



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28, 49525 Lengerich,  
Telefon 05484-97234, Telefax 05484-550,  
E-Mail: pabst.publishers@t-online.de  
Internet: www.pabst-publishers.de  
Konto-Nr.: 0709772402  
BLZ: 26580070

**Verantw. Redakteur:**  
Wolfgang Pabst

**Fachredakteur:** Peter Schönherr  
**Chef vom Dienst:** Erika Wiedenmann  
**Herstellung und Administration:**

••••  
**Druck:** KM-Druck, Groß-Umstadt  
**Titelfoto:** © •••••

**Anzeigenleitung:** Ute Massarwa  
massarwa@pabst-publishers.com

#### Abonnements:

Inland: 30,- Euro, Ausland: 33,- Euro,  
Schüler/Studenten (Nachweis erforderlich):  
24,- Euro  
(alle Preise inkl. Versand und MwSt.)

Einzelpreis: 8,50 Euro. Mindestbezugsdauer  
12 Monate. Das Abonnement verlängert  
sich stillschweigend um 1 Jahr, wenn es nicht  
3 Monate vor Ablauf des Bezugszeitraums  
schriftlich gekündigt wird. Bitte teilen Sie uns  
nach einem Umzug ihre neue Anschrift mit,  
damit es zu keiner Verzögerung der Zustel-  
lung kommt. Bei Mitteilungen an den Verlag  
geben Sie bitte immer Ihre Abonnenten-  
Nummer an.

plexus erscheint vierteljährlich.

Für Angaben von Medikamenten-Dosierungen  
und Applikationsformen wird vom Verlag keine  
Haftung übernommen. Herausgeber und Verlag  
legen große Sorgfalt darauf, dass Angaben  
über Dosierung und Applikation dem aktuellen  
Wissensstand entsprechen, doch ist jeder  
Benutzer angehalten, durch sorgfältige Prüfung  
der Beipackzettel der verwendeten Medikamente  
festzustellen, ob die angegebenen Dosierungen  
oder die Beachtung von Kontraindikationen  
gegenüber der Angabe in diesem Magazin  
abweichen. Jede Dosierung oder Applikation  
erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Wir  
bitten, auffallende Ungenauigkeiten sofort  
dem Verlag mitzuteilen.

© PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,  
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

ISSN 0948-2725

- 2 | Editorial  
*Barbara Hinding*
- 6 | Professionalisierungsaspekte und Kompetenzfelder  
der beruflichen Altenpflege  
*Kerstin Blass*
- 15 | Wer schätzt denn hier den Wert? –  
Wertschätzung für professionelle Pflege  
braucht gemeinsame Qualitätskriterien.  
*Susanne Hellweg, Klaus Müller*
- 29 | Erfolgsbesprechungen in der stationären Altenpflege –  
Ein gelingender Ansatz zur Würdigung und Wertschätzung  
der eigenen Arbeit  
*R. Rottländer, M. Isfort, A. Neuhaus*
- 39 | Das Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit  
in der Altenpflege  
*Thomas Birken*
- 47 | Emofit® – Erprobung und Evaluation eines Trainings  
für Pflegekräfte zum angemessenen Umgang  
mit den eigenen Emotionen  
*Isabel Herms*
- 55 | Wertschätzung von Pflegearbeit.  
Ergebnisse einer Befragung zur wahrgenommenen  
Qualität von Alten- und Krankenpflege  
*Kurt-Georg Ciesinger, Rüdiger Klatt, Henrik Cohnen*
- 64 | Wertschätzung als Prädiktor für die Leistungsfähigkeit  
und Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus  
*Barbara Hinding, Selda Akca, Michael Kastner*
- 76 | Wertschätzende Führung in der Altenpflege  
als Verantwortung der Organisation  
*Claudia Bessin, Paul Fuchs-Frohnhofen*
- 87 | Memorandum

## Wertschätzung in Pflegeberufen

Barbara Hinding

---

*„Ohne Wertschätzung kann man auf Dauer nicht arbeiten und schon gar nicht zusammenarbeiten.“  
(Pflegerkraft in einem ProWert-Interview)*

Der demografische Wandel und die ohnehin immer rascheren Veränderungen in der Arbeitswelt rücken die Menschen als Wert- und Innovationstreiber derzeit verstärkt in den Fokus unternehmerischen Denkens und Handelns. Dadurch gewinnt auch die Frage nach der Wertschätzung der Beschäftigten durch ihre Arbeitgeber an Aktualität. Dies zeigt sich unter anderem an einer steigenden Zahl an Veröffentlichungen zu diesem Thema. Wertschätzung gilt als wichtiger Beitrag zur Entfaltung der Leistungspotentiale der Mitarbeitenden (Bartscher, 2005). Ihr Fehlen und ihr Gegenpol – Missachtung und Entwertung – werden als Belastung, Auslöser von Stress und ein Gesundheitsrisiko beschrieben (Siegrist, 2008; Semmer et al., 2006).

Der Dienstleistungssektor Pflege steht als Folge der technischen, sozialen und demografischen Entwicklung unter starkem Veränderungsdruck. Für die Beschäftigten ist dies vor allem mit neuen Anforderungen und Belastungen verbunden. Die „Ökonomisierung“ der Pflege in der jüngsten Vergangenheit hat zu Personalabbau, Zusatzaufgaben und einer erheblichen Arbeitsverdichtung geführt (Marrs, 2007; Isfort, 2007). Nachwuchsprobleme kommen hinzu. Die Situation in der Pflege gilt als prekär. Bald werden immer mehr Kranke und Pflegebedürftige von immer weniger Pflegepersonal betreut werden müssen. Zudem wird davon ausgegangen, dass die Arbeitsbedingungen das Image des Berufs negativ beeinflussen (Engelbrecht et al., 2010) und die Versorgung der Patienten und Bewohner in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gefährden (DBfK, 2008; Siegrist et al., 2009). Aus dieser Belastungssituation ergeben sich häufig negative Folgen für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pflegenden. So weisen zum Beispiel Pflegekräfte in Krankenhäusern höhere krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf als Arbeitende in

der Industrie (Stab & Hacker, 2007). Auffällig ist nicht nur das Ausmaß der Muskel-Skelett-Erkrankungen, sondern auch das der psychischen Störungen (DAK-Gesundheitsreport, 2007). Zahlreiche Einzelstudien, zum Beispiel zu Burn-out-Symptomen oder zu Überlegungen zum Berufswechsel unterstreichen die Bedeutsamkeit der Gesundheitsgefahren und beruflichen Krisen in der Pflege (Kuhnert, Akca & Kastner, 2010, geben hier einen Überblick). Dies zeigt sich auch an der Frühberentungsquote, die bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen im Krankenhaus mittlerweile die 40%-Marke und damit einen Spitzenplatz erreicht hat (Hien, 2009).

Von den Betroffenen wird diese Situation vor allem als ein Mangel an Wertschätzung betrachtet. Sie sehen ihr berufliches Selbstverständnis zum Teil massiv in Frage gestellt. Der Sinn der Pflege, die Unterstützung von und Verantwortung für hilfsbedürftigen Menschen, steht für sie in Widerspruch zur zunehmenden Orientierung ihrer Tätigkeit an ökonomischen Vorgaben. Wertorientierungen, welche das Wohl der kranken und hilfsbedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellen, kann subjektiv nicht mehr in ausreichendem Maß entsprochen werden. Hierunter leidet auch der berufsbezogene Stolz, eine affektive Komponente, welcher äußerst positive Konsequenzen für Motivation und Leistungsfähigkeit zugeschrieben werden (Gouthier, 2006).

Mehr Wertschätzung für die Pflege und die einzelnen Mitarbeitenden könnte diese Situation zumindest entschärfen. Die Beiträge in diesem Heft versuchen deshalb aufzuzeigen, welche positiven Folgen Wertschätzung für Leistung, Gesundheit und Wohlbefinden haben kann und stellen Maßnahmen zur Förderung der Wertschätzung im Pflegebereich von Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern vor.

Ausgehend von der Überlegung, dass Stolz auf die eigene Arbeitsleistung in Zusammenhang mit der Wertschätzung des eigenen beruflichen Tuns durch die Gesellschaft und die Organisationen steht, hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Herbst 2008 im Förderprogramm „Innovationen mit Dienstleistungen“ einen Schwerpunkt mit dem Titel „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ ausgeschrieben (vgl. Zühlke-Robinet & Bootz, 2009). Beabsichtigt war, nicht genutzte Potentiale für die Professionalisierung im nichtakademischen Bereich von Dienstleistungsarbeit zu erschließen und die Wertschätzung und den Stolz auf die Arbeit zu fördern. Im Zeitraum von 2008 bis 2012 wurden 14 Verbund- und 2 Einzelprojekte mit Mitteln des BMBF und aus dem Europäischen Sozialfond (ESF) gefördert. Die Organisation oblag dem Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR).

Die folgenden Beiträge sind Resultat einer Kooperation von Projekten der Fokusgruppe „Wertschätzung und Produzentenstolz“, welche die Pflege als Untersuchungs- und Anwendungsfeld in den Fokus genommen haben.

Den Anfang machen Beiträge, die Wege zur Bestimmung des Wertes der Pflegearbeit aufzeigen und Kriterien für deren Wert-Schätzung entwickeln. Der erste Aufsatz „Professionalisierungsaspekte und Kompetenzfelder der beruflichen Altenpflege“ von Kerstin Blass zielt auf die Förderung der gesellschaftlichen Wertschätzung der Pflege und stellt ein Kompetenzprofil professionellen Handelns in der Altenpflege vor, das eindringlich zeigt, wie facettenreich und anspruchsvoll die Anforderungen in diesem Bereich sind. Susanne Hellweg und Klaus Müller nähern sich dieser Frage von der Seite der Qualitätsansprüche. Als Teilfrage im Projekt „ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung“ untersuchen sie die Qualitätskriterien, anhand derer Pflege von den verschiedenen Akteuren im Feld beurteilt wird. Ruth Rottländer, Michael Isfort und Andrea Neuhaus berichten Befragungsergebnisse aus Altenpflegeeinrichtungen aus dem Projekt „PflegeWert“. Ein zentrales Ergebnis dieser Studie ist, dass viele Pflegenden Schwierigkeiten haben, den Erfolg ihrer Arbeit wahrzunehmen und in Worte zu fassen. Hier setzt eine im Projekt entwickelte Interventionsmaßnahme, die Erfolgsbesprechung, an, die sich zur Förderung der Selbstwertschätzung bei Pflegenden als wirksam erwies. Auch im Beitrag von Thomas Birken zum „Reflexionstagebuch zur

interaktiven Arbeit in der Altenpflege“ wird eine im Projekt „PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit“ erarbeitete Methode zur Entwicklung der Reflexions- und Kommunikationskompetenzen von Altenpflegekräften vorgestellt. Das Training „Emofit“, entwickelt und beschrieben von Isabel Herms, ebenfalls im Rahmen des Projekts „PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit“, zielt auf den angemessenen Umgang mit den eigenen Emotionen. Der Beitrag zur Wertschätzung der Pflegearbeit ist dabei in der Sensibilisierung für emotionale Prozesse, besonders emotionale Dissonanzen zu sehen, die als Teil der interaktiven Arbeit Pflegenden oft unsichtbar bleiben.

Im darauf folgenden Beitrag „Wertschätzung von Pflegearbeit“ geht es um das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit. Vorgestellt werden die Ergebnisse einer Befragung aus dem Projekt „Berufe im Schatten“ (BiS), die zeigen, dass die Pflegeberufe überwiegend positiv angesehen sind, während die Einrichtungen, in denen Pflege stattfindet, als verbesserungsbedürftig gelten.

Die weiteren Beiträge fokussieren dann auch auf die Organisation als Ort, an dem Wertschätzung gelebt wird und der zahlreiche Ansatzpunkte für ihre Förderung bietet. Zunächst berichten Barbara Hinding, Selda Akca und Michael Kastner Befunde zum Zusammenhang von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wertschätzung im Krankenhaus aus dem Projekt „ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung“. Je mehr Wertschätzung erfahren wird, desto ausgeprägter sind Arbeitsfähigkeit, psychische Leistungsreserven und positive Emotionen. Die größten Beiträge zur Wahrnehmung von Wertschätzung durch das Pflegepersonal leisten dabei die Unternehmenskultur und die direkten Vorgesetzten. Dadurch wird deutlich, dass der Führung im Krankenhaus eine entscheidende Rolle bei der Realisierung von Wertschätzung zukommt. Darauf aufbauend wurde ein Interventionskonzept entwickelt, welches sowohl die Stärkung der Wertschätzung in der Unternehmenskultur als auch die Erweiterung der Kompetenzen der Stationsleitungen als wesentliche Vermittler von Kultur und Wertschätzung aufgreift.

Auf ähnlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Bedeutung der Führungskräfte basiert auch die Arbeit von Claudia Bessin und Paul Fuchs-Frohnhofen „Wertschätzende Führung als Verantwortung der Organisation“ aus dem Projekt „Pflegewert“. Als Teil eines ebenfalls systemebenenübergreifenden Handlungsansatzes, zu dem auch die „Er-

folgsbesprechung“ gehört, stellen sie das Seminar „Wertschätzend Führen“ vor, das den Selbstwert der Führungskräfte stärken und wertschätzendes Verhalten den Mitarbeitenden gegenüber fördern soll.

Den Abschluss bildet das von der Arbeitsgruppe „Wertschätzung in der Pflege“ gemeinsam erstellte Memorandum „Den Wert der Pflegearbeit schätzen“, das auf der Abschlussstagung des Förderschwerpunktes am 30. und 31. Mai 2011 in Leipzig der Fachöffentlichkeit präsentiert wurde.

Insgesamt leisten die hier vorgestellten Projektergebnisse einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Wertschätzung und des berufsbezogenen Stolzes in der Pflege. Für verschiedene gesellschaftliche und organisationale Ebenen und in Bezug auf die Individuen wurden Wertschätzungsdefizite aufgezeigt. Die negativen Konsequenzen von Missachtung und Entwertung wurden ebenso deutlich wie die positiven Folgen größerer Wertschätzung. Im Ergebnis liegen nun Lösungsstrategien für verschiedene Problemfelder vor. Es wurden Interventionsmaßnahmen entwickelt und mit Erfolg erprobt, die Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und den Pflegenden selbst konkrete Hilfestellungen geben. Diese können in Zukunft dort eingesetzt und weiter verbreitet werden, um so die Wertschätzung für Pflegeberufe zu fördern, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pflegenden zu schützen und insgesamt auf eine Steigerung der Attraktivität dieser Berufe zuzusteuern.

## Literatur

- Bartscher, T. (2005). Gelebte und erlebte Wertschätzung. *Personal*, 05, 40-42.
- DAK-Gesundheitsreport (2007). [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/DAK-Gesundheitsreport\\_2007.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/DAK-Gesundheitsreport_2007.pdf), Zugriff am 19.04.2012.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2008). *DBfK PResseinformation zum Start der Kampagne „Uns reicht's!“ vom 22. 11. 2007*. [http://www.dbfk.de/index.php?subaction=showfull&id=1195724130&archive=&start\\_from=&ucat=10&](http://www.dbfk.de/index.php?subaction=showfull&id=1195724130&archive=&start_from=&ucat=10&), Download am 20.08.2008.
- Engelbrecht, S., Fesenfeld, A., Hellweg, S. & Schneider, H. (2010). Wertschätzung in Zeiten zunehmender Ökonomisierung der Pflegeberufe. In: M. Kastner (Hrsg.), *Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gouthier, M. (2006). Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion. In: M. Ringlstetter, S. Kaiser & G. Müller-Seitz (Hrsg.), *Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship* (S. 91-103). Wiesbaden: Gabler.
- Hien, W. (2009). Pflegen bis 67: Älter werden und Gesundheit im Pflegeberuf. *Gute Arbeit, Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung*, 36-39.
- Isfort, M. (2007). Pflege-Thermometer 2007. Gesundheitsgefährdung durch Personalabbau im Krankenhaus. *CNE*, 2 (4), 15.
- Kuhnert, P., Akca, S. & Kastner, M. (2010). Gesund pflegen unter Zeitnot und fehlender Anerkennung? Wertschätzungsaspekte des Gesundheitsmanagements in der Krankenpflege. In: M. Kastner (Hrsg.), *Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Marrs, K. (2007). Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? *WSI Mitteilungen*, 9, 502-507.
- Semmer, N., Jacobshagen, N. & Meier, L. (2006). Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. *Wirtschaftspsychologie*, 2/3, 87-95.
- Siegrist, J. (2008). *Der Homo oeconomicus bekommt Konkurrenz. Die Wiederentdeckung der Emotion in der Wirtschaft*. Düsseldorf: Identity Foundation.

- Siegrist, J., Blum, K., Knesebeck von dem, O. & Grosse Frie, K. (2009). Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Patientenversorgung – eine Befragung von ÄrztInnen und Mitarbeitervertretungen in Krankenhäusern. *Forschungsinformationsdienst 2/2009 der Hans-Böckler-Stiftung*, Düsseldorf.
- Stab, N. & Hacker, W: (2007). Gibt es unterschiedlich effiziente Organisationsformen in der stationären Krankenpflege? In: P. G. Richter, R. Rau & S. Mühlport (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld* (S. 163-177). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zühlke-Robinet, K. & Bootz, I. (2009). „Dienstleistungsfacharbeit“ als Leitbild für Dienstleistungsarbeit – der BMBF-Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ im Überblick. In: R. Brötz & F. Schapfel-Kaiser (Hrsg.), *Anforderungen an kaufmännisch-betriebswirtschaftliche Berufe aus berufspädagogischer und soziologischer Sicht*, 1. Auflage (S. 171-187). Bielefeld.

## Kontakt

Dr. Barbara Hinding  
Mannheimer Institut für Public Health,  
Sozial- und Präventivmedizin  
Universitätsmedizin Mannheim  
Medizinische Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg  
Ludolf-Krehl-Straße 7-11  
68167 Mannheim  
Tel.: 0621 383-6893  
Fax: 0621 383-9920  
E-Mail: [barbara.hinding@medma.uni-heidelberg.de](mailto:barbara.hinding@medma.uni-heidelberg.de)  
Web: [www.miph.uni-hd.de](http://www.miph.uni-hd.de)



# Professionalisierungsaspekte und Kompetenzfelder der beruflichen Altenpflege

Kerstin Blass

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Saarbrücken

---

**Zusammenfassung:** Der demografische Wandel wird zukünftig unstrittig zu einem steigenden Bedarf an Pflegefach- und Pflegehilfskräften führen und die Altenpflege wird sich zu einem nachgefragten und krisensicheren Arbeitsfeld der Zukunft entwickeln. Fraglich ist allerdings, ob dieses Arbeitsfeld auch attraktiv genug sein wird, um beispielsweise ausreichend neue Fachkräfte zu rekrutieren und/oder das vorhandene Pflegepersonal an diese Branche zu binden. Ausschlaggebend für die Attraktivität dieses Berufsfeldes ist zum einen die sozialstaatliche Regulierung des Pflegemarktes, da darüber die Rahmenbedingungen für das konkrete pflegerische Handeln abgesteckt werden. Zum anderen muss der (Alten-)Pflege endlich eine angemessene gesellschaftliche Wertschätzung und Anerkennung zuteilwerden. In diesem Beitrag werden zunächst zentrale Eckpfeiler des soziologischen Professionalisierungsdiskurses umrissen und Mechanismen, die zu einer systematischen Abwertung der bis heute überwiegend von Frauen übernommenen Pflegearbeit geführt haben, problematisiert. Im Anschluss daran wird das tätigkeitsbezogene pflegerische Handeln konkretisiert und das Kompetenzprofil Altenpflege vorgestellt, um zu verdeutlichen, dass die Ausübung der beruflichen Altenpflegearbeit längst ein breites Generalistenwissen voraussetzt. Schließlich wird mit Blick auf Selbst- und Fremdwertschätzung dargestellt, welche Arbeitsanteile für Pflegekräfte und für unterschiedliche Akteure der Pflegebranche von besonderer Relevanz sind.

**Schlüsselwörter:** Verberuflichung, Professionalisierung, Hausarbeitsnähe, Interaktionsarbeit, Kompetenzprofil, berufsspezifische Kernkompetenz, Sozialkompetenz, Niedriglohnsektor.

## 1 Einleitung

Seit Jahren wird mit variierenden Fokussierungen über den demografischen Wandel und dessen Auswirkungen auf die gesellschaftlichen Teilbereiche diskutiert (vgl. Bieber, 2011). In der vielschichtigen Problematik, die eine fortschreitende Überalterung der Gesellschaft mit sich bringt, ist längst auch die zukünftige Versorgung von alten, pflege- und hilfebedürftigen Menschen als ein relevantes gesellschaftspolitisches Handlungsfeld identifiziert worden (vgl. Geiger, 2011). Die personenbezogenen Pflegedienstleistungen werden zukünftig ökonomisch wie auch sozialpolitisch eine zentrale Rolle spielen, bereits heute arbeiten rund 800.000 Beschäftigte in den bundesweit 11.500 ambulanten Pflegediensten und 11.000 Pflegeheimen. Nach den Prognosen werden Mitte dieses Jahrhunderts mehr als doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen in Deutschland leben, und die Zahl der im Sinne des SGB XI als zumindest „erheblich pflegebedürftig“ eingestuften Personen wird voraussichtlich bis zum Jahr 2050 auf mehr als vier Millionen anwachsen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008). Begleitet wird diese Entwicklung von einem (relativen) Rückgang privat erbrachter Pflegeleistungen, sodass bis 2050 mit einer Verdreifachung des Personalbedarfs gerechnet wird (vgl. ebda.).

Liefen die mit dem demografischen Wandel antizipierten sozialpolitischen Folgen einerseits also deutliche Hinweise für den gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs der erwerbsförmig erbrachten (Alten-)Pflegearbeit, so wird andererseits in der immer schneller voranschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens die grundlegende Finanzierungsproblematik der sozialen Sicherungssysteme sichtbar. Inwieweit diese beiden gegenläufigen Entwicklungen (steigender Arbeitskräftebedarf bei sinkenden finanziellen Ressourcen) gegenwärtig und zukünftig den gesellschaftlichen Stellenwert und die Wertschätzung der beruflichen

Altenpflege verändern werden, ist noch nicht abschließend entschieden.

Akademisierung und z.B. die Entwicklung von pflegerischen Expertenstandards sprechen für eine Aufwertung der beruflichen Altenpflege. Andererseits ist nicht zu ignorieren, dass vor allem die Altenpflegebranche schon seit Jahren zu einem Niedriglohnsektor transformiert wird. Insbesondere die Einführung der Ein-Euro-Jobs kann als ein zentrales, wenn vielleicht auch noch nicht absolut tragfähiges, Brückenglied zwischen den arbeitsmarktpolitischen und sozialpolitischen Handlungsfeldern betrachtet werden, über das der Strom derer, die arbeitsmarktpolitisch kaum noch als vermittelbar erscheinen, in die Pflegebranche gelenkt wird, wo angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen ein immer größerer Bedarf an vermeintlich gering qualifizierten Arbeitstätigkeiten offenbar wird.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Welches Sozialprestige aus der Berufsausübung abgeleitet wird, welche Karrierechancen mit der beruflichen Tätigkeit verbunden sind und welche Wertschätzung den Berufsinhaber/innen entgegengebracht wird, sind klassische Themenfelder der Berufs- und Professionssoziologie (vgl. Helsper et al., 2000). Sie erfahren seit geraumer Zeit aber auch im berufsspezifischen Pflegediskurs und in den Auseinandersetzungen um den gesellschaftlichen Stellenwert „der Pflege“ eine wachsende Bedeutung und Aufmerksamkeit (vgl. z.B. Albert, 1998; Weidner, 2004; Hülsken-Giesler, 2008).

Grundsätzlich sind im (soziologischen) Professionalisierungsdiskurs Ansätze vorzufinden, die einer Makro-Ebene oder einer Mikro-Ebene zugeordnet werden können (vgl. Blass, 2011). In den theoretischen Ansätzen der Makro-Ebene sind die gesellschaftliche Arbeitsteilung sowie die horizontale und vertikale Beziehung von Berufen und Professionen zueinander relevant und es wird analysiert, nach welchen Mechanismen berufsspezifische Privilegien vergeben werden. Die der Mikro-Ebene zugeordneten Ansätze nehmen eine intraprofessionelle bzw. arbeitswissenschaftliche Verdichtung der analytischen Perspektive vor und es wird das tätigkeitsbezogene berufliche Handeln konkretisiert.

In der Literatur werden auf der Makro-Ebene merkmalsorientierte, funktionalistische und machttheoretische Erklärungsansätze unterschieden (vgl. Albert, 1998).

Während merkmalsorientierte Ansätze im Wesentlichen Kennzeichen auflisten, die Berufe klassifizieren (Berufe verfügen über eine institutionalisierte Berufsausbildung mit entsprechenden Aufstiegsfeldern; Berufe werden in definierten Tätigkeitsfeldern ausgeübt), verweisen funktionalistische Erklärungsansätze auf arbeitsteilige Differenzierungsprozesse und auf eine damit einhergehende Ausbildung gesellschaftlicher Funktionsbereiche mit je spezifischen Problemlagen. Die Zuständigkeit für die Funktionsbereiche beanspruchen ausgewählte Berufsgruppen und Professionen, die zudem die Problemlösungshoheit monopolisieren, weil sie über spezielle Wissensbestände verfügen, die die Berufs- und Professionsinhaber/innen nur in eigens dafür konstituierten Bildungsgängen erwerben können. Die legitimatorische Grundlage für die Forderung von Sozialprestige und Status wird sowohl bei den merkmalsorientierten als auch bei den funktionalistischen Ansätzen im Wesentlichen aus dem Besitz der „richtigen“ Bildungsabschlüsse abgeleitet.

