa bei immobilen und adipösen Patientinnen und Patienten in oftmals nicht für professionelle Pflegearbeit ergonomisch ausgelegten Wohnungen (Glaser/Höge 2005, S. 17), des organisationsbedingten Zeitdrucks und der komplexen und oft konflikthafter Interaktionsprozesse zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften überraschen diese Ergebnisse nicht.

Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen bei Pflegeberufen bergen hinsichtlich ihrer Ätiologie einen signifikanten arbeitsbedingten Anteil, der sich zwischen 30 und 50 Prozent bewegt (Bödeker et al. 2002, 2006). Eine umfassende Querschnittstudie (Simon et al. 2008) konnte zeigen, dass physische Belastungen bei Altenpflegepersonal zwar die Prävalenz an Rücken- und Nackenschmerzen signifikant erhöhen, doch wesentlich stärker wirkt sich das Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Anerkennung aus (grundlegend hierzu: Siegrist 1996). Psychische Belastungen aufgrund eines hohen Ungleichgewichtes – effort-reward-imbalance – erhöhen die Rückenschmerzprävalenz um ein Vielfaches, in stationären Einrichtungen noch mehr als in der ambulanten Pflege. Weitere Querschnittstudien zur Altenpflege kommen zum interessanten Ergebnis, dass in der ambulanten Altenpflege trotz schlechterer ergonomischer Bedingungen und trotz überwiegender Alleinarbeit der Gesundheitszustand der Beschäftigten besser ist als derjenige in der stationären Altenpflege (Kromark et al. 2009; Nübling et al. 2010). Entscheidend sind offenbar die im Vergleich zur stationären Pflege höheren psychomentalen Ressourcen in der ambulanten Pflege: eine deutlich positivere Gestimmtheit bei der Arbeit, ein höheres Maß an empfundener Arbeitsplatzsicherheit, ein höheres Vertrauen in die Zukunft sowie größere wahrgenommene Selbständigkeit und höheres Selbstwirksamkeitserleben.

Büssing/Giesenbauer/Glaser (2003) haben auf die Bedeutung der interaktiven *Gefühlsarbeit* (Straus et al. 1985; Hochschild 2006) hingewiesen, die ihrer Auffassung nach als eine Gesundheitsressource anzusehen ist. Gefühlsarbeit ist darauf ausgerichtet, Gefühle der Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen. Das Konzept der Gefühlsarbeit richtet den Blick darauf, dass das Arbeitshandeln der Pflegenden sich nicht in sichtbarem „handwerklichem“ Tun und dessen Planung und Dokumentation erschöpft, sondern vielmehr durch eine aufgabenbezogene Gefühlsbeeinflussung oftmals erst ermöglicht wird. Büssing et al. haben bei über 800 Altenpfleger/innen untersucht, in welcher Weise Gefühlsarbeit in der stationären und ambulanten Altenpflege geleistet wird. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Pflegenden einen erheblichen Aufwand für die Vertrauensarbeit einerseits – z. B. Trösten, Aufmuntern, in den Arm nehmen – und für die biographische Arbeit andererseits – über Ängste, Hoffnungen und insgesamt über den ganzen Lebensverlauf reden – betreiben, wobei beide Arten von Gefühlsarbeit überwiegend als positive Ressource und nicht oder nicht nur als Belastung erlebt werden. Büssing et al. schlussfolgern: „Wir gehen davon aus, dass die Förderung von Gefühlsarbeit positive Auswirkungen auch im Sinne einer Reduktion

emotionaler Dissonanzen bei den Pflegenden und damit von Beanspruchung mit sich bringen kann“ (ebenda, S. 364).

Emotionale Dissonanzen stellen eine erhebliche und gesundheitlich folgenreiche Belastung dar. Widersprüche zwischen organisationalen Bedingungen und personalem Berufsethos bilden den Nährboden für derartige Dissonanzen. Auch in der ambulanten Pflege sind Belastungen oftmals organisationsbedingt – dies sowohl wegen der Fahrzeiten, die teilweise unzureichend eingerechnet oder unzureichend vergütet werden, als auch wegen des steigenden Dokumentationsaufwandes. Zwar gelten Fahrzeiten als Arbeitszeit, doch müssen diese nicht in gleicher Höhe wie die „eigentliche berufliche Tätigkeit“ entgeltet werden. Oft werden Pauschalen vereinbart. Eine eindeutige arbeitsrechtliche Regelung hierzu existiert bis dato nicht. Der Dokumentationsaufwand ist in der Regel ohne eine gesonderte Personalaufstockung zu bewältigen. Die Probleme hinsichtlich Belastung und Beanspruchung haben sich seit dem DAK-BGW-Gesundheitsreport verschärft (Isfort/Weidner 2016). Die ökonomisierte Ausrichtung, die in vielen Pflegebetrieben die Oberhand gewonnen hat, bringt das Personal in hoch dilemmatische Arbeitssituationen zwischen möglichst rationaler Abarbeitung der dokumentierbaren Aufgaben und einem sozioemotional und kommunikativ ausgerichteten Berufsethos (Hien 2009). Aus skandinavischen Studien wissen wir, dass hierdurch moralischer Distress respektive ein „stress of conscience“ – Gewissensstress – entstehen kann mit Folgen der emotionalen Erschöpfung (Glasberg/Eriksson/Norberg 2007) bis hin zur Depersonalisation (Ählin et al. 2013).

Widersprüchliche Anforderungen oder Zieldiskrepanzen begründen auch beim Modell der erhöhten Selbstkontrolle einen Teil der Ausgangssituation (Neubach 2004; Hollmann et al. 2005). Keine Zeit zu haben für eine pflegerisch notwendig erscheinende Kommunikation wird zur inneren Belastung, wenn dieser Widerspruch im Pflegenden zum vollen Bewusstsein kommt; das ist nicht selten auch abends, nach Dienstschluss, der Fall. Belastungen ergeben sich aber auch dann, wenn Pflegepersonen mit schwierigen, anmaßenden, beleidigenden oder gar gewaltförmigen Patienten zu tun haben und dennoch nach außen freundlich und zugewandt zu sein haben. Dieses „Sich-dauernd-zusammenreißen-müssen“ – sei es aufgrund von Zieldiskrepanzen, sei es aufgrund von emotionalen Dissonanzen – ist eine Risiko für die Erschöpfung der psychischen Ressourcen, die für ein derartiges emotionales Selbstmanagement zur Verfügung stehen. Pflegearbeit verlangt von der Pflegeperson Geduld, Nachsicht, Verständnis, Konzentration und Aufmerksamkeit. Auch wenn eine Schwester oder ein Pfleger mal gereizt oder ungeduldig ist, darf sie das nicht zeigen. Sie muss sich beherrschen.

Genau diese geforderten professionellen Verhaltensmuster wirken fehlbeanspruchend und somit im Sinne eines gesundheitlichen Risikofaktors. Das Verfolgen fremder Ziele, die nicht die eigenen sind, bei gleichzeitiger Anstrengung hinsichtlich der emotionalen Selbstkontrolle, müssen als „neues Element psychischer Belastung“ angesehen werden (Hollmann et al. 2005). Gerade die engagierten und motivierten Mitarbeiter/innen sind gefährdet. Neubach/Schmidt (2006) haben in einer sorgfältigen Studie mit 260 Altenpflegerinnen nachgewiesen, dass erweiterte Mitsprache und ein erweiterter Handlungsspielraum in der Lage sind, die Selbstkontroll-Belastungen abzupuffern, wenn nicht gar zu kompensieren. Gemeint sind damit mehr Freiheitsgrade bei der Aufgabenbewältigung. Die ist tendenziell in der ambulanten Pflege eher gegeben als in der stationären.

Pflegearbeit allgemein und insbesondere die Tätigkeit im ambulanten Pflegebereich ist von einem wachsenden Fachkräftemangel betroffen (Becke et al. 2013; Isfort/Weidner 2016; Bogai/Seibert/Wiethölter 2017). Dies setzt die Problematik des demographischen Wandels nicht nur auf der Klientenseite, sondern auch auf der Beschäftigtenseite auf die Tagesordnung. Pflegebetriebe müssen sich zunehmend mit der Frage auseinandersetzen, wie sie ältere Beschäftigte mit bedingter Gesundheit „in Arbeit halten“ bzw. erfolgreich eingliedern oder wiedereingliedern können. In der Pflegearbeit nehmen Langzeiterkrankungen zu (Marshall et al. 2017, S. 129; Kliner/Rennert/Richter 2017, S. 35). Arbeitsbedingte und altersbedingte Belastungserfahrungen, Gesundheitsstörungen und manifeste Erkrankungen greifen in der Pflege allgemein und in der ambulanten Pflege im Besonderen eng ineinander (Hien 2009). Sie bilden ein verschränktes Problemfeld, das Bemühungen für ursächliche Attributionen zu einem schwierigen Unterfangen macht. Differenzierte epidemiologische Langzeitstudien zu Arbeit und Krankheit in der ambulanten Pflege fehlen bislang.

An der Tatsache, dass Beschäftigte in der ambulanten Pflege in einem signifikanten Ausmaß an nicht trivialen Krankheiten leiden – vor allem: Wirbel- und Bandscheibenschäden und depressive Episoden –, zugleich aber krankheitsbedingten Kündigungen sowohl arbeitsrechtlich wie arbeitsmarktpolitisch Grenzen gesetzt sind, kommt niemand vorbei. Die Wiedereingliederung von Pflegekräften, die verunfallt waren, eine schwere Krankheit durchgemacht haben oder an einer chronischen Einschränkung leiden, berührt sowohl die Ebene der betrieblichen Organisation und des betrieblichen Ablaufs wie auch die Ebene der subjektiven Orientierung der direkt und indirekt Betroffenen. Mehrheitlich bewegen sich ambulante Pflegebetriebe im klein- und mittelbetrieblichen Bereich, d. h. in einem Bereich mit mehr als zehn und weniger als 250 Beschäfti-

gen (Statistisches Bundesamt 2016). Klein- und Mittelbetriebe verfügen in der Regel über kein systematisches Gesundheitsmanagement, das mit überbetrieblichen Unterstützungsstrukturen verzahnt ist. Dies ist eine paradoxe Lage, denn derartige Unterstützungsstrukturen wären, im Gegensatz zum Großbetrieb, gerade im Klein- und Mittelbetrieb sinnvoll und notwendig. Im Grund geht es um die Frage: „Krank durch Arbeit und/oder krank zur Arbeit“ – wie konstellierte sich diese Problematik in der betrieblichen Situation und wie kann die überbetriebliche Unterstützung verbessert werden?

