

Mareike Breinbauer

# Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege

Eine empirische Untersuchung in  
Rheinland-Pfalz

MOREMEDIA



Springer VS

---

# Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege

---

Mareike Breinbauer

# Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege

Eine empirische Untersuchung in  
Rheinland-Pfalz

 Springer VS

Mareike Breinbauer  
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie  
Universitätsmedizin der Johannes  
Gutenberg-Universität Mainz  
Mainz, Deutschland

Dissertation Universität Trier, Fachbereich IV, 2020

ISBN 978-3-658-32020-1      ISBN 978-3-658-32021-8 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-32021-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Stefanie Eggert

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

*„Man kann trefflich darüber streiten, ob Investmentbanken ‚systemrelevant‘, also für das Funktionieren und Überleben einer Gesellschaft unverzichtbar sind [...]. Unstrittig ist dagegen, dass es wirklich systemrelevante Berufe gibt, auf die eine Gesellschaft nicht verzichten kann, weil sie existenziell notwendige Funktionen im Bereich der Daseinsvorsorge und (Über-)Lebenssicherung erfüllen und damit eine conditio sine qua non für die Existenz und den Fortbestand jeder menschlichen Gesellschaft darstellen. Dazu zählt [...] die Pflege.“*

*(Jacob et al. 2015, S. 14)*

---

## Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand während meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Trier und wurde vom Fachbereich IV im Wintersemester 2019/2020 als Dissertation angenommen. Ursprünglich war an dieser Stelle nur eine kurze Danksagung geplant, die aktuellen Entwicklungen rund um die COVID-19-Pandemie haben mich jedoch veranlasst, zusätzlich vorab ein paar begleitende und klärende Worte zu verfassen.

Als ich vor sechs Jahren begonnen habe mich mit der Situation und den Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege zu beschäftigen, war der Begriff der Systemrelevanz als Merkmal des Pflegeberufs und natürlich auch der anderen Dienstleistungsberufe, die dieses Prädikat mehr als verdient haben, zumindest im deutschsprachigen Raum noch weitgehend unbekannt bzw. ungenutzt. In meinem Verständnis sind Berufsgruppen und Institutionen systemrelevant, die für das Funktionieren und Überleben des Gemeinwesens einer Gesamtgesellschaft unverzichtbar sind. Im öffentlichen Diskurs wurde der Begriff jedoch bis 2020 hauptsächlich in Bezug auf das Banken- und Finanzwesen angewendet. Bedeutung erlangt die Systemrelevanz häufig erst in schwierigen Zeiten und Krisen, da sich dann herauskristallisiert, was wirklich wichtig und unverzichtbar ist – so auch während der COVID-19-Pandemie. Schlagartig drang die Wichtigkeit und Relevanz einiger Strukturen und Dienstleistungen in das allgemeine Bewusstsein und der Begriff der Systemrelevanz wurde entsprechend auf andere Berufsgruppen ausgeweitet, die in den Mittelpunkt des Krisenmanagements rückten, wie beispielsweise Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Beschäftigte im Lebensmittelhandel, LKW-Fahrer\*innen, Beschäftigte in den Laboren, bei der Polizei, dem Rettungsdienst und der Feuerwehr, um nur einige zu nennen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat im Rahmen der

Corona-Pandemie eine Übersicht kritischer Dienstleistungen herausgegeben und bezieht sich darin auch auf die Systemrelevanz:

„Systemrelevanz beschreibt die Bedeutung von Institutionen zur Aufrechterhaltung von Systemen. Im Kontext KRITIS [kritischer Infrastrukturen] bedeutet dies, dass systemrelevante Unternehmen oder Behörden die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems Kritische Infrastrukturen oder Teile davon aufrechterhalten und damit unmittelbar oder mittelbar zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen, teils lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen beitragen [...]“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2020, S. 1)

Für die Beschäftigten dieser Berufsgruppen können Sonder- und Ausnahmeregelungen in Bezug auf die Arbeitszeitregelung, Kinderbetreuung und Vergütung erlassen werden, um die Arbeitssituation in der Krise zu erleichtern. Im Zuge des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird den beruflich Pflegenden beispielsweise mehr finanzielle Anerkennung in Form einer einmaligen Sonderleistung zugesichert. Inwieweit die Arbeits- und Rahmenbedingungen der systemrelevanten Berufsgruppen allerdings nach der Krise in Zukunft gestaltet werden, bleibt abzuwarten.

Die Ausführungen in dieser Arbeit entstanden vor den genannten Entwicklungen und beziehen sich auf die Zeit, in der die Systemrelevanz bestimmter Berufsgruppen wie der Pflege noch wenig im öffentlichen Verständnis zugegen war. Da die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit aber auch der Politik und der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen durch die Pandemie vermehrt auf die Situation, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsbelastungen in der Pflege gelenkt wurde, besteht jedoch einige Hoffnung, dass in diesen Bereichen zukünftig nachhaltige Verbesserungen angestrebt und auch umgesetzt werden. Für alle Beschäftigten in den systemrelevanten Berufen wünsche ich mir sehr, dass all die Dankbarkeit und Wertschätzung, die ihnen während der COVID-19-Pandemie von vielen Seiten entgegengebracht wurde, auch in Zukunft anhält und die Wichtigkeit ihrer Arbeit wahrgenommen und entsprechen honoriert wird.

Um bei dem Ausdruck der Wertschätzung zu bleiben, möchte ich mich nun abschließend noch bei all denjenigen bedanken, die zum Gelingen dieser Dissertation maßgeblich beigetragen haben. Mein besonders herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Rüdiger Jacob und Prof. Dr. Johannes Kopp, die mich als Doktorväter auf dem Weg zum erfolgreichen Abschluss meiner Promotion begleitet, unterstützt und gefördert haben. Ihre Unterstützung, Betreuung, Anregungen, aber vor allem ihr Vertrauen und die Wertschätzung, die sie mir und meinem Vorhaben entgegengebracht haben, haben mich in besonderer Weise ermutigt. Prof. Dr. Ralf

Münnich danke ich für die Übernahme des Prüfungsvorsitzes bei der Disputation. Weiterhin gilt mein ganz besonderer Dank natürlich allen Pflegekräften in Rheinland-Pfalz, die sich an der quantitativen Befragung und den Experteninterviews beteiligt haben. Die Bereitschaft und Offenheit zur Teilnahme haben diese Arbeit erst möglich gemacht. Meinen Kolleginnen und Kollegen danke ich für ihren Input, ihr Feedback und ihre kritische Auseinandersetzung mit meiner Arbeit. Besonders hervorzuheben sind hier Joanna Koßmann, Mirko Rinnenburger und Sebastian Dräger. Ein besonderer Dank gilt meiner großartigen Familie, die mich im Rahmen des Studiums begleitet hat und auf deren Unterstützung ich mich jederzeit verlassen kann. Meiner Mutter und meinem Bruder danke ich zudem von ganzem Herzen für die Geduld und Akribie beim Korrekturlesen der Arbeit. Zu guter Letzt gilt mein tiefster und herzlichster Dank meinem Mann René, der mir durch seine stetige Ermutigung und Unterstützung die nötige Zuversicht und Motivation gab, dieses Promotionsprojekt zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.