Machttheoretische Ansätze sehen im Gegensatz dazu hinter den Verberuflichungs- und Professionalisierungsprozessen konstruierte Zwecksetzungen, mit denen bestimmte gesellschaftliche Gruppen lediglich berufliche Aufstiegsprojekte realisieren (vgl. Ostner & Beck-Gernsheim, 1979; Voges, 2002). Die Generierung und Systematisierung von Fachwissen dient zum einen als argumentative Voraussetzung für die erfolgreiche Positionierung von Berufsinhaber/innen, zum anderen werden durch die Institutionalisierung des Bildungserwerbs und der Bildungsabschlüsse aber Schließungsprozesse eingeleitet, mit denen Fachfremde ausgegrenzt und von Bildungsgängen ferngehalten werden können.

Weitere machttheoretische Aspekte wurden durch die feministischen Forschungen zum Geschlechterverhältnis, zur geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktsegregation und zur Unterscheidung von Frauen- und Männerberufen verdeutlicht (vgl. Becker-Schmidt, 2003; Gottschall, 2000). Ein zentrales Ergebnis dieser Forschungsarbeiten besteht in der Einführung der analytischen Kategorie „soziales Geschlecht“ mit der die unterschiedliche Vergesellschaftung von Frauen und Männern als eine hierarchisch geordnete Ungleichstellung und die Geschlechterhierarchie als moderne Herrschaftsstruktur klassifiziert werden konnte. Das kapitalistische System ist auf die physische und psychische sowie generative Reproduktion der Arbeitskraft angewiesen, kann (oder will) diese aber nicht oder

nur begrenzt im Rahmen von Lohnarbeit bzw. Marktlogik gewährleisten. Als historisch gewachsene „Lösung“ (vgl. Gottschall, 2000) dieses, der Warenproduktion inhärenten, strukturellen Widerspruchs hat sich in westlichen Industriegesellschaften die Unterscheidung zwischen markt- und nicht marktvermittelter Arbeit ebenso durchgesetzt wie die spezifische Zugewiesenheit von Frauen und Männern auf die privaten Haushalte oder das Erwerbssystem. Die gesellschaftliche Strukturierung entlang zugeschriebener Geschlechterdifferenzen setzt sich innerhalb des Erwerbssystems fort und findet seinen Ausdruck in einer geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktsegmentierung und in der Herausbildung von Frauen- und Männerberufen. Als klassische Domäne weiblicher Erwerbsarbeit gilt bis heute die (Alten-)Pflege.

Charakteristisch für die Einordnung der Pflegeberufe ist deren unterstellte spezifische „Hausarbeitsnähe“, weil die Grenze zwischen erwerbsförmiger und privat organisierter Pflegearbeit beweglich ist. Berufliche und hausarbeitsnahe Strukturen greifen derart ineinander, dass scheinbar egal ist, ob die Pflegearbeit als Erwerbsarbeit, als ehrenamtliche oder als private Arbeit geleistet wird. Der daraus resultierende stereotype Verweis auf das (vermeintlich) geringe Qualifikationsprofil, welches (angeblich lediglich) aus einer Mischung von grundpflegerischen Kenntnissen sowie haushaltsnahen Fähigkeiten besteht, diente dann als „nachgeschobene Legitimation“ (vgl. Wetterer, 1992) für die Abwertung der (Alten-)Pflegearbeit als Anlernberuf. In das Muster dieser Abwertung passt schließlich auch, alle außerhalb der institutionalisierten Qualifikationsprozesse erworbenen Fähigkeiten, derer es bedarf, um die Pflegearbeit tatsächlich auszuüben, unsichtbar zu machen und nicht im Lohnfindungsprozess zu berücksichtigen.

In den der Mikro-Ebene zugeordneten aktuellen Theorieentwürfen ist nun eine Verschiebung des wissenschaftlichen Diskurses zu verzeichnen, indem die Arbeiten dezidiert auf die professionelle Praxis und das professionelle Handeln fokussieren und den genuinen Kern der (pflegerischen) Dienstleistungsarbeit konkretisieren. Als besonders anschlussfähig haben sich sowohl der handlungsorientierte Professionalisierungsansatz von Oevermann (1996) und in der Rezeption dieses Ansatzes Weidner (2004) oder Hülsken-Giesler (2008) als auch die arbeitswissenschaftliche Studie zur Interaktionsarbeit von Böhle & Glaser (2006) erwiesen.

Das Kernelement des handlungsorientierten Professionalisierungsansatzes besteht nach dem oevermannschen Entwurf in einem wechselseitigen Ineingreifen von universeller Regelanwendung und situativem Fallbezug (vgl. Hülsken-Giesler, 2008). Mit Blick auf die (Alten-)Pflege zeigt der Verweis auf universelle Regelanwendung zunächst das Erfordernis auf, dezidiert pflegespezifisches Fachwissen zu generieren und zu systematisieren. Die Hervorhebung des situativen Fallbezuges macht dagegen sehr deutlich, dass das professionelle Handeln notwendig an den direkten Kontakt bzw. eine Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient/in bzw. Pflegebedürftigem/r gebunden ist. Interaktionsarbeit stellt, so auch das zentrale Ergebnis der arbeitswissenschaftlichen Analyse der Dienstleistungsarbeit von Böhle & Glaser (2006), einen der Dienstleistungsarbeit immanenten Bestandteil dar, ohne den die Dienstleistung gar nicht erbracht werden kann. Der Umgang mit Gefühlen (Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit) und die Kooperation zwischen Dienstleistungsgewerbern und Dienstleistungsnehmern werden als Kernkomponenten jeder personenbezogenen Dienstleistungsarbeit und somit auch der Pflegearbeit verstanden. Professionalität gründet sich dementsprechend auf spezifische Interaktionskompetenzen (Weigl & Glaser, 2006). Durch die vierte Kernkomponente, das subjektivierende Arbeitshandeln, wird schließlich die pflegerische Arbeit mit Menschen, im Unterschied zum planbaren und rational begründbaren objektivierten Arbeitshandeln, als ein situatives und exploratives Vorgehen klassifiziert, das komplexe, auch sinnliche Wahrnehmungen umfasst, die nicht immer messbar oder quantifizierbar sind.

### 3 Empirische Basis und methodisches Vorgehen

Fußten die eingangs skizzierten Abwertungsmechanismen der (Alten-)Pflegearbeit darauf, diese als eine Tätigkeit mit nur geringer Qualifikation zu klassifizieren, die im Großem und Ganzen von „jederfrau“ ausgeübt werden kann, so konnte im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Untersuchung zur „Beruflichen Anerkennung und Professionalisierung in der stationären und ambulanten Altenpflege“ herausgearbeitet werden, in welchem großen Umfang die Ausübung der beruflichen Al-



tenpflegearbeit ganz im Gegenteil ein breites Generalistenwissen voraussetzt. Das Vorhaben wurde im Rahmen des vom BMBF ins Leben gerufenen Förderprogramms „Innovationen mit Dienstleistungen“ gefördert. Die Ergebnisse der Studie sind unter dem Titel „Altenpflege zwischen Jederfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen einer Domäne weiblicher (Erwerbs-)Arbeit“ veröffentlicht (vgl. Blass, 2011).

Die empirische Basis der Studie bildeten zwei Fragebogenerhebungen, leitfadengestützte Experteninterviews und diskursiv-reflexive Verfahren in Form von Gruppendiskussionen und Workshops. In den beiden standardisierten schriftlichen Erhebungen wurden circa 100 Heimleitungen und rund 80 Leitungen von ambulanten Diensten angeschrieben. Der Rücklauf lag in der stationären Pflege bei 59% (n = 59), in der ambulanten Pflege bei 49% (n = 39). Die Bögen umfassten offene und geschlossene Fragen zu allgemeinen statistischen Angaben des Betriebs, zu dessen Leistungsstruktur, zur Personalstruktur und zu den Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten. Leitfadengestützte Experteninterviews wurden mit verschiedenen Akteuren der Altenpflegebranche durchgeführt. Insgesamt wurden 21 Personen interviewt. Zwei davon sind übergeordnete Vertreter der Leistungsanbieter, drei vertreten die Pflegekräfte gewerkschaftlich bzw. durch die Berufsverbände. Vier Personen kommen aus dem universitären bzw. schulischen Ausbildungssektor. Zudem wurden zwölf Mitarbeiter/innen befragt, die in Leitungsfunktionen von ambulanten Diensten bzw. stationären Einrichtungen tätig sind. Der Schwerpunkt der Interviews lag auf Fragen zu den Themen Professionalisierung, Akademisierung, Kompetanzanforderungen, Fachwissen, Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit sowie zur zukünftigen Entwicklung der beruflichen Altenpflege. In diesem Kontext wurden auch Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen des Pflegemarktes und zur Funktionslogik der Pflegeversicherung erhoben.

Ergänzend zu den Experteninterviews wurden drei Gruppendiskussionen bzw. Arbeitsworkshops mit examinierten Altenpflegekräften aus der stationären und ambulanten Pflege, ein Workshop mit einer Abschlussklasse einer Altenpflegeschule und ein Workshop mit Student/innen der Pflegewissenschaften durchgeführt. Insgesamt haben 60 Personen teilgenommen. Der inhaltliche Fokus lag bei den Themen Anerkennung und

Wertschätzung der Pflegearbeit, es wurden sowohl Selbst- als auch Fremdwertschätzungen problematisiert und Lösungsvorschläge zu einer Verbesserung der Wertschätzung aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet.

Über einen Zeitraum von rund drei Monaten erfolgte schließlich eine systematische Analyse von insgesamt 182 Stellenangeboten, die online vom Vincentz-Verlag veröffentlicht worden waren und es wurden in zwei Weiterbildungsdatenbanken rund 134 Angebote auf ihre inhaltliche Ausrichtung geprüft.

## 4 Ausgewählte Ergebnisse

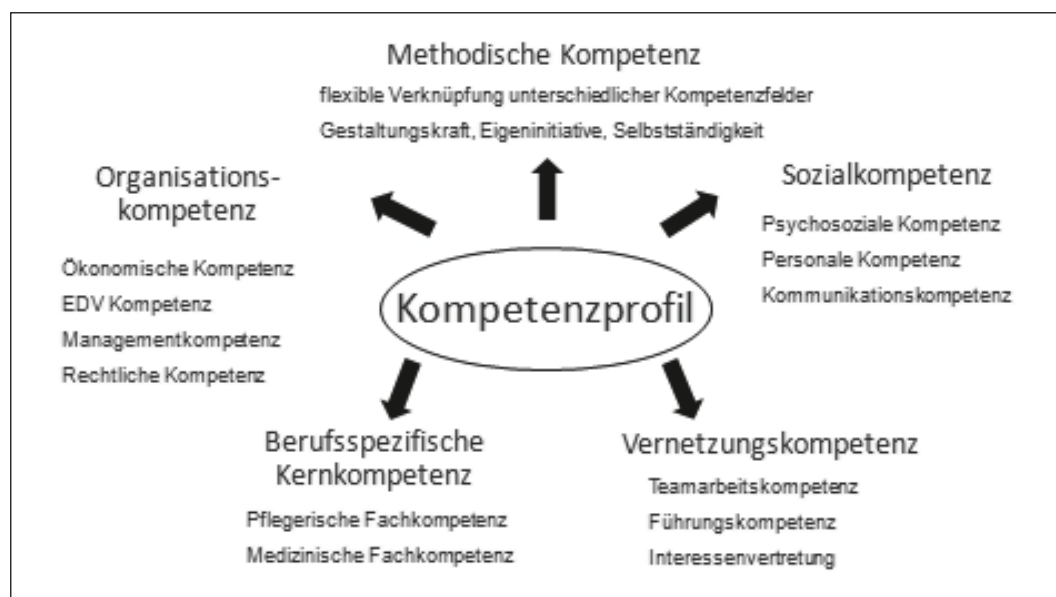
Aufbauend auf den empirischen Befunden wurde im Untersuchungsverlauf zunächst ein Kompetenzprofil Altenpflege entwickelt. In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die Empirieergebnisse getrennt nach den Erhebungsfeldern (Stellenausschreibungen, Weiterbildungsthemen der schriftlichen Befragung, Weiterbildungsdatenbanken) ausgewertet und untersucht, welche Wertigkeit den einzelnen Kompetenzfeldern zukommt. Ebenso wurden die Workshopergebnisse zur Selbstwertschätzung der Pflegekräfte und zu den von ihnen antizipierten Wertschätzung der Pflegearbeit durch „die Öffentlichkeit“ den unterschiedlichen Kompetenzfeldern zugeordnet und Rückschlüsse auf deren Stellenwert aus Sicht der Pflegekräfte gezogen. Schließlich wurden auch die Experteninterviews entlang der Kompetenzfelder ausgewertet.

### 4.1 Kompetenzprofil Altenpflege

Um die Breite und Vielschichtigkeit des Kompetenzprofils Altenpflege zu präzisieren und einer differenzierten Analyse zugänglich zu machen, wurden folgende fünf Kompetenzfelder unterschieden und hervorgehoben (Abb. 1).

Sozialkompetenz zielt auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, wobei die Pflegekräfte die primäre Verantwortung für die Beziehungsgestaltung haben. Es werden drei Ausprägungen der Sozialkompetenz unterschieden. Psychosoziale Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit der Pflegekraft, die Gefühle der Pflegebedürftigen wahrzunehmen und auf die Würde und Integrität der Pflegebedürftigen zu achten. Personale

Abb.1:  
Kompetenzprofil  
Altenpflege



Kompetenz bezeichnet dagegen die Fähigkeit der Pflegekraft, die eigenen Gefühle wahrzunehmen. Dies schließt den Umgang mit psychischen und physischen Belastungen ebenso ein wie die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns. Kommunikationskompetenz umfasst die Kommunikationsebene zwischen Pflegekraft und Hilfebedürftigen. Auch für eine gelingende Kommunikation trägt die Pflegekraft die professionelle Verantwortung.

Bei der Vernetzungskompetenz geht es im weitesten Sinne um die Beziehungsgestaltung zwischen beruflich in der Gesundheitsbranche Tätigen, wobei alle Beteiligten für eine gelingende Beziehungsgestaltung verantwortlich sind. Mit Teamarbeitskompetenz wird die Fähigkeit zur kooperativen internen teambezogenen und externen überbetrieblichen Zusammenarbeit bezeichnet. Führungskompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, die Mitarbeiter/innen zu motivieren und zielorientiert einzubinden. Unter Interessenvertretungskompetenz werden die Fähigkeiten der Beschäftigten subsumiert, die eigenen beruflichen Belange und Interessen zu vertreten.

Die berufsspezifischen Kompetenzen verdeutlichen den genuinen Kern der beruflichen Arbeit. Gemeint sind die jeweiligen fachlichen Kenntnisse, die Erwerbstätige zur Bewältigung konkreter beruflicher Aufgaben und zur Ausführung definierter Tätigkeiten benötigen und einsetzen. Während die pflegerische Fachkompetenz die Fähigkeit zum systematischen Einbeziehen wissenschaftlicher Erkenntnisse und (pflege-)theoretischer Zusammenhänge in das Pflegehandeln umfasst, sollen zu den medizinischen Fachkom-

petenzen die Fähigkeiten und Kenntnisse gezählt werden, die zur Übernahme und Durchführung der Behandlungspflege erforderlich sind.

Mit der Einführung einer zweiten fachlichen Ebene, der Organisationskompetenz, wird verdeutlicht, dass im pflegerischen Arbeitsalltag längst eine Vielzahl zusätzlicher organisatorischer Rahmenkompetenzen abgerufen wird. Die ökonomische Kompetenz umfasst das Können und die Bereitschaft, wirtschaftlich und effizient mit den zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen umzugehen. EDV-Kompetenz besteht darin, unterschiedlichste Anwendungssoftware nutzen zu können. Rechtliche oder juristische Kompetenzen beziehen sich auf (Grund-)Kenntnisse in unterschiedlichsten Rechtsbereichen. Dazu gehört das Verständnis der für die Pflege zentralen Sozialgesetze SGB XI und SGB V sowie die Fähigkeit, das Handeln an den gesetzlichen Vorgaben auszurichten. Zudem müssen die Regelwerke und Vorschriften beispielsweise zum Brandschutz, zum Arbeitsschutz, zum Gesundheitsschutz sowie die Verordnungen von Heimaufsicht und MDK verstanden und prüfungskonform umgesetzt werden. Die Managementkompetenz schließlich ist zunächst als Residualkategorie zu begreifen, in der alle im Rahmen der Analyse der Anforderungsprofile gefundenen Managementbegrifflichkeiten (z.B. Einstufungs- und Belegungsmanagement) subsumiert sind.

Mit der methodischen Kompetenz wird schließlich ein flexibles und dynamisches Element in das Kompetenzprofil eingeführt. Methodische Kompetenz meint hier nicht die

Kenntnis von speziellen Methoden, sondern steht für die Fähigkeit, Kompetenzen aus den vier bisher genannten Hauptebenen flexibel zu verknüpfen und zur Anwendung zu bringen. Die fünfte Kompetenzebene trägt damit der Tatsache Rechnung, dass das pflegerische Handeln eine komplexe Dienstleistung darstellt. So muss beispielsweise eine Pflegekraft zur Übernahme der morgendlichen Grundpflege nicht nur über eine ausreichende pflegerische Fachkompetenz verfügen, sondern sie muss psychosozialkompetent die Bedürfnislage des pflegebedürftigen Menschen erkennen. Nur so kann die Hilfeleistung individuell ausgerichtet werden. Neben dieser Anforderung der flexiblen Verknüpfung unterschiedlicher Kompetenzfelder zählt zu der methodischen Kompetenz des Weiteren die Fähigkeit, Kenntnisse und Fertigkeiten weiterzuentwickeln sowie Veränderungen anzuregen und aktiv mitzugestalten.

#### 4.2 Das Kompetenzprofil als analytisches Raster

Um beurteilen zu können, welche Kompetenzfelder von den Führungskräften als besonders wichtig eingeschätzt werden, wurde das Kompetenzprofil als analytisches Raster genutzt und die in den Stellenausschreibungen aufgeführten Anforderungen sowie die in den schriftlichen Befragungen genannten Weiterbildungsthemen den Kompetenzfeldern zugeordnet. Als erstes vergleichendes Ergebnis der Untersuchung ist hervorzuheben: In den Stellenausschreibungen werden in einem großen Umfang Eigenschaften von den Fachkräften verlangt, die der Sozialkompetenz zuzuordnen sind, wogegen im Anforderungsprofil unerwartet wenig berufsspezifische Kernkompetenzen aufgeführt wurden (vgl. Blass, 2011). Zum Zeitpunkt der Einstellung werden also die Kompetenzen nachgefragt, die für die Beziehungsgestaltung zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen bzw. für die gesamte Interaktionsarbeit wichtig sind. Demgegenüber werden nach den Ergebnissen der schriftlichen Erhebung die berufsspezifischen Kernkompetenzen stärker berufsbegleitend erweitert. Zudem fokussieren die Weiterbildungsbedarfe, die von den Führungskräften formuliert wurden, wesentlich stärker auf pflegespezifische Themenfelder (Expertenstandards, Palliativversorgung, Pflegeprozess/Pflegedokumentation) als auf medizinische Fachkompetenzen (Wundmanagement, Medikamentenlehre, Krankheitsbilder).

Welche Kompetenzfelder in der Selbstwertschätzung der Pflegekräfte einen besonderen Stellenwert einnehmen, wurde in mehreren Workshops erarbeitet. Bei der Durchführung dieser Workshops wurde explizit ein partizipativer Ansatz verfolgt. Partizipation oder Mitarbeiterbeteiligung wird vor allem im Zusammenhang mit einer nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung fast schon als Leitbild verstanden, denn die Akzeptanz von Maßnahmen zur Verhaltens- oder Verhältnisprävention kann durch die Teilhabe der Mitarbeiter/innen an (Veränderungs-)Prozessen wesentlich vergrößert werden. Partizipation nutzt das Fachwissen der Mitarbeiter/innen und fördert dadurch auch deren Wertschätzung, indem sie als Expert/innen ihrer eigenen Arbeitssituation anerkannt werden. In Anlehnung an das Stufenmodell der Partizipation in der Gesundheitsförderung (vgl. Wright et al., 2007; Blass et al., 2009) wurde in den Workshops ein sehr weitgehendes Partizipationsverständnis zugrunde gelegt. Damit die Pflegekräfte die Problemdefinition und die Formulierung von Vorschlägen zur Verbesserung der Fremdwertschätzung der Pflegearbeit in einem geschützten Raum vornehmen konnten, haben keine Führungskräfte an den Workshops teilgenommen.

Als erstes zusammengefasstes Workshopergebnis hat sich herausgestellt, dass auf die Frage „Worauf sind Sie als Pflegekraft bei Ihrer Arbeit stolz?“ die Sozialkompetenz (psychosoziale Kompetenz gefolgt von personaler Kompetenz) den größten Stellenwert in der Selbstwertschätzung einnimmt. Hervorzuheben ist allerdings angesichts der zahlreichen Nennungen, die sich konkret auf den Umgang und die Interaktion mit den Bewohner/innen beziehen, dass die in den unterschiedlichen wissenschaftlichen Arbeitsfeldern entwickelten Begrifflichkeiten im Sprachgebrauch der Pflegekräfte bisher nicht aktiv genutzt werden. Gefühlsarbeit und Emotionsarbeit scheinen ebenso wie psychosoziale und personale Kompetenz vor allem als analytische Kategorien in den sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern eingesetzt zu werden. Als Begriffe, mit denen die Pflegemitarbeiter/innen ihre Arbeitstätigkeit charakterisieren und ggf. auch sprachlich „aufwerten“, werden sie dagegen nicht genutzt. Als weiteres wichtiges Ergebnis der Workshops konnte die Bedeutsamkeit der Teamarbeit für die Pflegekräfte herausgearbeitet werden. Stolz entwickeln die Pflegekräfte in diesem Zusammenhang zum einen bezüglich der eigenen Teamfähigkeit und

Tab. 1:  
Maßnahmen  
zur Erhöhung  
der Wertschätzung  
der Altenpflege  
aus Sicht  
der Pflegekräfte

Politisch Verantwortliche	Öffentlichkeit	Berufsentwicklung
<p>Rahmenbedingungen verbessern, z.B. durch höhere Pflegeschlüssel und bessere Arbeitsbedingungen.</p> <p>Dokumentationsaufwand und Kontrolle der Behörden reduzieren.</p> <p>Praktika und Hospitationen von Politikern in der Tag- und Nachtschicht.</p> <p>Unterschiede zwischen Fachpflege und Laienpflege begreifen.</p> <p>Ganzheitlichkeit der Pflege akzeptieren, keine Zerfaserung der Pflegearbeit, kein Expertentum.</p> <p>Pflegenotstand zum Thema machen.</p>	<p>Positive Beispiele in die Medien.</p> <p>Vermeidung von Skandalberichten.</p> <p>Altenheime positiver darstellen.</p> <p>Informieren über gute Praxis.</p> <p>Wiedergabe von Bewohnermeinung.</p> <p>Positive Werbung für Altenpflege in Zeitschriften und Fernsehen.</p>	<p>Gemeinsame Grundausbildung.</p> <p>Keine Herabsetzung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung.</p> <p>Keine Umschulung von ansonsten „Nichtvermittelbaren“ in die Altenpflege.</p> <p>Qualifizierung der Sachbearbeiter im Arbeitsamt.</p> <p>Keine Sozialstunden in Pflegeeinrichtungen.</p>

zum anderen bezüglich des Zusammenhalts und der Bereitschaft der Teammitglieder, sich gegenseitig zu unterstützen und auszuhelfen. Demgegenüber wurden die pflegespezifischen und medizinischen Fachkenntnisse im ersten Brainstorming nur zögerlich angeführt.

Hinsichtlich der von den Pflegekräften antizipierten „öffentlichen Wertschätzung“ der Pflegearbeit gehen die Pflegekräfte mehrheitlich davon aus: je näher der direkte Kontakt zur Pflegearbeit und zu den Pflegeinstitutionen, desto höher die Wertschätzung. Keinerlei Illusionen machen sich die Pflegekräfte bezüglich der Wertschätzung ihrer Arbeit durch politische Entscheidungsträger. Daher wurde in vier der fünf Workshops vorgeschlagen, die Politiker/innen sollten in der Pflege hospitieren bzw. ein Praktikum absolvieren, um die Pflegearbeit besser kennenzulernen und wertzuschätzen. Insgesamt wurden folgende Vorschläge zur Verbesserung des Images und der Anerkennung der Pflegearbeit formuliert.

Angesichts der Vorschläge zur Berufsentwicklung scheinen die Pflegekräfte offensichtlich eine massive Abwertung ihres Arbeitsfeldes und ihrer Berufstätigkeit zu befürchten. Das arbeitsmarktpolitische Verfahren, nachdem zunehmend Fachfremde und gering Qualifizierte in die Pflege geschleust werden, wurde auch in einigen Experteninterviews problematisiert.