3. Methode

Die folgende Darstellung beruht auf neun leitfadengestützten offenen Interviews, drei davon mit Führungskräften, die selbst aus der Pflege kommen und teilweise noch in der Pflege mitarbeiten; sechs weitere Interviewpartnerinnen sind langjährig in der ambulanten Pflege tätig, zwei davon lassen sich keinem der drei Betriebe zuordnen, wobei davon eine Pflegekraft mittlerweile in die stationäre Pflege gewechselt und eine ihren Beruf ganz aufgegeben hat. Die Interviews wurden zwischen März und Mai 2017 in Bremen und im Bremer Umland durchgeführt, bei den Führungskräften in der jeweiligen Pflegeeinrichtung, bei den Beschäftigten teilweise zu Hause und teilweise in den Büroräumen des Autors. Es handelt sich um drei verschiedene Pflegeeinrichtungen, eine freigemeinnützige (Betrieb A) und zwei private (Betrieb B und C). Beide privatwirtschaftlichen Einrichtungen wurden vor etwa 20 Jahren jeweils von einer examinierten Krankenschwester gegründet. Der Feldzugang war nicht einfach: Gefragt wurde nach der Bereitschaft, über das Thema „Krankheit bei Beschäftigten“ zu sprechen, was sowohl bei Führungskräften wie bei Beschäftigten – aus ganz unterschiedlichen Motiven – zunächst deutliche Vorbehalte hervorrief. Hilfestellung beim Feldzugang gab es durch die Arbeitnehmerkammer Bremen, einen Fachdienst für berufliche Integration und einen im Pflegebereich tätigen Betriebsarzt. Die Interviewten wurden über Datenschutz und Anonymisierung aufgeklärt, und sie gaben unter diesen Voraussetzungen ihr Einverständnis. Die Interviews dauerten jeweils etwa eine Stunde; sie wurden vollständig transkribiert, paraphrasiert (Heinze 1987) und ansatzweise inhaltsanalytisch (Mayring 1990) nach folgenden Grobkategorien bzw. Gliederungsgesichtspunkten ausgewertet:

- Rahmenbedingungen und allgemeine Arbeitssituation
- betriebspolitische und ethische Positionierung
- Krankheiten, Leidensgeschichten und BEM
- Hinweise auf subjektive Deutungsmuster

Die in den Transkripten enthaltenen Namen wurden anonymisiert; persönliche, örtliche oder fachliche Konstellationen wurden verfremdet (das Datenschutzkonzept kann im Projektbüro Prof. Dr. Ernst von Kardorff eingesehen werden). Feldzugang und Darstellung der Ergebnisse folgen sowohl einer Systematisierung nach Betrieben – angelehnt an die Betriebsfallstudie (Pongratz/Trinczek 2010) – wie auch einer Anordnung nach Fallkonstellationen, die in Anlehnung an die Grounded Theory eine komparative und kontrastierende Betrachtung erlauben. Einzelne Passagen wurden nach den Regeln der sozialwissenschaftlichen Her-

meneutik interpretiert (Kurt 2004, S. 237 ff.). Aufgrund des gewählten Erhebungsinstrument und des Zuschnitts des dieser Studie zugrundeliegenden Forschungsvorhabens sind dem Erkenntnispotential forschungslogische Grenzen gesetzt. So sind Aussagen über die biographische Gesamtformung der betroffenen Pflegekräfte nicht möglich.

Der Anspruch einer explorativen qualitativen Studie kann nicht sein, ein repräsentatives Bild der Wirklichkeit zu zeichnen. Es geht vielmehr darum, sozialen Phänomenen eines Feldes – in unserem Fall der ambulanten Altenpflege – nachzuspüren und charakteristische Merkmale ihrer spezifischen Arbeitskultur mit Blick auf Gesundheitsgefährdungen und das Arbeiten mit gesundheitlichen Einschränkungen beispielhaft sichtbar werden zu lassen. Gleichwohl muss ein kritischer Blick auf die Zusammensetzung des Samples geworfen werden. Abzuschätzen ist, ob Kernbereiche des Feldes gut „getroffen“ werden, d. h. abzuschätzen sind Selektionseffekte, die durch die spezifischen Probleme des Feldzugangs erzeugt werden. Allein schon die Tatsache, dass Leitungspersonen zu einem immerhin heiklen Thema „gegenüber einem Fremden“ sich offen zu äußern bereit waren, dürfte als „positive Sektion“ gelten. Das heißt: Wir sehen wahrscheinlich hier die in der Tendenz eher positiven Betriebskulturen. Dieser Zugang bedingt auch die Auswahl der zum Interview bereiten operativ tätigen Altenpflegerinnen, die zwar bereit waren, ihre belastete Arbeits- und Lebenssituation zu thematisieren, doch – wenn sie über ihre Leitung zum Interview kamen – „ihren Betrieb“ wohl kaum in ein schlechtes Licht stellen würden. Teilweise kompensiert wird dieser Bias durch die eher kritischen Erfahrungen und Bewertungen der aus ihrem Beruf ausgestiegenen Pflegekraft.

4. Ergebnisse

4.1 Betrieb A

Diese ambulante Pflegeeinrichtung ist freigemeinnützig und beschäftigt etwa 70 Mitarbeiter/-innen. Zwei Drittel der Beschäftigten sind examinierte Kranken- oder Altenpfleger/innen, ein Drittel sind Helfer/innen. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt etwa 28 Stunden, d. h. die Mehrheit der Beschäftigten arbeitet – in aller Regel auf eigenen Wunsch – in Teilzeit; dies ist annähernd repräsentativ für den gesamten Bereich der ambulanten Pflege (s. o.). Dies ermöglicht dem Einrichtungsleiter, die Einsatzzeiten so zu kalkulieren, dass geteilte Dienste – also am frühen Vormittag drei Stunden und am späten Nachmittag und Abend drei Stunden – möglichst vermieden werden. Stattdessen gibt es Früh- und Spätschichten. Es gibt ein rotierendes System mit einer überwiegend auf fünf Tage beschränkten Arbeitsphase. Die entsprechende Umstellung der Arbeitsorganisation und des Arbeitszeitregime zeigten positive Folgen für alle Beteiligten:

„Also, ich muss sagen, unsere Krankheitsrate ist deutlich gesunken, seitdem wir vor ein paar Jahren die 5-Tage-Woche eingeführt haben. Wir haben ein festes rotierendes System mit freien Tagen. Die Kollegen haben einen verlässlichen 4-Wochen-Dienstplan, und die Kollegen können bis zu ihrer Rente berechnen, wann sie ihren freien Tag haben. Das hat für ganz viel Ruhe gesorgt“ (AP-A-1, S. 3).

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz hat ebenfalls einen höheren Stellenwert als in früheren Jahren. Dazu haben auch verbesserte Rahmenbedingungen hinsichtlich der gesetzlichen Pflege- und Krankenversicherung beigetragen. So wird es – wie der Interviewte versicherte –, wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, von den Pflegekassen ermöglicht, technische Hilfe zu bekommen, insbesondere höhenverstellbare Pflegebetten und Hebe- und Tragelifter. Alle Hilfsmittel, auch diejenigen, welche die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern sollen, müssen von den Pflegekassen bezahlt werden. Auch der Einsatz von zwei Pflegekräften bei sehr schweren Patienten kann vergütet werden. Der Betrieb bemüht sich, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, so z. B. Entspannungs- und Massagesessel, Termine für Rückengymnastik und Gesundheitstage mit Angeboten für Pilates, Yoga und ähnliches. Befragt nach Langzeiterkrankungen, nennt der Leiter drei Fälle: Eine Pflegerin mit einem gutartigen Hirntumor, eine mit „Rücken“ und eine mit schwerer Rheumaerkrankung. Die Kollegin, die an einem Hirntumor leidet, hat nur eine Klientin, die sie maximal zwei Stunden am Tag

versorgt. Insgesamt sei es, so der Leiter, bei guter Organisationsarbeit möglich, auch gesundheitlich Eingeschränkte einzusetzen und deren Arbeit an deren körperlichen und psychischen Möglichkeiten anzupassen. Ein „regelrechtes“ BEM-Verfahren gibt es nicht, weil sich die Dinge gleichsam im Vorfeld lösen lassen. Es gibt einen Betriebsrat, der kooperativ mit der Leitung zusammenarbeitet und sich für eine gelingende Wiedereingliederung verantwortlich fühlt. Es fanden sich drei Mitarbeiterinnen, die sich für ein Interview bereit erklärten.

Frau D., 60 Jahre alt, Pflegehelferin, klagt zwar über Rückenprobleme, doch diese führten bislang nicht zu längeren Ausfallzeiten. Sie mache ihre Arbeit „aus innerer Überzeugung“, doch der sich über die Jahre verschärfende Zeitdruck mache ihr zu schaffen.

„Es macht mir eben halt irgendwie auch immer noch Spaß, und es gibt einem ja auch viel wieder. Also es ist manchmal aber auch wieder ganz, ganz traurig, so viele, viele Leute so in dieser Zeit, weil, die wird immer, immer kürzer, die, die Arbeitszeit, also die, die Versorgungszeit, und man geht ..., also ich geh' manchmal wirklich dann mit 'nem schlechten Gewissen raus“ (AP-A-2, S. 6).

Frau D. überlegte sich immer wieder, ob sie mit der Arbeit aufhören soll, weil sie diese emotionale Belastung als zu hoch empfand. Sie hat sich dann aber entschlossen, bei bestimmten Klienten nicht mehr auf die Zeit zu achten und die Überarbeit „auf die eigene Kappe“ zu nehmen, d. h. sich dafür nicht bezahlen zu lassen.

„Wo ich meine Kraft wieder ein bisschen rausziehe, nicht, und denk' ich immer, siehste, mein Gott noch mal, die freuen sich schon, wenn sie mal ein nettes Wort kriegen oder einfach mal in' Arm genommen werden, nicht, und das ist das eben halt alles“ (AP-A-2, S. 9).

Frau E., 40 Jahre alt, gelernte Altenpflegerin, arbeitete lange in der stationären Altenpflege, in den letzten Jahren – aufgrund ihrer Situation als Alleinerziehende – in Dauernachtschicht. Sie hat Rücken-, Knie- und Gelenkprobleme, die sich zu schmerzhaften Syndromen auswuchsen. Sie macht hierfür die äußerst stressigen Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege verantwortlich. Es sei eigentlich nicht zu verkraften, für 30 oder mehr Patienten gleichzeitig zuständig zu sein. Da bleibe immer etwas „auf der Strecke“. Nach einer Reha-Maßnahme, die vor einem Jahr stattfand, habe sie sich entschlossen, in die ambulante Pflege zu wechseln. Der Unterschied sei eklatant:

„Das ist ein Riesenunterschied, weil hier in der ambulanten Pflege, da hab ich eben nur eine Person, die ich versorge zurzeit, dann setz' ich mich in mein Auto oder auf mein Fahrrad und fahre zum nächsten. Es ist immer nur einer. [...] Zeitdruck ist überall da, aber ... in der stationären Pflege wesentlich größer, also um ein Vielfaches größer“ (AP-A-3, S. 5).

Die Alleinarbeit war Frau E. gewohnt, da sie auf Station nachts ebenfalls allein war. Seit sie ambulant arbeitet, habe sich ihre Gesundheitsprobleme etwas verringert. Sie hat vor, ambulant weiterzuarbeiten. Hinsichtlich ihrer Orientierung darf unterstellt werden, dass für sie die Weiterarbeit auf Station, auch in den Tagschichten, keine Option gewesen wäre.