Trier  
Juli 2020

Mareike Breinbauer

---

## Zusammenfassung

Die vorliegende Forschungsarbeit liefert zum einen neue Erkenntnisse zur Situation der beruflich Pflegenden in Rheinland-Pfalz und stützt zum anderen bereits bestehende Befunde zu den Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege allgemein, grade im Hinblick auf das Zusammenspiel von Arbeitsbelastung, Burnout-Risiko, Bewältigungsstrategien und Arbeitszufriedenheit. Es wurde untersucht, welche Faktoren die angesprochenen Aspekte maßgeblich beeinflussen und welche Auswirkungen diese auf die Pflegekräfte selbst sowie auf die Qualität ihrer Arbeit und die Sicherheit der Patienten und Pflegebedürftigen haben. Mögliche Unterschiede zwischen den drei Pflegebereichen Akutpflege, stationäre/teilstationäre Pflege und ambulante Pflege wurden ebenfalls analysiert. Als Datenbasis dient eine Online-Erhebung unter den Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (n = 830) aus dem Jahr 2017.

Das Ergebnis ist recht eindeutig: Die Pflegenden der Studie sind besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt, die sich aus verschiedenen Faktoren ergeben. Beispielsweise aus einer zu geringen Personalausstattung und damit einhergehender Arbeitsverdichtung, zunehmendem Arbeiten unter ständigem Zeitdruck und einer fehlenden Wertschätzung und Anerkennung der Arbeit. Dazu kommen hohe emotionale und körperliche Anforderungen, die sich maßgeblich auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Es zeigt sich, dass das empfundene Ausmaß an Arbeitsbelastung und das selbsteingeschätzte Burnout-Risiko hoch miteinander korrelieren und sich gegenseitig zu bedingen scheinen. Insgesamt ist das selbsteingeschätzte Burnout-Risiko unter den befragten Pflegekräften vergleichsweise hoch. Ein Drittel der Pflegenden weist demnach ein hohes Burnout-Risiko auf. Neben der hohen Arbeitsbelastung sind weitere Risikofaktoren eine generelle Unzufriedenheit mit der Lebens- und Arbeitssituation sowie Probleme bei der Patientenversorgung und der Einhaltung von Pausenzeiten. Einen vorzeitigen

Ausstieg aus dem Pflegeberuf, als letzte Konsequenz den schwierigen Arbeitsbedingungen und hohen Belastungen zu entkommen, haben rund zwei Drittel der Befragten schon einmal ernsthaft in Erwägung gezogen. Mit steigendem Burnout-Risiko und Problemen bei der Patientenversorgung steigt die Wahrscheinlichkeit signifikant, dass Pflegekräfte über einen vorzeitigen Berufsausstieg nachdenken, wie die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zeigen. Zudem würden sich nur 28 Prozent der Befragten auf jeden Fall noch einmal für eine Tätigkeit in der Pflege entscheiden, wenn sie heute noch einmal die Wahl hätten. Die hohe Arbeitsbelastung und die Risiken, die damit einhergehen, haben nicht nur Auswirkungen auf die Beschäftigten, sondern ebenso auf die Patienten und Pflegebedürftigen. Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass ein hoher Zeitdruck bei der Arbeit sowie eine unzureichende Personalausstattung zu vermehrten Problemen bei der Patientenversorgung führen.

Neben den Problemen und Risiken bietet die Arbeit in der Pflege auch Chancen, welche die hohen Risiken kompensieren und sich gesundheitsförderlich auswirken können. Hierzu zählen individuelle Ressourcen und ein gutes Bewältigungsmanagement. Die hohe fachliche Kompetenz, der sinnstiftende und zwischenmenschliche Aspekt der Arbeit sowie deren große Vielfalt werden von den Befragten als zentrale Ressourcen der pflegerischen Arbeit genannt. Inwieweit Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz Stress und Belastungen im Berufsalltag wahrnehmen und wie sich diese Belastungen individuell auswirken, hängt in einem hohen Maße davon ab, wie gut sie durch Bewältigungsmechanismen abgefedert werden können. Für die meisten der befragten Pflegekräfte ist Sport ein hilfreicher Ausgleich zum stressigen Arbeitsalltag, ebenso wie Gespräche mit Partnern, Familie und Freunden. Wie sich zeigt, hat neben der erfolgreichen Stressbewältigung auch die wahrgenommene Arbeitszufriedenheit einen maßgeblichen Einfluss auf das Belastungsempfinden. Eine hohe Arbeitszufriedenheit wirkt demnach reduzierend auf die Arbeitsbelastung und das Burnout-Risiko. In der vorliegenden Untersuchung geben rund 70 Prozent der Pflegekräfte an, mit ihrem aktuellen Arbeitsplatz eher zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Maßgeblich positiv beeinflusst wird die Arbeitszufriedenheit dabei durch ein hohes Sozialkapital, hohe Führungsqualität sowie individuellen Ressourcen. Die Frage nach Unterschieden zwischen den drei Pflegebereichen kann aufgrund geringer Fallzahlen und methodischer Einschränkungen der Untersuchung nur bedingt beantwortet werden. Signifikante Unterschiede zeigen sich hauptsächlich zwischen Beschäftigten in der Akutpflege und der ambulanten Pflege hinsichtlich der wahrgenommenen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit. Tendenziell fallen die Antworten in der ambulanten Pflege hinsichtlich der Bewertung des Berufsalltags etwas positiver aus.

Trotz einiger methodischer Limitationen stellt die vorliegende Untersuchung eine explorative Studie dar, die bisher in dieser Größenordnung noch nicht in Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde und bereichert damit den Forschungsbe- reich um wesentliche empirische Ergebnisse hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Die hohe Vergleichbarkeit und Über- einstimmung mit einschlägigen nationalen und internationalen Untersuchungen unterstreichen zudem die Qualität der herausgestellten Ergebnisse.