In der Einschätzung des Professionalisierungsstandes der Altenpflege bestand bei den interviewten Expert/innen eine weitestgehende Einigkeit dahin gehend, dass „die Pflege“ längst einen gesellschaftlichen Auf-

trag erfüllt, und sich daher selbstbewusst im horizontalen und vertikalen Geflecht der Berufsgruppen positionieren und aus dem Schatten der Ärzte heraustreten muss. Gegensätze wurden dann deutlich, wenn die Tätigkeitsfelder konkretisiert und die dafür erforderlichen Ausbildungsvoraussetzungen skizziert wurden. So stand die Überlegung, das Pflegemanagement in den Verantwortungsbereich der Pflegefachkräfte und die direkten (Grund-)Pflegetätigkeiten an die Pflegehilfskräfte zu delegieren, der Auffassung gegenüber, nach der die am besten qualifizierten Pflegefachkräfte am „Pflegebett“ mit den Menschen arbeiten sollten. Ebenso plädierten einige für eine fortgesetzte Spezialisierung und arbeitsteilige Übernahme unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche während andere den Aufbau eines umfassenden Generalistenwissens und die Umsetzung des Bezugspflegekonzeptes präferierten. Schließlich wurde der Forderung nach einer Akademisierung der Pflegeausbildung bis hin zur universitären Erstausbildung eine klare Infragestellung des Akademisierungsparadigmas entgegengesetzt.

## 5 Fazit

Insgesamt betrachtet sprechen die oben umrissenen unterschiedlichen berufspolitischen Entwicklungsstrategien und Zielsetzungen für eine große Uneinheitlichkeit, was ggf. auch erklärt, weshalb es bislang noch zu keiner übergreifenden Solidarisierung aller relevanten Akteure in der Altenpflegebran-



che gekommen ist. Erforderlich ist nicht nur eine gemeinsame Strategie im Umgang mit den sozialpolitischen Rahmenbedingungen, sondern es fehlt eine Verständigung auf die zukünftigen Arbeitsfelder professionell Pfleger. In diesen Diskurs, dessen Ergebnis weichenstellend sein wird für die Anerkennung und Wertschätzung der Altenpflege, müssen die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte einbezogen werden. Ansonsten ist zu befürchten, dass es nicht zu einer substanziellen Aufwertung des gesamten Berufsfeldes kommen wird, sondern lediglich für Teilbereiche, namentlich dem Pflegemanagement eine vertikale Statusverbesserung in Aussicht gestellt werden kann, während die Gruppe der Erwerbstätigen, die zukünftig wahrscheinlich den „Löwenanteil“ der pflegerischen Versorgung tragen wird, keine Verbesserungen zu erwarten hat. Um dem entgegenzuwirken, sollten

- die pflegenahen Tätigkeiten und die Interaktionsarbeit als genuiner Kern der (Alten-)Pflegearbeit positiv hervorgehoben werden und endlich angemessen in die Lohnfindung eingehen,
- die vielschichtigen Kompetenzen und Qualifikationsprofile unabhängig von den institutionell durchlaufenen Bildungspfaden anerkannt werden, zudem müssen alternative Wege des Kompetenzerwerbs eröffnet werden,
- Wege gefunden werden, wie das spezifische Dilemma der Branche überwunden werden kann, nämlich die Rahmenbedingungen zu skandalisieren, ohne die eigene Arbeit zu diskreditieren.

## Literatur

- Albert, M. (1998). *Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg*. Freiburg: Pädagogische Hochschule. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:25-opus-930> [Zugriff am 18.3.2005].
- Becker-Schmidt, R. (2003). *Zur doppelten Vergesellschaftung von Frauen. Soziologische Grundlegung, empirische Rekonstruktion*. Berlin: Portal am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften der Freien Universität Berlin Gender-politik-online. Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/gpo/pdf/> [Zugriff am 5.5.2005].
- Bieber, D. (Hrsg.) (2011). *Sorgenkind demografischer Wandel? Warum die Demografie nicht an allem schuld ist*. München: oekom.
- Blass, K., Geiger, M., Kirchen-Peters, S. (2009). „AIDA – „Arbeitschutz in der Altenpflege“. Unveröffentlichter Endbericht zur operativen Projektdurchführung. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft.
- Blass, K. (2011). *Altenpflege zwischen Jenderfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen einer Domäne weiblicher (Erwerbs-)Arbeit*. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft.
- Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.) (2006). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geiger, M. (2011). Pflege in einer alternden Gesellschaft. In: Bieber, D. (Hrsg.). *Sorgenkind demografischer Wandel? Warum die Demografie nicht an allem schuld ist* (S. 250-289). München: oekom.
- Gottschall, K. (2000). *Soziale Ungleichheit und Geschlecht. Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs*. Opladen: Leske + Budrich.
- Helsper, W., Krüger, H.-H., Rabe-Kleberg, U. (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung – Einführung in den Themenschwerpunkt. Zeitschrift für qualitative Sozialforschung. *Biographie und Profession*, 1 (1), 5-20.



- Hülken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik*. Göttingen: V&R unipress.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70-182). Frankfurt a. M.: suhrkamp taschenbuch wissenschaft.
- Ostner, I. & Beck-Gernsheim, E. (1979). *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: elektronische Publikation des Statistischen Bundesamtes. Verfügbar unter: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/Pflege\\_Deutschlandergebnisse5224001079004](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/Pflege_Deutschlandergebnisse5224001079004) [Zugriff am 13.12.2011].
- Voges, W. (2002). *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Weidner, F. (2004). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Weigl, M. & Glaser, J. (2006). Evaluation der Förderung von Interaktionsarbeit – Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung im Altenpflegeheim. In: Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 132-152). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wetterer, A. (1992). Theoretische Konzepte zur Analyse der Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. In: Wetterer, A. (Hrsg.). *Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen* (S. 13-40). Frankfurt a. M., New York: Campusg.
- Wright, M. T., Block, M., von Unger, H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.). *Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*. Berlin. Verfügbar unter: [http://www.gesundheit.berlin.de/download/Wright,\\_M.pdf](http://www.gesundheit.berlin.de/download/Wright,_M.pdf) [Zugriff am 2.1.2012].

## Kontakt

Kerstin Blass  
Institut für Sozialforschung  
und Sozialwirtschaft  
Trillerweg 68  
66117 Saarbrücken  
Tel.: 0681/9542432  
E-Mail: [blass@iso-institut.de](mailto:blass@iso-institut.de)

# Wer schätzt denn hier den Wert? – Wertschätzung für professionelle Pflege braucht gemeinsame Qualitätskriterien.

Susanne Hellweg, Klaus Müller  
Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

---

**Zusammenfassung:** Viele Pflegende beklagen, dass ihre Arbeit zu wenig Anerkennung erfährt, obwohl sie bemüht sind, unter den von Zeitdruck und zunehmender Arbeitsverdichtung gekennzeichneten Rahmenbedingungen einerseits den Erwartungen von Kunden und Einrichtungsmanagement und andererseits den eigenen fachlichen und berufsethischen Ansprüchen gerecht zu werden. Aus Sicht der Pflegenden wird die Professionalität der komplexen pflegerischen Leistungen nicht ausreichend wahrgenommen und gewürdigt. Die Auswertung von 31 narrativen Interviews mit Pflegenden aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern hat ergeben, dass Kunden, Arbeitgeber und professionell Pflegende Qualität und Erfolg von Pflegearbeit jeweils unterschiedlich definieren, jedoch das Vorhandensein gemeinsamer, für alle Akteure einsichtiger Qualitätskriterien eine notwendige Voraussetzung darstellt, um sowohl das Erleben von Wertschätzung auf Seiten der professionell Pflegenden zu fördern als auch das Image und die Attraktivität des Pflegeberufes insgesamt zu verbessern.

**Schlüsselwörter:** Pflege, Professionalität, Wertschätzung, Rahmenbedingungen, Qualität, Berufsimago, Berufsethos, Attraktivität, Gesundheitsversorgung, Interaktionsarbeit

## 1 Projektkontext

Wie auch in anderen sozialen Berufen hat die persönliche Werteorientierung in Pflegeberufen eine große Bedeutung sowohl für die Berufswahl als auch für die Motivation im Berufsalltag (Rennen-Allhoff & Tacke, 2000). Pflegende zeigen viel Engagement und eine große Bereitschaft, sich für die ihnen anvertrauten Menschen einzusetzen bzw. diese gut zu versorgen, was unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen kaum möglich ist (Bakker et al., 2000). Gerade Angehörige von Pflegeberufen sehen sich aber in dem Dilemma, dass ihre Arbeit kaum wahrgenommen und ihre Professionalität nur wenig anerkannt ist. Pflege wird zwar insofern als wichtig angesehen, als „jemand diese Arbeit tun muss“ – entsprechend positiv ist das gesellschaftliche Image von Pflegenden als Personen, die viel für andere leisten. Dabei geht es offenbar aber weniger um Wertschätzung der professionellen Leistungen als um Anerkennung für den „humanitären Einsatz“ (Hasselhorn et al., 2008).

Eine Arbeitsmarktpolitik, die dem steigenden Bedarf an Pflegekräften eher quantitativ als qualitativ begegnet, wie beispielsweise durch Absenkung der Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung zum Ausdruck kommt, verstärkt den Eindruck, dass der Grad an Professionalität in den Pflegeberufen eher niedrig zu sein scheint und für eine kompetente Ausführung pflegerischer Tätigkeiten nur geringe fachliche Kompetenzen notwendig sind (DBfK, 2009, 2010). Solche Maßnahmen beeinträchtigen sowohl die Wahrnehmung der Professionalität von Pflege als auch die Anerkennung der spezifischen Leistungen Pflegenden, sie beeinflussen damit sowohl das persönliche Berufsbild Pflegenden als auch den Status des Berufes insgesamt in ungünstiger Weise.

Das Phänomen „Wertschätzung“ impliziert mehr oder weniger bewusste Bewertungsprozesse, die zwischen den Beteiligten kommunikativ (verbal, nonverbal oder sym-

bolisch) vermittelt werden. Grundsätzlich entscheidend für das Erleben von Wertschätzung ist es, dass die beteiligten Akteure sich bei ihrer Bewertung auf dieselben Kriterien beziehen und gleiche Maßstäbe anlegen, wenn sie die Qualität oder den Erfolg einer Leistung beurteilen (Ikaheimo, 2004). So würde beispielsweise die Leistung eines Konditors vermutlich ganz unterschiedlich bewertet, wenn für den Konditor selbst der Geschmack, für den Kunden jedoch die optische Gestaltung einer Hochzeitstorte das zentrale Qualitätskriterium wäre. Lobt der Kunde die aus seiner Sicht gelungene optische Gestaltung der Torte und lässt den Geschmack unerwähnt, so erhält der Konditor zwar ein gut gemeintes Lob, wartet aber vergeblich auf die Anerkennung seiner persönlichen Rezeptur, die für den Geschmack der Torte verantwortlich ist. Erhält der Konditor das Lob jedoch für die Geschmackskomposition der Torte, so fühlt sich dieser in seinen individuellen Fähigkeiten und Leistungen gesehen und anerkannt, was sowohl den Stolz auf die eigene Leistung als auch die Motivation für neue kulinarische Kreationen erhöhen dürfte.

Bezogen auf die professionelle Pflege erscheint es deshalb interessant, genauer zu untersuchen, über welche Kriterien die zentralen Akteure, d.h. Kunden, Pflegenden und Einrichtungsmanagement Qualität definieren und was dies mit Blick auf den von Pflegenden häufig erlebten Mangel an Wertschätzung bedeutet.

## 2 Methode

Das Projekt ProWert ist ein vom BMBF und dem Europäischen Sozialfonds gefördertes Forschungs- und Interventionsprojekt, das mit Blick auf den eingangs beschriebenen Hintergrund das Wertschätzungserleben beruflich Pflegenden in den Mittelpunkt stellt. Als Kooperationsprojekt der technischen Universität Dortmund (Lehrstuhl für Organisationspsychologie) und der Fachhochschule der Diakonie (Lehrstuhl Pflegewissenschaft) näherten sich die Projektpartner dem Forschungsfeld aus ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Perspektive und entwickelten in den beiden Teilprojekten „Organisationspsychologie“ und „Pflegewissenschaft“ auch Interventionen, mit deren Hilfe Forschungsergebnisse für die Praxis sichtbar und nutzbar gemacht werden konnten.

Zu Beginn der dreijährigen Projektlaufzeit (2009-2011) wurden in beiden Teilprojekten Interviews mit Pflegenden geführt. Dazu wurden als Praxispartner Einrichtungen aus dem stationären und dem ambulanten Sektor gewonnen, die pflegerische Dienstleistungen im Bereich der somatischen und psychiatrischen Versorgung sowie der Altenhilfe vorhalten.

Die Grundlage der folgenden Ausführungen bilden die Ergebnisse der qualitativen Forschung im Teilprojekt Pflegewissenschaft der Fachhochschule der Diakonie. Hier wurden 31 narrative Interviews mit Pflegenden aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Altenpflege, somatische und psychiatrische Krankenpflege) geführt. Die Befragten arbeiten in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Klinik, Heimeinrichtung, Ambulanter Dienst), die sich in kommunaler, konfessioneller oder privater Trägerschaft befanden.

Die narrative Interviewmethode bot den Befragten die Möglichkeit, persönlich relevante Aspekte aus ihrem Arbeitsbereich zu thematisieren. Auf diese Weise konnten sie selbst die inhaltlichen Schwerpunkte der Interviews und den Gesprächsverlauf bestimmen. Aus forschungsmethodischer Sicht lässt sich durch die Vermeidung einer direktiven Gesprächsführung Einblick in individuelle Relevanzräume gewinnen. Zentrale Forschungsfragen, z.B.: Was genau erleben Pflegenden als Wertschätzung bzw. Entwertung ihrer Arbeit?, konnten so weitgehend unbeeinflusst thematisiert werden.

Die Auswertung der narrativen Interviews erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theorie (Glaser et al., 2008). Dieser methodische Ansatz will soziale „Phänomene im Licht eines theoretischen Rahmens erklären, der erst im Forschungsverlauf selbst entsteht“ (Glaser & Strauss, 1996). Entsprechend stehen am Anfang des Forschungsprozesses nicht theoriegeleitete Annahmen, die es zu überprüfen gilt, sondern ein bestimmter Untersuchungsbereich, im vorliegenden Fall das Erleben von Wertschätzung im Kontext professioneller Pflege.

Theoretische Annahmen und Konzepte werden aus dem empirischen Material selbst entwickelt, indem erste Erkenntnisse anhand weiterer Daten überprüft und ggf. modifiziert werden. Annahmen über theoretische Zusammenhänge und Konzepte werden auf diese Weise ständig korrigiert, sodass die entwickelten Ansätze „fluide“ bleiben und sowohl implizite Vorannahmen der Forschenden als auch unerwartete neue

Geachtet werden	Pflegende(r) sein	Arbeit mitgestalten	Erfolge sehen
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rahmenbedingungen</li> <li>– Arbeitsbelastung</li> <li>– öffentliche Anerkennung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– (Berufs-)Motivation</li> <li>– Berufsverständnis</li> <li>– Berufssozialisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organisationsentwicklung</li> <li>– Personalentwicklung</li> <li>– Führung</li> <li>– Arbeitsverhältnis</li> <li>– Arbeitsorganisation</li> <li>– Aufgaben</li> <li>– Kultur</li> <li>– Team</li> <li>– Work-Life-Balance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualitätsprofil</li> <li>– Anerkennung</li> <li>– Koproduktion</li> <li>– Arbeitszufriedenheit</li> </ul>

Abb. 1:  
Kernkategorien

Aspekte des Forschungsfeldes zu Tage treten können. Wenn auf der Basis des empirischen Materials keine neuen Aspekte auftauchen und mit dem theoretischen Konzept alle empirischen Phänomene erklärbar sind, gilt die Theorie aus Sicht der Grounded Theory als „gesättigt“. und der vorläufige Endpunkt der Konzept- und Theorieentwicklung ist erreicht.

Einen wichtigen Schritt im Rahmen des Forschungsprozesses bildet das Kodieren relevanter Textpassagen oder die „theoretische Konzeptbildung“ (Strauss & Corbin 1996). Obwohl eng an der Empirie orientiert, geht dieser methodische Schritt über die bloße Beschreibung einer Handlung hinaus und abstrahiert diese beispielsweise mit Blick auf den Sinn oder das Ziel der Handlung. In diesem Sinne kann beispielsweise das Lesen einer Bedienungsanleitung als „Informationssammlung“ kodiert werden. Unter dem Begriff „Kategorie“ wird also ein auf einer höheren Ebene angesiedeltes bzw. abstrakteres Konzept verstanden. Kodieren bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Datenstücke ausgewählt, jeweils relevante Bedeutungen bestimmt und mit einem Begriff bezeichnet werden.

So begann der Auswertungsprozess im Teilprojekt Pflegewissenschaft mit der schrittweisen Sichtung transkribierter Interviews im Hinblick darauf, welche Aspekte bezogen auf das Erleben von Wertschätzung im Kontext professioneller Pflegearbeit überhaupt relevant waren. Beispielsweise wurde eine Interviewsequenz, in der Pflegearbeit als „Fließbandarbeit“ beschrieben wird, der Kategorie „Arbeitsorganisation“ zugeordnet, denn es geht hier darum, wie Arbeitsaufgaben innerhalb des Teams verteilt werden und welche Konsequenzen dies für das Wertschätzungserleben der Mitarbeitenden hat. In ähnlicher Weise wurde der Wunsch

von Befragten, sich mit Kollegen auch über private Dinge auszutauschen, unter der Kategorie „Team“ zusammengefasst, denn dieser verweist auf ein erweitertes Verständnis des Begriffes „Team“, das sich nicht auf ausschließlich funktionale Aspekte der Arbeit reduzieren lässt.

Die Kategorie „Qualitätsprofil“, welche im Wesentlichen die Grundlage für den vorliegenden Text bildet, stellt in den Interviews thematisierte Vorstellungen dar, die für die Qualität guter Pflege herangezogen werden.

Am Prozess des Kodierens waren alle Forschenden beteiligt, sodass sich die Identifikation der Kategorien bzw. die Zuordnung der Interviewpassagen auf übereinstimmende Einschätzungen stützen konnte. Die Offenheit des Forschungsprozesses zeigt sich auch bei diesem methodischen Schritt, denn auch während des Kodierprozesses kann sich durch das ständige Abgleichen bisheriger Ergebnisse mit weiterem Datenmaterial herausstellen, dass Kategorien umbenannt oder Textsequenzen umkodiert, d.h. einer anderen Kategorie zugeordnet werden müssen. Um den aufwändigen Kodierprozess zu erleichtern, wurde die Auswertungssoftware MAXQDA eingesetzt. Schließlich konnten im Verlaufe des Forschungsprozesses 19 Kategorien identifiziert werden, die im Zusammenhang mit dem Erleben von Wertschätzung professionell Pflegender stehen (Abb. 1). Obwohl diese Kategorien deutlich von einander abgrenzbar sind, ließen sie sich auf Grund starker gemeinsamer Bezüge zu den folgenden vier Kernkategorien zusammenfassen: „Geachtet werden“, „Pflegende(r) sein“, „Arbeit mitgestalten“, „Erfolge sehen“.

So werden in der Kernkategorie „**geachtet werden**“ Aspekte zusammengefasst, die das Erleben von Wertschätzung darauf stützen, dass zentrale Werte der Mitarbeitenden respektiert werden und die Arbeit unter ange-

messenen Rahmenbedingungen stattfindet. Wertschätzung drückt sich in dieser Kernkategorie auch darin aus, dass ein Privatleben ermöglicht wird, die Arbeitsbelastung tragbar ist und Pflegeberufe in der Gesellschaft positiv dargestellt werden.

Die Kernkategorie **„Pfleger sein“** bezieht sich auf identitätsstiftende Aspekte des beruflichen Selbstverständnisses und der Professionalität. Hier geht es um die für Pflegenden zentrale Interaktionsarbeit mit den Kunden, um die (humanistische oder christliche) Wertorientierung pflegerischen Handelns, aber auch um eine klare und (rechts) verbindliche Definition der professionellen Aufgaben und die Frage, wie Professionalität formuliert und sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch nach außen kommuniziert wird.

Möglichkeiten der Partizipation und der Unterstützung der Mitarbeitenden bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit fasst die Kernkategorie **„Arbeit mitgestalten“** zusammen. Dabei geht es u.a. darum, welche Möglichkeiten Pflegenden haben, ihr Wissen und ihre Ideen in die Arbeit einzubringen und welche Unterstützung die Organisation – repräsentiert durch Vorgesetzte und Einrichtungsmanagement – bietet, um Mitarbeitende sowohl bei der Verarbeitung schwieriger Situation am Arbeitsplatz (Konflikte, Todesfälle etc.) als auch bei der Planung und Entwicklung der beruflichen Laufbahn zu unterstützen.

Die Kernkategorie **„Erfolge sehen“** nimmt schließlich primär Arbeitsergebnisse professioneller Pflege in den Blick. Hier geht es darum, wie bzw. anhand welcher Kriterien Erfolge oder Qualität definiert werden und welche Maßstäbe eingesetzt werden können, um diese zu messen, zu gewichten und zu bewerten. Ausgehend von der Annahme, dass Wertschätzungserleben gemeinsame Kriterien und Maßstäbe braucht, geht es in diesem Kontext auch darum, Leistungen „sichtbar“ zu machen und ins Bewusstsein aller Akteure (Pflegenden, Kunden, Gesellschaft) zu bringen.

Die Interviews verdeutlichen, dass Wertschätzung immer dann erlebt wird, wenn Aspekte, die für die Pflegenden relevant und bedeutsam sind, auch von anderen Akteuren wahrgenommen und positiv bewertet werden. Im Zusammenhang mit der Frage, was das Erleben von Wertschätzung im Kontext professioneller Pflege beeinflusst, haben somit Aspekte der Definition und Bewertung von Pflegequalität durch die verschiedenen

Akteure einen hohen Stellenwert. Im Anschluss werden deshalb Ergebnisse präsentiert, die im Zuge der Datenanalyse die Kategorie „Qualitätsprofil“ gebildet haben. In dieser Kategorie werden die Qualitätsvorstellungen der Akteure aus Sicht der Befragten konkretisiert.

### 3 Qualitätsprofil – Ergebnisse der Auswertung

Im Rahmen der Auswertung zeigt sich, dass aus Sicht der befragten Pflegenden relevante Akteure offenbar unterschiedliche Kriterien für die Bewertung von Qualität in der Pflege heranziehen. Entsprechend legen Kunden – gemeint sind hier sowohl pflegebedürftige Menschen als auch ihre Angehörigen – andere Maßstäbe an als Pflegenden selbst oder die Einrichtung, bei der sie beschäftigt sind, wenn es darum geht, die pflegerischen Leistungen zu bewerten. Im Folgenden sollen die Einschätzungen dieser Akteure kurz skizziert werden.

#### 3.1 Pflegequalität – Wahrnehmung der Kundenperspektive

Die Qualität der Pflege hängt aus Sicht der Kunden wesentlich von einem angenehmen Ambiente ab, d.h. es stehen eher Hotel- und Serviceleistungen im Mittelpunkt als die spezifisch fachliche Qualität der Dienstleistung:

*„Das ist auch oft so, was in diesen Patientenbefragungen rumkommt. Das Essen ist nicht gut und die Räume sind nicht gut und der Kiosk ist o.k. Das Pflegerische und Ärztliche wird da gar nicht so kritisiert ((lacht)), das ist so, da werden andere Prioritäten gesetzt.“ (IP31, 72)*

Als Grund für den hohen Stellenwert solcher „Wohlfühlfaktoren“ in der Kundenwahrnehmung ließe sich anführen, dass es für Klienten bzw. ihre Angehörigen kaum möglich ist, die fachliche Qualität zu beurteilen, da ihnen die entsprechenden Kenntnisse fehlen und sie sich in ihrer Bewertung deshalb lieber auf vertraute Kriterien, wie Serviceleistungen, beziehen.

Als weiteres Qualitätskriterium von Kunden wird im Rahmen der Interviews die Discretion pflegerischer Leistungen genannt.

*„Und plötzlich zählt der dann auch zu der Gruppe der Kranken und erst wurde*



*der Wunsch an uns herangetragen, also die Einsätze (...) das sollte heimlich passieren (...). Wie gesagt, soziale Kontrolle. Und dann sollten wir sagen, was weiß ich, dass wir nur die Orchideen gießen jeden Tag“. (IP 5, 109)*

Danach kann es für Kunden wichtig und somit ein Qualitätsmerkmal von Pflege sein, wenn Leistungen diskret erfolgen und die betreffende Person im Umfeld nicht als „pflege-bedürftig“ wahrgenommen wird. Dieses Qualitätskriterium kann als Ausdruck von Furcht vor Stigmatisierung und möglicher Ausgrenzung interpretiert werden. Angesprochen wird damit ein Aspekt, der auch ein Schlaglicht auf den gesellschaftlichen Kontext von Pflegearbeit wirft.

Schließlich kann auch der Preis von Pflegearbeit ein für Kunden bedeutsames Qualitätskriterium sein.

*„Ich denke auch, dass es eine ganz große Schwierigkeit ist, die Versorgung zu Hause. Jetzt zieht das Geld, Oma, Opa, bei der hohen Arbeitslosenquote ist das ein Zuverdienst, aber die Angehörigen sind gestresst, genervt. Oma, Opa wird dann in 'ner Kammer untergebracht.“ (IP 10, 65)*

So kann beispielsweise Arbeitslosigkeit dazu führen, dass Angehörige – obwohl sie durch die Pflegearbeit überfordert sind – die durch die Pflegeversicherung finanzierten Leistungen übernehmen, weil dies eine zusätzliche Einnahmequelle für die Familie bedeutet. Im Rahmen einer solchen Kosten-Nutzen-Abwägung sind jedoch nicht die Bedürfnisse der zu pflegenden Person und damit die notwendigen Kompetenzen der Betreuungspersonen ausschlaggebend, sondern die finanziellen Interessen bzw. Bedingungen der Familie.