Frau F., gelernte Altenpflegerin, ist 50 Jahre alt, litt schon seit Jahren unter diversen Gelenk- und Muskelschmerzen und bekam vor einem Jahr die Diagnose einer schweren rheumatischen Autoimmunerkrankung. Obwohl sie durch Medikamente sehr eingeschränkt ist, wollte sie auf eigenen Wunsch wieder arbeiten. Ihre Teilzeit ist an ihre körperlichen Möglichkeiten angepasst. Frau F. brachte zum Interview eine Freundin mit, die früher ebenfalls in der Pflege arbeitete. Frau F. machte deutlich, dass sie von ihrem Familien- und Freundeskreis viel Unterstützung bekommt und auch auf diese Unterstützung angewiesen ist. Sie müsse lernen, ihre Grenzen zu akzeptieren:

„Ich muss immer sehr auf mich aufpassen und auch sagen, was ich will. Ich hab z. B. morgen ..., da hätt' ich auch wieder einen Dienst mit Fortbildung, dann werde ich um halb eins aus dem Hause gehen und abends erst um halb zehn zu Hause sein. Das ist zu viel für mich“ (AP-A-4, S. 7).

Frau F. ist inzwischen als schwerbehindert anerkannt. Doch statt ihrer eigenen Devise zu folgen und sehr achtsam mit sich selbst umzugehen, fällt sie immer wieder in alte Arbeitsmuster zurück und ist dann allzu schnell bereit, „mal für andere einzuspringen“ und sich damit körperlich zu überfordern. Sie hatte sich beim Dienst den Fuß verletzt, entschloss sich aber, weiterzuarbeiten, „weil man im Abenddienst nicht so schnell jemand zu greifen“ bekommt. Schmerzen und Konzentrationsverlust führten dann am gleichen Abend zu einem Autounfall, der glücklicherweise glimpflich ausging. Der Fall von Frau F. beinhaltet eine gleichsam paradoxe Dramatik. Sie ist getrieben von einem hohen Maß an Selbstkontroll- und Durchhalte-Orientierung, so als wolle sie sich selbst und ihrem Umfeld beweisen, dass die schwere Krankheit sie noch längst nicht „im Griff“ hat. Es scheint, als könnte sie die Krankheit nicht oder noch nicht annehmen. Die Betroffene befindet sich in einem „inneren Kriegszustand“, dessen Ausgang ihr rational klar, doch emotional uneinsichtig ist. Ihre alte Arbeitsorientierung steht einer ihrer Situation angemessenen Neuorientierung im Weg.

Die psychoanalytisch ausgerichtete Medizinsoziologie (Horn/Beier/Kraft-Krumm 1984) diskutiert in diesem Zusammenhang den Krankheitsgewinn. Zum primären Krankheitsgewinn stellt sich die Frage, ob die Krankheitssymptome die Funktion haben, lebensgeschichtliche Konfliktlagen dem Bewusstsein fernzuhalten – eine Frage, der wir im Rah-

men des Projekts nicht nachgehen können. Der sekundäre Krankheitsgewinn bezieht sich auf die sozialen Gratifikationen, Entlastungen, Rücksichtnahmen und Zuwendungen. Hier scheinen zweifelsohne gewisse Aspekte auf. Die betriebliche und private Umwelt geht mit ihrer neuen Situation differenzierter und einfühlsamer um als sie selbst. Das kann ihr möglicherweise einen Weg bereiten, ihre Krankheit besser anzunehmen und für sich eine tatsächlich achtsame Ebene von Arbeiten und Leben zu finden. An derartigen komplexen Konstellationen wird deutlich, dass eine Inanspruchnahme einer externen Beratung, etwa durch eine/n erfahrenen Supervisor/in, hilfreich sein könnte. Infrastrukturell würde dies bedeuten, dass Supervision als Qualitätsmerkmal nicht nur der Pflegeausführung, sondern auch als Hilfe zur Gesunderhaltung des Personals institutionalisiert werden sollte.

4.2 Betrieb B

Der Pflegebetrieb hat 35 Mitarbeiter/innen, es sind vier männliche Pflegekräfte darunter. Die Inhaberin und Leiterin, zuvor selbst Krankenschwester, schilderte ausführlich den Aufbau ihres Betriebs und ihre leitende Philosophie. Rahmenbedingungen und Struktur sind die gleichen wie im Betrieb A. Einen anderen Akzent setzte die Gründerin hinsichtlich der Betriebskultur. Es ging ihr von Anfang an darum, einen Betrieb mit möglichst hohem Niveau an gegenseitigem Vertrauen aufzubauen. Sie wollte bewusst einen familiären Betrieb führen. So achtete sie bei der Gewinnung neuer Mitarbeiter/innen nicht nur auf die fachlichen Qualifikationen, sondern auch auf die sozialen und emotionalen Fähigkeiten, auf Offenheit und Zugewandtheit. So stelle sie beispielsweise eine Mitarbeiterin ein, die ihre psychischen Probleme vorab offen darlegte.

„Dann habe ich mir einfach schildern lassen, was das denn bei ihr ausmacht, weil die Menschen wirklich natürlich sehr unterschiedlich sind. Und wie ich ihr dann Sicherheit geben könnte, damit sie so ihr Leben haben konnte, weil das ihr größter Wunsch war, mit dieser Erkrankung diesen Beruf weiter ausüben zu können. Wir haben Mittel und Wege gefunden, sei es, dass es einmal die Woche ein kleines Gespräch war, dass ich mir alles anhören konnte, was so ihr Herz bewegte, [...] wo ich gesagt habe: Jeder mit seiner Eigenart ist mir wichtig. Es gab auch mal Flops dabei, wo ich also nicht den richtigen Riecher hatte, aber man lernt das so mit der Zeit. Diese Frau ist dankbar gewesen, dass sie also über Jahre ihren Beruf hat ausüben können mit ganz geringfügigen Ausfällen, wenn dann emotional mal irgendwas in die Schiefelage kam.“ (AP-B-1, S. 2).

Im Betrieb gibt es keinen Betriebsrat, gleichwohl versteht sich die Leiterin als grundsätzlich gewerkschaftlich orientiert. Schon aus ihrer eigenen

Geschichte heraus weiß sie, dass es immer unterschiedliche Interessen gibt. Die Belegschaft ist hinsichtlich Alter, Qualifikation und sonstiger soziodemographischer Merkmalen „sehr gemischt“. Einerseits legt die Leiterin großen Wert auf die Behandlungspflege, für die sie examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bevorzugt, die sich ständig fortbilden müssen. Andererseits können solche Tätigkeiten wie Wohnungsreinigung, Besorgungen, Klienten beim Spaziergehen begleiten und ähnliches durchaus auch von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern übernommen werden. Hinsichtlich der Zeitvorgaben durch die Pflegekassen schaut sich die Leiterin das Ganze zusammen mit ihren Teams „mal in der Masse“ an, um dann zu Entscheidungen zu kommen, wieviel Zeit für jeden einzelnen einzuplanen ist. Fahrzeiten zählen für sie zur Arbeitszeit. Arbeits- und Gesundheitsschutz wird in diesem Betrieb großgeschrieben. Es gibt eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und einen Betriebsarzt, d. h. extern „eingekaufte“ Präventionsexperten, die sich regelmäßig um Ergonomie und gesundheitsgerechte Arbeitsverhältnisse kümmern. Um Rückenleiden vorzubeugen, gibt es sowohl Verträge mit Fitness-Studios als auch Kooperationen mit der BGW. Spezielle Kurse werden gemeinsam mit dem BGW-Rückenkolleg durchgeführt. Für große und schwere Menschen werden zwei Pflegekräfte eingesetzt. Als ärgerlich empfindet die Leiterin den Umstand, „dass für Hilfsmittel immer noch ein Arzt das Rezept ausstellen muss“. Der deutsche Bürokratismus treibe hier Blüten, während in anderen Ländern längst die examinierte Pflegekraft solche Anträge ausfüllen darf, denn rechtlich verfüge diese nur über die pflegerische Kompetenz, nicht der Arzt.

In der Mitarbeiterschaft gibt es mehrere Fälle einer chronischen Erkrankung. Im Betrieb wurde daher schon vor Jahren ein BEM-Verfahren eingeführt, das stark auf die persönlichen Belange des/der Betroffenen ausgerichtet ist. Die Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt hat hinsichtlich höhenverstellbarer Schreibtische und weiterer technischer Hilfen positive Ergebnisse erbracht. Einen Erkrankungsfall schilderte die Leiterin sehr ausführlich. Zunächst litt die Betroffene, Frau G., unter einem hartnäckigen schweren Abnutzungsekzem an Händen und Armen. Nachdem sich durch eine intensive Betreuung durch die BGW bzw. die Teilnahme am BGW-Hautkolleg die Situation verbessert hatte, erlitt Frau G. bei einem Treppensturz komplizierte Sehnenabriss, die nur schwer heilen. Sie ist seit mehr als zwei Jahren im Krankenstand. Die Leiterin stellte den Kontakt zu Frau G. her, die sich für ein Interview bereit erklärte.

Frau G., gelernte Altenpflegerin und 52 Jahre alt, erzählte, wie sie zu ihrem Beruf gekommen ist:

„Das wollte ich schon immer machen. Eigentlich ja. Mitunter bereut man das aber, wegen den Feiertagen und die Schichten, aber das war eigentlich immer Ich kann ja gut so mit Menschen, und ja, ich habe da Lust zu. Gut, das schwere Arbeiten hat mir noch nie was ausgemacht. Ich hatte ja nie Probleme, Ich habe alles ..., ich konnte jeden, ob er 130 Kilo gewogen hat, den habe ich hoch gekriegt. Ich weiß auch nicht, wie ich das gemacht habe, ging aber“ (AP-B-2, S. 2).

Doch ihre Arbeit wurde von einer schweren Hauterkrankung durchkreuzt, bedingt durch die jahrelange Abnutzung einerseits und die darauf aufbauende Kontaktallergie gegenüber Tensiden, Konservierungsmittel und weiteren Inhaltsstoffe der Wasch- und Pflegemittel andererseits:

„Mit 50. Da habe ich ja ein Abnutzungsekzem bekommen, an den Fingern. Habe ich auch lange mit zu tun gehabt, fast über 1 Jahr. Da war ich dann ja noch 4 Wochen in Hamburg. Also, das lief über die BG (die Berufsgenossenschaft, W.H.), ... hat mir ganz gut geholfen da. Das ist ja dadurch entstanden, also, ... ich hab mir einfach die Haut abgehobelt, so kann man das so ungefähr beschreiben, ... von dem ewigen Gewasche. [...]. Ich habe Hände gehabt, das können Sie sich nicht vorstellen. Da war keine Haut mehr, da war alles offen. Die Fingernägel waren halb ab, ganz furchtbar“ (AP-B-2, S. 3).

Die nunmehr selbst von Krankheit Betroffene hat alte und kranke Menschen gewaschen, selbstredend ohne Schutzhandschuhe. Gerade beim helfenden Waschen stellt sich ein intensiver interpersonaler Kontakt her. Dieser Kontakt war ihr, der interviewten Pflegekraft, sehr wichtig. Doch dann schob sich etwas dazwischen – zwischen die pflegende und zu pflegende Person: das Ekzem. Die Altenpflegerin arbeitete dennoch weiter, das Ekzem verschlimmerte sich, doch die Arbeit, „das Gewasche“, musste weitergehen. Die Wahl des Verbes „abhobeln“ mag einer situativen Intuition folgen, doch zufällig ist sie nicht. Sie lässt das Bild einer physisch hoch aktiven Tätigkeit aufkommen, die weder den Patienten noch die Pflegenden schont. Das Waschen sollte gründlich und effektiv sein, auch und gerade dann, wenn gegen die Schmerzen an-gearbeitet werden musste. Frau G. arbeitete weiter, bis schließlich ein Punkt erreicht wurde, an dem nichts mehr ging. „Keine Haut mehr“ – eine dramatische Situation. Sie fiel monatelang aus, durchlief mehrere intensive Behandlungen, dann kamen vier Wochen BG-Klinik, die offensichtlich eine Besserung gebracht hat.