---

# Einleitung

Der damalige Präsident des Deutschen Pfliegerates und heutiger Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus postulierte bei seiner Eröffnungsrede des Kongresses der AG Junge Pflege<sup>1</sup> in Dortmund 2015 folgendes: „Ohne die professionelle Pflege geht in dieser Gesellschaft nix“. Die professionelle berufliche Pflege ist für die meisten von uns selbstverständlich. Es wird vorausgesetzt, dass es immer Menschen gibt, die diese Aufgaben selbstredend in den Krankenhäusern und Notaufnahmen, den Alten- und Pflegeheimen, den Psychiatrien und Reha-Einrichtungen und den ambulanten Pflegediensten übernehmen. Richtig bewusst wird uns die Wichtigkeit und Unverzichtbarkeit der Pflege wahrscheinlich leider erst dann, wenn es niemanden mehr gibt, der diesen Beruf ausübt bzw. ausüben will oder wenn die rund 1,3 Millionen Beschäftigten in der beruflichen Pflege in Deutschland plötzlich beschließen für einen Tag die Arbeit niederzulegen.

Was passiert, wenn Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern einen Tag unversorgt bleiben, wenn Operationen und wichtige Untersuchungen nicht adäquat durchgeführt und Intensivpatienten nicht ausreichend überwacht werden können? Was passiert, wenn alte, pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen oder durch ambulante Dienste betreute Pflegebedürftige nicht aus ihren Betten kommen, nicht angemessen aktiviert werden können und keine Körperpflege oder notwendige pflegerische Maßnahmen erhalten?

Der Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen hat dazu folgendes Szenario vor Augen:

---

<sup>1</sup>Bundesweite Arbeitsgruppe von Schüler\*innen und Student\*innen der Pflegeberufe bzw. frisch examinierte Pflegefachpersonen im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (<http://www.junge-pflege.de/>).

„[...] 1,3 Millionen beruflich Pflegende haben heute ihre Arbeit niedergelegt! Zehntausende Krankenhauspatienten und Heimbewohner bangen um ihr Leben. 2,5 Millionen Berufstätige sehen sich gezwungen an diesem Tag ihrer Arbeit fern zu bleiben. Sie wurden von der Bundesregierung dringend aufgerufen, die Notversorgung ihrer Angehörigen Zuhause und in den Heimen sicherzustellen. Weitere 500.000 Angehörige versuchen in den Krankenhäusern die große Not zu lindern. Die Bundeswehr hat Sanitätstruppen geschickt, um das Schlimmste auf den Intensivstationen zu verhindern. [...]“ (Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e. V. (BALK) 2011, S. 12)

Es lässt sich darüber streiten, ob dieses Szenario realistisch oder übertrieben ist, nicht geleugnet werden kann jedoch die Tatsache, dass die Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege in Deutschland für viele Beschäftigte sehr belastend sind. Es wäre also ihr gutes Recht für bessere Arbeitsbedingungen auf die Straße zu gehen, so wie es andere Berufsgruppen ohne Zögern jedes Jahr machen. Doch das Arbeiten in der Pflege ist aus verschiedenen Gründen kein „normaler Job“ im klassischen Sinne, sondern eine systemrelevante Aufgabe, die für das Funktionieren einer Gesellschaft unverzichtbar ist, genauso wie Tätigkeiten in anderen medizinischen Berufen oder beispielsweise bei der Polizei und Feuerwehr (Jacob et al. 2015, S. 14; Jacob und Becker 2014, S. 2). Diese Berufsgruppen erfüllen existentiell notwendige Aufgaben und sind aus diesem Grund ständig verfügbar und einsatzbereit, wodurch das Risiko einer Belastung für die eigene physische und psychische Gesundheit steigt (Jacob und Becker 2014, S. 4). Durch diese Systemrelevanz ergibt sich für die Beschäftigten aber auch ein hohes Maß an ethischer und moralischer Verantwortung für die Gesellschaft, was sie daran hindert, in großem Umfang ihre Arbeit niederzulegen. Doch fühlt sich auf der anderen Seite die Gesellschaft auch für die beruflich Pflegenden verantwortlich, wenn es um die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen geht?

---

## Ausgangslage und Problemstellung

*„Wenn gesellschaftliche und systembedingte Rahmenbedingungen dazu führen, dass die berufliche Pflege an die Grenzen der Aufrechterhaltung des Wesens einer guten und professionellen pflegerischen Versorgung gelangt, müssen die Folgen also von allen und jedem einzeln getragen werden.“ (Mai und Wegmann 2018, S. 1)*

Über die Pflege und den Pflegeberuf wird viel diskutiert, geschrieben und geforscht. Auch politisch wird die Situation der Pflege in Deutschland zurzeit wieder heftig diskutiert. Kaum eine Woche vergeht, in der nicht in den Medien über

den Fachkräftemangel und Pflegenotstand berichtet wird. Bei all diesen Diskussionen stehen allerdings häufig weniger die Menschen, als vielmehr die Kosten und die Finanzierung im Vordergrund, wie auch Hans-Josef Börsch von der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz kritisiert: „In der politischen Diskussion werden beruflich Pflegende derzeit häufig als Kostenfaktor diskutiert, nicht etwa als stabile Säule der Gesellschaft und des Gesundheitswesens.“ (Braun et al. 2018, S. 344). Dabei wird häufig vergessen, dass jeder Mensch in westlichen Industrieländern im Laufe seines Lebens früher oder später mit Pflege in Berührung kommt und auf diese angewiesen ist. Sei es bei der eigenen Geburt, einem Krankenhausaufenthalt im Jugendalter, einer Reha-Maßnahme im Erwachsenenalter oder der Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bei eigener Pflegebedürftigkeit im Alter. Abgesehen von dem eigenen Bedarf erleben die meisten von uns auch in der Familie Pflegesituationen von Großeltern, Eltern, Partnern oder auch Kindern. Pflege geht also alle an und daher sollte jeder an der Sicherstellung einer guten pflegerischen Versorgung interessiert sein. Dies ist aber nur möglich, wenn sich die arbeitsbezogenen und systembedingten Rahmenbedingungen des Berufsfeldes in einem erheblichen Maße weiterentwickeln und maßgeblich verbessert werden.