In den Interviews wurde ebenfalls thematisiert, dass fachliche Leistungen von Kunden als solche nicht erkannt oder gewürdigt werden:

*„Der Sohn hat [eine] Beschwerde über mich geschrieben: Die Schwester packte graue Sack hinter Rücken meine Mutter. Und das heißt, wir haben so graue ähm: Lagerungskissen, ne? Habe ich ihm erzählt, erklärt: Das ist Lagerungsmittel, das muss man auf der Seite, dass die Patientin nicht auf geht. Das ist Dekubitusprophylaxe. – Ach hören Sie jetzt auf! Meine Mutter braucht kein graue Sack hinter*

*Rücken ((verstellte Stimme, imitiert den Sohn der Patientin)).Und der hat sich beschwert über mich.“ (IP 25: 112-114)*

Möglichweise misslingt die Kommunikation zwischen Pflegekraft und Angehörigem in diesem Beispiel auch auf Grund sprachlicher Schwierigkeiten, kultureller Differenzen oder auch Vorbehalten zwischen den Beteiligten. Aus Sicht der befragten Pflegekraft stellt sich die Situation so dar, dass ihre Bemühungen, dem Angehörigen gegenüber Sinn und Zweck der Lagerungsmaßnahmen deutlich zu machen, keinerlei positive Resonanz erfahren. Sie erlebt sowohl den Inhalt der Äußerung als auch den abfälligen, von ihr mit Nachdruck imitierten Tonfall des Angehörigen, den sie im Interview imitiert, als respektlos und kränkend („Ach hören Sie jetzt auf! Meine Mutter braucht kein graue Sack hinter Rücken.“). Einerseits wird der Pflegenden das Wort abgeschnitten („Ach hören Sie auf!“) und andererseits das von ihr eingesetzte Lagerungsmittel zum „grauen Sack“ degradiert. Insbesondere der „graue Sack“ kann als Symbol für die Entwertung der fachlichen Kompetenz der Pflegekraft gedeutet werden: Der Lagerungsgegenstand wird damit gewissermaßen als farblos (grau), formlos (Sack) und darüber hinaus als überflüssig und nutzlos beschrieben („meine Mutter braucht keine graue Sack“). Die Tatsache, dass der Konflikt zu einer Beschwerde bei Vorgesetzten der Befragten führt – ein Verhalten, das vermutlich eher durch die Absicht motiviert sein dürfte, dass die Pflegekraft sanktioniert wird, als dass es eine Klärung auf Augenhöhe zum Ziel hat – wird von der Pflegenden als völlig unangemessen und gewissermaßen als „Gipfel der Missachtung“ erlebt („Und der hat sich beschwert über mich.“).

Aus Sicht der InterviewpartnerInnen orientiert sich die Bewertung der pflegerischen Versorgung durch Kunden in einem hohen Maße an der Qualität sogenannter „Hotelleistungen“. Pflege wird dann als „gut“ wahrgenommen, wenn Ambiente und Service angenehm sind, die Leistungen diskret erfolgen und die finanziellen Interessen der Familie gewahrt werden. Dass diesen Darstellungen zufolge fachliche oder persönliche Kompetenzen der Pflegenden nur einen geringen Stellenwert für die Beurteilung durch Kunden haben, kann leicht als Ausdruck einer gewissen Ignoranz oder Geringschätzung pflegerischer Arbeit gegenüber erlebt werden, selbst wenn entsprechende Äußerungen mit Humor aufgenommen werden. So kreisen typische Konflikte zwischen Pflegenden

und Kunden bzw. Angehörigen auch darum, dass fachliche Kompetenzen von Seiten der Kunden nicht wahrgenommen bzw. in Frage gestellt werden.

### 3.2 Pflegequalität – Wahrnehmung der Mitarbeitendenperspektive

Für die Pflegenden selbst stehen Qualitätskriterien im Vordergrund, die sich auf die für sie zentrale Interaktion mit den Kunden beziehen. Wichtigstes Ziel ist hier die Entwicklung einer positiven, vertrauensvollen Beziehung.

*„Also, was mir in meinem Beruf wichtig ist, dass die mir anvertrauten Patienten möglichst zufrieden sind, sich gut aufgehoben fühlen und sich in der Zeit wohlfühlen. Entsprechend den Umständen, also jetzt mal abgesehen von – also, dass die Umstände einfach stimmen für sie. Dass sie ‘n Ansprechpartner haben und dass sie auch merken, wenn man Stress hat – und den haben wir so oft – dass man trotzdem für sie da ist. Dass man auch mal sagen kann: Es dauert einen kleinen Moment, ich hab’ hier noch was anderes zu tun, aber ich komm’ gleich zu Ihnen. Und dass man dann sein Wort auch einfach hält. Denn sonst ist man ja äußerst unglaubwürdig.“ (IP 31, 3)*

*„Wenn man dahin kommt ... wenn man die Tür aufmacht, dann muss man erst gucken ... Ob einer in der Lage ist oder in welcher Stimmung er ist oder es gibt manchmal auch Verweigerung oder dies und das. Dann gibt es eine Diskussion: Ja, wie machen wir das? Dann muss man manchmal jemand anderes vorziehen oder dann erst mal beruhigen oder erst mal frühstücken lassen oder wie auch immer. Da ist man ständig am Umorganisieren.“ (IP 14, 21)*

Die Qualität der Beziehungsgestaltung bezieht sich beispielsweise darauf, dass sich die Arbeit an den Bedürfnissen und der Individualität der Klienten orientiert („dass die Umstände stimmen für sie“), von Fürsorge geprägt ist („sich gut aufgehoben fühlen“) oder auch daran, dass die Kooperation gelingt („dann gibt es eine Diskussion: Ja, wie machen wir das?“). Es wird deutlich, dass Pflegenden in ihrem professionellen Handeln verbindlich sein und den Kunden Sicherheit vermitteln wollen („dass man dann sein Wort auch einfach hält“).

Eine gute Beziehung und die Begegnung auf Augenhöhe schließt auch eine gewisse Reziprozität ein, die es Pflegenden ermöglicht, die eigene Befindlichkeit zu zeigen („dass sie auch merken, wenn man Stress hat“) oder Erfordernisse der Arbeitssituation zu thematisieren und entsprechende Absprachen zu treffen („dass man auch mal sagen kann: Es dauert einen kleinen Moment, ich hab’ hier noch was anderes zu tun“).

Als bedeutsam für eine gute Beziehungsgestaltung und damit eine gute Qualität der Pflege sind aus Sicht von Befragten auch Lebenserfahrung und menschliche Reife, diese zeigen sich in der Fähigkeit zur Empathie und der Bereitschaft, sich ggf. für die Interessen der Klienten einsetzen zu können.

*„Um mich in deren Lage versetzen zu können, muss ich schon im Leben genug erfahren sein, sonst ist man in der Altenpflege ständig überfordert, weil- Ich sag’: Grundpflege und Behandlungspflege lernt man in der Schule. Aber das Andere lernt man nicht in der Schule. Man muss dieses Einfühlungsvermögen und ... auch über das Leben mitzureden und auch deren Interessen zu vertreten oder die alten Menschen zu verstehen.“ (IP 14, 33)*

Reife und Erfahrung als Qualitätskriterien von Pflege werden in den Interviews insbesondere bezogen auf die Altenpflege angesprochen. Die Eigenschaft „Reife“ impliziert, dass eine Mitarbeitende Erfahrungen mit existenziell bedeutsamen Themen hat, ein gewisses persönliches „Standing“ aufweist und in der Lage ist, für schwierige Situationen angemessene Copingstrategien zu entwickeln. All diesen persönlichen Qualitäten werden offenbar positive Effekte für die Interaktion mit Kunden zugeschrieben.

Die emotionale Nähe, die viele Pflegenden zu ihren Kunden aufbauen, zeigt sich u.a. in Qualitätsmaßstäben, die eigene Bedürfnisse oder eigenes Wohlbefinden zum Maßstab des pflegerischen Handelns machen.

*„Wir müssen immer davon ausgehen, (...) was möchte ich für mich, wenn ich alt werde.“ (IP 10, 61)*

*„Genau das könnte ich mir für mich auch vorstellen. Also, wenn ich jetzt zur Pflege gehe, dann sag’ ich mir immer: Ich möchte das jetzt so, wie ich mich-, also, ich würde mich wohl fühlen, wenn die Frau das jetzt so bei mir macht und das, diese Frage stell’ ich mir dann immer selber und*

*dann kann man eigentlich nicht mehr viel falsch machen.“ (IP 8, 19)*

*„Ich mach’s auch bei den Patienten so, dass ich aus’m Bauch heraus arbeite. Im Anfang hab’ ich immer gedacht, na ja, also eigentlich müsste ich das ja noch mal eine Etage höher schicken und noch mal ’n bisschen mehr überlegen. Aber das mach’ ich mit den Patienten zusammen. Ich denke immer: 42 Jahre Berufserfahrung zum einen und zum anderen gesunder Menschenverstand, ganz so blöd wird’s nicht sein, was ich da sage.“ (IP 29, 73)*

Hier werden Versorgungsangebote anhand persönlicher Präferenzen gemacht („was möchte ich für mich“) und Entscheidungen auf der Basis von Intuition („aus dem Bauch heraus“) oder der Identifikation mit dem zu Pflegenden („ich mach’ das jetzt so, wie ich mich (...) wohlfühlen [würde]“) getroffen. Es entsteht der Eindruck, dass solche subjektive Maßstäbe gleichberechtigt neben fachlichen Anforderungen stehen („dann kann man eigentlich nicht mehr viel falsch machen“). „Gesunder Menschenverstand“, langjährige Berufspraxis („42 Jahre Berufserfahrung“) und die Einbeziehung der Kunden („das mach’ ich mit den Patienten zusammen“) können somit ebenfalls Einflussfaktoren sein, die aus Sicht von Befragten die Qualität pflegerischer Arbeit maßgeblich bestimmen. Für die oben zitierte Befragte stellen diese persönlichen Kompetenzen offenbar eine derart solide Grundlage für „gute Pflege“ dar, dass sie glaubt, auf rationale Bezüge oder objektivierbare Kriterien („eine Etage höher schicken“) und die Reflexion ihres professionellen Handelns („’n bisschen mehr überlegen“) verzichten zu können („ganz so blöd wird’s nicht sein, was ich da sage“).

Neben den beschriebenen sozialen Kompetenzen und subjektiven Kriterien stellen Befragte jedoch durchaus auch spezifisch fachliche Kompetenzen als konstitutiven Faktor der Qualität pflegerischer Arbeit heraus.

*„Dass ich die von der Pflege her vernünftig versorge, dass ich auch alles da habe, was ich brauche und nicht immer hinterherlaufen muss. Und dass auch dieses, ich sag’ mal Entlassungsmanagement, auch gut geregelt ist, dass ich die Leute auch gut nach Hause schicken kann. Dass ich weiß, die sind auch zu Hause gut angekommen, dass die Angehörigen Bescheid wissen, ne. Und die Untersuchungen, die*

*sie dann haben oder bekommen sollen, dass das dann auch dementsprechend läuft. Das ist so alles für mich so mit drin, ne. Das find’ ich schon ganz wichtig.“ (IP 29, 26)*

Elemente von Fachlichkeit in der Pflege beziehen sich dabei nicht nur auf das Wissen oder professionelle Handlungs- und Entscheidungskompetenzen („dass ich die von der Pflege her vernünftig versorge“), sondern auch darauf, einen Überblick über den gesamten Versorgungskontext zu haben, um Abläufe, gerade an Schnittstellen, sinnvoll koordinieren („dass auch dieses ... Entlassungsmanagement gut geregelt ist“) und mit anderen Akteuren kooperieren zu können („dass die Angehörigen Bescheid wissen“).

Fachwissen versetzt Pflegenden darüber hinaus in die Lage, in Situationen konkurrierender Interessen sinnvoll Prioritäten zu setzen und gibt ihnen auch die Souveränität, angepasst an Klientenbedürfnisse oder Situationserfordernisse flexibel reagieren und die Prioritäten neu bestimmen zu können.

*„Ja, es gibt es ja öfters, dass dann halt gesagt wird: Du musst unbedingt lagern, alle zwei Stunden oder so und dann sehe ich aber, dass die Leute schlafen. Und dann denk’ ich: Ja, jetzt musst du aber nicht an denen herumziehen, die liegen gut. Dann lege ich vielleicht das Kissen ’n bisschen anders, dass die Druckverlagerung anders ist oder warte halt noch ’ne Stunde länger. Das sind halt so Sachen, da muss man individuell gucken, was kommt dem Patienten zu Gute.“ (IP 4, 90-92)*

Eher patientenferne Tätigkeiten sind aus Sicht der Interviewpartner/innen kein bedeutsames Kriterium von Pflegequalität. Im Gegenteil: vor dem Hintergrund der erlebten Verlagerung pflegerischer Tätigkeiten von patientennahen zu administrativen Tätigkeiten werden z.B. Dokumentationsarbeiten als hinderlich für die Erreichung einer qualitativ guten pflegerischen Versorgung angesehen.

*„Die ganze Schreiberei, das ist so viel geworden, dass im Grunde genommen ähm ist die Schreiberei wichtiger als die Arbeit am Bewohner. So nach dem Motto: Wer schreibt, der bleibt. Gut, ich seh’ das ja ein, der Standard muss sein, es muss geschrieben werden, weil das bringt uns ja das Geld, und ohne Geld kein Altenheim, is’ mir klar. Aber ich denke, in erster Linie stehen die Bewohner.“ (IP 11, 94)*

Dabei wird nicht die Notwendigkeit einer Dokumentation der Arbeit in Frage gestellt („der Standard muss sein, es muss geschrieben werden“), sondern die Kritik richtet sich gegen den als unverhältnismäßig wahrgenommen Stellenwert der administrativen Tätigkeiten („die Schreiberei ist wichtiger als die Arbeit am Patienten“), welche die als zentral angesehene Interaktionsarbeit mit den Kunden in den Hintergrund drängt („ich denke, in erster Linie stehen die Bewohner“) und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt.

Als ebensolche Bedrohung der Qualität der Pflege wird der Zeitdruck angesehen, unter dem Pflegeleistungen gegenwärtig erbracht werden müssen.

*„Zu meinem Arbeitsalltag fällt mir ein, dass wir 'ne hohe Belastung haben für das Patientengut, was wir versorgen müssen und für die immer schneller kommenden Patienten und immer schneller entlassenen Patienten zu wenig Zeit und zu wenig Personal letztendlich haben, ähm, wir auch zu wenig Zuwendung den Patienten eigentlich zukommen lassen oder es nicht so machen können, wie wir es uns eigentlich vorstellen ... aus Zeitmangel muss man Abstriche machen.“ (IP 28, 4)*

Arbeitsverdichtung, Personalmangel und daraus resultierender Zeitdruck, wie er u.a. durch kürzere Liegezeiten nach Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups-System) verschärft auftrat („für die immer schneller kommenden Patienten und immer schneller entlassenen Patienten zu wenig Zeit und zu wenig Personal“), haben zur Folge, dass Pflege nicht mehr entsprechend der eigenen Qualitätsvorstellungen geleistet werden kann („nicht so machen können, wie wir es uns eigentlich vorstellen“). Auch die Beziehung zu den Kunden leidet unter der Anforderung, mehr komplexe Versorgungsprozesse in gleicher Zeit bewältigen zu müssen, („zu wenig Zuwendung den Patienten eigentlich zukommen lassen“), sodass eigene Berufsideale nach unten korrigiert werden müssen („muss man Abstriche machen“). So verwandelt Zeitdruck den interaktiven Pflegeprozess in eine eng getaktete Form der Leistungserbringung:

*„(...) Aber jetzt, das ist nur so Arbeit wie in der Fabrik. Und das ist traurig. Das ist wirklich traurig.“ (IP 25, 134)*

Die erlebte Veränderung der Arbeitsrhythmen wird assoziiert mit industrieller Fließbandproduktion; „Arbeit wie in der Fabrik“ konterkariert das eigentliche Berufsverständnis, nämlich Menschen in ihrem Alltagsleben zu begleiten und in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen. Das wiederholte Bedauern („Und das ist traurig. Das ist wirklich traurig.“) weist darauf hin, welchen Verlust solche, als Qualitätseinbußen erlebten, Veränderungen für das Selbstverständnis oder die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden haben können.

Zeitmangel führt auch dazu, dass sich eine Kluft zwischen pflegfachlichen Idealen, wie sie im Rahmen der schulischen Ausbildung vermittelt werden, und der erlebten Arbeitspraxis auftut.

*„Weil, ich hab' manchmal noch so das Problem, dass ich Vieles auch mit der Schule vergleiche, weil ich bin jetzt noch nicht so lange fertig. Aber das hab' ich [mir] dann manchmal schon, ja teilweise abgeschminkt, dass man – man versucht sehr viel zu machen, aber es lässt manchmal die Zeit nicht so zu.“ (IP 16, 13)*

Wenn eigene Qualitätsvorstellungen auf Grund von Zeitdruck reduziert oder aufgegeben („abgeschminkt“) werden müssen und ein ständiges Pendeln zwischen Anspruch und Wirklichkeit den Arbeitsalltag prägt, bleibt dies auf Seiten der Mitarbeitenden nicht ohne Folgen. Es ist anzunehmen, dass sich ein solcher Verzicht auf die Realisierung eigener beruflicher Ideale negativ auf die Motivation und die Identifikation mit dem Beruf auswirkt und zu einer eher resignativen Haltung hinsichtlich der Möglichkeiten führt, die Arbeitssituation entsprechend der eigenen Vorstellungen beeinflussen zu können („es lässt manchmal die Zeit nicht so zu“).

Die Anforderungen an die Qualität der eigenen Arbeit sind auf Seiten der Pflegenden umfangreich und orientieren sich an hohen Idealen. Um eine gute pflegerische Versorgung sicherzustellen, brauchen Pflegenden neben Fachwissen bzw. spezifisch fachlichen Kompetenzen unbedingt auch soziale und kommunikative Fähigkeiten, die für die als zentral angesehene Interaktionsarbeit mit den Kunden als notwendig erachtet werden und somit wichtige Qualitätsmerkmale darstellen. Dazu gehören beispielsweise Empathiefähigkeit, Fürsorge, Verbindlichkeit, sowie die Fähigkeit, Bedürfnisse oder die aktuelle Befindlichkeit der Kunden zu erkennen, darauf einzugehen und in enger Abstimmung



mung mit ihnen individuell stimmige Vorgehensweisen zu entwickeln. In einem immer komplexer werdenden Versorgungssystem sind schließlich noch Koordinations- und Kooperationsfähigkeiten gefragt, um den anstehenden Aufgaben gerecht zu werden.

### 3.3 Pflegequalität – Perspektive von Management und Qualitätsmanagement

Qualitätsvorstellungen des Managements haben primär die ökonomische Situation der Einrichtung im Blick und fokussieren insbesondere auf Aspekte von Leistung und Funktionalität.

*„Und dann immer dieses Tempo, Tempo, ne. Also, wo auch – wo gute Pflege darüber definiert wurde: Ab morgen kommt die und die – boah ey – schafft drei Grundpflegen in einer Stunde. Also so, ne. Das fand ich schon krass. Und ich bin nachher – wenn du dann selber irgendwie auf diesen Zug aufspringst, so, ne. Und das natürlich möglichst zügig und (...) da bin ich mit **Bleifüßen** zum Dienst gegangen.“ (IP 5, 123)*

Attraktive Mitarbeitende scheinen sich aus Sicht des Managements dadurch auszuzeichnen, dass ein hohes Arbeitspensum binnen kurzer Zeit bewältigt wird („drei Grundpflegen in einer Stunde“). Damit wird das Arbeitstempo zum Kennzeichen guter Arbeit („Tempo (...) wo gute Pflege darüber definiert wurde“) und löst damit anscheinend fachliche Maßstäbe oder konzeptionelle Überlegungen ab. Hinzu kommen abstrakte Kriterien, bei denen nicht näher ausgeführt wird, was darunter zu verstehen ist:

*„Ja und die Mitarbeiter können auch einfach so schön dann da **sitzen** und ja, und ja, lassen wir mal den lieben Gott 'n schönen Tag sein, so, es ist ja alles so **gemütlich** hier, ne, wo ich sag: ‚Wir sind hier wirklich 'n ambulanter **Dienst**, ne, wir haben hier **Leistung** zu bringen und **Qualität**.‘“ (IP6, 314)*

So werden von Seiten des Managements „Dienst“, „Leistung“ und „Qualität“ als übergeordnete Kriterien genannt, die nicht weiter konkretisiert werden. Offensichtlich lässt sich ein solches Verständnis von Qualität jedoch nicht mit „schön dann da sitzen“, „mal den lieben Gott 'n schönen Tag sein“ lassen oder

Gemütlichkeit vereinbaren sind, was den Eindruck hinterlässt, dass Qualität durch Aktivität, Bewegung und Anstrengung, erzeugt wird, sich also eher an einem physikalischen Verständnis von Arbeit als Produkt aus Kraft und Weg orientiert.

Für die Ebene des Managements ist Arbeitsqualität ein multidimensionales Konstrukt, an dem verschiedene Akteure beteiligt sind. Folglich gilt es, unterschiedliche Dimensionen miteinander in Verbindung zu setzen.

*„Weil wirklich wichtig ist der Geschäftsleitung, dass der Laden hier läuft. Dass die Patienten zufrieden sind. Dann unsere Mitarbeit, also [dass] unsere Patientenbefragung stimmt, dass die Mitarbeiter zufrieden sind. Dass es also keinen hohen Krankenstand gibt und solche Dinge halt. Und das hoffe ich einfach dadurch zu erreichen, weil zufriedene Mitarbeiter sind seltener krank. Und einfach motivierter. Und das strahlt dann natürlich auch auf die Patienten ab. Und aufs Arbeitsklima insgesamt.“ (IP 30, 25)*

Im Mittelpunkt steht die Funktionalität der Einrichtung als Ganzes („dass der Laden läuft“). Als Maßstab zur Überprüfung der abstrakten Qualitäts- oder Erfolgskriterien werden Fremdbeurteilungen („dass unsere Patientenbefragung stimmt“) oder ökonomisch relevante Faktoren („dass es keinen hohen Krankenstand gibt“) herangezogen, die auf „harten Daten“ basieren und quantifizierbar sind.

Daneben gibt es im Management aber auch ein Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden („zufriedene Mitarbeiter sind seltener krank. Und einfach motivierter.“) und der Arbeitsqualität sowie der Kundenzufriedenheit („und das strahlt dann natürlich auf die Patienten ab. Und aufs Arbeitsklima insgesamt.“)

Auf der Basis dessen, was die Befragten zu Qualitätskriterien von Führungskräften gesagt haben, festigt sich der Eindruck, dass die Qualität der Versorgung bzw. Pflege dann gut ist, wenn die ökonomische Situation der Einrichtung gesichert ist, Mitarbeitende aktiv sind und in kurzer Zeit ein hohes Arbeitspensum bewältigen, Abläufe reibungslos funktionieren und sowohl Kunden als auch Mitarbeitende zufrieden sind.

Im Rahmen eines systematischen Qualitätsmanagements werden u.a. Bezugssysteme für die Arbeitsqualität formuliert und standardisiert sowie Bewertungsmaßstäbe



festgelegt. In den Interviews beziehen sich Befragte auf solche Vorgaben, die z.B. Dokumentation von Pflegehandlungen oder das Beschwerdemanagement betreffen:

*„Und die Dokumentation ist halt ungeheuer umfangreich. Und ‚ne Arbeit für Idioten‘. Das sag’ ich jetzt ganz deutlich. Seh’ ich jedenfalls so. Was wir da alles dokumentieren, das liest im Endeffekt kein Mensch.“ (IP 28, 165)*

*„Und alles, was ich in der Zeit nicht schaffe, muss ich von meiner Privatzeit dranhängen, weil Überstunden dürfen wir uns nicht aufschreiben. Und natürlich knappst man am Bewohner. An den Akten darf ich nicht sparen, wenn da ein Kreuzchen fehlt, bin ich dran.“ (IP 12, 44)*

Die Zunahme administrativer Aufgaben, insbesondere die von den Kostenträgern geforderte Dokumentation pflegerischer Leistungen, wird von Befragten sehr kritisch gesehen, weil sie mit hohem Aufwand verbunden ist („ungeheuer umfangreich“), qualifizierte Mitarbeitende degradiert („Arbeit für Idioten“) und darüber hinaus sinnlos und überflüssig erscheint („das liest im Endeffekt kein Mensch“). Außerdem erhalten diese Tätigkeiten aus Sicht von Interviewpartnern viel zu viel Gewicht bei der Bewertung der Qualität der Arbeit und absorbieren große personelle Ressourcen, die in der Interaktionsarbeit fehlen.

Etwas mehr Akzeptanz unter den Befragten haben offenbar Instrumente zur Erfassung von Kundenrückmeldungen bzw. des Beschwerdemanagement, wie sie ebenfalls Teil des Qualitätsmanagements sind.