Doch dann kam der Treppensturz und danach mehrere Schulter-OPs, die nicht gut verliefen. Implantate wuchsen nicht an, es gab Sepsis-Probleme, es wurde erneut operiert, stationäre Reha-Maßnahmen schlossen sich an, doch bisher bleiben nachhaltige Erfolge aus. Weil der Sturz im privaten Bereich erfolgte, war nicht die BG, sondern die Krankenkasse zuständig. Diese weigerte sich, bestimmte OPs und vor allem bestimmte erfolgversprechende Implantate zu finanzieren. Zusätzliche

Probleme gab und gibt es mit der deutschen Rentenversicherung, die nur nach mehrmaligen Aufforderungen und um Monate verspätet das Übergangsgeld für die Zeit der stationären Reha zahlte.

Frau G. war, ähnlich wie Frau F., immer von einer starken Arbeitsorientierung getrieben. Dieser Orientierung stellte sich ihr Körper in den Weg. Körperliche Symptome haben einerseits immer eine mitursächliche Umweltkomponente; andererseits können körperliche Symptome auch als „Sprache“ verstanden werden, die ausdrückt, was Worte bislang nicht konnten (Schurz 1995, S. 96 ff.). Die Haut ist aufgrund ihrer Abgrenzung und zugleich ihrer Beziehung zur Umwelt ein hierfür besonders anfälliges Organ (Sonnenmoser 2002). Aus leibhermeneutischer Sicht lässt sich feststellen: Ihre Haut weist Frau G. eindrücklich darauf hin, dass ihr Handlungsradius begrenzt ist. Der Körper setzt eine Grenze. Organsprachlich könnte dies ein ernster Hinweis sein, besser auf sich aufpassen, einen Rückzug anzutreten. Ob der Unfall und vor allem die danach eintretenden Komplikationen einen Rückfall in die alte Arbeitshaltung verhindert haben bzw. weiter verhindern, mag Spekulation bleiben. Der Fall zeigt, dass eine hohe Arbeitsverausgabung sich nicht auszahlt. Besser wäre eine apriori präventive und gesundheitsförderliche Arbeitsorientierung, die Achtsamkeit und Rücksichtnahme auf die eigenen körperlichen Grenzen zulässt. Hierfür hat der Betrieb viel getan, doch bleibt die Frage offen, ob betriebliche Präventionsmaßnahmen immer eine begrenzte Reichweite haben oder inwieweit es gelingen könnte, mitgebrachte Gewohnheiten, Orientierungen und Dispositionen zu beeinflussen.

4.3 Betrieb C

Der Betrieb hat zwei Standorte und verfügt über insgesamt 90 Mitarbeiter/innen. Am Kern-Standort, um den es im Folgenden geht, arbeiten 20 Pflegekräfte. Rahmenbedingungen und Struktur unterscheiden sich nicht von Betrieb A und B. Ähnlich wie im Betrieb B kommt auch hier, im Betrieb C, die Inhaberin und Leiterin des Betriebs aus der Krankenpflege. Sie macht die Arbeit „aus innerer Überzeugung“ und „mit Herzblut“. Die besondere Arbeitskultur beschreibt sie so:

„Also wer ambulant arbeitet, der muss das Chaos lieben so ein bisschen, und beherrschen. [...] Weil die Patienten dauernd anrufen: Dann kann ich hier nicht, und dann kann ich da nicht, es ist hier was anderes, da was anderes usw., dann muss er ins Krankenhaus, dann muss er zum Arzt, zum Friseur, die Kinder kommen etc. etc., oder man hat einfach mal keine Lust, das gibt's auch. [...] Stationär ist ja eher schon sehr statisch in seinen Abläufen, ... im ambulanten Bereich müssen Sie einfach improvisieren können. Wenn Sie das Talent nicht

haben, sind Sie verraten und verkauft, ... Das ist eher so ein emotionaler Wert, das ist gar nicht faktisch so klar zu machen. Ich bin eher der ambulante, und ich bin eher der ..., ich liebe das, ich freue mich jeden Tag über das Chaos hier. Es war noch kein Tag, wie der andere. Im stationären Bereich habe ich auch mal gearbeitet, aber das ist eher sehr statisch, habe ich eher schlecht ausgehalten“ (AP-C-1, S. 16).

An dieser Milieuschilderung fällt zunächst der Gegensatz „ambulant“ und „stationär“ auf, wobei das Attribut „stationär“ für Planbarkeit, Geregelt-heit, Stabilität, Ordnung und Sicherheit steht. Im Allgemeinen liegt die Vermutung nicht fern, dass all dieses positiv konnotiert ist. Doch schnell wird klar: Das ist hier nicht gemeint. Im Gegenteil: Es ist der Gegensatz all dessen – das Chaotische, Unplanbare, Zu-Improvisierende, wohl auch das Nervende der ambulanten Pflege – all das steht für das Interessante, Abwechslungsreiche, Schöne und Erfüllende an und in der Arbeit. Hier setzt die Interviewte die positive Konnotation. Sie betont, dass diese Bewertung ihre subjektive, die ihren Neigungen gemäße ist. Festzuhalten ist überdies: Es gibt verschiedenen Persönlichkeitstypen, auch hinsichtlich der Frage: „frei und allein“ oder „sozial eingebunden, aufgehoben und sicher“? Für die ambulante Pflege scheinen eher diejenigen Personen geeignet zu sein, die ohne dauernde Einbindung und lieber selbstverantwortlich ihren Tag gestalten. Ordnung und Chaos, das Ordentliche und das Unordentliche, Statik und Dynamik – all dies erinnert an die Theorien chaotischer, fraktaler Ordnungen, auch daran, dass es Freude am Unvorhergesehenen geben kann. Doch könnte sich hinter dieser Freude auch ein Leiden verbergen, das den Anstrengungen der tagtäglichen „Neuorganisation“ geschuldet ist.

Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung besitzen, wie die Interviewte im Weiteren erläutert, in diesem Betrieb einen hohen Stellenwert. Die Pflegekräfte bekommen Hilfsmittel oder werden in deren Beschaffung unterstützt. Rückenschonendes Arbeiten hat oberste Priorität. Alle Pflegekräfte werden systematisch in Kinästhetik geschult und weitergebildet. Es gibt eine Kooperation mit einem Fitness-Center, und jede/r Mitarbeiter/in bekommt Fitness-Gutscheine, die meist auch genutzt werden. Chronische Krankheit bei ihren Mitarbeiter/-innen bzw. die Frage, wie damit umgegangen werden soll, ist für die Leiterin dieses Betriebes eine besonders brennende Frage, da allein am Hauptsitz ihres Betriebes in den letzten Jahren mehrere Fälle einer schweren Krebserkrankung aufgetreten sind. Zumeist enden diese Fälle in vollständiger Berufsunfähigkeit, eine Kollegin „kämpft noch“. Die Leiterin spricht von einer „sehr persönlichen Bindung“ zwischen ihr und ihren Mitarbeiter/innen. Zugleich machte sie deutlich, dass ihr Verhältnis zu den überbetrieblichen Institutionen – konkret sind zu nennen: Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – auf-

grund von Erfahrungen, die sie im Zusammengang mit diesen Erkrankungen haben machen müsse, sehr gespalten ist.

„Um zwei Beispiele zu nennen: Eine langjährige Kollegin ist jetzt schon seit über zwei Jahren krank, die ist sozusagen fast vor 19 Jahren mit uns angefangen, und wird wohl auch nicht in diesen Beruf zurück können. Ein weiterer Fall auch, die so schwer an Krebs erkrankt ist, dass sie diesen Beruf nie wieder ausüben kann, die wird überhaupt keinen Beruf wieder ausüben können, nie. Zu beiden besteht immerhin nicht nur ein langjähriges Arbeitsverhältnis, sondern wir haben auch ein ... glaube ich, wirklich ein persönliches Verhältnis. Das macht es ungleich schwerer. Das tut einem einfach erst mal in der Seele weh, wenn man so etwas miterlebt, und da ist man dann eher bereit, glaube ich, unterstützend tätig zu sein“ (AP-C-1, S. 3 f.).

Die Leiterin bringt sodann einige Beispiele: So hat sie die Anordnung an ihre Verwaltung gegeben, einer betroffenen Kollegin anwaltliche Hilfe im Kampf um ihre Frühberentung zu besorgen und zu bezahlen. Auch sei schon öfter von ihrem Betrieb ein Übergangsgeld gezahlt worden, wenn alle anderen Einkommensquellen versagten, ein nicht seltener Fall nach der Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug (vgl. Schäfer/Schulze 2015). Die Koordination der verschiedenen Sozialversicherungsträger sei schwierig bis katastrophal. Da müsse der Betrieb einfach aushelfen.

Deutlich wird an diesem Beispiel, wie schon im Falle des Betriebes B, eine matriachale Betriebskultur, die stark von der Leitungspersönlichkeit geprägt ist. Mitleid ist tatsächlich hier ein Mit-Leiden, eingebettet in einen pragmatischen und mit Zugewandtheit und Fürsorglichkeit gepaarten Lebensansatz. Meine Gesprächspartnerin ließ durchblicken, dass auch sie eine Krebserkrankung durchgemacht hat und um die Ängste und Probleme weiß, die einen betroffenen Menschen plagen. Entgegen ihren schlechten Erfahrungen mit Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Kranken- und Pflegeversicherung hat sie mit Berufsgenossenschaft, Integrationsamt und verschiedenen Fachdiensten gute Erfahrungen gemacht. Diese Institutionen helfen ihrer Erfahrung nach sehr konkret bei betrieblichen Wiedereingliederungsprozessen und greifen den Betroffenen auch auf der Ebene der persönlichen Unterstützung unter die Arme. Es gab auch gute Erfahrungen mit einer Onko-Psychologin, die ins Haus kam und sich um eine angemessene Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Situation der betroffenen Kollegin kümmerte. Leider wurde diese zunächst erfolgreiche Eingliederung durch einen schweren Krankheitsrückfall durchkreuzt. Die Frage, ob bei derartigen Problemen auch ein Betriebsarzt eingeschaltet werde, wurde negativ beantwortet. Formal gebe es zwar einen Betriebsarzt, doch „vor Ort“ zu sein, sehe er nicht als seine Aufgabe an.