Durch den Demografischen Wandel steht die Pflege vor neuen Herausforderungen, da bereits bestehende Probleme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung verschärft werden. Das ohnehin schon ungleiche zahlenmäßige Verhältnis von potenziellen Empfängern von Leistungen der Alterssicherungssysteme und Pflegeleistungen zu den potenziellen Erbringern dieser Leistungen wird sich in Zukunft weiter verschlechtern. Die Alterung bei gleichzeitiger Schrumpfung der Gesellschaft führt zum einen zu einer Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie einer erhöhten Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Produkten und konfrontiert zum anderen den Arbeitsmarkt mit einem sich verschärfenden Fachkräftemangel (Robert Koch-Institut 2015, 444 ff.).

Der Pflegearbeitsmarkt ist von diesen Entwicklungen besonders betroffen, da er sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite mit diesen Auswirkungen konfrontiert wird. Da Pflegebedürftigkeit überwiegend ältere Menschen betrifft, ist davon auszugehen, dass durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigt. Auch schwerwiegende, chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen mit dem Alter zu und gehen mit einem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und höheren Gesundheitsausgaben einher (Bundesministerium des Inneren 2011, S. 149). Auf der anderen Seite schrumpft das potenzielle Arbeitsangebot, sodass sich die Frage stellt, inwiefern die Versorgung der Pflegebedürftigen auch in Zukunft gewährleistet werden kann (Pohl 2011, S. 37).

Diese Entwicklung ist bereits jetzt in der Statistik sichtbar. Seit Einführung der Pflegestatistik 1999 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland kontinuierlich erhöht. Von 1999 bis 2017 stieg deren Zahl von rund 2,02 Millionen auf 3,4 Millionen an (+68,3 Prozent) (Statistisches Bundesamt 2018). Demgegenüber hat sich seit 2009 die Zahl der Beschäftigten in der professionellen Pflege nur leicht erhöht. Die Pflege gehört zwar zu den Wirtschaftsbereichen mit seit Jahren wachsenden Beschäftigungszahlen. Allein in den letzten 10 Jahren ist ein Anstieg der Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeberufen von einem Fünftel zu beobachten (Nowossadeck 2013, S. 1044). Doch trotz dieser Entwicklung muss die Lage auf dem Pflegearbeitsmarkt bereits heute als angespannt bezeichnet werden, da die Anzahl der Pflegekräfte insgesamt nicht ausreicht, um die Folgen des demografischen Wandels zu kompensieren (Löffert und Golisch 2013, S. 10).

Als Basis für die Auseinandersetzung und den Umgang mit den Konsequenzen des demografischen Wandels für den Pflegebereich in Deutschland, wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von Prognosen erstellt (Nowossadeck 2013, S. 1043). Dabei standen sowohl die künftigen Zahlen der Pflegebedürftigen (z. B. Bundesministerium für Gesundheit 2012; Bomsdorf et al. 2010; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009; Schulz et al. 2001), als auch der Bedarf an Pflegepersonal im Fokus (z. B. Afentakis und Maier 2010; Enste und Pimpertz 2008; Hackmann und Moog 2008; Hackmann 2012; Pohl 2011). Die prognostizierten Zahlen der Pflegebedürftigen entwickeln sich insgesamt in eine vergleichsweise ähnliche Richtung, wie hinsichtlich des Bedarfs an entsprechendem Personal. Laut Nowossadeck lässt sich hierbei ein verallgemeinerbarer Trend ausmachen: Die Zahl der benötigten Pflegekräfte wird erheblich ansteigen und schon bald ein Vielfaches der heutigen Beschäftigungszahlen umfassen (Nowossadeck 2013, S. 1045). Die Prognosen verdeutlichen einheitlich eine Verschärfung der Situation auf dem Pflegearbeitsmarkt für die Zukunft. Aufgrund der verhältnismäßig geringen Attraktivität des Pflegeberufs für junge Menschen durch belastende Arbeitsbedingungen, niedrige Entlohnung und mangelnde Wertschätzung in der Gesellschaft, verbunden mit den allgemein niedrigen Geburtenraten, wird das Angebot an Nachwuchskräften weiter sinken und der Konkurrenzkampf um Auszubildende und qualifizierte Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt steigen (Jacob et al. 2016, S. 150).

In der Konsequenz kommt es zur Arbeitsverdichtung und Mehrarbeit des vorhandenen Personals und damit zu wachsendem Zeitdruck und Zeitmangel. Hand in Hand mit dem Zeitmangel geht eine steigende psychische Belastung aufgrund der unzureichenden Bedürfnisbefriedigung der Patienten einher.

„Schwestern, Pfleger, Altenpflegerinnen, Altenpfleger und andere an professioneller Pflege beteiligte spüren die Diskrepanz zwischen den Forderungen einer optimalen Pflege und den gesundheitspolitischen Gegebenheiten, die eine solche oft als Utopie erscheinen lassen.“ (Arndt 2007, V)

Wenn eine gute pflegerische und gesundheitliche Versorgung der Patienten nicht mehr vollständig gewährleistet werden kann, kommt es bei vielen Pflegekräften zu einer zunehmenden emotionalen Erschöpfung, aufgrund der Diskrepanz zwischen Berufsideal und Arbeitsrealität, und das Burnout-Risiko steigt (Killmer 1999). Zudem führt die psychische Belastung in Kombination mit der ohnehin hohen körperlichen Arbeitsbelastung in der Pflege bei vielen Beschäftigten zu chronischem Stress, was einerseits ein Risiko für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden darstellt, andererseits aber auch negative Auswirkungen auf die Pflegequalität und somit die Sicherheit der Patienten haben kann. Als Konsequenz dieser unbefriedigenden Situation ergeben sich hohe Krankenstände und Fehlzeiten der Beschäftigten, eine relativ hohe Fluktuationsrate innerhalb der Pflege sowie eine zu anderen Berufen vergleichsweise geringe Berufsverweildauer.

Um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherstellen zu können, muss sich, laut Jacob et al., das Berufsbild der Pflege in erheblichem Maße weiterentwickeln und sich den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anpassen (2016, S. 150). Dies ist essenziell, damit die Beschäftigten möglichst kontinuierlich in der Pflege arbeiten können. Hierzu gehört es auch die Lücke zum Bedarf an fehlenden Pflegekräften zu schließen. Dies kann nur gelingen, wenn der Pflegeberuf hinsichtlich der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsbelastung und der Vergütung attraktiver gestaltet wird. Dadurch würde einerseits die Arbeitsfähigkeit des bestehenden Personals verbessert und andererseits würde die Pflege wieder für junge Menschen als Ausbildungsberuf in Frage kommen.