*„Wir haben da so Karten, wo man Negatives, aber auch Positives äußern kann. Die Karten, die kriegen wir in kopierter Form, aber ohne Kommentar. Ohne Kommentar, ne, dann brauch’ ich so was auch nicht. ... Ja, wenn’s negativ [ist], ganz klar, dann gibt’s ’ne Rückmeldung, aber positiv, das wird einfach nur dahin gegangen und dann ist gut und dann kann sich jeder so sein Urteil selber bilden.“ (IP 9, 66, 70)*

Diese Äußerung weist auf zweierlei hin: einmal erhalten negative Rückmeldungen offenbar mehr Gewicht als positive, zum Zweiten verpufft selbst die Wirkung eines positiven Feedbacks, wenn es nicht face-to-face erfolgt und in ein Gespräch mit Vorgesetzten eingebunden ist („ohne Kommentar, dann

brauch’ ich so was auch nicht“). Instrumente des Qualitätsmanagements brauchen offenbar (sozial kompetente) Führungskräfte, um ihren Zweck zu erfüllen und die Mitarbeitenden tatsächlich auch zu erreichen. Im Qualitätshandbuch formulierte Vorgaben über Kriterien und Maßstäbe von Qualität allein reichen nicht aus, auch hier muss es einen Austausch unter den Beteiligten geben, der Sichtweisen oder Ideen der Mitarbeitenden aufgreift und einbezieht.

*„Also, wir haben jetzt auch so ’ne Patientenumfrage gehabt, die ist für uns nicht ganz so gut ausgefallen, ne, das sind so Dinge, und dann setz’ ich mich jetzt mit denen hin, dann werden wir Maßnahmen erarbeiten: Wie wollen wir damit vorgehen? Was wollen wir verändern? und dann sind die natürlich auch dafür zuständig, dass die das mit den Kollegen besprechen, wie es dann weitergeht.“ (IP 28, 102)*

In diesem Beispiel wird von Seiten der Leitung aktiv das Gespräch gesucht („dann setz’ ich mich mit denen hin“), und sowohl Ziele („Was wollen wir verändern?“) als auch zur Erreichung notwendige Strategien („dann werden wir Maßnahmen erarbeiten“) werden gemeinsam („wir“) entwickelt. Mitarbeitende werden „mit ins Boot genommen“ und Veränderungsprozesse werden damit auf eine breite Basis gestellt, was die für die Umsetzung notwendige Akzeptanz der beschlossenen Maßnahmen erhöhen dürfte. Jedoch wird auch hier deutlich, dass kritische Rückmeldungen der Patientenbefragung („für uns nicht so gut ausgefallen“) im Mittelpunkt stehen und Anlass für Gespräche mit dem Team sind, während wahrscheinlich enthaltenes positives Feedback gar nicht erwähnt wird.

Neben Leistungsdokumentation und Kundenbefragungen gehören auch Befragungen von Mitarbeitenden in das Qualitätsmanagement.

*„Auch diese Mitarbeiterbefragung, die bei uns gelaufen ist, wo ja jetzt auch drauf eingegangen wird. Wo Gespräche gelaufen sind mit der Geschäftsleitung. Wo geguckt wird: Wo sind denn unsere Mitarbeiter unzufrieden? Was gibt’s denn da für Haken? Was können wir denn dafür tun, dass wir das beheben? Oder was können wir da anders machen? Ja, also, so nach dem Motto: Wir haben zwar vielleicht nicht viele Mitarbeiter, obwohl ich*

*mich hier zur Zeit nicht beklagen kann, alle Stellen besetzt, aber die Mitarbeiter, die wir haben, die sollen auch zufrieden sein, damit sie hoch motiviert sind und auch gute Arbeit leisten letztendlich.“ (IP 30, 52)*

Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden wird hier als konstitutiver Bestandteil eines guten Qualitätsmanagements gesehen. Es werden Zusammenhänge hergestellt zwischen Arbeitszufriedenheit, Motivation und – von zentraler Bedeutung für die Organisation – Qualität der Leistung der Mitarbeitenden, mit denen sich der Arbeitgeber auf dem Markt präsentiert („die Mitarbeiter (...) sollen zufrieden sein, damit sie hoch motiviert sind und auch gute Arbeit leisten“).

#### 4 Diskussion – Fazit

Die Ergebnisse der Interviewauswertung geben deutliche Hinweise darauf, dass die zentralen Akteure: Pflegekräfte, Kunden und Management, die Qualität pflegerischer Leistungen anhand unterschiedlicher Kriterien definieren und entsprechend auch andere Maßstäbe für die Bewertung anlegen, woraus sich auch Konsequenzen hinsichtlich des Wertschätzungserlebens der Pflegenden ergeben.

Die Qualitätsvorstellungen von Pflegenden stellen neben fachlichen Aspekten die Interaktion mit Kunden in den Mittelpunkt. Diese ist geprägt von Fürsorge, Empathie und einer hohen Kundenorientierung und zeichnet sich außerdem durch einen hohen Grad an Flexibilität aus. Ziel ist es, den Kunden als Partner für den Behandlungs- bzw. Pflegeprozess zu gewinnen und gemeinsam eine qualitativ gute Versorgung sicherzustellen bzw. eine hohe Lebensqualität im Sinne des Kunden zu erreichen.

Eine vertrauensvolle und verlässliche Beziehung zwischen Pflegekraft und Kunden kann auch Reziprozität beinhalten, d.h. auch Pflegenden können ihre Befindlichkeit oder die aktuelle Arbeitssituation ansprechen und bei den Kunden auf Verständnis und die Bereitschaft zur Kooperation treffen. Vor diesem Hintergrund kann Reziprozität gewissermaßen als Indikator einer guten Beziehungsqualität verstanden werden.

Die Qualität der eigenen Pflegearbeit wird häufig anhand individueller, subjektiv relevanter Kriterien bewertet. Konkret bedeutet dies, dass berufliches Handeln daran ausgerichtet wird, was für die eigene Person

in einer vergleichbaren Situation angenehm wäre. Eine solche „Selbstreferentialität“ als Maßstab für Qualität wird im Arbeitsalltag offenbar als hilfreich erlebt. Auf Grund ihrer Subjektivität scheinen solche Kriterien jedoch nicht geeignet, um einheitliche Maßstäbe für die Qualität professioneller Pflege zu entwickeln und damit die notwendige Verbindlichkeit und Transparenz zu gewährleisten, die auch für das Erleben von Wertschätzung unverzichtbar sind.

Gerade bei langjähriger Berufstätigkeit treffen Pflegenden Entscheidungen auch intuitiv und erfahrungsbasiert und ohne expliziten Bezug auf professionelle Standards. Dies kann die schnelle Einschätzung einer komplexen Situation und ihrer Erfordernisse befördern, birgt jedoch auch das Risiko, dass subjektiv geleitete Entscheidungen sich negativ auf die Qualität der Ergebnisse auswirken.

Die Ansprüche vieler Pflegenden an die Qualität der eigenen Arbeit orientieren sich an hohen humanistischen oder christlichen Werten. Solche Ideale kollidieren jedoch mit den Rahmenbedingungen, unter denen professionelle Pflege gegenwärtig stattfindet. Arbeitsverdichtung oder die Zunahme administrativer Aufgaben führen zu „Abstrichen“ in der Interaktionsarbeit und damit zum Verlust an Sinnhaftigkeit. Der Pflegeberuf, der ohnehin bezogen auf Rahmenbedingungen und Vergütung als wenig attraktiv gilt, erfährt neben einer solchen Gratifikationskrise (Siegrist, 1996) auch eine „Identifikationskrise“, wenn Berufsangehörige eigene Ideale und Qualitätsvorstellungen nicht zufriedenstellend realisieren können.

Qualitätsvorstellungen von Kunden haben aus Sicht der Befragten weniger fachliche Kompetenzen der Mitarbeitenden als Aspekte der Servicequalität im Blick. Dies ließe sich unter Umständen damit erklären, dass Kunden als Laien diese gar nicht beurteilen können.

Es ist davon auszugehen, dass der Eindruck von Pflegekräften, die Qualität ihrer Arbeit könne von vielen Kunden in Ermangelung der notwendigen Fachkompetenz gar nicht beurteilt werden, sich wiederum auf das Verhalten der Pflegenden auswirkt. So dürfte eine solche Einschätzung sich eher ungünstig auf die Motivation auswirken, fachlich gute Qualität zu liefern, wenn diese ohnehin von den Adressaten kaum oder gar nicht wahrgenommen wird. Auch könnte dies dazu führen, dass entsprechende Rückmeldungen von Seiten der Kunden weniger ernst genommen werden als solche von fachlich kompetenter Seite, wie z.B. von anderen Professi-

onellen. Hinsichtlich der Generierung von Wertschätzung würde sich eine „Investition“ in hohe Pflegequalität unter der Voraussetzung, dass diese nicht entsprechend honoriert wird, kaum lohnen. Solche Annahmen stehen jedoch im Widerspruch dazu, dass Pflegende gerade in die Beziehungsgestaltung mit den Kunden viel Zeit und Energie investieren und dass Interaktionsarbeit einen zentralen Stellenwert innerhalb des beruflichen Selbstverständnisses hat. Dieser Widerspruch lässt sich jedoch auflösen, wenn man die Prozesse, die im Rahmen der Beziehungsgestaltung mit Kunden stattfinden, genauer betrachtet. So werden gerade im Rahmen von Interaktionsarbeit Sinn und Ziele pflegerischer Maßnahmen mit den Kunden besprochen und auf seine Bedürfnisse hin abgestimmt. Es handelt sich dabei also um Prozesse, in denen sowohl Fachwissen vermittelt als auch individuell angepasste Strategien gemeinsam entwickelt werden können. Entsprechend haben Pflegende also genau hier die Gelegenheit, ihre berufsspezifischen Kompetenzen darzustellen und in einer Weise zu vermitteln, die a) den Kunden einbezieht und b) seine Fachkenntnisse erweitert. Der Kunde erfährt damit nicht nur in seiner Individualität Berücksichtigung und kann Vertrauen zu „seiner/m“ Pflegenden aufbauen, sondern erwirbt in diesem Prozess auch Kompetenzen, um pflegerische Maßnahmen besser beurteilen zu können und die Leistungen von Pflegenden in Zukunft besser „(wert) schätzen zu lernen“.

Die Generierung von Wertschätzung im Kontext von Pflegearbeit kann sich aber auch deshalb als problematisch erweisen, weil manche Klienten nicht als pflegebedürftig wahrgenommen werden möchten. Hinter diesem Wunsch, dass die Dienstleistung „Pflege“ diskret erfolgen soll, steckt die Befürchtung, im Umfeld als „alt“ oder „krank“ wahrgenommen und stigmatisiert zu werden. Schließlich spielt die Kosten-Nutzen-Abwägung bei der Bewertung der Pflegequalität für Kunden eine große Rolle: Gut ist Pflege demnach, wenn Kunden bzw. Angehörige eine spürbare Entlastung durch den Einsatz professionell Pflegender erfahren und die ökonomischen Ressourcen möglichst geschont werden.

Aus Sicht der befragten Pflegenden haben Aspekte, die sich auf die Interaktion mit Kunden stützen, zur Bestimmung und Bewertung von Qualität für Führungskräfte bzw. das Einrichtungsmanagement zu wenig Relevanz. Im Vordergrund stünden hier funktionale Aspekte, die quantifizierbar und ökonomisch

relevant seien und die Einrichtung als Ganzes betreffen. Qualitätsmanagementsysteme stützten sich in ihrer Bewertung pflegerischer Arbeit primär auf die Dokumentation der Tätigkeiten sowie auf Befragungen von Kunden oder Mitarbeitenden. Hier erhielten kritische Rückmeldungen von Kunden gegenüber positivem Feedback unverhältnismäßig viel Gewicht.

Die Tatsache, dass Qualitätskriterien und -maßstäbe in hohem Maße mit der jeweiligen Akteursperspektive variieren, hat natürlich Konsequenzen für das Wertschätzungserleben Pflegender. Wie eingangs am Beispiel der Hochzeitstorte erläutert, setzen Anerkennungsprozesse grundsätzlich gemeinsame Kriterien und Maßstäbe der Akteure voraus, die im Kontext professioneller Pflege idealerweise Teil einer von gemeinsamen Werten und Zielen getragenen Unternehmenskultur sind.

Fehlt es diesbezüglich an Übereinstimmung, sind Klärungs- und Abstimmungsprozesse unverzichtbar, die von den Pflegenden selbst ausgehen und mit den professionellen Akteuren, bzw. den involvierten Interessengruppen wie beispielsweise auch Kostenträgern auch auf politischer Ebene rechtsverbindlich ausgehandelt werden müssen. Dazu ist es nötig, dass Angehörige der Berufsgruppe die komplexen Inhalte, Konzepte und Strategien ihres professionellen Handelns deutlicher als bisher darstellen und insbesondere die als zentral erlebte Interaktionsarbeit auch sprachlich fassen und kommunizieren.

Ein auf diese Weise verankertes Berufsverständnis würde auch klare und verbindliche Kriterien für die Qualität professioneller Pflege beinhalten und könnte sowohl Kunden als auch einer breiten Öffentlichkeit vermittelt werden. Reduzierende, verrichtungsorientierte Darstellungen, wie sie nach wie vor die öffentliche Wahrnehmung von professioneller Pflege zu dominieren scheinen, können so revidiert und zu Gunsten eines Berufsverständnisses korrigiert werden, das auf selbstständige Lebensführung, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zielt. Wenn ein solches Verständnis des Pflegeberufes sich durchsetzt, kann auch für die aus Sicht der Pflegenden zentrale Interaktionsarbeit Wertschätzung erfahren werden. Damit würde sich nicht nur das gesellschaftliche Bild, sondern auch der Status der Pflegeberufe verbessern. Ein allgemein anerkanntes, an den Kriterien von Pflegenden orientiertes Qualitätsprofil könnte so nicht nur ein Weg aus der erlebten „Gratifikationskrise“ sein,

sondern Pflegende auch aus der „Identifikationskrise“ herausführen, indem der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit mehr Gewicht verliehen wird.

## Literatur

- Afentakis, A. (2009). Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. *STATmagazin* [pdf], 1-4. [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009\\_\\_08/PDF2009\\_\\_08,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009__08/PDF2009__08,property=file.pdf) [22.11.2011].
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., Schaufeli, W. (2000). Effort-reward-imbalance and burnout among nurses. *Journal of advanced nursing*, 3, 884-891.
- DBFK (2010). *Position des DBfK zum aktuellen Pflegepersonalmangel*. [pdf], 1-2. [http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier\\_web.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier_web.pdf) [10.11.2011].
- Stöcker, G., Wagner, F. (2009). *Stellungnahme zum Änderungsantrag (BT-Drucksache 16(14)0527: Artikel 12a) zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften* (BT-Drucksache 16/12256). [pdf], 1-2 <http://www.dbfk.de/download/download/stenaAenderungarzneiVorschriften2009.pdf> [10.11.2011].
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., Paul, T. (Hrsg.) (2008). *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung* (1. Nachdr. der 2., korrigierten Aufl.). Bern: Huber.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., Büscher, A., Stelzig, S., Kümmerling, A., Müller, B. H. (2005). Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M. (Hrsg.) *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (S. 134-146). Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., Büscher, A., Stelzig, S., Kümmerling, A., Müller, B. H. (2005). Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M. (Hrsg.) *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (S. 134-146). Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hasselhorn, H. M., Abt-Zegelin, A., Wittich, A., Tackenberg, P. (2008). Image der Pflege in Deutschland – Next-Studie. *Die Schwester/Der Pfleger*, 5, 458-461.
- Ikaheimo, H., Laitinen, A., Quante, M. (2004). Leistungsgerechtigkeit: Ein Prinzip der Anerkennung für kulturelle Besonderheiten. In: Halbig, C., Quante, M. (Hrsg.),

- Axel Honneth: *Sozialphilosophie zwischen Kritik und Anerkennung* (S. 81-85). Münster: LIT.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010). *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010*. Zugriff am 22.10.2011 <http://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70582/lbg2010.pdf>
- Müller, K. (2011). Gemeinsam zu mehr Anerkennung. Ansatzpunkte zur Steigerung der Wertschätzung für Pflegende. *Die Rotkreuzschwester*, 4, 27-29.
- Müller, K., Hellweg, S. (i. E.). Denn Sie wissen nicht, was wir tun. Pflege: Ein Dienstleistungsberuf, über den viel vermutet wird, aber wenig bekannt ist? In: Reichwald, R., Frenz, M., Hermann, S., Schipanski, A. (Hrsg): *Innovative Dienstleistungsarbeit*. Wiebaden: Springer.
- Müller, K., Hellweg, S., Schneider, H. (2010). Wertschätzungskultur als Kennzeichen professioneller Pflege. In: Fuchs-Frohnhofen, P. et al. (Hg.). *Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“* (S. 10-13). Marburg, Tectum.
- Ostwald, D. A., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H., Friedl, C., (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. Frankfurt a. M.: PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- Rennen-Allhoff, B., Tacke, D. (2000). Sozialisationsforschung: Berufliche Sozialisation in der Pflege. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 819-842). Weinheim: Juventa.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauss, A., Corbin, J., (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung* (S. 75-93). Weinheim: Beltz.

## Kontakt

Prof. Dr. Klaus Müller  
Fachhochschule der Diakonie gGmbH  
Lehrstuhl Gesundheits-  
und Pflegewissenschaft  
Grete-Reich-Weg 9  
33617 Bielefeld  
Telefon: 0521 144 2715  
E-Mail: klaus.mueller@fhdd.de



# Erfolgsbesprechungen in der stationären Altenpflege – Ein gelingender Ansatz zur Würdigung und Wertschätzung der eigenen Arbeit

R. Rottländer, M. Isfort, A. Neuhaus

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

---

**Zusammenfassung:** Im Verbundprojekt PflegeWert untersuchten die beteiligten Institutionen aus Wissenschaft und Praxis die Arbeitsrealität von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Zentraler Fokus im Projekt war deren Erleben von Wertschätzung. Ausgehend von der Annahme unterschiedlicher Wertschätzungsebenen konzipierten und erprobten die beteiligten Kooperationspartner mit Ansätzen der Aktionsforschung (vgl. Hart & Bond 2001) ein „Bündel an Handlungsanregungen“ zur Steigerung der Wertschätzung.

In der standardisierten Ausgangsbefragung der Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten Einrichtungen (n = 343) bestätigte sich zentral die Annahme, dass die Ebenen der Selbstwertschätzung, der Wertschätzung durch Bewohner/innen sowie deren Angehörige, der Wertschätzung durch das Team und Vorgesetzte, der Wertschätzung als Bestandteil der Organisation und der gesellschaftlichen Wertschätzung für Pflegekräfte im Altenheim bedeutsam sind. Näher nachgefragt stellte die pflegerische Betreuung und Begleitung für die befragten Pflegenden eine sinnvolle Tätigkeit dar (92,4% und 79,1% sind in einem hohen oder sehr hohen Maße stolz darauf, in der Pflege zu arbeiten). In den qualitativen Interviews zeigte sich, dass es schwer fällt, eigenes erfolgreiches Pflegehandeln zu benennen. Damit blieb die Selbstwertschätzung der Mitarbeitenden im diffusen Bereich und kann nur unzureichend ausgebaut werden. Die im Projekt entwickelte Handlungsanregung der Erfolgsbesprechung greift dies auf und unterstützt den Prozess, eigene erfolgreiche Arbeit zu identifizieren, zu benennen und im Team zu veröffentlichen. Die Erfolgsbesprechungen erwiesen sich als wirksam zur Förderung des Selbstwertschätzungsgefühls der Pflegekräfte.

Nachfolgend dargestellt sind die derzeitige Situation der stationären Altenpflege in Deutschland, das Projekt PflegeWert, ausge-

suchte Ergebnisse der Ausgangsbefragungen, das Konzept der Erfolgsbesprechung sowie die Evaluation der neu entwickelten Handlungsanregung.

**Schlüsselwörter:** Wertschätzung in der Altenpflege, Steigerung des Selbstwertschätzungsgefühls, Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiterbindung, Konzept der Erfolgsbesprechung

## 1 Einleitung

Im Projekt PflegeWert wurden, im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie des Europäischen Sozialfonds für Deutschland, zentral gelingende Wertschätzungsmechanismen für Mitarbeitende in der stationären Altenpflege untersucht und im Zusammenhang zu deren Arbeitszufriedenheit und deren Bindung an den Beruf und den Träger betrachtet. Vor dem Hintergrund der in der Fachöffentlichkeit vielfach diskutierten Aspekte des steigenden Bedarfs an Fachkräften und der notwendigen Attraktivitätssteigerung der pflegerischen Arbeit ist die Thematik als bedeutsam einzuordnen. Die einzelnen Diskurse zur Fachkräfteproblematik und personellen Bindung sollen an dieser Stelle nicht umfassend ausgeführt werden. In der Summe kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich für das Management in den Einrichtungen eine Aufgabenverschiebung von der Personalauswahl hin zur Personalbindung entwickelt. Maßnahmen der Wertschätzung als Unternehmensstrategie zu systematisieren, kann hier ein Beitrag sein, um die personellen Ressourcen in den Betrieben auch zu erhalten und zu befördern.

Ausgangspunkt für das Projektteam, mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und MA & T Sell & Partner GmbH als Wissenschaftspartner sowie der CBT Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH und der Stiftung Evange-



Abb. 1:  
Handlungsanregungen zur Förderung  
von Wertschätzung auf fünf Ebenen

liches Alten- und Pflegeheim Gemünd als Praxispartner, war die Annahme, dass es für die Mitarbeitenden hilfreich sei, auf mehreren Ebenen kontinuierlich Wertschätzung zu erfahren. Im Fokus standen die Selbstwertschätzung, die Wertschätzung durch Kund(inn)en, die Wertschätzung durch das Team und die Vorgesetzten, die Wertschätzung als Bestandteil der Organisation sowie die Wertschätzung durch Gesellschaft und Umwelt. Diese angenommenen Ebenen stellte das Projektteam, wie in der Einleitung im Artikel von Bessin und Fuchs-Frohnhofen beschrieben, in Beziehung zu den Überlegungen um den „Produzentenstolz“ in der produzierenden Industrie. Die Projektbeteiligten konzipierten und implementierten auf der Grundlage der grundlegenden Annahme und der Ergebnisse der Ausgangsbefragungen Handlungsanregungen zur Förderung der Wertschätzung von Mitarbeitenden auf den benannten Ebenen. Diese sind in Abb. 1 dargestellt.

Im Laufe des Projektes bildete sich wiederholt deutlich ab, wie wichtig ein ganzheitlicher Ansatz ist, um das Erleben von Wertschätzung nachhaltig zu steigern. Der vorliegende Artikel betrachtet als einen Ausschnitt primär die Ebene der Selbstwertschätzung der Pflegekräfte und der damit verbundenen Handlungsanregung der Erfolgsbesprechung. Nach der Beschreibung der Ausgangslage in der stationären Altenpflege werden das Projektdesign und die Methodik, mit der eine Annäherung an den Gegenstand erfolgt, dargelegt. Im anschließenden Teil sind ausgesuchte Ergebnisse der Ausgangsbefragungen kurz skizziert und die

darauf aufbauend neu konzipierte Handlungsanregung der Erfolgsbesprechung und deren Implementationserkenntnisse.

## 2 Wertschätzung in der Altenpflege als Fokus wissenschaftlicher Arbeit

Generell ist die Debatte zur Wertschätzung von Mitarbeitenden (siehe Einleitung des Artikels von Bessin und Fuchs-Frohnhofen) als ein viel diskutierter Dialog einzustufen und auch für die Bindung von Altenpflegekräften von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Die teil-/vollstationäre Altenhilfe als Untersuchungsbereich im Projekt PflegeWert ist für die Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Personen von herausragender Geltung und wird zukünftig aufgrund des demografischen Wandels einen weiteren Ausbau erfahren. Derzeit wird bundesweit ca. ein Drittel (717.000 Personen) der 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen in teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen von insgesamt 621.000 Beschäftigten versorgt (Statistisches Bundesamt, 2011).

In der Arbeitsrealität ist eine systematische Wertschätzung gegenüber den angestellten Pflegekräften in den Einrichtungen und in der Gesellschaft (Ciesinger et al., 2011) nur punktuell anzutreffen; stattdessen steigen in fast allen Einrichtungen der Anspruch und die Beanspruchung im Berufsfeld der Pflege (Cicholas & Ströcker, 2010). Dies drückt sich u.a. in einer überdurchschnittlichen gesundheitlichen Belastung und erhöhten Krankheitszahlen aus (AOK, 2010, Wieland, 2010). Steigende Arbeitsanforderungen an das Pflegepersonal sind dabei u.a. bedingt durch die Zunahme von an Demenz erkrankten Bewohner/innen, durch beschränkte Personalmittel und durch erhöhte Aufwendungen für Dokumentation und Qualitätssicherungssysteme. Dies ist umso prekärer, da im Hinblick auf den bestehenden und prognostisch sich ausweitenden Fachkräftemangel in der Pflege (Afentakis & Maier, 2011, Augurzyk et al., 2011, Ostwald et al., 2010) und der damit entstehenden Konkurrenz zwischen den einzelnen Sektoren der pflegerischen Einrichtungen und zwischen Trägern (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2010) ein hoher Handlungsbedarf genau für diese Fragestellungen besteht.