Das Gespräch kam auf einen weiteren Punkt, der bereits in den Interviews zuvor auftrat und sich offenbar als ein spezifisches Merkmal der

Arbeitskultur durch die ganze Branche der ambulanten Pflege hindurchzieht: Es gibt Mitarbeiter/innen, die ihre eigenen Symptome nicht ernst nehmen. Sie kommen mit Rückenschmerzen zur Arbeit, nehmen Tabletten oder „beißen auf die Zähne“. Die Leiterin berichtet von einer Kollegin, die ihren Bandscheibenvorfall im Brustwirbelbereich lange „überspielte“, doch immer behauptete, alles sei „wieder in Ordnung“ – bis zum dem Tag, ab dem gar nichts mehr ging. Die Frau ist dauerhaft berufsunfähig geworden. Solchen Problemlagen müsse durch eine gute Betriebskultur und durch kommunikative Offenheit vorgebeugt werden. Auf Nachfrage betonte die Leiterin, dass sie sich genau für diese Fälle einen Betriebsrat wünsche, es habe auch mal einen Versuch gegeben, aber der sei dann doch wieder „im Sande verlaufen“. Auch hier gewann der Interviewer den Eindruck, dass eine grundsätzliche Arbeitnehmerorientierung vorliegt, die jedoch im Betrieb keinen adäquaten organisationalen Ausdruck findet. Zum Schluss des Gespräches machte die Interviewte keinen Hehl aus ihrer Frustration über den ihrer Meinung nach überbordenden Bürokratismus der Kranken- und Pflegeversicherung und des gesamten Medizin- und Pflegesystems in Deutschland. Dass man oftmals um die einfachsten Dinge – vom Verbandsmaterial bis zum Pflegebett – kämpfen müsse, raube auf Dauer alle Kraft. Sie denke daher darüber nach, ihren Betrieb aufzugeben. Es bleibt anzumerken, dass sich die Leiterin bemühte, aus dem Betroffenenkreis eine Interviewpartnerin zu finden, was jedoch – vermutlich aufgrund der schweren Erkrankungssituation – nicht gelang.

4.4 Interviews mit Berufswechslerinnen

Die beiden hier vorgestellten Interviewpartnerinnen, Frau K. und Frau L., sind beide examinierte Altenpflegerinnen. Beide sind kürzlich aus der ambulanten Pflege „ausgestiegen“ – und dies aus ganz unterschiedlichen Gründen. Frau K. wollte nicht mehr allein arbeiten und entschied sich, in die stationäre Pflege zu gehen. Frau L. sah insgesamt im Pflegeberuf für sich keine Perspektive mehr. Ihre Erfahrungen ergänzen die Einblicke in die spezifische Arbeitskultur der ambulanten Pflege, wenn auch aus sehr unterschiedlicher Perspektive.

Frau K. ist 51 Jahre alt und arbeitet seit Ende ihrer Schulzeit in der Pflege. Sie war zunächst Pflegehelferin, arbeitete lange in einer kleinen ambulanten Einrichtung – die Mitarbeiter/-innen-Zahl schwankte zwischen zehn und 15 –, absolvierte dann „noch mit Mitte 40“ eine Ausbildung zur examinierten Pflegekraft und wechselte vor kurzem in die stationäre Altenpflege. Zu Anfang des Interviews betonte sie, dass im Prinzip

alle Familienmitglieder, schon die Eltern, jetzt der Mann und nun auch die beiden Kinder in der Pflege tätig waren oder sind. Im Interview begegnet uns ein Schlüsselsatz:

„Wir haben immer so dieses Helfersyndrom. Vielleicht ein bisschen ausgeprägter, das ist manchmal auch zum Nachteil, aber ich denke mir, für diesen Beruf muss man eigentlich geboren sein“ (AP-D-1, S. 16).

Die Interviewte lässt keinen Zweifel daran aufkommen, zu dieser Arbeit „berufen“ sein zu müssen. Ihr ist völlig bewusst, sich damit auch Probleme einzuhandeln, die mit einem „Zuviel an Helfen-Wollen“ verbunden sind:

„Da muss man auch immer gucken, dass man da so ein bisschen ..., diese Distanz und Nähe, dass man das so ein bisschen bewahrt. Geht natürlich auch nicht immer, und dann ist das natürlich ..., man hat auch dann viel mit nach Hause genommen. Oder ganz am Anfang war das für mich auch schwer, so dieses ..., wenn ich dahin gegangen bin, dann musste man ja immer wieder weg, und dann habe ich immer gedacht: Jetzt kann ich diesen Menschen doch nicht alleine da sitzen lassen, weil, da ist keiner mehr, der sich kümmert. So, du gehst jetzt weg, und wenn jetzt was passiert, was ist dann? Also, das muss man auch wirklich lernen damit umzugehen, dass man auch einfach sagt: Okay. Das musst du einfach dann ..., du hast deine Arbeit gemacht und dann sind andere dafür zuständig. Also, am Anfang war es für mich sehr schwer. Danach ging es eigentlich, dann hat man einfach auch gesagt: Okay, wenn was passiert ...“ (AP-D-1, S. 2).

Auch die Alleinarbeit wurde von der Gesprächspartnerin explizit thematisiert, wobei sie ihre langjährige Tätigkeit in der ambulanten Pflege mit ihrer jetzigen in der stationären Pflege vergleicht.

„Also, ambulant ist natürlich auch, dass man natürlich auch alleine arbeitet. Das war für mich natürlich am Anfang auch ein Problem. Und blieb es auch. Wenn irgendwas ist, ich habe dann natürlich auch keinen Ansprechpartner, also ich muss dann schon selber entscheiden, was ich mache vor Ort Also hier auf Station, da habe ich immer jemand. Da ist die Leitung vor Ort, da ist noch eine andere Station unten, die ich dann fragen kann. Wenn man sich unsicher ist, ist man nicht alleine, also ..., da ist man sich so ein bisschen sicherer. [...] Ich komme eigentlich mit jedem klar. Ich ... kann auch gut alleine arbeiten, ist okay, aber jetzt bin ich eigentlich ganz froh, dass ich so ein Team habe. So dieses Soziale, dass man sich ..., ja, ist ein ganz anderes Arbeiten, ein Miteinander-Arbeiten auch“ (AP-D-1, S. 4).

Frau K. belastete die Unsicherheit, die sich in der ambulanten Pflegesituation immer wieder einstellt: Habe ich jetzt für die Situation das Richtige getan, kann ich jetzt gehen, ohne mir Vorwürfe machen zu müssen, auch und gerade dann, wenn es vielleicht dem Patienten oder der Patientin schlecht geht? Frau K. hat sich zwar mit der Zeit arrangiert, doch das Problem der Alleinarbeit blieb. Sie bedrückte das Unbestimmte und Unklare, das andere möglicherweise als positive Herausforderung se-

hen. Dies wurde auch nicht von den Freiheitsgraden aufgewogen, welche die ambulante Pflege vor der stationären auszeichnet. Für Frau K. wandelte sich die Chance einer freien Gestaltung ihrer Arbeit, womöglich auch aufgrund ihrer nicht hinreichenden Qualifikation, zur Qual. Sie kam – zwangsläufig – jahrelang mit der Alleinarbeit zurecht, erlebt nun aber, nach Examen und Wechsel in die stationäre Pflege, einen wesentlich höheren Grad an Zufriedenheit. Kollegiale Eingebundenheit und Anerkennung „auf Station“ besitzen für sie eine ebenso starke Kraft wie die Anerkennung durch die Patientinnen und Patienten. Es scheint fast, als gäbe ihr der kollegiale Kontext überhaupt erst die Möglichkeit, die nötige professionelle Distanz zu den Alten und Kranken, ihren Sorgen und Nöten, herstellen zu können, um aus dieser sicheren Position heraus wieder Nähe zuzulassen:

„Ja, wenn man dann wirklich sieht, man kriegt ein Lächeln zurück, oder die Arbeit hat sich wirklich gelohnt so, oder man kriegt Rückmeldung von Angehörigen oder auch von Bewohnern so, Ich weiß wohl, ich habe eine Bewohnerin, die hört das immer an meiner Stimme, und die sagt dann immer zu mir: Püppi, ach, du bist auch wieder da. Ja, dann ist das immer so, dann denk ich immer: Ja, da hast du was richtig gemacht, so. Das war eigentlich schön“ (AP-D-1, S. 17).

Hier scheinen Momente einer elementaren Freude am Helfen auf, die jedoch im Kontext ungenügender Bedingungen auch ins Negative „kippen“ können. Auf die Thematik der Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingten Erkrankungen angesprochen, kam Frau K. auf das Problem des eigenen Alterns: Früher, in jungen Jahren, habe man alles recht leicht „gestemmt“, doch mit den Jahren stellen sich vor allem Rückenprobleme ein. Das sei immer noch nicht so gravierend, dass sie „zu Hause bleiben“ müsse – sie könne sich mit Medikamenten und Massagen noch „aufrecht“ halten. Andere Kollegen hätten durchaus auch mit schlimmen Bandscheibenvorfällen zu kämpfen, es gebe auch einige, die deshalb in Frührente gehen mussten. Doch insgesamt bemühe man sich schon, „angeschlagene“ Kolleginnen oder Kollegen nicht gerade mit den schwersten Patienten zu konfrontieren und die Touren dementsprechend einzuteilen. Frau K. betonte am Ende des Interviews erneut, wie schön sie ihren Beruf finde. „Nichts Besseres“ hätte ihr passieren können.

Ganz anders stieg Frau L. – sie ist 45 Jahre alt – in das Gespräch ein:

„Ich möchte das mal so sagen: Mit Idealismus in der Pflege kann man sowieso nur scheitern“ (PA-Z, S. 1)

Die so Sprechende erläuterte, dass es Pflegedienste gibt, die trotz des dichter werdenden Verkehrs ohne Berücksichtigung arbeitsrechtlicher Entscheidungen Fahrzeiten nur pauschal einrechnen, sodass bei Staus und Umleitungen – oftmals eine Stunde oder mehr – zusätzliche Fahrzeiten anfallen, die aber nicht vergütet werden. Sie arbeitet in einem Betrieb mit zehn Beschäftigten. Der Chef ist Kaufmann, und es gibt eine koordinierende Pflegedienstleitung. Das Betriebsklima sei sehr schlecht.

„Du hast natürlich in der ambulanten Pflege viel Freiraum. Nur, dieser Freiraum ist eben dann eigentlich dein Privatvergnügen, und da ich ja kein Wohltätigkeitsunternehmen bin, sondern meine Arbeitszeit vermarkten muss, kann ich mir das eigentlich nicht leisten, also hab ich die Wahl zwischen entweder schlechter Pflege – wenig Zuwendung –, um z. B. Verkehrssituationen auszugleichen, oder ich mach das als Privatvergnügen und bin dann doch wieder Wohltätigkeitsunternehmen“ (PA-Z, S. 4).