---

## Fragestellung und Konzeption

*„If you ever wondered how people can manage to work with the sick and always stay healthy themselves, the answer is – they can’t!“ (Stellman 1976)*

Die Antwort auf dieses Zitat aus dem Jahre 1976 ist auch heute noch die gleiche. Zudem haben sich die potenziellen Risiken für Beschäftigte in Medizin und Pflege deutlich ausgeweitet. Infektionskrankheiten, Rückenleiden, Stress und Burnout gehören neben einer Vielzahl von körperlichen und psychosozialen

sowie vermehrt auch umweltbedingten Belastungsfaktoren zum Berufsalltag der Pflegekräfte.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Situation der beruflichen Pflege aus Sicht der beschäftigten Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz nachzuzeichnen. Es werden dabei die drei Pflegebereiche Akutpflege (Krankenhaus), stationäre/teilstationäre Pflege (Alten- und Pflegeheime, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege) und ambulante Pflege berücksichtigt. Es soll die zentrale Frage beantwortet werden, wie die Pflegekräfte ihren Berufsalltag und die Arbeitsbedingungen in der Pflege wahrnehmen. Der Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der wahrgenommenen Arbeitsbelastungen, dem selbsteingeschätzten Burnout-Risiko, den eingesetzten und als hilfreich empfundenen Bewältigungsstrategien sowie der Arbeitszufriedenheit.

Es soll konkret untersucht werden, welche Faktoren die angesprochenen Aspekte maßgeblich beeinflussen und welche Auswirkungen diese auf die Pflegekräfte selbst, sowie auf die Qualität ihrer Arbeit haben. Zudem wird analysiert, welche Faktoren die Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit und damit auch die Bindung an den Pflegeberuf, gemessen an der Verweildauer, positiv als auch negativ, beeinflussen. Und, wie hoch die psychische Belastung der Pflegekräfte gemessen an dem Burnout-Risiko ist und welche Faktoren sich maßgeblich auf das Burnout-Risiko auswirken.

Die Analyse des Bedingungsgefüges zwischen Arbeitsbelastung, Burnout, Coping und Arbeitszufriedenheit selbst steht ebenfalls im Fokus dieser Arbeit. Daneben soll untersucht werden, ob in Bezug auf die untersuchten Variablen und Zusammenhänge signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegebereichen existieren. Folgende Forschungsfragen stehen dabei im Fokus:

1. Welche Motivation hat die Befragten angetrieben, einen Pflegeberuf zu ergreifen?
2. Wie hoch ist die empfundene Arbeitsbelastung?
3. Durch welche Faktoren fühlen sie sich besonders belastet?
4. Wie hoch ist das selbsteingeschätzte Burnout-Risiko?
5. Durch welche Faktoren wird das selbsteingeschätzte Burnout-Risiko beeinflusst?
6. Welche Bewältigungsstrategien setzen die Pflegekräfte ein, um den Belastungen und dem Stress zu begegnen?
7. Wie hoch ist die Arbeitszufriedenheit bzw. die Motivation für den Pflegeberuf aktuell und durch welche Faktoren wird sie beeinflusst?

8. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den empfundenen Arbeitsbelastungen, dem selbsteingeschätzten Burnout-Risiko, den eingesetzten Bewältigungsstrategien und der Arbeitszufriedenheit?
9. Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegebereichen, Geschlechtern oder Altersklassen?

Die vorliegende Arbeit ist in fünf Hauptkapitel gegliedert: *Kapitel 1* und *2* bilden den (gesellschafts-)theoretischen Rahmen dieser Arbeit und dienen einerseits als Einführung in den Untersuchungsgegenstand und die Problemstellung, andererseits aber auch als Interpretationsrahmen für die Ergebnisse. Dafür werden zunächst in *Kapitel 1* die theoretischen Grundlagen aufgearbeitet, beginnend mit einer kurzen Begriffsbestimmung der „Systemrelevanz“. Daran schließt eine arbeits- und berufssoziologische Auseinandersetzung mit den Begriffen Arbeit und Beruf, sowie Dienstleistungs- und Interaktionsarbeit an. Es folgt eine Einführung der für diese Untersuchung relevanten Konstrukte Stress, Arbeitsbelastung, Burnout, Coping und Arbeitszufriedenheit. Das theoretische Kapitel schließt mit einer Auseinandersetzung des Zusammenhangs zwischen diesen Konstrukten.

*Kapitel 2* widmet sich der Einführung in den Untersuchungsgegenstand. Es wird zunächst eine Begriffsbestimmung und Definition vorgenommen. Danach folgt eine kurze Abhandlung über die historische Entwicklung und Professionalisierung der beruflichen Pflege, sowie eine Skizze aktueller und zukünftiger Entwicklungen.

*Kapitel 3* setzt sich konkret mit der Arbeit in der Pflege auseinander. Zunächst werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen dargelegt, bevor genauer auf die Beweggründe und Motivation für eine Tätigkeit in der Pflege eingegangen wird. Es folgt eine Auseinandersetzung mit Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Stress im Pflegeberuf, welche anhand bereits bestehender Studien sekundärempirisch aufgearbeitet werden. Dabei werden ebenfalls Studien vorgestellt, welche die Auswirkungen der Arbeitsbelastung auf die Pflegekräfte (Burnout und Berufsverweildauer) und die Patienten (Pflegequalität und Patientensicherheit) behandeln. Abschließend folgt eine sekundärempirische Auseinandersetzung mit Studien zu Bewältigungsstrategien, sowie zur Arbeitszufriedenheit und Ressourcen in der Pflege.

Eine eigene empirische Untersuchung der Forschungsfragen schließt in *Kapitel 4* an. Es erfolgt zunächst eine Herleitung der forschungsleitenden Fragestellungen und Hypothesen und eine Erläuterung des methodischen Forschungskonzeptes. Dabei werden das Forschungsdesign, die eingesetzten Messinstrumente, die Daten und Methode, sowie die untersuchte Stichprobe vorgestellt. Danach folgt im Hauptteil die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse und die Überprüfung der

Hypothesen, anhand von bi- und multivariaten Analysemethoden. Der Abschluss dieses Kapitels bildet die Auseinandersetzung mit den Grenzen und Problemen der Untersuchung.