Während die positiven Auswirkungen von Wertschätzung und Produzentenstolz auf die Unternehmensleistung in der produzierenden

den Industrie unbestritten sind, stellt sich die Frage, inwieweit dies auf den Bereich der sozialen Dienstleistungen und damit auch der pflegerischen Arbeit übertragbar ist. Soziale Dienstleistungsarbeit zeichnet sich durch Immaterialität aus. Das Produkt, an welchem sich der Produzentestolz in der Produktion sichtbar und messbar materialisiert, ist in der Pflege-Dienstleistung oft wenig greifbar und schnell vergänglich. Pflegearbeit wird im Moment der Leistungserbringung selbst direkt zwischen dem Konsumenten und dem Erbringer der Pflege ausgehandelt, erbracht und „konsumiert“ (Uno-Actu-Prinzip). Aufgrund der „Unsichtbarkeit“ der Leistung bzw. des Erfolgs pflegerischer Tätigkeit ist es eine Herausforderung, die Erfolge guter Pflege den Pflegekräften selbst, aber auch der Öffentlichkeit zu vermitteln. Solche Erfolge können darin bestehen, dass von Seiten der Bewohner/innen bzw. der Patient(inn)en keine direkte Statusveränderung bemerkt wird und ein entsprechender Zustand erhalten bleibt. Verdeutlicht wird dies bei der Erbringung prophylaktischer Leistungen, die auf die Minimierung potenzieller Risiken abzielen und deren Erfolge im Nichteintreten eines negativen Ereignisses bestehen. Das Nichteintreten kann hier jedoch nicht immer kausal mit der Pflegearbeit in Verbindung gebracht werden, sodass die Leistung darin besteht, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass ein Negativereignis nicht eintritt. Die Erfolgsmeldung „... die Bewohnerin hat keinen Hautdefekt erlitten ...“ ist jedoch kaum für positive Schlagzeilen geeignet und stellt vielmehr eine Minimalanforderung an professionelle Pflege dar. Der Aufwand, der hinter dem Erhalt des Status stehen kann, ist jedoch nicht selten immens.

Gleichzeitig ist aber auch zu verzeichnen, dass trotz dieser härter werdenden Rahmenbedingungen Pflegekräfte gerne in ihrem Beruf arbeiten (Vincentz Network, 2009). Zudem scheinen sie sich der Ressourcen innerhalb ihrer Pflegearbeit bewusst zu sein: So gehört die soziale Unterstützung durch Kolleg(inn)en sowie durch Führungskräfte oder allgemein ein „gutes Betriebsklima“ zu den wesentlichen Ressourcen, die von Altenpflegekräften genannt werden (Klein & Gaugisch, 2005, Zimber & Weyerer, 1999, Stoffer, 2006). Qualität der Arbeit definiert sich aus Sicht der Beschäftigten nicht nur hinsichtlich der Erreichung ergebnisorientierter Merkmale bei den Bewohner(inne)n. Gleich nach der Sicherheit des Arbeitsplatzes werden der Spaß und die Sinnhaftigkeit der Arbeit als wichtig für „gute Arbeit“ angesehen

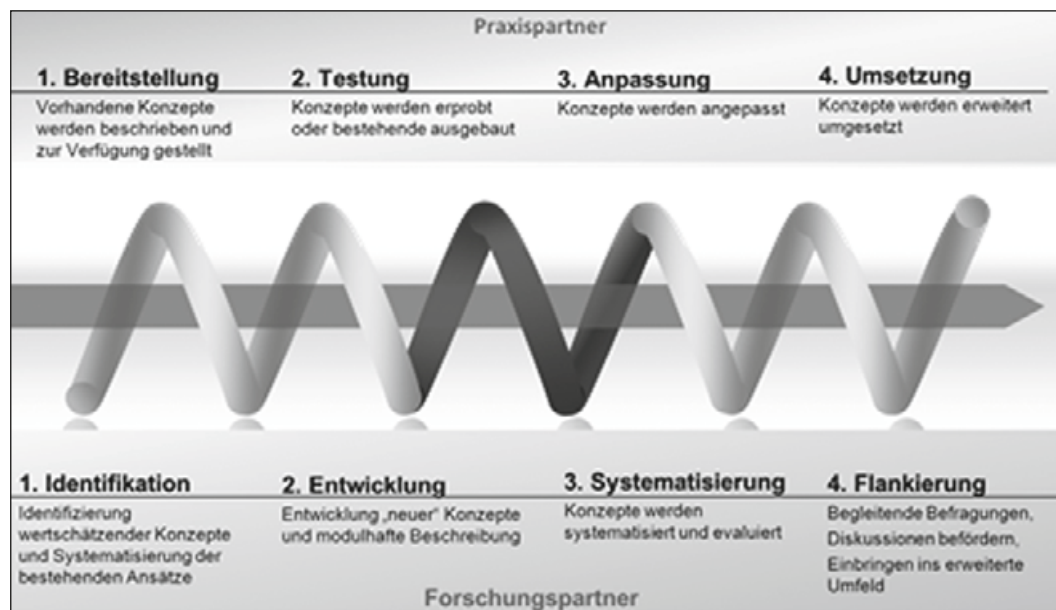
(INQA, 2007). Ebenso ist der Wunsch nach Anerkennung durch Führungskräfte sowie Arbeitskollegen und „stolz auf die Arbeit sein zu können“ bedeutsam.

### 3 Design und Methodik des Projekts

Die Annäherung an das Untersuchungsfeld geschah auf der Basis einer interdisziplinären wissenschaftlichen Literaturanalyse und Diskussionen mit Wissenschaftlern, Praktikern und Verbänden. Das Projektteam bildete forschungsleitende Annahmen, die fortlaufend weitergeführt und angepasst wurden. Darauf aufbauend wurden neben Befragungen der Mitarbeitenden aus den beteiligten Einrichtungen in diesen Einrichtungen verfügbare Konzepte und Werkzeuge zur Wertschätzungsförderung identifiziert, beschrieben und für den Transfer an Dritte aufbereitet bzw. neue Handlungsanregungen entwickelt, erprobt und mit Experten und Verbandsvertretern kritisch diskutiert. Dabei lief eine kontinuierliche Evaluation parallel, die wiederum die Basis für eine Überarbeitung, Verbesserung und Erweiterung der erarbeiteten Handlungsanregungen darstellte. Ergänzend flossen in diesen Forschungs- und Entwicklungsprozess Erkenntnisse aus flankierenden Befragungen von Pflegekräften und von Auszubildenden in der Pflege aus Nordrhein-Westfalen ein.

Die Ausgangsbefragungen der Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten Einrichtungen erfolgten zum einen mittels des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). Hiermit beforchte das PflegeWert-Team die psychische und physische Arbeitsbeanspruchung der in der Altenpflege tätigen Personen als Ausgangssituation des Projekts. Den Fragebogen ergänzten Fragen zur pflegerischen Arbeit und zu Maßnahmen der Wertschätzung. Aus den Einrichtungen der beiden Praxispartner beteiligten sich 343 Mitarbeitende, was einem Rücklauf von 32% entspricht. Die Befragten arbeiteten in der Pflege, in der Betreuung und in der bewohnernahen Hauswirtschaft. In der direkten Pflege tätig waren von den 343 Personen 237 Befragte. Qualitative face-to-face-Interviews ergänzten die Analyse der Ist-Situation in den Einrichtungen. Zum einen brachten acht in der Altenpflege tätige Mitarbeitende und eine Wohnbereichsleitung Erkenntnisse zu deren Wahrnehmung ihrer alltäglichen pflegerischen Arbeit und ihrer Identifikation mit der Altenpflege ein. Zum anderen berichte-

Abb. 2:  
Das Projekt PflegeWert  
als Entwicklungs- und  
Evaluationsprozess



ten sieben Führungskräfte von der Wertschätzung und wertschätzendem Verhalten in der Pflege.

Die Befragungen der Mitarbeitenden aus den beteiligten Einrichtungen komplementierte die wissenschaftliche Begleitung um zwei flankierende Befragungen des pflegerischen Felds in Nordrhein-Westfalen. Zum einen erfolgte eine sektorenübergreifende standardisierte Online-Befragung von 736 Einrichtungsleitungen in ambulanten Diensten ( $n = 249$ ), in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen ( $n = 313$ ) sowie in Krankenhäusern ( $n = 172$ ; 2 Fragebögen konnten nicht eindeutig zugeordnet werden). Die Ergebnisse entsprechen den Angaben einer Gelegenheitsstichprobe und sind nicht als repräsentativ zu betrachten. Nachgegangen wurde der Einschätzung nach der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe. Des Weiteren entstanden im Rahmen einer qualifizierenden Masterarbeit 13 Interviews mit Altenpflegeauszubildenden.

Der damit einhergehende Entwicklungs- und Evaluationsprozess orientierte sich an den Ansätzen der Aktionsforschung (Hart & Bond, 2001) und geschah unter enger Zusammenarbeit der Praxis- und der Forschungspartner. Dies mit dem Ziel, die Diskrepanz zwischen der Theorie und dem Arbeitsalltag der Pflegekräfte möglichst gering zu halten und die einzelnen Handlungsanregungen nachhaltig zur Anwendung zu bringen. Abb. 2 beschreibt diesen Prozess auf den Ebenen der Praxispartner sowie der Forschungspartner und stellt die handlungsleitenden Entwicklungsschritte vor.

So entstand in einer iterativen Vorgehensweise die Basis für den „Werkzeugkoffer der Wertschätzung“, der zum Abschluss des Projektes der Branche zur Verfügung gestellt wurde.

#### 4 Ausgesuchte Ergebnisse der Ausgangsbefragungen

Im Folgenden sind ausgewählte empirische Ergebnisse, die das Wertschätzungserleben von Pflegekräften in der stationären Altenpflege beschreiben und sich aus den voran dargestellten Befragungen der Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten Einrichtungen generieren, dargestellt:

Zentral bestätigte sich die grundlegende Annahme, dass für die Mitarbeitenden aus den am Projekt beteiligten Einrichtungen *alle Ebenen der Wertschätzung* (Selbstwertschätzung, Wertschätzung durch Kund(inn)en sowie deren Angehörige, Wertschätzung durch das Team und Vorgesetzte, Wertschätzung als Bestandteil der Organisation, gesellschaftliche Wertschätzung) bedeutsam und relevant sind.

Die Pflegenden schätzen ihre eigene Arbeit, die für sie eine sinnvolle und wichtige Tätigkeit darstellt. 92,4% der Befragten halten ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße für sinnvoll; 89,4% haben das Gefühl, dass ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße wichtig ist. Aus Abb. 3 ist dies abzulesen.

Dementsprechend erfüllt es 78,1% in einem (sehr) hohen Maße mit Stolz, in der Altenpflege tätig zu sein. Von Interesse in diesem Zusammenhang ist weiterhin, dass



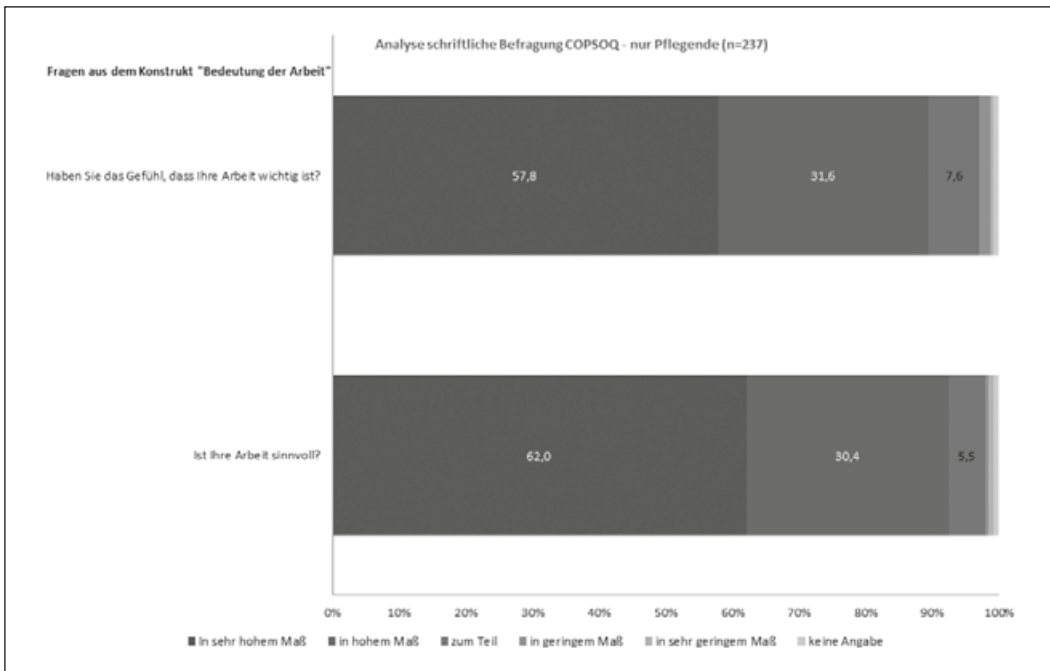


Abb. 3: Bedeutsamkeit der pflegerischen Arbeit

die *Bindung an den Beruf* sich als *ausgeprägt erwies*. 71,3% der in der Altenpflege tätigen Personen gaben an, dass die Arbeitsstelle für sie in einem (sehr) hohen Maße große persönliche Bedeutung hat. 69,2% möchten, wenn der Gesundheitszustand es zulässt, den Beruf bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben; allerdings möchten 15,6%, auch wenn es der Gesundheitszustand zulässt, den Beruf nicht bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben.

Ein besonders hohes Gewicht für die *Beurteilung der eigenen pflegerischen Arbeit* besaß unter anderem die Ebene der *Selbst-*

*wertschätzung*: 88,6 % (trifft voll und eher zu) der Pflegenden wissen, dass sie gute Arbeit geleistet haben, wenn sie, so wie von ihnen geplant ihre Arbeit umsetzen konnten und 85,2% (trifft voll und eher zu) wissen dies, wenn sie langfristige Pflegeziele für die Bewohner/innen erreicht haben. Die detaillierte Darstellung dieser Ergebnisse ist Abb. 4 zu entnehmen.

*Das gesellschaftliche Ansehen hat für die Selbstwahrnehmung der Pflegenden eine hohe Bedeutung*; die Befragten erfuhren und beschrieben aber einen eklatanten gesell-

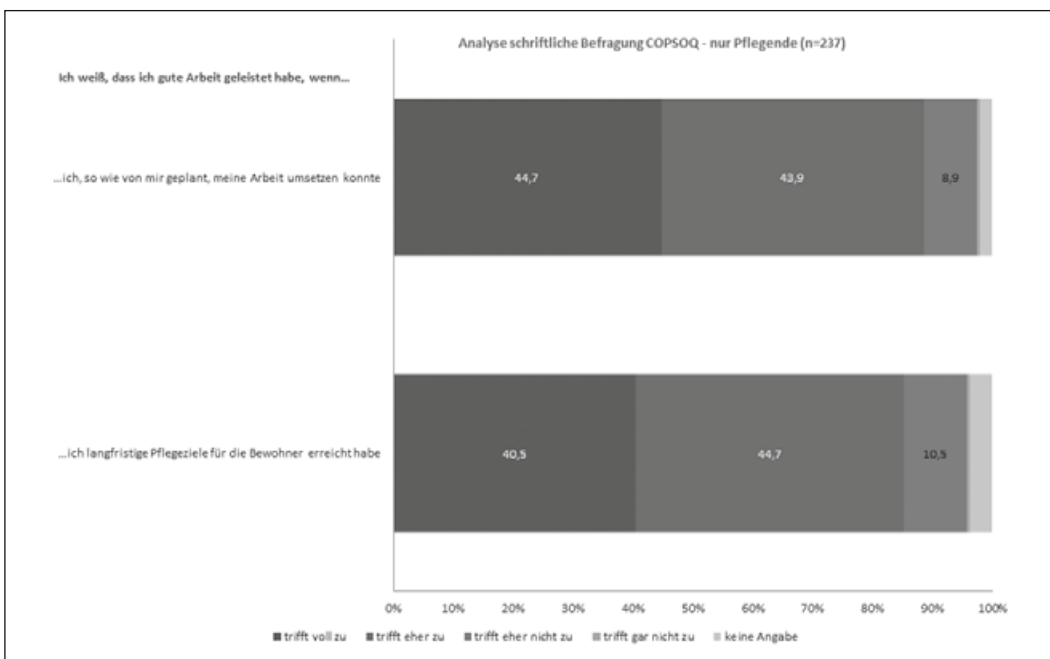


Abb. 4: Die Bedeutung der Selbstwertschätzung für die Beurteilung der eigenen Arbeit

schaftlichen *Anerkennungsmangel*. Dieser äußerte sich für sie mit der gesellschaftlichen Botschaft: „Waschen kann jede/r“, der damit verbundenen Reduktion ihrer Tätigkeit auf körperlichen und geistigen Abbau sowie Ausscheidungen und negativer Berichterstattung in den Medien. Positive Aspekte der Altenpflegerischen Arbeit und, dass Altenpflege ein verantwortungsvoller Beruf ist, wird nach Ansicht der Pflegenden von der Gesellschaft nicht ausreichend wahrgenommen.

In diesem Zusammenhang betonen die Pflegekräfte, dass sie Spaß an ihrer Arbeit haben und dass sie ihre Arbeit als vielfältig, vielseitig und anspruchsvoll erleben. Insbesondere die Beschäftigung mit den Bewohner/innen und deren Begleitung erwies sich als wesentlich für die Identifikation der Pflegekräfte mit ihrer Arbeit und dem Beruf. Eklatant ist allerdings, dass es den befragten Pflegenden schwer fiel, *ihr eigenes erfolgreiches Pflegehandeln innerhalb der komplexen Lebens- und Pflegesituationen der Bewohner/innen zu identifizieren und zu benennen. Ihre eigenen Leistungen verschwanden für sie in der Alltäglichkeit, waren für sie selbstverständlich.*

Um die gute Bindung an den Beruf und die Freude der Pflegekräfte an ihrer Arbeit zu erhalten, ist es wichtig, insbesondere unter den eingangs erwähnten, derzeit schwierigen Arbeitsbedingungen den Pflegekräften ausreichend Wertschätzung entgegenzubringen. Die Pflegenden erfüllen ihr sinnstiftender Beruf mit Stolz, es fällt ihnen aber schwer, die Erfolge ihrer täglichen Arbeit bewusst wahrzunehmen. Abgeleitet von den Äußerungen der Befragten, kann deren diffuses Empfinden guter Leistung nicht fass- und bestimmbar im eigenen Bewusstsein verankert werden. Demzufolge ist eine Arbeitskultur, die den Pflegenden hilft, ihre eigenen positiven Bedeutungszuschreibungen zu ihrem Beruf mit konkreten Handlungen zu verknüpfen, nicht zu unterschätzen.

## 5 Handlungsanregung der Erfolgsbesprechungen als Intervention zur Steigerung der Wertschätzung

Entsprechend war es ein Anliegen des Projekts, den Blick auf das zu lenken, was Pflegende täglich leisten, und ihnen eine Versicherung ihres Beitrags am Gelingen der pflegerischen Arbeit zu ermöglichen.

Auf der Ebene der Selbstwertschätzung konzipierte das Deutsche Institut für ange-

wandte Pflegeforschung e.V. gemeinsam mit Mitarbeitenden aus der Stiftung Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gemünd die Erfolgsbesprechungen, die in zwei Wohnbereichen erprobt wurde. Die neu eingeführte Intervention unterstützt gelingend den Prozess, eigenes erfolgreiches pflegerisches Handeln zu identifizieren sowie anzuerkennen und wertzuschätzen.

Die Pflegekräfte wählten die Erfolgsbesprechung aus mehreren Angeboten an Handlungsanregungen als prioritär zu erproben aus. Betont werden muss, dass die Handlungsanregung nicht entkoppelt von anderen Wertschätzungsmaßnahmen ein- und umgesetzt werden sollte. Die Erfolgsbesprechung ist Teil eines „Bündels an Handlungsanregungen“. Innerhalb des Projekts zeigte sich deutlich, dass die Mitarbeitenden explizit betonen, dass isolierte Einzelinterventionen nicht als wertschätzend wahrgenommen werden, sondern dass sie eingebettet sein sollten in eine „Kultur der Anerkennung und des Vertrauens“.

### 5.1 Konzept der Erfolgsbesprechung

Die Erfolgsbesprechungen erlauben durch den Blick auf vergangene gelungen bewältigte Situationen, Erfolge in ihrem Pflegehandeln zu identifizieren. Die Pflegenden sollen sich ihrer Leistung und der Vielfältigkeit ihrer Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bewusst werden. Dies, indem sie aus der bei der täglichen Arbeit entstehenden Fülle an Informationen und Eindrücken gezielt ihre je eigenen erfolgreichen Lösungsstrategien und hilfreichen Ressourcen identifizieren und diese miteinander vergleichen. Die Handlungsanregung zielt damit nicht auf die Bewältigung von Defiziten und Problemen. Vielmehr kann in einer Erfolgsbesprechung das berufliche Handeln, an reale Arbeitskontexte geknüpft, sichtbar werden und die Teilnehmenden können es reflektieren, aus neuen Perspektiven betrachten und systematisch neu und positiv erschließen.

Theoretisch orientiert sich das Konzept der Erfolgsbesprechung an einem systemisch-lösungsorientierten Vorgehen von Fallbesprechungen. Das hierbei hinterlegte Verständnis richtet sich an vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen aus und postuliert, dass jeder Mensch seine eigenen Realitäten, Wahrnehmungen und Lösungsstrategien konstruiert (Nestmann, 2004). Die Intervention erlaubt, bezogen auf den systemischen Grundgedanken, Verknüpfungen

und Zusammenhänge sowie Erfahrungen und Milieukenntnisse zusammenzubringen und mit den jeweiligen Wirklichkeitskonstruktionen und Beobachtungsperspektiven der Teilnehmenden zu verbinden (Siebert, 2000). Die Handlungsanregung unterstützt durch den kollegialen Austausch auch die von Orthey und Rotering-Steinberg beschriebene „Erweiterung der Selbstwahrnehmung“ (2001). Begleitend gestattet das metakognitive Vorgehen, die Sicht „über“ die eigene Arbeit und die geleisteten Erfolge leichter gegenüber Dritten darstellen zu können und ihnen auch damit den Kern der täglichen Pflegearbeit näher zu bringen.

Die Intervention richtete sich im Projekt an Mitarbeitende, die in der direkten Pflege und Betreuung arbeiten. Die Teilnehmenden arbeiteten in einem Team und sind durch die tägliche Arbeit alle mit denselben Bewohner/innen vertraut. Die Erfolgsbesprechungen steuerten die beteiligten Teammitglieder eigenständig. Die Pflegekräfte erörterten in 30 bis 60 Minuten, fokussiert auf die Versorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners oder an einer übergreifenden, die Arbeit des Wohnbereichs betreffenden Frage, ihre Erfolgsstrategien. Die Mitarbeitenden reflektierten im Rahmen dieses Konzepts einzelne Pflegesituationen, bspw. anhand der Fragen, wie es gelungen ist, bei einer Bewohnerin/einem Bewohner sicherzustellen, dass notwendige Pflegemaßnahmen angenommen werden, oder wie es gelungen ist, die Zufriedenheit einer Bewohnerin/eines Bewohners zu fördern. Aber auch übergreifende Fragestellungen, wie bspw. was geholfen hat, die wohnbereichsinterne Karnevalsfeier gelingend zu gestalten, waren Gegenstand der Erfolgsbesprechungen. Eine teaminterne Moderatorin/ein teaminterner Moderator war verantwortlich, die Intervention in eine Informationsphase, eine Analyse- und Dialogphase und die Phase der Ergebnissicherung zu untergliedern. Diese Handlungsanregung konnte mit Gruppen von bis zu zehn Personen gelingend umgesetzt werden. Wesentlich für das Gelingen war die Bereitschaft der Einzelnen zum Perspektivwechsel und deren Überzeugung, dass die Gruppe Lösungspotentiale in sich trägt.

## 5.2 Evaluation der Erfolgsbesprechung

In der Entwicklungs- und Erprobungsphase fanden in den beiden beteiligten Wohnbereichen insgesamt zehn Erfolgsbesprechun-

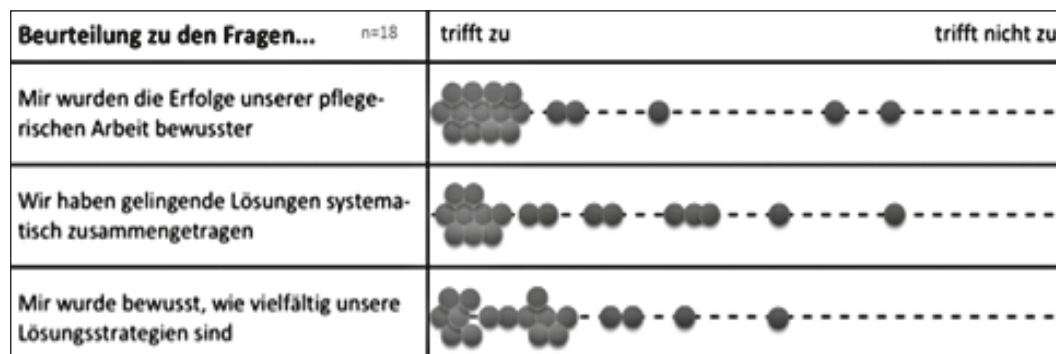
gen statt. Die Evaluation erfolgte anhand von Fragebögen ( $n = 18$ ) und häufigen Feedback-Gesprächen mit den jeweils an den Besprechungen beteiligten Pflegenden, Protokollauswertungen der Erfolgsbesprechungen, einem Interview mit der Leitung eines Wohnbereichs, der die Erfolgsbesprechungen selbst organisiert erprobte, sowie anhand von Feedback-Gesprächen mit den verantwortlichen Leitungskräften des Pflegeheims. Das fertige Konzept diskutierten abschließend Leitungskräfte anderer Einrichtungen unter der Perspektive der angenommenen „Praxistauglichkeit“ in ihren Einrichtungen.