Diese Einlassung ist so komplex wie komprimiert, und es lohnt sich, sie Stück für Stück zu entblättern. Die Betroffene steckt in einem Dilemma, aus dem herauszukommen sie keinen vernünftigen Weg sieht. Die knappen Sätze – wie in Stein gemeißelte Wahrheiten – erlauben einen Blick auf das mental hoch polarisierte Orientierungsfeld, in dem sich Frau L. verfangen hat. Der hoch ambivalente Terminus „Wohltätigkeitsveranstaltung“ spielt auf die Tradition der klassischen Gemeindepflege an, die zumeist im christlichen Kontext – von katholischen Nonnen-Orden oder protestantischen Diakonissinnen – mit der Aura der Nächstenliebe verrichtet wurde (Hien 2009, S. 54). Die Ambivalenz bestand historisch darin, dass Opferbereitschaft mit Machtausübung, zumindest mit einem genuinen Anerkennungsbedürfnis verkettet war. Selbst wenn, wie im vorliegenden Fall, nur die ehrenamtliche und ethisch motivierte Hingabe gemeint sein sollte, bedeutet dies: Gute Pflege ist unter den gegebenen Bedingungen nur machbar in Verbindung mit unbezahlter Mehrarbeit. Die Professionalisierung der Pflege musste mit dieser Tradition brechen. Zugleich wurde damit ein Tor zur Frage geöffnet, dass und wie eine gute berufliche Arbeit auch entsprechend entlohnt werden sollte. „Berufschristentum“ ist mit einer gewerkschaftlichen Haltung nicht vereinbar. Diese wiederum zwingt – unter den gegebenen Bedingungen – den arbeitenden Menschen zu einer schlechten, weil ungenügenden Pflege. Das führt zu Gewissens-Stress und ist daher keine Option. Doch lässt die hart gemeißelte Alternative die vorausgesetzte Gegebenheit ebenfalls in Stein erstarren. Genau darin besteht das Problem.

Die Interviewte entschloss sich zu einer juristischen Auseinandersetzung mit ihrem Arbeitgeber, worauf sie – zusätzlich zur ohnehin vorhandenen Arbeitsbelastung – zunehmend Mobbing-Erfahrungen machen musste: Ihr wurden nur noch die „schlechten Touren“ aufgetragen. Ent-

scheidend war aber, dass in ihren Dokumentationen gezielt nach „Fehlern“ gesucht wurde. Darunter verstand der Chef Eintragungen, die zwar der realen Situation des Pflegeprozesses entsprachen, aber nicht in seinem Sinne geschönt waren. Frau L. versuchte, die betriebliche Situation über einen außerbetrieblichen „Stammtisch“ mit den Kolleginnen zu besprechen. Die Kolleginnen zogen nicht mit, und sie geriet in eine isolierte Situation. Resultat: ein chronisches Erschöpfungssyndrom mit depressiven Episoden, das schließlich in eine stationäre Reha-Maßnahme mündete.

„Da war ich erst vier Wochen, dann wurden es 6 Wochen, dann waren es 8 Wochen und ..., also da hab ich mich dann somatisch ganz gut wieder erholt, aber die Belastungsgrenze war sehr eingeschränkt. Also das muss ich eindeutig so sagen. Wenig konfliktfreudig, immer schnell niedergeschlagen, also Konflikte konnte ich eigentlich kaum, überhaupt nicht aushalten. Ja, das ist inzwischen wieder besser geworden, so ganz gut eigentlich. ... Also du musst wirklich an dir arbeiten, um da wieder raus zu kommen. [...] Wenn das deine Persönlichkeit irgendwie eben nicht aushält, ... ist mir wieder so klar geworden über einen langen Prozess, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so sind. Ich hab aber inzwischen so für mich resigniert, hab gesagt, du kannst die Bedingungen nicht ändern, also versuche zu kompensieren oder zu negieren, also auszuweichen“ (AP-Z, S. 18).

Konflikte, innere wie äußere, zäumten ihren Weg, und die Konflikte wurden für Frau L. zu einer existenziellen Bedrohung, an der sie entweder scheitern oder aus der sie sich befreien musste. Der kleine berufsbezogene biographische Ausschnitt, den wir hier sehen, lässt einen hochgradig leidvollen Weg vermuten, der die Betroffene immer wieder an Wegkreuzungen brachte, die ihr zunächst als Grenze erschienen, dann aber die Anstrengungen einer Reflexion und schließlich die einer wichtigen Lebensentscheidung abverlangten. So schilderte Frau L. im weiteren Fortgang des Gesprächs, dass sie sich schließlich entschlossen habe, nach einer neuen Berufsperspektive Ausschau zu halten. Sie nahm ein Public-Health-Studium auf und arbeitet z.Z. als studentische Hilfskraft. Zweifelsohne zeugt diese Fallgeschichte von großer Not. Es kamen mehrere Faktoren zusammen, die die Betroffene in die geschilderte zermürende Situation gebracht haben. Zum einen sehen wir hier das Beispiel eines vorrangig betriebswirtschaftlich orientierten Betriebes, der offensichtlich keine Rücksicht auf das Wohlergehen der Beschäftigten zu nehmen bereit war. Zum anderen hat die Betroffene zu spät eingesehen, dass dieser Betrieb sich nicht bewegen würde, d. h. dass die hier vorherrschende Betriebskultur es nicht ermöglichen würde, das Blatt in Richtung einer gesundheitsförderlichen Organisation zu wenden. Auch hier mangelte es der Betroffenen an früherer Achtsamkeit hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten, Ressourcen und Grenzen. Nicht die verausgabende Arbeitshaltung, sondern ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsdenken

führte die Betroffene, angesichts der betrieblichen Machtverhältnisse, gleichsam in eine Falle. Die stationäre psychosomatische Rehabilitation war immerhin in der Lage, Frau L. aus ihrem Tief herauszuholen und ihr den emotionalen und kognitiven Spielraum zu geben, hinsichtlich ihres weiteren Berufsweges eine neue Perspektive zu gewinnen.

5. Diskussion

Zielsetzung der Ausführungen war ein vertiefter Blick in die Arbeitskultur der ambulanten Altenpflege, mit dem Fokus „krank durch und krank zur Arbeit“. Hierbei sind positive wie negative Momente aufgefallen. Es dominiert eine sich zwischen „Berufung“ und „Herzblut“ bewegende Arbeitshaltung, der zugleich die Gefahr einer Überverausgabung mitgegeben ist. Doch es gibt auch Kritik an der Branche. Die Schlüsselsätze, „Wir haben immer so dieses Helfersyndrom“ und „Mit Idealismus in der Pflege kann man sowieso nur scheitern“ sind, obzwar sie aus einer gegensätzlichen Perspektive kommen, miteinander verschränkt. Auf der einen Seite stehen ungenügende gesellschaftliche und organisationale Rahmenbedingungen, d. h. die derzeit vorfindbaren Verhältnisse; auf der anderen Seite steht das helfen-wollende Individuum. Die Berufs- und Lebenskunst besteht darin, zwischen diesen Polen eine Balance zu finden. Aus Gefühlsarbeit Kraft zu ziehen, gleicht einer Gratwanderung. Hohe Ansprüche an sich selbst resultieren sowohl aus berufsethischen Idealvorstellungen wie aus einer Anerkennungsbedürftigkeit, die das erlebte Manko mittels „Helfen“ zu sättigen versucht (Schmidbauer 2002). Hohe Ansprüche an sich selbst führen, wenn Abgrenzung nicht gelingt, zu Über-Engagement und Über-Verausgabung, was das Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Gratifikation noch weiter verstärkt – mit entsprechenden Risiken wie Erschöpfung und Burnout. Die oftmals unvermeidliche Anpassung in der praktischen Arbeit an die gegebenen Verhältnisse führt leicht zur moralischen Dissonanz – wieder mit den gleichen gesundheitlichen Risiken. Lebensgeschichtliche Konflikte mit Anerkennung zu sättigen, geht ebenfalls nicht auf – auch hier drohen Burnout und Depression. Eine allzu glatte Anpassung an die Verhältnisse ist freilich nur mit einer moralischen Erosion zu erkaufen – eine zweifelsohne vorhandene Tendenz, die sich jedoch in unserem Sample nicht abbildet. Wohl aber werden die ungenügenden Rahmenbedingungen benannt, die einer solchen Tendenz Vorschub leisten.

Die interviewte Person, die bereits ihren Beruf aufgegeben hat, sparte nicht mit Kritik an der Branche. Der DAK-BGW-Umfrage zufolge ist insgesamt etwa ein Drittel der in der ambulanten Pflege Beschäftigten mit ihrem Betrieb bzw. ihrem Vorgesetzten unzufrieden (Grabbe et al. 2006, S. 49). Vor diesem Hintergrund sind in unserer Studie die hinsichtlich der Betriebskultur benannten negativen Momente zumindest nicht überschätzt. So ist insgesamt davon auszugehen, dass in die Situation der in der ambulanten Pflege Beschäftigten – mit dem Fokus „Arbeit mit bedingter Gesundheit“ – ein zutreffender erster Einblick gegeben wird. Die herausgearbeiteten Deutungsmuster der interviewten Pflegekräfte las-

sen die These zu, dass in der spezifischen Arbeitskultur der ambulanten Altenpflege die hohen Belastungen durchaus differenziert wahrgenommen und Bemühungen hinsichtlich einer Gesunderhaltung der Beschäftigten deutlich sichtbar sind. Doch nicht das formale „Abarbeiten“ der gesetzlich vorgesehenen Aufgaben wie Gefährdungsbeurteilung und Eingliederungsmanagement, sondern das „Leben“ der darin enthaltenen Inhalte ist entscheidend. Im eher kleinbetrieblichen Milieu wie dem der ambulanten Pflege erscheinen den Arbeitenden formalisierte, standardisierte und organisational festgelegte Prozesse fremd. Formalia, die vor allem in der Qualitätssicherung gefordert sind, abstrahieren im Empfinden der Pflegenden vom menschlichen Bezug. Zur spezifischen Arbeitskultur gehört, das zu Regelnde in die Lebenswelt einzubetten. Das gelebte „organisierte Chaos“ wird zu einem Positivum, wenn es eingebunden ist in eine fürsorgliche und nicht selten auch matriachale betriebliche Vertrauenskultur. Dennoch stellen sich diesen Bemühungen Rahmenbedingungen entgegen, so z. B. die immer noch mangelnde gesellschaftliche und damit auch die mangelnde monetäre Anerkennung der Altenpflege.

Kotthoff/Reindl (1990) untersuchten die Arbeitskultur in kleinen und mittleren Industriebetrieben. Sie entdeckten ganz unterschiedliche „betriebliche Sozialordnungen“, die dem jeweiligen „Sozialcharakter eines Unternehmens“ entsprechen. Im Sozialgefüge eines Betriebes bestimmend ist die Unternehmerpersönlichkeit. Ein intensives Aufeinanderbezogensein von Unternehmer/in und Mitarbeitenden entspricht einer „gemeinschaftlichen Sozialordnung“, die sich zwischen pragmatischen und patriarchalen Arrangements bewegt. Den vorrangig am Verwertungsinteresse orientierte Typus nennen die Autoren „instrumentalistische Sozialordnung“. Hier werden Mitarbeiter/innen als austauschbare und manipulierbare Produktionsmittel gesehen. Die ambulante Altenpflege ist überwiegend dem gemeinschaftlichen Sozialtypus zuzuordnen. Es mag viele pragmatische Arrangements geben, doch prägend ist hier eindeutig die Unternehmerpersönlichkeit. Anstelle des Patriarchats steht in der ambulanten Pflege eher ein Matriarchat und eine betont familiäre Betriebsatmosphäre. Interessenkonflikte werden nicht geleugnet, doch fehlen gerade in den familiär geführten Betrieben Interessenvertretungen der Beschäftigten. Die Mehrheit der Beteiligten geht davon aus, dass Konflikte „auf dem kurzen Dienstweg“ besprochen und gelöst werden können. Gleichwohl wünschte sich in unserem Sample eine Leiterin – erfolglos – einen Betriebsrat.