Abschließend erfolgen in *Kapitel 5* ein Resümee und eine Diskussion der zentralen Untersuchungsergebnisse. Es werden zudem die Chancen und Risiken im Pflegeberuf herausgearbeitet. Das Kapitel schließt mit praxisrelevanten Schlussfolgerungen für die Pflege und Überlegungen zu weiterführenden Untersuchungen auf dem Gebiet.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	1
1.1	Begriffsbestimmung: Systemrelevanz	1
1.2	Arbeit und Beruf	4
1.2.1	Von der Arbeit zum Beruf	4
1.2.2	Dienstleistungs- und Interaktionsarbeit	7
1.3	Stress und Stressmodelle	10
1.3.1	Psychologische Stressmodelle	10
1.3.2	Soziologische Stressmodelle	12
1.3.3	Arbeitsbezogene Stressmodelle	13
1.4	Arbeitsbelastung	18
1.4.1	Physische Belastung	19
1.4.2	Psychische und soziale Belastung	20
1.5	Burnout	23
1.5.1	Entwicklung und Definitionen	23
1.5.2	Ursachen und Entstehung von Burnout	25
1.5.3	Burnout Modell von Maslach und Kolleg*innen	28
1.6	Bewältigungsstrategien (Coping)	30
1.6.1	Coping nach Lazarus et al. und Hobfoll et al	31
1.6.2	Bewältigung von Arbeitsstress	32
1.7	Arbeitszufriedenheit	35
1.7.1	Modelle der Arbeitszufriedenheit	37
1.7.2	Korrelate und Determinanten der Arbeitszufriedenheit	38
1.8	Zusammenhang von Belastungen, Bewältigung und Zufriedenheit bei der Arbeit	40

<b>2</b>	<b>Untersuchungsgegenstand: Pflege</b> .....	43
2.1	Begriffsbestimmung und Definition .....	43
2.2	Historische Entwicklung .....	46
2.2.1	Krankenpflege im 19. und frühen 20. Jahrhundert .....	47
2.2.2	Entwicklungen ab 1945 .....	51
2.2.3	Verberuflichung der Altenpflege .....	52
2.3	Professionalisierung und Akademisierung .....	54
2.4	Pflegekammern .....	57
2.5	Aktuelle und zukünftige Entwicklungen .....	59
<b>3</b>	<b>Arbeiten in der Pflege: sekundärempirische Ergebnisse</b> .....	63
3.1	Rahmenbedingungen: gesetzliche Grundlagen, Ausbildung, Personal .....	63
3.2	Beweggründe und Motivation für Pflegearbeit .....	68
3.3	Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung und Stress in der Pflege .....	74
3.3.1	Anforderungen, Belastungen und Stress im Berufsalltag .....	74
3.3.2	Burnout in der Pflege .....	91
3.3.3	Berufsverweildauer und vorzeitiger Berufsausstieg .....	98
3.3.4	Auswirkungen auf die Pflegequalität und Patientensicherheit .....	105
3.4	Bewältigung von Stress und Arbeitsbelastung .....	110
3.5	Arbeitszufriedenheit und Ressourcen .....	116
<b>4</b>	<b>Empirische Untersuchung: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege in Rheinland-Pfalz</b> .....	125
4.1	Fragestellung und Hypothesen .....	126
4.2	Methodisches Forschungskonzept .....	128
4.2.1	Fragebogenkonstruktion .....	128
4.2.2	Forschungsdesign und Durchführung der Erhebung .....	130
4.2.3	Messinstrumente, Variablen und Indizes .....	132
4.2.4	Datenanalyse .....	136
4.2.5	Stichprobe .....	137
4.3	Deskriptive Ergebnisse und soziodemografische Unterschiede .....	140
4.3.1	Entscheidungen zur Berufswahl und Motivation .....	140
4.3.2	Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen .....	147
4.3.2.1	Arbeitszeit, Schichtdienst und Personalstärke .....	147

---

4.3.2.2	Familiäre Situation .....	152
4.3.2.3	Entlohnung und Gehalt .....	153
4.3.2.4	Zeitdruck und Arbeitsverdichtung .....	155
4.3.2.5	Belastungsfaktoren .....	157
4.3.3	Auswirkungen auf die Pflegekräfte .....	162
4.3.3.1	Gesundheitszustand und Gesundheitsbeschwerden .....	162
4.3.3.2	Burnout .....	164
4.3.3.3	Verweildauer, Berufsausstieg und Wechselbereitschaft .....	166
4.3.3.4	Wiederentscheidung für den Pflegeberuf .....	169
4.3.4	Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und die Patienten .....	171
4.3.5	Bewältigungsstrategien .....	178
4.3.6	Ressourcen und Chancen .....	185
4.3.7	Arbeitszufriedenheit .....	188
4.3.8	Zukünftige Entwicklungen in der Pflege .....	191
4.3.9	Zwischenfazit .....	193
4.4	Bivariate Analysen: Zusammenhänge und Einflussfaktoren .....	195
4.5	Multivariate Ergebnisse .....	203
4.6	Probleme und Limitationen .....	213
<b>5</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>217</b>
5.1	Zusammenfassung und Diskussion zentraler Ergebnisse .....	217
5.2	Chancen und Risiken in der Pflege .....	226
5.3	Schlussfolgerungen und Ausblick .....	233
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>243</b>

---

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Modell beruflicher Gratifikationskrisen .....	16
Abbildung 1.2	Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, Burnout und Krankheit .....	27
Abbildung 1.3	Ansatzpunkte zur Stressbewältigung am Beispiel „Zeitdruck in der Pflege“ .....	34
Abbildung 3.1	Aufgabenfelder und Funktionen der professionellen Pflege .....	67
Abbildung 3.2	Verteilung der Beanspruchungs- und Bewältigungsmuster im Pflegeberuf .....	112
Abbildung 4.1	Wichtige Faktoren der Berufstätigkeit .....	146
Abbildung 4.2	Beschäftigungsumfang nach Geschlecht .....	148
Abbildung 4.3	Gründe für eine längere Unterbrechung der Berufstätigkeit .....	149
Abbildung 4.4	Bewertung Arbeitszeitmodell .....	150
Abbildung 4.5	Organisatorische Belastungsfaktoren .....	151
Abbildung 4.6	Zu betreuende Kinder und pflegebedürftige Angehörige nach Altersklassen .....	153
Abbildung 4.7	Stressfaktoren und Belastung .....	159
Abbildung 4.8	Burnout Risiko nach Arbeitsbereichen .....	166
Abbildung 4.9	Mögliche Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg .....	167
Abbildung 4.10	Gründe für einen Wechsel ins Ausland .....	169
Abbildung 4.11	Arbeitsbelastung, Burnout und Arbeitszufriedenheit nach Pflegebereichen (Mittelwerte) .....	195