Die Besprechungen unterstützten den Perspektivwechsel hin zu gelingender pflegerischer Arbeit. Die Pflegekräfte berichteten, dass es interessant ist und es ihnen gut tat, sich die Erfolge der eigenen Arbeit zu vergegenwärtigen und in den Erfolgsbesprechungen auch Wertschätzung durch die Teamkolleg(inn)en zu erfahren. Die Pflegenden würdigten dies insbesondere, da nach ihrer Auffassung die Wertschätzung für gut geleistete Arbeit im Alltag häufig untergeht. Die Mitarbeitenden tauschten sich gewinnbringend aus, die Erfolge ihrer Arbeit rückten in ihr Bewusstsein und es gelang ihnen, nützliche Lösungsstrategien zusammenzutragen und sich ihrer Vielschichtigkeit bewusst zu werden. Das subjektive Empfinden, gute Arbeit zu leisten, wurde für die Pflegenden fassbar.

Anhand der schriftlichen Befragung der beteiligten Mitarbeiter lässt sich dezidiert nachvollziehen, dass die mit den Erfolgsbesprechungen direkt verbundenen Ziele in beachtenswerter Weise erreicht wurden. Die folgenden Befragungsskalen stellen dies für die beiden Wohnbereiche ( $n = 18$ ) dar. Die Verortung der einzelnen Punkte auf der Skala gibt die Ansichten je einer/eines Mitarbeitenden wieder. In Abb. 5 ist nachzuvollziehen, dass ein Großteil der beteiligten Personen die Erfolge ihrer Arbeit bewusster erfassten und sie vielfältige Lösungsstrategien systematisch zusammentrugen.

Den Austausch in den Erfolgsbesprechungen erlebten viele der Kolleg(inn)en für sich als gewinnbringend. Etliche der Pflegenden waren der Überzeugung, dass sie erfolgreiche Lösungsstrategien identifizierten und diese anschließend bewusster in der weiteren Arbeit einsetzten. Durch den kollegialen Austausch fiel es nach den Besprechungen leichter, „Nicht-Pflegenden“ von ihren Leistungen zu berichten. In der Abbildung 6 sind diese Einschätzungen der befragten Mitarbeitenden nachzuvollziehen:

Abb. 5:  
Abschließende Befragung  
der Wohnbereiche –  
Zielerreichung 1



Bei der Beantwortung weiterer Fragen gaben viele Teilnehmende an, nicht nur für sich persönlich und das Team die Erfolgsbesprechungen als nutzvoll zu erleben, sondern sie nahmen auch für die Einrichtung und die Bewohner/innen einen Nutzen wahr. Grundsätzlich hervorzuheben ist, dass für die Pflegekräfte wesentlich ist, dass die Leitungskräfte authentisch versicherten, die Handlungsanregung zu wollen, und dass sie existente schwierige Rahmenbedingungen der Altenpflegerischen Arbeit durch die Erfolgsbesprechungen nicht negierten oder ignorierten.

Die Leitungen der beteiligten Einrichtung erlebten die Handlungsanregung der Erfolgsbesprechung als effektiv. Obwohl die Effekte tendenziell schwer messbar sind und erst nach und nach sichtbar werden, hoben die Leitungen den von ihnen erlebten Nutzen für die beteiligten Pflegekräfte, die Teams, die Einrichtung und auch für die Bewohner/innen hervor und brachten diese mit einer Stärkung des Selbstwertgefühls, einer höheren Arbeitszufriedenheit sowie einem von Wertschätzung geprägten Umgang miteinander in Zusammenhang. Ihres Erachtens sind positive, den Selbstwert verbessernde Erlebnisse ihrer Wahrnehmung nach nicht mehr subjektiv gefühlt, sondern mit Ergebnissen unterlegt. Für den Großteil der verantwortlichen Leitungskräfte stellt das Konzept der Erfolgsbesprechungen ein gelingendes Konzept dar; dies wird bspw. in der Aussage einer Wohnbereichsleitung deutlich, für den die Erfolgsbesprechungen einen „schönen Ansatz darstellen, um die Arbeit der Mitarbeitenden zu würdigen und ihnen zu zeigen, dass sie wichtig sind“.

## 6 Fazit

Die Ergebnisse des Projekts PflegeWert zeigen, dass das Thema „Wertschätzung von Pflegekräften“ für Pflegende wichtig ist.

Maßnahmen zur Steigerung des Selbstwertgefühls von Pflegekräften erwiesen sich als effektiv. Die Handlungsanregung der Erfolgsbesprechung half, das eigene berufliche Handeln der Pflegenden aus einem diffusen Empfinden guter Leistung herauszulösen und konkret bestimmbar und damit sichtbar werden zu lassen und die eigene Arbeit systematisch aus neuen Perspektiven zu erschließen.

Sämtliche, im Projekt definierte, Ebenen erwiesen sich als bedeutsam und sollten von Leitungskräften in pflegerischen Einrichtungen ernst genommen werden. Handlungsanregungen zur Steigerung der Wertschätzung der Mitarbeitenden, wie bspw. die Erfolgsbesprechungen, sind wirksam.

Unbedingte Voraussetzung ist aber, dass sie in den Einrichtungen in eine „Kultur der Wertschätzung“ eingebettet sind und auf allen fünf Ebenen der Wertschätzung Maßnahmen umgesetzt werden. Die Wertschätzung von Mitarbeitenden ist als ein umfassender Unternehmensprozess zu verstehen. Beginnen sollte die damit verbundene Attraktivitätssteigerung des Berufs bereits in der Ausbildung, um einen Fachkräftemangel vorzubeugen und die Pflegekräfte möglichst lang an den Beruf zu binden. Hierbei sollten nicht nur einrichtungsinterne Maßnahmen, sondern auch die Darstellung der Pflege in der Öffentlichkeit angegangen werden, um das Bild von Pflege, welches mit stereotypen Schlagworten wie „Unterbezahlung“, „Überlastung“, „fehlende Attraktivität“ und „fehlende Aufstiegschancen“ verbunden ist, zu verändern.

Wertschätzungsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen, liegt hierbei neben den Kostenträgern und der Politik auch in der Verantwortung und im Aufgabenbereich von Einrichtungsleitungen. Damit bildet sich neben der Verbesserung der konkreten Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Pflege ein zweites Feld heraus, in dem Veränderungen notwendigerweise anzuge-



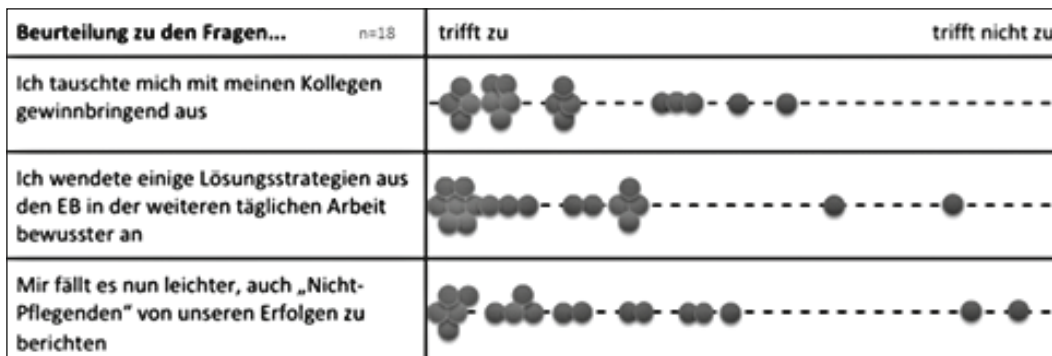


Abb. 6:  
Abschließende Befragung  
der Wohnbereiche –  
Zielerreichung 2

hen sind. Um diesen Herausforderungen adäquat begegnen zu können, ist den Fragestellungen, die Wertschätzung und Stolz im Zusammenhang zu Mitarbeiterbindung und Attraktivität des Berufs behandeln, weiter wissenschaftsgestützt nachzugehen.

## Literatur

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11, 990-1002.
- AOK – Allgemeine Ortskrankenkasse (2010): *Produktionsfaktor Gesundheit – Stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegenetzwerke*. Berlin: AOK-Bundesverband.
- Augurzyk, B., Krolop, S., Mennicken, R., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkat, S. (2011). *Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary*. Hrsg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (Pflegeheim Rating Report). Essen: Ohne Verlagsangaben.
- Cicholas, U. & Ströcker, K. (2010): *Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit. Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen*. Hrsg. von Information und Technik NRW (it.nrw), Band 66, Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://webshop.it.nrw.de/gratis/Z089%20201052.pdf>, zuletzt geprüft am 08.08.2011.
- Ciesinger, K.-G., Goesmann, C., Klatt, R., Lisakowski, A., Neuendorff, H. (2011). *Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe*. Dortmund: Technische Universität Dortmund. Online verfügbar: [http://www.berufe-im-schatten.de/data/bis\\_tabellenband\\_pflege\\_2011.pdf](http://www.berufe-im-schatten.de/data/bis_tabellenband_pflege_2011.pdf), zuletzt geprüft am 12.07.2011.
- Hart, E. L. & Bond, M. (2001). *Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (2007). *Was ist gute Arbeit?* Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Ohne Verlagsangaben.
- Klein, B. & Gaugisch, P. (2005). *Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege – Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Abschlussbericht*. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/material/M4-INQA-Selbstbewertung-Gesundheitsfoerderliche-Arbeitsbedingung.pdf>, zuletzt geprüft am 13.12.2011.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2010). *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen*. Wissenschaftliche Beratung und Ausführung durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Tabellenbearbeitung durch den Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. Hausdruck des Ministeriums. Online verfügbar unter <https://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70582/lbg2010.pdf>, zuletzt geprüft am 18.11.2011.
- Nestmann, F. (2004). Ressourcenorientierte Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung: Ansätze, Methoden und Felder* (Band 2), (S. 1064f). Tübingen: Verlag der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

- Orthey, A. & Rotering-Steinberg, S. (2001). Konzept und Erfahrungen zur Lehr- und Lernsupervision im Tandem: Tandeminterview. *Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie. Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 32 (4), 393-402.
- Ostwald, D., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H., Friedl, C. (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. Hrsg. v. Wifor und Price Waterhouse Coopers. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>, zuletzt geprüft am 24.11.11.
- Siebert, H. (2006). *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht* (5. überarbeitete Auflage). Augsburg: Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen.
- Statistisches Bundesamt (2011). *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publicationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004,property=file.pdf>, zuletzt geprüft am 18.11.2011.
- Stoffer, F.J. (2006). Kümmere Dich um Deine „Kunden“ und Mitarbeiter. *neue caritas*, 1, 2-6.
- Vincenz Network (Hg.) (2009). *Deutscher Altenpflege-Monitor 2010. Modul 1: Basisstudie. Exklusivbefragung der Generation 50+ (Altenpflege-Monitor)*. Hannover: Vincenz.
- Wieland, R. (2010). *Barmer GEK Gesundheitsreport 2010*. Hrsg. v. Barmer GEK. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame\\_\\_PDF\\_\\_Dokumente/Reports/2010\\_\\_Gesundheitsreport,property=Data.pdf](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/2010__Gesundheitsreport,property=Data.pdf), zuletzt geprüft am 13.07.2011.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (Hg.) (1999). *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

## Kontakt

Deutsches Institut für angewandte  
Pflegeforschung e.V.  
Hülchrather Straße 15  
50670 Köln  
[www.dip.de](http://www.dip.de)

# Das Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege

Thomas Birken

---

**Kurzfassung:** Erfolgreiche Pflegearbeit setzt auf der Seite der Beschäftigten nicht nur pflegefachliche Kenntnisse, sondern auch eine Reihe von Kompetenzen somatischer, kommunikativer und emotionaler Art voraus, die sich oft nur schwer verbalisieren lassen und im Rahmen von Ausbildung wie beruflicher Arbeitspraxis entsprechend eine besondere Herausforderung darstellen. Mit dem Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege wurde ein Praxisinstrument entwickelt, das von Auszubildenden und Praktikern in der Pflegearbeit genutzt werden kann, um den eigenen Blick auf den Facettenreichtum der Pflegearbeit zu schärfen, dessen Kommunizierbarkeit zu steigern und damit den Austausch über erfolgreiche Handlungsstrategien zu verbessern. Im Rahmen dieses Beitrags wird mit dem Konzept der interaktiven Arbeit zunächst der theoretische Hintergrund für die Entwicklung des Reflexionstagebuchs dargestellt. Anschließend wird das Instrument vorgestellt und die Ergebnisse erster Praxiseinsätze mit Auszubildenden in der Altenpflege präsentiert.

Im Rahmen dieser Piloteinsätze wurde deutlich, dass sich das Reflexionstagebuch in der Altenpflegeausbildung als Werkzeug zur Verbesserung der Reflexions- sowie Kommunikationskompetenzen einsetzen lässt und damit gleichzeitig einen Ausgangspunkt für die Erhöhung von Anerkennung und Wertschätzung in der Pflegearbeit bilden kann.

**Schlüsselwörter:** Interaktive Arbeit, Altenpflegearbeit, Reflexion, Verbalisierung praktischen Wissens, Kompetenzkommunikation

## 1 Altenpflege als interaktive Arbeit

In einer eher losen Kopplung an den allgemeinen pflegewissenschaftlichen Diskurs hat sich in den letzten Jahren ein eigener Forschungsstrang entwickelt, in dem der Versuch unternommen wird, die Besonderheiten interaktiver Arbeitsformen wie der Altenpflegearbeit aus einer explizit sozialwissenschaftlich fundierten Perspektive herauszuarbeiten (vgl. Dunkel & Voß, 2004; Böhle & Glaser 2006). Den theoretischen Hintergrund bilden dabei Debatten um die Bedeutung von Emotionen in der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit (vgl. Dunkel, 1988), die Rolle der Kunden im Dienstleistungsprozess (vgl. Gross & Badura, 1977), sowie den Stellenwert nicht-objektivierbarer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Arbeit an und mit Menschen (vgl. Böhle & Weishaupt, 2003).

Altenpflegearbeit erscheint vor diesem Hintergrund als ein komplexes Geflecht aus Beschäftigtenleistungen und Kundenbeiträgen, das zwar vorrangig von den Pflegekräften dirigiert wird, dessen Gelingen aber dennoch maßgeblich von der *Kooperation* beider Seiten abhängt. Aus der Perspektive der Beschäftigten hat dies zur Folge, dass sie in der interaktiven Pflegearbeit doppelt gefordert erscheinen: Sie haben einerseits ihre eigenen Beiträge zum Gelingen des interaktiven Pflegeprozesses zu leisten, indem sie ihr Fachwissen in konkrete Arbeitspraxis umsetzen; und sie müssen gleichzeitig dafür sorgen, dass auch ihre Interaktionspartner, die zu pflegenden Personen, ihre notwendigen Beiträge für das Zustandekommen des Dienstleistungsergebnisses leisten. Besonders Letzteres setzt allerdings Kompetenzen voraus, die über reines Fachwissen hinausgehen und einem Bereich angehören, der im Allgemeinen mit Schlagwörtern wie *Soziale Kompetenz* oder *Soft Skills* überschrieben wird. Um in der Interaktion mit den Kunden erfolgreich agieren zu können, müssen die Beschäftigten also *sowohl* fachliche *als auch* soziale Kompetenzen einbringen. Oder genauer: Sie müssen *gleichzeitig* fachliche und soziale Kompetenzen einbringen, um den

Anforderungen der Pflegearbeit gerecht werden zu können. Diese praktische Handlungskompetenz für interaktive Arbeit im direkten Kontakt mit den personalen Empfängern von Dienstleistungen, die beide Elemente umfasst, wird im Folgenden als *Interaktionskompetenz* bezeichnet.

## 2 Interaktive Arbeit und praktisches Wissen

Interaktionskompetenz als Kombination fachlicher und sozialer Kompetenzen ermöglicht es den Beschäftigten, in interaktiven Arbeitssituationen wie der Pflegearbeit erfolgreich bestehen zu können. Interaktionskompetenz stellt somit die Voraussetzung für die Bewältigung der *praktischen Herausforderungen* im Alltag der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit dar. Die Frage, aus welchen Komponenten bzw. Einzelkompetenzen sich die Interaktionskompetenz nun genau zusammensetzt, lässt sich allerdings nicht ohne weiteres beantworten. Sabine Weishaupt hat, ausgehend vom Konzept des erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Arbeitshandelns (vgl. Böhle, 2009) herausgearbeitet, dass sich erfolgreiche Altenpflegearbeit besonders durch „ein situatives und exploratives Vorgehen, eine komplexe und empfindende sinnliche Wahrnehmung, ein anschauliches Denken auf der Basis von Erfahrungswissen und eine persönliche Beziehung der Nähe zum und Verbundenheit mit dem „Arbeitsgegenstand“ Bewohner“ (Weishaupt, 2006, S. 88) auszeichnet. Björn Giesenbauer und Jürgen Glaser (2006) betonen flankierend die Bedeutung der Bearbeitung der eigenen Gefühle (*Emotionsarbeit*) sowie der Gefühle des zu Pflegenden (*Gefühlsarbeit*) in der Pflegearbeit. Wolfgang Dunkel und Margit Wehrich (2010) machen außerdem deutlich, dass in interaktiver Arbeit in der Pflege, wie in allen Formen interaktiver Arbeit, *Abstimmungsprobleme* zwischen Dienstleistungsgewerbern und Dienstleistungnehmern zu lösen sind (vgl. Wehrich & Dunkel, 2003), für deren Lösung die Pflegekräfte auf ganz unterschiedliche Strategien zurückgreifen, die ihrerseits wiederum körperliche, emotionale und diskursive Elemente enthalten können.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass erfolgreiche interaktive Pflegearbeit ein facettenreiches Bündel an Fähigkeiten und Fertigkeiten voraussetzt, das nur zum Teil in Form objektivierbaren Wissens zum Gegenstand einer auf abstrakter Wissensweitergabe basierenden Ausbildung gemacht werden

kann. Aber auch im Rahmen der praktischen Ausbildungsanteile erweisen sich die entsprechenden Kompetenzen oft als nur schwer fassbar und stellen Ausbilder wie Auszubildende vor das grundsätzliche Problem, Lerninhalte, die sich auf nicht-sprachlich verfassten Ebenen beziehen, über Sprache erschließbar machen zu müssen.

Die Beschäftigung mit diesem zunächst einmal nicht unmittelbar in Sprache abbildbaren „anderen Wissen und Können“, das in konkreten Praxen gebildet, als „praktischer Sinn“ (vgl. Bourdieu, 2010) von den Akteuren „einverleibt“ und dann eingesetzt wird, hat in den Sozialwissenschaften eine gewisse Tradition (vgl. Hirschauer, 2008). Aus dieser lassen sich in Hinblick auf die Lern- und Lehrbarkeit praktischen Wissens vier Grundprobleme herausdestillieren:

Praktisches Wissen kann erst dort aufgebaut werden, wo es eigentlich immer schon benötigt wird, um das Handlungsproblem, in dessen Bewältigung (oder Nicht-Bewältigung) das Wissen sich zumindest bilden könnte, zu lösen. Weil in der Praxis in *Echtzeit* agiert werden muss, werden unter Umständen Lösungen gefunden, die sich dem Bewusstsein der Akteure gar nicht explizit als *Lösungen* darstellen, sondern ohne Umweg über die bewusste Reflexion in das Arsenal des inkorporierten Erfahrungswissens eingehen.

Praktisches Wissen ist nicht zuletzt deshalb oft kaum verbalisierbar, weil es sich, wie schon angedeutet, auf Sphären der individuellen Selbst- und Fremdwahrnehmung und des Sozialen beziehen, die nicht per se sprachlich fundiert sind und sich entsprechend sperrig gegenüber Verbalisierungsversuchen erweisen (vgl. Hirschauer, 2001). Im Falle von körperlichen Praxen heißt das beispielsweise, dass man zwar wissen kann, wie sich eine Bewegung richtig anfühlt, dass das aber noch lange nicht bedeutet, dass man gleichzeitig weiß, wie man dieses Wissen in Worte fassen soll, geschweige denn, wie zu ermöglichen wäre, dass diese in Sprache gegossenen Wissensinhalte von anderen „reinkorporiert“ werden könnten.

Der Aufbau von praktischem Wissen vollzieht sich in der Regel individuell, weil er auf jeweils eigenen Erfahrungen basiert und an deren subjektivem Erleben gekoppelt ist. Ähnliche Erfahrungen werden aufgrund unterschiedlicher sedimentierter Wissensvorräte (vgl. Berger & Luckmann, 1980) bzw. habitueller Dispositionen (vgl. Bourdieu & Wacquant, 1996) individuell unterschiedlich erlebt, bewertet und verarbeitet.



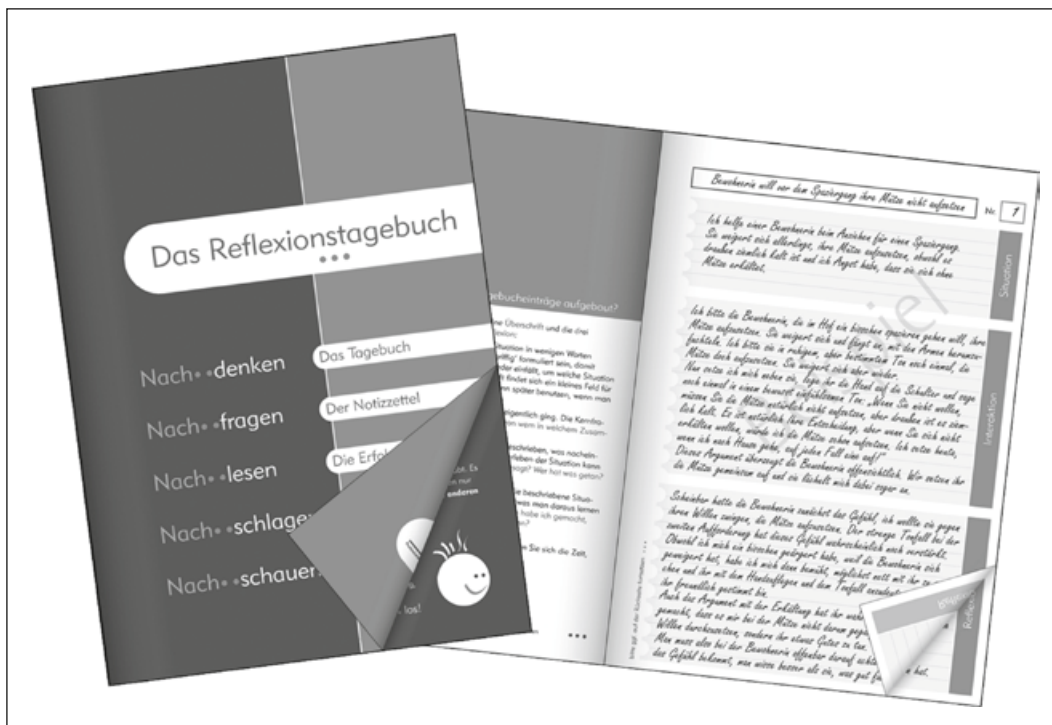


Abb. 1:  
Das Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege

Nicht zuletzt vollzieht sich der Aufbau praktischen Wissens meist unsystematisch, weil sich die praktischen Herausforderungen und Anforderungen, an denen praktisches Wissen gebildet werden könnte, nicht systematisch erzeugen lassen, sondern z.B. im Arbeitsprozess wildwüchsig entstehen, wenn sich Beschäftigte neuen Situationen gegenüber sehen, für die noch keine eingeübten Lösungsroutinen existieren.

### 3 Das Reflexionstagebuch

In den vorangegangenen Abschnitten wurde dargestellt, dass der praktische Erfolg in der Pflegearbeit an das Vorhandensein einer Interaktionskompetenz geknüpft ist, die wiederum als Kombination aus fachlichen und sozialen Kompetenzen zu begreifen sind. Darauf aufbauend wurde dargestellt, dass sich diese Interaktionskompetenzen als praktische Handlungskompetenzen zu einem großen Teil erst dort bilden, wo sie eigentlich immer schon gebraucht werden: in der praktischen interaktiven Arbeit mit den zu Pflegenden.

Mit dem Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege wurde nun der Versuch unternommen, ein Praxiswerkzeug zu schaffen, mit dessen Hilfe die notwendigen Interaktionskompetenzen für erfolgreiches interaktives Arbeiten von Pflegenden systematisch zum Gegenstand der Reflexion

des eigenen Arbeitshandelns und der Beobachtung des Handelns Anderer gemacht werden können. Der grundlegende Perspektivenwechsel besteht dabei darin, den interaktiven Arbeitsalltag und die darin eingelassenen Interaktionssequenzen im Kontakt mit den zu Pflegenden nicht als selbstverständliche Routine zu begreifen, sondern auf die feinen Nuancen und das kunstvolle Wechselspiel zwischen den Akteuren zu fokussieren, das erfolgreiche Pflegearbeit erst möglich macht.