Wir haben gesehen, dass ambulant Pflegenden – wie bereits für stationär Pflegenden beschrieben (Rieger 2017, S. 77–105) – in das Dilemma zwischen aufopfernder Überverausgabung einerseits und einer klaren

Grenzsetzung mit der Gefahr einer ungenügenden Pflege andererseits geraten können. Unsere kleine Studie zeigt: Es gibt auch andere Pflegebetriebe, und es gibt auch in bestehenden Betrieben eine „Bewegung“. Nur erfordert eine solche Bewegung, die bestehenden Machtverhältnisse realistisch einzuschätzen, die unerlässlichen Bündnispartner/innen zu suchen und sich die richtigen Schritte zum richtigen Zeitpunkt zu überlegen. Weder Fatalismus noch Selbstüberschätzung helfen hier weiter. Das vertrackte Paradoxon: Versteinerte Verhältnisse zum Tanzen zu bringen, erfordert ein initiales Heraustreten aus diesen Verhältnissen, einen persönlichen Schritt in die konkrete Utopie. Beides, das Verbleiben und das Heraustreten, erspart den Betroffenen nicht das unvermeidliche Psychodrama zwischen passivem Leid und aktiver Veränderung, welche gleichwohl leidvoll sein und für die es keine Erfolgsgarantie geben kann.

Einer betriebspolitischen und gewerkschaftlichen Organisierung der Beschäftigten steht eine Vielzahl von Umständen im Wege, die zum einen der zumeist industriefernen und damit auch hinsichtlich der Arbeiter- und Arbeiterinnenbewegung traditionsfernen Sozialisation, zum anderen dem familial geprägten Betriebsmilieu, vor allem aber der darin verorteten überwiegenden Alleinarbeit geschuldet ist. Wie Bathke (2004) zeigt, sind ambulante Pflegekräfte „auf dem Weg zum personenbezogenen Arbeitskraftunternehmer“ und entwickeln daher eher individuelle Perspektiven auf ihr Arbeitsfeld. Ambulante Betriebe sind Organisationen von Alleinarbeiterinnen und Alleinarbeitern. „Hier lassen sich keine (stabilen) Belegschaften mobilisieren und ‚Arbeitermacht‘ als Drohpotential für Verhandlungen strategisch nutzen“ (Becker 2014, S. 140). In der ambulanten Altenpflege gehen, wie im Gesundheits- und Sozialwesen allgemein, Erfahrungs- und Bedarfslagen weit über die rein ökonomistische Ausrichtung hinaus, welche die tradierte Gewerkschaftsarbeit überwiegend bedient. Die vorliegende Fallstudie zeigt, dass es vielfältige Ansatzpunkte hinsichtlich einer Auseinandersetzung um „gute Pflege“ gäbe, und gerade auch für gute Pflegearbeit mit bedingter Gesundheit. Es würde den Rahmen der vorliegenden Fallstudie sprengen, Überlegungen hinsichtlich künftiger gewerkschaftlicher Organisationsarbeit anzustellen – dies muss weiteren spezifischen Forschungen vorbehalten bleiben.

Hinsichtlich der pflegetypischen Arbeitskultur und der darin eingebetteten spezifischen Umgangsweise mit Krankheit und Gesundheit sind mehrere gegenläufige Trends zu konstatieren: Zum einen führt die eher kleinbetriebliche und familiäre Betriebskultur zu einer im Vergleich zu anderen Branchen größeren Offenheit: Man hält mit Diagnosen und Befunden „nicht hinterm Berg“, d. h. in der Regel wird offen über Erkranken

kungen geredet, auch mit Leitungspersonen. Dazu trägt auch wesentlich der Umstand bei, dass das Arbeitsmilieu der ambulanten Altenpflege ein genuin weibliches ist: 90 Prozent der Beschäftigten sind Frauen (Statistisches Bundesamt 2017). Diese sind eher bereit, Belastungen und Gesundheitsprobleme zu kommunizieren als Männer (Kuhlmann/Kolip 2005). Zum anderen aber – ein Umstand, der dem positiven Trend gleichsam entgegenläuft – bietet die ambulante Pflegearbeit, die überwiegend allein und selbstverantwortlich verrichtet werden muss, einen Nährboden für ein die Gesundheit konterkarierendes Durchhalteverhalten, d. h. Pflegende gehen oftmals auch dann zur Arbeit, wenn sie sich krank fühlen und besser einen Arzt aufsuchen sollten. Dieses Verhalten wird noch dadurch verstärkt, dass man Kolleginnen und Kollegen, die „im Frei“ sind, nicht ihre freie Zeit und ihre privaten Termine wegnehmen möchte. Das Durchhaltesyndrom betrifft vor allem ältere Pflegekräfte, während jüngere eher bereit sind, bei Krankheitssymptomen sich krank zu melden. In den Altersgruppen ab 50 Jahre nehmen die Fallhäufigkeit ab und die Falldauer zu (Grabbe 2006, S. 157 ff.). Das Durchhalteverhalten leistet einer Chronifizierung Vorschub (Hien 2006). Umso schwieriger wird, nach einer längeren Krankheit, der Wiedereinstieg in die Arbeit. Unsere Fallbetrachtungen lassen die Hypothese zu, dass noch genesende respektive gesundheitlich nicht mehr vollständig wiederhergestellte Menschen von Ängsten geplagt sind oder Arbeitsvorstellungen entwickeln, deren Realisierungschancen sie nicht oder nur unzulänglich abschätzen können. Leitungskräfte und Arbeitsteams stehen vor dem Problem unvollständigen Wissens, hegen diffuse Befürchtungen oder beschönigende Hoffnungen.

„Krank durch und krank zur Arbeit“ – das ist kein schicksalhafter Zustand. Die Branche der ambulanten Altenpflege ist, das zeigen die Interviews, nach wie vor von vielfältigen Belastungen gekennzeichnet, denen mit primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen zu begegnen ist (Weber/Peschkes/de Boer 2015). Vorrang hat immer die betriebliche *Primärprävention*, um das Entstehen arbeitsbedingter Erkrankungen zu verhindern oder in ihrem Ausmaß zu vermindern. Betriebliche Primärprävention setzt sich aus Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zusammen: Ergonomie wie z. B. höhenverstellbare Betten, Lifter und Gleitmatten, aber auch Kinästhetik, Rückenkollegs der BGW und regelmäßige Fitness-Übungen. Unabdingbar ist, für Pflegebetten zu sorgen, die auf Leistenhöhe verstellbar werden können (Freitag et al. 2014). Dass mechanische Hilfen Rückenerkrankungen bei Altenpflegekräften deutlich reduzieren können, wurde jüngst durch eine große US-amerikanische Studie erhärtet (Gold et al. 2017). Hilfsmittel können als gleichsam archimedischer Punkt einer präventiven Betriebspolitik

gesehen werden. Mit allen beteiligten „Parteien“ und Institutionen muss um die ausreichende und nachhaltige Bereitstellung von Hilfsmitteln gerungen werden, um die Arbeit der Pflegekräfte gesünder zu gestalten. Gegebenenfalls muss am Rechtsrahmen entsprechend nachjustiert werden. Zugleich muss über Qualifikation, Schulung und Unterweisung gesprochen werden. Unzureichende Qualifikation insbesondere bei ambulant tätigen Altenpflegekräften führt zu Unsicherheiten in der Behandlungspflege und hierdurch zu teilweise erheblichen psychischen Belastungen. Hier gilt es durch Weiterqualifizierung sowie inner- und überbetriebliche Schulungen nachzusteuern. Hierauf weist auch eine neue, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Handlungshilfe hin (Klie et al. 2017). Ebenso sind entsprechende betriebliche Hintergrunddienste vorzuhalten, die bei Unklarheiten oder Problemsituationen zu Rate gezogen werden können. Der Einsatz mechanischer und digitaler Hilfsmittel muss durch Unterweisungen und Übungen unterstützt werden. Es bleibt freilich der Faktor der persönlichen Disposition, ob Allein- oder Teamarbeit die geeignetere Arbeitsform darstellt.

Zur Primärprävention gehört auch eine gesundheitsgerechte Betriebsorganisation, d. h. eine Organisation, die die Fahrzeiten berücksichtigt und den Pflegenden genügend Zeitpuffer lässt, auch Besonderheiten ihrer Arbeit angemessen bewältigen zu können. Eine „gesunde Organisation“ und eine entsprechende Achtsamkeits- und Kommunikationskultur sind auch deshalb angesagt, um die emotionale Dissonanz, die moralisch-ethischen Dilemmata und den Gewissens-Stress so weit wie möglich aufzufangen und abzumildern. An „Sinnfragen“ alleine zu arbeiten, d. h. das Bemühen, bestehende Beanspruchungen in ein System persönlicher Bedeutungen zu integrieren (Wassermann et al. 2014), reicht hierfür nicht aus. Eine Studie mit 208 stationären und ambulanten Altenpflegekräften in verschiedenen Regionen Deutschlands konnte zeigen, „dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Altenpflegekräften in erster Linie an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen ansetzen müssen und die Stärkung von Sinnstiftung als ergänzende Maßnahme zur Steigerung von Vitalität Erfolg verspricht“ (ebenda, S. 51). In einem Interview mit der Pflege-Unternehmerin Tews-Harms (in: Klinner/Rennert/Richter 2017, S. 121 ff.) kommt ein Set von gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Sprache, die – eine gemeinschaftsorientierte Sozialordnung vorausgesetzt – auch in kleineren ambulanten Pflegebetrieben zur Anwendung gebracht bzw. umgesetzt werden können:

- flache Hierarchien
- Führungskräfte trainings
- Wertschätzung und Verlässlichkeit
- Rücksichtnahme auf die persönliche Lebenssituation

- Handlungsspielräume in der Arbeitsorganisation und der Arbeitsgestaltung
- Mitarbeiter/innen-Kurse für Entspannungsübungen während der Arbeitszeit, die z. B. während der Autofahrt an der Ampel angewandt werden können

Unsere Fallstudie zeigt, dass die Bedeutung der Primärprävention mittlerweile von vielen Betrieben erkannt worden ist, auch wenn es Betriebe geben mag, die der Notwendigkeit einer gesundheitsgerechten Organisationskultur noch aus dem Weg zu gehen versuchen. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit gegenüber den Betrieben, aber auch gegenüber den Beschäftigten angezeigt. Zu wünschen wären unserer Auffassung nach auch entsprechende Aufklärungskampagnen der zuständigen nationalen, regionalen und lokalen Gewerkschaftsgliederungen, wohlwissend, dass dies eine andere Prioritätensetzung in der Arbeit der Gewerkschaftsapparate erfordern würde.