---

Abbildung 4.12	Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, Burnout-Risiko, Arbeitszufriedenheit und Bewältigungsstrategien (Pearson's r) .....	201
Abbildung 5.1	Erneute Entscheidung für den Pflegeberuf, Vergleich Pflegekräfte und Pflegeschüler*innen .....	221
Abbildung 5.2	Wechselwirkungen und Einflussfaktoren zwischen Arbeitsbelastung, Burnout-Risiko, Arbeitszufriedenheit und Bewältigungsstrategien (Beta-Koeffizienten) .....	225

---

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Symptomklassifikation und Phasenverlauf von Burnout nach Burisch .....	25
Tabelle 3.1	Belastungsfaktoren im Pflegeberuf .....	76
Tabelle 3.2	Übersicht empirischer Ergebnisse über Belastungen und Stress im Pflegeberuf .....	78
Tabelle 3.3	Übersicht empirischer Ergebnisse zu Burnout in der Pflege .....	93
Tabelle 3.4	Übersicht empirischer Ergebnisse zur Verweildauer und Berufsverbleib von Pflegekräften .....	101
Tabelle 3.5	Übersicht empirischer Ergebnisse zu Arbeitszufriedenheit und Ressourcen in der Pflege .....	118
Tabelle 4.1	Direkte Belastungsfaktoren .....	133
Tabelle 4.2	Weitere Variablen zur Arbeitsbelastung .....	133
Tabelle 4.3	Burnout Selbsteinschätzung .....	134
Tabelle 4.4	Variablen zur Arbeitszufriedenheit .....	135
Tabelle 4.5	Bewältigungsstrategien .....	136
Tabelle 4.6	Sozialstrukturelle Merkmale der Stichprobe .....	137
Tabelle 4.7	Entscheidungen zur Berufswahl (in Prozent) .....	141
Tabelle 4.8	Wichtigkeit des sozialen Aspektes als Berufswahlmotiv nach Geschlecht (in Prozent) .....	142
Tabelle 4.9	Wichtigkeit des Abwechslungsreichtums als Berufswahlmotiv nach Pflegebereichen (in Prozent) .....	142

Tabelle 4.10	Wichtigkeit der Arbeitsplatzsicherheit als Berufswahlmotiv nach Berufsjahren (in Prozent) .....	143
Tabelle 4.11	Wichtigkeit von Aspekten der Berufstätigkeit (in Prozent) .....	144
Tabelle 4.12	Wichtigkeit von Aspekten der Berufstätigkeit, Faktoren und Faktorladungen .....	145
Tabelle 4.13	Wichtigkeit des Faktors „Familienfreundlichkeit“ für die Berufstätigkeit nach Geschlecht (in Prozent) .....	146
Tabelle 4.14	Unterbrechungszeiten nach Pflegebereichen (in Prozent) .....	149
Tabelle 4.15	Einschätzung der Angemessenheit der Bezahlung nach Arbeitsbereichen (in Prozent) .....	154
Tabelle 4.16	Zeitplanung nach Arbeitsbereichen (in Prozent) .....	155
Tabelle 4.17	Potenzielle Stress- und Belastungsfaktoren (in Prozent) .....	157
Tabelle 4.18	Potenzielle Stressfaktoren, Faktoren und Faktorladungen .....	158
Tabelle 4.19	Konfrontation mit Leid und Tod nach Arbeitsbereichen (in Prozent) .....	160
Tabelle 4.20	Konfrontation mit Leid und Tod nach Altersklassen (in Prozent) .....	160
Tabelle 4.21	Summenindex Belastungsfaktoren .....	161
Tabelle 4.22	Gesundheitsprobleme und Beschwerden (in Prozent) .....	163
Tabelle 4.23	Summenindex Gesundheitsbeschwerden .....	164
Tabelle 4.24	Burnout Selbsteinschätzung (in Prozent) .....	165
Tabelle 4.25	Möglicher vorzeitiger Berufsausstieg nach Altersklassen (in Prozent) .....	167
Tabelle 4.26	Möglicher vorzeitiger Berufsausstieg nach Berufsjahren (in Prozent) .....	168
Tabelle 4.27	Pflegerische Versorgung nach Arbeitsbereichen (Angaben „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ in Prozent) .....	172
Tabelle 4.28	Mögliche Schwierigkeiten bei der Patientenversorgung, Akutpflege (in Prozent) .....	175
Tabelle 4.29	Mögliche Schwierigkeiten bei der Patientenversorgung, stationäre/teilstationäre Pflege (in Prozent) .....	176

Tabelle 4.30	Mögliche Schwierigkeiten bei der Patientenversorgung, ambulante Pflege (in Prozent) .....	177
Tabelle 4.31	Möglichkeiten und Methoden der Stressbewältigung (in Prozent) .....	179
Tabelle 4.32	Möglichkeiten und Methoden der Stressbewältigung, Faktoren und Faktorladungen .....	180
Tabelle 4.33	Möglichkeiten der Stressbewältigung (in Prozent) .....	181
Tabelle 4.34	Summenindex Stressbewältigungsmöglichkeiten .....	182
Tabelle 4.35	Hilfreiche Bewältigungsstrategien – Mittelwerte nach Altersklassen .....	183
Tabelle 4.36	Hilfreiche Bewältigungsstrategien – Mittelwerte nach Berufsjahren .....	183
Tabelle 4.37	Individuelle Ressourcen und Chancen in der Pflege (in Prozent) .....	185
Tabelle 4.38	Charakterisierung des Verhältnisses der Kolleg*innen (in Prozent) .....	187
Tabelle 4.39	Arbeitsplatzzufriedenheit nach Pflegebereichen (in Prozent) .....	188
Tabelle 4.40	Weiterempfehlungsbereitschaft nach Pflegebereichen (in Prozent) .....	189
Tabelle 4.41	Wiederbewerbung nach Pflegebereichen (in Prozent) .....	190
Tabelle 4.42	Zukünftige Entwicklungen in der Pflege (in Prozent) .....	191
Tabelle 4.43	Determinanten der Arbeitsbelastung, des Burnout-Risikos, der Arbeitszufriedenheit und der Copingstrategien (Pearson's r) .....	196
Tabelle 4.44	Mittelwertvergleiche – Burnout-Risiko, Gesundheitsprobleme und Arbeitszufriedenheit nach Arbeitsbelastung .....	198
Tabelle 4.45	Gedanken an einen vorzeitigen Berufsausstieg nach Arbeitsbelastung (in Prozent) .....	198
Tabelle 4.46	Determinanten der Arbeitszufriedenheit (Gamma) .....	199
Tabelle 4.47	Mittelwertvergleiche – Burnout-Risiko, Gesundheitszustand und Probleme bei der Patientenversorgung nach Arbeitszufriedenheit .....	200
Tabelle 4.48	Determinanten eines möglichen Berufsausstiegs (Cramer's V) .....	202
Tabelle 4.49	Determinanten von Problemen bei der Patientenversorgung (Pearson's r) .....	203

---

Tabelle 4.50	Burnout-Risiko – Einflussfaktoren, Variablen des allgemeinen Regressionsmodells .....	204
Tabelle 4.51	OLS-Regression über das empfundene Burnout Risiko ...	205
Tabelle 4.52	OLS-Regression über die empfundene Arbeitsbelastung .....	207
Tabelle 4.53	Arbeitszufriedenheit – Einflussfaktoren, Variablen des allgemeinen Regressionsmodells .....	208
Tabelle 4.54	OLS-Regression über die empfundene Arbeitszufriedenheit .....	209
Tabelle 4.55	Vorzeitiger Berufsausstieg – Einflussfaktoren, Variablen des logistischen Regressionsmodells .....	210
Tabelle 4.56	Logistische Regression über Gedanken an einen vorzeitigen Berufsausstieg .....	211
Tabelle 4.57	OLS-Regression über Probleme bei der Patientenversorgung .....	212



# Theoretische Grundlagen

# 1

In diesem Kapitel wird der für diese Arbeit relevante theoretische Rahmen skizziert. Zunächst wird der Begriff der „Systemrelevanz“ im systemtheoretischen Verständnis kurz erläutert. Es folgen soziologische Überlegungen zu Arbeit und Beruf sowie Auseinandersetzungen mit den Konstrukten Stress, Arbeitsbelastung, Bewältigungsstrategien und Arbeitszufriedenheit.

## 1.1 Begriffsbestimmung: Systemrelevanz

Grundlage der Begriffsbestimmung ist das Luhmann'sche Verständnis einer funktional-strukturellen Differenzierung der modernen Gesellschaft in verschiedene einzelne Funktionssysteme (z. B. Wirtschaft, Wissenschaft, Recht, Politik) (Luhmann 1994, 1997). Jedes dieser Teilsysteme erfüllt dabei eine spezifische Funktion für das Gesamtsystem der Gesellschaft und hält es dadurch aufrecht. In diesem systemtheoretischen Sinne versteht Luhmann die Gesellschaft als Sozialsystem mit einer gewissen Sonderstellung. Er beschreibt Gesellschaft als den umfassendsten Typ sozialer Systeme, als ein System höherer Ordnung, da es alle Interaktions- und Organisationssysteme beinhaltet (Luhmann 1997). Die Funktionssysteme sind folglich dem Gesellschaftssystem untergeordnet. Kommt es in einem Teilsystem zu Störungen bei der Funktionserfüllung oder zu allgemeinen Krisen, hat das in der Folge Auswirkungen auf das Gesamtsystem. In seinem Aufsatz „Der medizinische Code“ (2005) beschäftigt sich Luhmann konkret mit dem Gesundheitssystem bzw. dem System der Krankenbehandlung, wie er es nennt, und geht der Frage nach, ob es sich dabei um ein eigenständiges Funktionssystem handelt. Trotz einiger Besonderheiten des Systems (Luhmann 2005, 177 ff.)

kommt Luhmann zu dem Schluss, dass es sich bei dem Gesundheitssystem tatsächlich um ein eigenständiges Teilsystem der Gesamtgesellschaft handelt und sich demnach auch auf dieses auswirken kann. Nach diesen kurzen Ausführungen zur soziologischen Systemtheorie, soll nun der Begriff der „Systemrelevanz“, im Sinne von Relevanz für das Gesamtsystem der Gesellschaft, für die Analyse dieser Arbeit genauer erörtert werden.

Der Begriff stammt ursprünglich aus den USA und hat sich im Zuge der Banken- und Finanzmarktkrise etabliert. Eine staatliche Rettungsaktion von New York City im Jahr 1914 gilt als Beginn des Phänomens in der amerikanischen Finanzwelt (Silber 2008). Spätestens nach den Erfahrungen der Weltwirtschaftskrise und des New Yorker Börsencrashes Ende der 1920er Jahre ist bekannt, dass Störungen des Finanzsystems gravierende Konsequenzen für die Realwirtschaft haben können (Jäggi 2010, S. 5). Akteure gelten demnach als „systemrelevant“ oder ‚too big to fail‘, wenn sie eine derart bedeutende Rolle für das Wirtschafts- und Finanzsystem spielen, dass ihre Insolvenz nicht hingenommen werden kann. Droht diese dennoch, wird sie in der Regel mittels staatlicher Unterstützung („Bail-out“) abgewendet (van Roosebeke 2011, S. 29). Insbesondere Banken, Versicherungen und Finanzinstitute sind von der Problematik betroffen. Laut Deutscher Bundesbank (2019) gilt eine Bank als „global systemrelevant [...] wenn durch bei ihr auftretende Schwierigkeiten bzw. ihren Zusammenbruch das Funktionieren des globalen Finanzsystems und der Realwirtschaft gravierend beeinträchtigt würde.“

Im Zuge der Weltfinanzkrise ab 2007 wurde die Diskussion um die Systemrelevanz von Finanzinstituten erneut laut und gipfelte in dem Zusammenbruch der US-amerikanischen Investmentbank Lehman Brothers im Jahr 2008, welcher einer der Auslöser für die Weltwirtschaftskrise war. Infolgedessen mussten vor allem in den USA und Europa viele Banken durch Milliarden an Staatshilfen vor der Insolvenz gerettet werden. In Deutschland beispielsweise die Immobilienbank Hypo Real Estate und die Sachsen LB. Zur Stabilisierung des Finanzsektors wurde daher im Herbst 2008 das Finanzmarktstabilisierungsgesetz als Eilgesetz verabschiedet. In einer Rede vor dem Deutschen Bundestag am 15. Oktober 2008 in Berlin sagte der damalige Finanzminister Peer Steinbrück zu dem Gesetzesentschluss:

„Wenn es auf den Weltfinanzmärkten brennt, dann muss gelöscht werden. Auch wenn es sich um Brandstiftung handelt. Danach müssen die Brandstifter allerdings anschließend gehindert werden, so was wieder zu machen. Die Brandbeschleuniger müssen verboten werden, und es muss für einen besseren Brandschutz gesorgt werden.“ (Bundesregierung 2008)