Betriebliche *Sekundärprävention* besteht in ambulanten Pflegebetrieben vor allem in einer Aufmerksamkeitskultur, insbesondere seitens der Führungskräfte, um sich anbahnende Krankheitsprozesse frühzeitig zu erkennen und entsprechende interventive Maßnahmen einzuleiten. Die BGW-Kollegs zu Haut und Rücken zählen ebenfalls zur Sekundärprävention, gilt es doch, schwerere Erkrankungen durch verbesserte Vorsorge zu verhüten. Betriebliche *Tertiärprävention* bezieht sich auf Maßnahmen, für Arbeitskräfte nach durchgemachter Krankheit und bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geeignete Arbeitsaufgaben zu finden und für eine insgesamt bessere „Passung“ von Mensch und Arbeitsplatz zu sorgen. Dies kann umso besser gelingen, wenn Primär- und Sekundärprävention im Betrieb „gelebt“ werden. Bei all dem ist es unstrittig, dass insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe eine überbetriebliche Unterstützung durch Institutionen der Sozialversicherung, Integrationsamt und Fachdienste zu entwickeln und in Form neuer Allianzen zu verstetigen sind. Hier zeigen sich in der gegenwärtigen Situation erhebliche Defizite. Der Prozessablauf bei eingetretener Krankheit wird durch bürokratische Hürden und Ressort-Egoismen behindert. Vor allem fehlt eine gute Koordination und Absprache zwischen den verschiedenen überbetrieblichen Institutionen und Einrichtungen. Die großen offiziellen Netzwerke wie die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) haben dazu Anstöße gegeben (Bauer-Sternberg et al. 2008; INQA 2010). Doch reichen diese nicht aus: Es bedarf kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die jeweiligen und zuweilen sehr heterogenen Arbeitskulturen und betrieblichen Sozialordnungen eingehen.

6. Schluss

Die Altenpflege gehört zu den großen Wachstumsmärkten. Dass die stationäre Pflege hohe Renditen erwarten lässt, ist in der Finanzbranche seit Jahren ein offenes Geheimnis (Schwaldt 2015). Nun aber wird auch die ambulante Pflege für Investoren interessant. „Zunehmend engagieren sich stationäre Marktnehmer in dem immer lukrativer werdenden Markt der ambulanten Pflege“ (Pflegermarkt 2016). Nachweislich sparen vor allem die großen Pflegeunternehmen bewusst an Pflegepersonal – mit fatalen Folgen (Skischally 2017). Doch regt sich Widerstand, auch innerhalb der Branche (Rieger 2017). In vielen Betrieben dieser Branche, vor allem den kleineren Betrieben, besteht die Bereitschaft, sowohl den zu Pflegenden wie den Pflegenden menschenwürdige Bedingungen zu bieten. So zeigt unsere explorative Studie, dass heute schon – wenn auch sicher nicht flächendeckend, so doch exemplarisch – Weichen gestellt sind, die Beschäftigung auch älterer und gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeiter/innen zu sichern. Hierfür brauchen Betriebe und Betroffene überbetriebliche Beratung, Hilfen und Unterstützung. Diese fehlt vielfach, und so gilt es neue überbetriebliche Allianzen und Netzwerke aufzubauen, die den Beschäftigten in kleinen und mittleren Betrieben unter Beachtung ihrer spezifischen Arbeitskultur und spezifischen betrieblichen Sozialordnung wirksame Hilfe bieten können. So können auch Betriebe mit einem vorrangig betriebswirtschaftlichen Kalkül besser identifiziert und ggf. durch Eingriffe von außen korrigiert werden. Im Rahmen des Projektes werden weitergehende und vertiefende Untersuchungen folgen, z. B. über die Situation in anderen Bereichen der ambulanten Pflege, über die Situation in anderen Orten und Regionen, über andere Krankheitsbilder und andere Umgangsweisen. Untersucht werden auch andere klein- und mittelbetriebliche Branchen, um Arbeitskulturen miteinander vergleichen und die positiven Aspekte hieraus hinsichtlich unserer Fragestellung – neue Allianzen für die Beschäftigungssicherung für Menschen mit bedingter Gesundheit – bündeln und weiterentwickeln zu können.

Danksagung

Für sorgfältige Durchsicht des Manuskripts und hilfreiche Hinweise danke ich mich bei Ernst von Kardorff, Annett Schulze, Sascha Blasczyk, Henrieke Ehnert und insbesondere Gudrun Funk.

Literatur

- Ählin, J. et al. (2013): Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing Ethics*, Jg. 20, S. 927–942.
- Bathke, S. (2004): Beschäftigte im Arbeitsfeld Ambulante Pflege auf dem Weg zum personenbezogenen Arbeitskraftunternehmer? Freiburg: Lambertus.
- Bauer-Sternberg, D. et al. (2008): Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht eines INQA-Projektes. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Becke, G. et al. (2013): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts Zukunft Pflege. artec-paper Nr. 189. Universität Bremen: Eigendruck.
- Becker, N. (2014): Arbeitsregulation in der ambulanten Pflege. Handlungsfelder kollektiver Interessenvertretung. *Prokla* 174, Jg. 44, S. 131–147.
- Blüher, S. (2005): Integration und Solidarität. Pflege im Alter – Theoretische Überlegungen, empirische Befunde und praktische Konsequenzen. Münster: LIT.
- Bödeker, W. et al. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bödeker, W. et al. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und die Folgekosten. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bogai, D./Seibert, H./Wiethölter, D. (2017): Beschäftigte in den Pflegeberufen. In: Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hg.): BKK Gesundheitsatlas Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 93–102.
- Büssing, A. (2000): Ambulante Pflege. Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Büssing, A./Giesenbauer, B./Glaser, J. (2003): Gefühlsarbeit. Beeinflussung der Gefühle von Bewohnern und Patienten in der stationären und ambulanten Altenpflege. In: *Pflege*, Band 16, S. 357–365.
- Freitag, S. et al. (2014): Körperhaltung und empfundene Anstrengungen bei Pflegekräften – eine experimentelle Studie. In: Nienhaus, A. (Hg.): *RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*. Heidelberg: ecomed Medizin, S. 101–114.

- Glaser, J./Höge, T. (2005): Probleme und Lösungen in der Sicht der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund/Berlin/Dresden:BAuA.
- Glasberg, A.L./Eriksson, S./Norberg, A. (2007): Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 57, S. 392–403.
- Glaser, J./Höge T. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Gold, J.E. (2017): Predictors of low back pain in nursing home workers after implementation of a safe resident handling programme. *Occupational and Environmental Medicine*, Jg. 74, S. 389–395.
- Grabbe, Y. et al. (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Hamburg: Eigendruck.
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heinze, T. (1987): Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hien, W. (2006): Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung. Eine arbeitswissenschaftlich-medizinsoziologische Interpretation des Forschungsstandes. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hochschild, A.R. (2006): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt am Main: Campus.
- Hollmann, S. (2005): Interaktive Beanspruchungswirkungen von erlebter Zieldiskrepanz und Selbstkontrolle bei der Arbeit. Vortrag beim Jahreskongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft in Heidelberg im März 2005.
- Horn, K./Beier, C./Kraft-Krumm (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- INQA (2010): Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf. Eine Handlungsanleitung der des Initiativkreises „Gesund Pflegen“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. 2. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Isfort, M./Weidner, F. (2016): Pflege-Thermometer 2016. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Jürgens, K./Hoffmann, R./Schildmann, C. (2017): Arbeit transformieren. Denkanstöße der Kommission „Arbeit der Zukunft“. Bielefeld: transcript.

- Klie, T. et al. (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Arbeitskreis Sozialwirtschaft des Deutschen Demographie-Netzwerks. Dortmund: Eigendruck.
- Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hg.): BKK Gesundheitsatlas Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kotthoff, H./Reindl, J. (1990): Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb. Göttingen: Otto Schwarz.
- Kromark, K. et al. (2009): Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, Jg. 4, open access (<https://occup-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6673-4-33>, letzter Aufruf 25.01.2018).
- Kuhlmann, E./Kolip, P. (2005): Gender und Public Health: Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. München: Juventa.
- Kurt, Ronald (2004): Hermeneutik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Marschall, J. et al. (2017): DAK Gesundheitsreport 2017. Heidelberg: medizinhochzwei.
- Meyring, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.
- Neubach, B. (2004): Psychische Kosten von Formen der Selbstkontrolle bei der Arbeit. Dissertation an der Fakultät 14 der Universität Dortmund. Internetdruck.
- Neubach, B./Schmidt, K.-H. (2006): Beanspruchungswirkungen von Selbstkontrollanforderungen und Kontrollmöglichkeiten bei der Arbeit. In: *Zeitschrift für Psychologie*, Band 214, S. 150–160.
- Nübling, M. et al. (2010): Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, Jg. 10, open access (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-428>, letzter Aufruf 25.01.2018).
- Pflegemarkt (2016): <https://www.pflegemarkt.com/2016/12/20/liste-groessten-pflegedienste-2016/> (letzter Aufruf 25.01.2018)
- Pflegemarkt (2017): <https://www.pflegemarkt.com/2017/02/27/anzahl-ambulante-pflegedienste-in-deutschland/#drei> (letzter Aufruf 25.01.2018)
- Pongratz, H.J./Trinczek, R. (2010): Industriesoziologische Fallstudien. Entwicklungspotentiale einer Forschungsstrategie. Berlin: edition sigma.
- Rieger, A. (2017): Der Pflege-Aufstand: Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System – Würdige Altenpflege ist machbar. Kiel: Ludwig.

- Schäfer, T./Schulze, A. (2015): Krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust ohne Kündigung. *Kritische Justiz*, Band 48, Heft 4, S. 475–488.
- Schmidbauer, W. (2002): *Helfersyndrom und Burnout-Gefahr*. München: Urban und Fischer.
- Schurz, R. (1995): *Negative Hermeneutik. Zur sozialen Anthropologie des Nicht-Verstehens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schwaldt, N. (2015): Mit Pflegeheimen last sich reichlich Profit machen: <https://www.welt.de/finanzen/immobilien/article139642076/Mit-Pflegeheimen-laesst-sich-reichlich-Profit-machen.html> (letzter Aufruf 25.01.2018)
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Simon, M. et al. (2008): Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries – results from the European NEXT-Study. *International Journal of Nursing Studies*, Jg. 45, S. 24–34.
- Skischally, B. (2017): Hilfe ohne Würde. Bericht über den arte-Dokumentationsabend vom 8. August 2017, in: *arte-Magazin* 8/2017, S. 19.
- Sonnenmoser, M. (2002): Wechselwirkung zwischen Haut und Psyche. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, S. 501–502.
- Statistisches Bundesamt (2017): *Pflegestatistik 2015*. Wiesbaden: Eigendruck.
- Strauss, A. et al. (1985): *Social Organisation of the Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wassermann, M. et al. (2014): Sinnstiftung als persönliche Ressource bei Altenpflegekräften. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, Jg. 58 (N.F. 32); S. 51–63.
- Weber, A./Peschkes, L./de Boer, W.E.L. (2015): Return to Work (RTW) – Begriffsbestimmung und Hintergrund. In: Dieselben (Hg.): *Return to Work – Arbeit für alle*. Stuttgart: Gentner, S. 23–34.

In der vorliegenden Fallstudie zur ambulanten Pflege wird anhand qualitativer Interviews mit gesundheitlich beeinträchtigten Pflegekräften die spezifische Arbeitskultur in diesem Arbeitsfeld untersucht. Es wird der Frage nachgegangen, wie und unter welchen Bedingungen in diesem Feld auch Ältere und Leistungsgewandelte tätig sein können. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die gegenwärtige überbetriebliche Unterstützung ist für Betriebe und Beschäftigte in Klein- und Mittelbetrieben unzureichend. Es bedarf daher kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die Arbeitskultur und die jeweilige betriebliche Situation eingehen.