Immer entlang konkreter Interaktionssituationen in der Arbeit soll damit ein Blick auf die eigene Tätigkeit entwickelt werden, der auf die somatischen, kommunikativen und emotionalen Bestandteile der Interaktionen mit den zu Pflegenden fokussiert und damit langfristig zu einer größeren Tiefenschärfe in der Auseinandersetzung mit der eigenen Tätigkeit führt. Gleichzeitig soll, auf diesem sensibilisierten Blick aufbauend, die Transformation schwer zu verbalisierender Tätigkeitsinhalte sukzessive eingeübt werden, um so die Kommunizierbarkeit des Facettenreichtums gelingender Pflegearbeit zu steigern.

Im Zentrum steht dabei die reflexive Detailanalyse von Interaktionssequenzen aus der alltäglichen Pflegearbeit in einem zweischrittigen Verfahren: Die Interaktionssequenzen werden zunächst möglichst kleinteilig aufgeschlüsselt, wobei der Schwerpunkt hier auf den *sichtbaren Handlungen* liegt. Das Ziel besteht dabei darin, eine möglichst

dichte Beschreibung der Interaktionssituation zu produzieren, was wiederum eine konzentrierte Rekonstruktion der zu beschreibenden Sequenz durch den Tagebuchschreiber voraussetzt.

Im zweiten Schritt wird die zunächst nur deskriptiv dargestellte Sequenz intensiv reflektiert. Dabei geht es sowohl um introspektive Fragen nach den Gründen für die eigenen Handlungsentscheidungen, der zugrunde liegenden Handlungsstrategie und den eigenen Emotionen während der Interaktionssequenz, aber auch um eine Perspektivenübernahme mit dem Ziel, mögliche Beweggründe und Emotionen auf der Seite des Interaktionspartners zu reflektieren.

Das intendierte Vorgehen lässt sich anhand eines Beispieleintrags aus dem Reflexionstagebuch illustrieren, der auf der Basis von empirischem Material aus dem Pflegealltag erstellt wurde.

Zunächst wird die zu analysierende Sequenz noch einmal in Erinnerung gerufen und in ihrem chronologischen Ablauf dargestellt:

*„Ich bitte eine Bewohnerin, die im Hof ein bisschen spazieren gehen will, ihre Mütze aufzusetzen. Sie weigert sich und fängt an, mit den Armen herumzufuchteln. Ich bitte sie in ruhigem, aber bestimmtem Ton noch einmal, die Mütze doch aufzusetzen. Sie weigert sich aber wieder. Nun setze ich mich neben sie, lege ihr die Hand auf die Schulter und sage noch einmal in einem bewusst einfühlsamen Ton: „Wenn Sie nicht wollen, müssen Sie die Mütze natürlich nicht aufsetzen, aber draußen ist es ziemlich kalt. Es ist natürlich Ihre Entscheidung, aber wenn Sie sich nicht erkälten wollen, würde ich die Mütze schon aufsetzen. Ich setze heute, wenn ich nach Hause gehe, auf jeden Fall eine auf!“ Dieses Argument überzeugt die Bewohnerin offensichtlich. Wir setzen ihr die Mütze gemeinsam auf und sie lächelt mich dabei sogar an.“ (Beispieleintrag)*

Der Fokus liegt bei diesem ersten Schritt der bewussten Reflexion selbst erlebter Interaktionssequenzen in der Arbeit auf der Entwicklung eines möglichst sensiblen und aufmerksamen Blicks auf die eigene Tätigkeit. Dabei versetzt sich der Tagebuchführer gleichzeitig in ein (im positiven Sinne) distanziert-reflexives Verhältnis zum eigenen Handeln und macht sich damit selbst zum Objekt der (natürlich zeitversetzten und immer subjektiv

erinnerten) Beobachtung. Nachdem die zu analysierende Interaktionssequenz entsprechend deskriptiv aufgearbeitet und fixiert worden ist, folgt im nächsten Schritt die eigentliche Reflexion der Situation:

*„Scheinbar hatte die Bewohnerin zunächst das Gefühl, ich wollte sie gegen ihren Willen zwingen, die Mütze aufzusetzen. Der strenge Tonfall bei der zweiten Aufforderung hat dieses Gefühl wahrscheinlich noch verstärkt. Obwohl ich mich ein bisschen geärgert habe, weil die Bewohnerin sich geweigert hat, habe ich mich dann bemüht, möglichst nett mit ihr zu sprechen und ihr mit dem Handauflegen und dem Tonfall anzudeuten, dass ich ihr freundlich gesinnt bin.*

*Auch das Argument mit der Erkältung hat ihr wahrscheinlich deutlich gemacht, dass es mir bei der Mütze nicht darum gegangen ist, meinen Willen durchzusetzen, sondern ihr etwas Gutes zu tun. Man muss also bei der Bewohnerin offenbar darauf achten, dass sie nicht das Gefühl bekommt, man wisse besser als sie, was gut für sie ist.“ (Beispieleintrag)*

In der zweiten Phase wird also von einer objektivierend-deskriptiven Beschreibung dessen, was faktisch passiert ist, auf eine differenzierte Feinanalyse umgestellt. In dieser geht es einerseits darum, die zugrundeliegenden Beweggründe für die eigenen Interaktionsbeiträge zu rekapitulieren bzw. im Modus einer Perspektivenübernahme aus der Sicht des Gegenübers zu deuten. Auf der anderen Seite geht es aber auch darum, das, was war, kontingent zu setzen und vor dem Hintergrund anderer denkbarer Handlungsmöglichkeiten zu bewerten. In diesem zweiten Schritt soll einerseits die Sensibilität für die dem eigenen Handeln zu Grunde liegende emotionale Verfassung sowie die Bestimmung der äußeren Faktoren, die zu einer bestimmten Handlungsweise geführt haben, verbessert werden. Es geht aber gleichzeitig auch darum, die Handlungsweisen des Gegenübers in einer Art und Weise zu reflektieren, die sich der Idee nach von einem *deutenden Verstehen* in Richtung eines *ursächlichen Erklärens* (vgl. Weber, 1984) entwickelt.

Ausgehend von der beschriebenen Detailarbeit entlang von spezifischen Interaktionssituationen sind mit der Konzeption des Reflexionstagebuchs eine Reihe weiterer aufeinander aufbauender Zielsetzungen verbunden:

Im Kern wird mit dem Instrument wie beschrieben die Zielsetzung verfolgt, Praktikern in der interaktiven Arbeit ein Mittel zur intensiven und praxisnahen Reflexion des eigenen Arbeitshandelns an die Hand zu geben, das explizit auf die somatischen, kommunikativen und emotionalen Aspekte der Pflegearbeit fokussiert.

Damit soll gleichzeitig eine Sensibilisierung für die oft kaum noch hinterfragten Routinen in der alltäglichen Arbeitspraxis im Modus einer kritischen Reflexion vor dem Hintergrund möglicher Handlungsalternativen angeregt werden. Diese Sensibilisierung soll in einem nächsten Schritt wiederum die Grundlage für eine verbesserte Verbalisierbarkeit der per se nicht sprachlich verfassten Aspekte im praktischen Wissen der Beschäftigten darstellen. Erst in Sprache transformiert können diese in adäquater Weise in den pädagogischen wie kollegialen Austausch eingespeist und entsprechend für die Weiterentwicklung der individuellen Fähigkeiten sowie den Erfahrungsaustausch nutzbar gemacht werden.

#### 4 Pilotphase und Evaluierung

Nach der Konzeption des Instruments in enger Kooperation mit Praktikern aus der Pflegearbeit und -ausbildung wurde das Reflexionstagebuch in zwei unterschiedlichen Rahmungen ersten Praxiseinsätzen unterzogen. In der ersten Rahmung kam das Tagebuch in einer Klasse von Pflegeschülern im zweiten Ausbildungsjahr der Altenpflegeschule der Hans-Weinberger-Akademie München zum Einsatz. In der zweiten Rahmung wurde das Instrument von einer Gruppe von Auszubildenden aus unterschiedlichen Ausbildungsjahren in einem Seniorenzentrum des AWO-Bezirksverbands Oberbayern getestet.

Den Startpunkt für die Praxiseinsätze bildeten in beiden Varianten Auftaktworkshops, in denen den Schülern die theoretischen Hintergründe, die Zielsetzungen und der Aufbau des Tagebuchs vermittelt wurden. Dabei stand die gemeinsame Diskussion von Beispieleinträgen zur interaktiven Pflegearbeit aus dem Reflexionstagebuch im Mittelpunkt, mit deren Hilfe die Schüler systematisch durch die einzelnen Abschnitte des Tagebuchs geführt wurden. Im Anschluss an diese Auftaktveranstaltung wurden die Pflegeschüler gebeten, das Tagebuch für einen Zeitraum von mindestens drei Wochen selbständig zu führen.

Nach dem Ende dieser Testphasen wurden mit beiden Altenpflegeschülergruppen Feedback-Veranstaltungen durchgeführt, in denen die Erfahrungen der Teilnehmer über zwei sich ergänzende Verfahren erhoben wurden: Das erste Feedbackwerkzeug bildeten moderierte *Gruppendiskussionen* zu den Erfahrungen der Schüler in der praktischen Arbeit mit dem Reflexionstagebuch und ihren Bewertungen des Werkzeugs. Die Methode der Gruppendiskussion wurde gewählt, da sich dieses Verfahren aufgrund der (zumindest relativen) Natürlichkeit der Gesprächssituation durch eine gewisse Alltagsnähe auszeichnet (vgl. Lamnek, 2005), die sich in der Regel positiv auf die Kooperationsbereitschaft der Befragten und ihr „kommunikatives Engagement“ auswirkt. Gleichzeitig bietet sich die Gruppendiskussion als Feedbackmethode an, weil sie es ermöglicht, eine Vielzahl an Beiträgen und damit entsprechend unterschiedliche Facetten und Bewertungen desselben Gegenstands in kurzer Zeit zu erheben und somit eine differenzierte Rückmeldung zu einer gegebenen Fragestellung zu erhalten (vgl. Kühn & Koschel, 2011). Die Gruppendiskussionen wurden mithilfe eines Leitfadens entlang unterschiedlicher Themenblöcke (*Rahmenbedingungen der Arbeit mit dem Reflexionstagebuch, praktische Erfahrungen und subjektives Nutzempfinden, Weiterentwicklungs- bzw. Verbesserungsvorschläge, allgemeine Bewertung des Instruments*) moderiert und digital aufgezeichnet. Anschließend wurden die Mitschnitte transkribiert und fragenbezogen ausgewertet.

Nachdem – ausgehend von den Erfahrungen auf der Auftaktveranstaltung zum Praxistest – damit zu rechnen war, dass sich nicht alle Schüler aktiv an dem Format *Gruppendiskussion* beteiligen würden, wurde als ergänzendes Erhebungswerkzeug ein *Feedbackfragebogen* eingesetzt, um eine möglichst breite Rückmeldung aller Beteiligten an dem Praxistest zu erhalten. Der Fragebogen enthielt ebenfalls Fragen zur Bewertung des Aufbaus und der allgemeinen Gestaltung der Reflexionstagebuchs, zur praktischen Arbeit mit dem Instrument, zum subjektiv empfundenen Nutzen der Tagebucharbeit und zur Eignung des Reflexionstagebuchs als Hilfsmittel für den Austausch mit den Auszubildenden. Die einzelnen Fragen wurden nach dem Prinzip einer Likert-Skala (vgl. Schnell et al., 1999) als Aussagen formuliert, wobei die Antwortmöglichkeiten den Grad der Zustimmung des Befragten zu den jeweiligen Aussagen darstellen (auf einer Skala zwischen

1 = *Trifft voll zu* bis 5 = *Trifft gar nicht zu*). Neben diesen geschlossenen Fragen enthielt der Feedbackfragebogen eine offene Frage zu Verbesserungsvorschlägen für die Gestaltung des Reflexionstagebuchs und einen sozialstatistischen Abschnitt.

Die Fragebögen wurden ebenfalls ausgewertet und die Ergebnisse deskriptiv zusammengefasst. Weiterführend differenzierende und induktive Auswertungsverfahren waren aufgrund der Fallzahl ( $n = 23$ ) nicht möglich, aber im Rahmen dieser ersten Pilotphase auch nicht intendiert.

## 5 Ergebnisse der Pilotphase

Die Ergebnisse der Feedback-Veranstaltungen legen den Schluss nahe, dass die zentrale Zielsetzung des Reflexionstagebuchs über den Einsatz des Instruments erreicht werden konnte: Die große Mehrheit der Schüler gab an, dass ihr die Arbeit mit dem Reflexionstagebuch dabei geholfen habe, intensiver über die eigene Tätigkeit nachzudenken. Auch auf die Frage, ob sie anderen Auszubildenden empfehlen würden, ebenfalls mit dem Reflexionstagebuch zu arbeiten, antworten die allermeisten befragten Schüler im positiven Bereich. Dies kann wohl auch als Indiz für den subjektiv erfahrenen praktischen Nutzen aus der Arbeit mit dem Tagebuch gewertet werden.

Im Rahmen der Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass die Schüler unterschiedliche Vorgehensweisen im Umgang mit dem Reflexionstagebuch entwickelten. Dies bezieht sich einerseits auf die Frage nach dem Status der Tagebucheinträge: Der größere Teil der Schüler behandelte das Tagebuch strikt als private Angelegenheit, wie dies in der Konzeption angelegt war, um eine möglichst große Offenheit bei der Wahl der Themen und der Darstellung der beschriebenen Interaktionssequenzen sicherzustellen. Einige Schüler nutzten das Tagebuch aber auch offensiv zum Austausch mit Praxisanleitern und Kollegen, um über die Arbeit ins Gespräch zu kommen und als problematisch empfundene Arbeitssituationen nachzubesprechen. In einem „Extremfall“ wurden die Tagebucheinträge auf Betreiben einer Schülerin sogar in Form einer gemeinsamen Gruppenarbeit der Pflegekräfte in der Schicht verfasst.

Die unterschiedlichen Vorgehensweisen beziehen sich aber auch auf den inhaltlichen Schwerpunkt in der Arbeit mit dem Tagebuch: Hier reicht die Bandbreite von einer strikten Fokussierung auf die eigenen Hand-

lungsweisen und deren Wirkung bei den zu Pflegenden über eine kritische Reflexion, die auch das Arbeitshandeln von Kollegen und organisational eingeschliffene Routinen in den Blick nimmt, bis hin zu einer Form von Metareflexion, wenn eine Schülerin berichtet, dass sie das Tagebuch langfristig zur Reflexion über das eigenen Reflektieren nutzen wolle.

Thematisch liegt der Schwerpunkt der Schüler einerseits auf dem Umgang mit „schwierigen“ Bewohnern, die die Kooperation mit den Pflegekräften bei der Erbringung von Pflegeleistungen verweigern, andererseits, und damit im Zusammenhang stehend, auf Fragen des Umgangs mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen der zu Pflegenden im Arbeitsalltag. Entsprechende Fragestellungen gehen über konkrete Interaktionssituationen hinaus und lassen entsprechend eine intensivere Bearbeitung auch über die individuelle Reflexion hinaus ratsam erscheinen (vgl. der Artikel von Isabel Herms in diesem Heft).

## 6 Resümee und Ausblick

Die Ergebnisse der Testphase machen deutlich, dass mit dem *Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege* ein Instrument entwickelt werden konnte, das in der Ausbildung von Pflegekräften eingesetzt werden kann, um die reflexive Beschäftigung mit der eigenen interaktiven Arbeitspraxis zu intensivieren. Das Tagebuch kann als Instrument zur Verbesserung der Kommunikation über die alltägliche Arbeitspraxis und damit als Grundlage für einen erweiterten Austausch über Problemlagen, Handlungsoptionen und erfolgreiche Strategien in der Interaktion mit den zu Pflegenden genutzt werden.

Gleichzeitig bildet die verbesserte Kommunizierbarkeit der vielschichtigen Kompetenzen für erfolgreiche Pflegearbeit, die über die Arbeit mit dem Reflexionstagebuch erreicht wird, auch eine zentrale Voraussetzung für eine größere Wertschätzung der Pflegearbeit. Die Darstellung der Komplexität der pflegerischen Tätigkeit kann als Kompetenzkommunikation (vgl. Klatt & Ciesinger, 2010) sowohl im privaten Umfeld der Beschäftigten, aber auch im darüber hinausgehenden gesellschaftlichen Diskurs als Ausgangspunkt für eine erhöhte Anerkennung der Pflege dienen.



## Literatur

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1980). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.). (2006). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Böhle, F. & Weishaupt, S. (2003). Unwägbarkeit als Normalität – Die Bewältigung nichtstandardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), *Organisation und Medizin: Qualität des Arbeitslebens und Dienstleistungsqualität im Krankenhaus* (S. 149-162). Göttingen: Hogrefe.
- Bourdieu, P. (2010). *Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Dunkel, W. (1988). Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden: Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. *Soziale Welt*, 39 (1), 66-85.
- Dunkel, W. & Voß, G. G. (Hrsg.). (2004). *Dienstleistung als Interaktion: Beiträge aus einem Forschungsprojekt. Altenpflege, Deutsche Bahn, Call Center*. Mering: Hampp.
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2010). Interaktive Arbeit: Professionalisierungsoption semiprofessioneller Dienstleistungsberufe? In: H.-G. Soeffner (Hrsg.), *Unsicher Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008* (CD-ROM). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2006). Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 59-83). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Gross, P. & Badura, B. (1977). Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: C. v. Ferber & F.-X. Kaufmann (Hrsg.), *Soziologie und Sozialpolitik. Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (S. 361-385). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hirschauer, S. (2001). Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung. *Zeitschrift für Soziologie*, 30 (6), 429-451.
- Hirschauer, S. (2008). Körper macht Wissen – Für eine Somatisierung des Wissensbegriffs. In: K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006* (Band 2, S. 974-984). Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Klatt, R. & Ciesinger, K.-G. (2010). Arbeite gut und rede darüber – Kommunikationskompetenz und Kompetenzkommunikation. *praeview – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention* (3), 26-27.
- Kühn, T. & Koschel, K.-V. (2011). *Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: Oldenbourg.
- Weber, M. (1984). *Soziologische Grundbegriffe*. Tübingen: Mohr.
- Wehrich, M. & Dunkel, W. (2003). Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 55 (4), 758-781.
- Weishaupt, S. (2006). Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper. In: F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 85-106). Wiesbaden: VS-Verlag.

## Hinweis

Das Reflexionstagebuch zur interaktiven Arbeit in der Altenpflege wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF) im Rahmen des Förderschwerpunkts „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ geförderten Verbundprojekts *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit* entwickelt. Weitere Informationen zum Projekt finden

Sie auf der Projekthomepage unter [www.interaktive-arbeit.de](http://www.interaktive-arbeit.de).

Der Autor dankt den wissenschaftlichen Kollegen aus dem Projekt für ihre Unterstützung bei der Konzeption des Instruments, Karla Kempgens (ISF München) für die engagierte und ideenreiche gestalterische Umsetzung und Frank Seiß (ISF München) für wertvolle inhaltliche Anregungen und das Lektorat.

Der AWO-Bezirksverband Oberbayern und die Hans-Weinberger-Akademie München haben im Rahmen der Kooperation im Projektverbund mit viel Engagement die Möglichkeit einer Erprobung des Reflexionstagebuchs in der Praxis geschaffen. Auch dafür noch einmal herzlichen Dank.

## Kontakt

Dipl.-Soz. Thomas Birken  
Institut für Sozialwissenschaftliche  
Forschung – ISF München e.V.  
Jakob-Klar-Straße 9  
80796 München  
[thomas.birken@isf-muenchen.de](mailto:thomas.birken@isf-muenchen.de)

# Emofit® – Erprobung und Evaluation eines Trainings für Pflegekräfte zum angemessenen Umgang mit den eigenen Emotionen

Isabel Herms  
Hochschule Aalen

---

**Zusammenfassung:** In der Altenpflege spielt neben pflegfachlicher Arbeit insbesondere die interaktive Arbeit zwischen den Beteiligten (z.B. Pflegekraft, Bewohnerin, Angehöriger) eine zentrale Rolle. Einen Kernaspekt davon stellt die Emotionsarbeit dar. Mit dem von Hochschild begründeten Konzept ist die Bearbeitung der eigenen Gefühle gemeint, die immer dann erforderlich ist, wenn die eigenen Gefühle unangemessen bezüglich der geforderten Emotionen sind. Solche sogenannten emotionalen Dissonanzen können ungünstige Folgen für die psychophysische Gesundheit der Pflegekräfte und die Pflegequalität haben. Um dem entgegenzuwirken, wurde das Training emofit im Rahmen des Verbundprojektes *PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit*<sup>1</sup> erprobt. Das Training zielt darauf ab, Pflegekräfte dahingehend zu qualifizieren, angemessen mit ihren eigenen Emotionen bei der Arbeit umzugehen. Kern der Maßnahme ist die Vermittlung eines Strategieprozesses, in dem personen- und situationsspezifische Handlungsoptionen erarbeitet und geübt werden. Emofit wurde als Pilotstudie mit 20 Auszubildenden durchgeführt und hat sich grundsätzlich bewährt. Durch die Thematisierung von Emotionen, einem unsichtbaren und bisher wenig beachteten Teil der Pflegearbeit, leistet das Training zudem einen Beitrag zur Wertschätzung der pflegerischen Arbeit.

**Schlüsselwörter:** Interaktive Arbeit, Altenpflegearbeit, Emotionsarbeit, Qualifizierungsmaßnahme, Evaluation

## 1 Emotionsarbeit in der Altenpflege

Interaktive Arbeit<sup>2</sup> ist die Kernaufgabe personenbezogener Dienstleistungen (vgl. Böhle & Glaser, 2006). Einen wesentlichen Aspekt nimmt dabei die Emotionsarbeit (emotional labor) (u.a. Dunkel, 1988; Böhle & Glaser, 2006) ein<sup>3</sup>. Bekannt wurde dieses Konzept in den deutschen Sozialwissenschaften in den 1980er Jahren vor allem durch die Soziologin Arlie Hochschild (1979). Im Rahmen von Studien über Mitarbeitende in personenbezogenen Dienstleistungen kritisiert die Autorin einerseits, dass die Bearbeitung von Gefühlen im Arbeitskontext Tauschwertcharakter (Lächeln zur Gewinnsteigerung) besitze und eine Entfremdung von den persönlichen Gefühlsäußerungen bedeute. Andererseits wird das Regulieren von Emotionen seither als berufliche Arbeitsanforderung diskutiert und z.T. anerkannt. Bei dem Ansatz der Emotionsarbeit geht es darum, das eigene empfundene Gefühl mit dem gezeigten und dem erwünschten Gefühl in Einklang zu bringen. Solche erwünschten Gefühle werden meist direkt (z.B. durch den Arbeitgeber) oder indirekt (z.B. durch gesellschaftliche Normen) durch so genannte Gefühlsregeln vorgegeben. Forschungen auf dem Gebiet zeigen, dass in der stationären Altenhilfe Gefühlsregeln durch das Pflegeheim (organisationale Ebene) bzw. die Altenhilfe als Beruf wenig vorgegeben sind (Glaser, Lampert & Weigl, 2008). Es sind vielmehr die eigenen, von der Pflegekraft ausgehenden Regeln, wie Gefüh-

<sup>2</sup> Zum Begriff der interaktiven Arbeit in der Altenpflege siehe den Beitrag von Thomas Birken in dieser Ausgabe.

<sup>3</sup> Der in diesem Artikel verwendete Begriff der Emotionsarbeit nimmt die Bearbeitung der eigenen Emotionen, z.B. die der Pflegekraft, in den Fokus. Allerdings nehmen Emotionen und Gefühle in der interaktiven Pflegearbeit einen weitaus größeren Stellenwert ein. Darüber hinaus spielen Emotionen in der stationären Altenpflege – weitaus mehr als in vielen anderen Dienstleistungsberufen – eine besondere Rolle, denn es geht häufig um existenzielle Emotionen wie Angst und Trauer oder tabuisierte Emotionen wie Ekel und Scham (vgl. Gröning, 1998; Krey, 2003).

<sup>1</sup> PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF), im Rahmen des Förderschwerpunkts „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“.

le ausgedrückt werden sollten (ebd.). Emotionsarbeit wird immer dann notwendig, wenn eine Diskrepanz zwischen dem gezeigten und dem tatsächlich empfundenen Gefühl vorliegt. Diese so genannte emotionale Dissonanz wird in zahlreichen Studien als Belastungsfaktor beschrieben und steht in hohem Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung, einer Facette von Burnout (u.a. Glaser et al., 2008; Martínez-Iñigo Totterdell, Alcover & Holman, 2007; Grandey, 2003). Badura (1990) beschreibt diesen Widerspruch als Interaktionsstress: In personenbezogenen (interaktiven) Dienstleistungsberufen ist es häufig erforderlich auf die Emotionen des Gegenübers einzugehen, ohne die eigenen zu beachten. Dies kann zu einer emotionalen Überforderung bis hin zum Ausbrennen führen.

Hochschild nimmt bei ihrem Konzept der Emotionsarbeit insbesondere das Management der eigenen Emotionen in den Blick und unterscheidet im Umgang mit emotionaler Dissonanz grundsätzlich zwei Strategien: Mit dem Oberflächenhandeln (surface acting) beschreibt sie die Regulierung des Emotionsausdrucks. Das heißt, es werden Gefühle „vorgespelt“, ohne diese wirklich innerlich zu empfinden. Beim Tiefenhandeln (deep acting) hingegen werden die inneren, tatsächlich empfundenen Gefühle reguliert, die gezeigt werden sollen bzw. müssen, z.B. durch kognitive Umdeutung oder Entspannung.

Empirische Befunde in der Emotionsforschung deuten darauf hin, dass sich surface acting eher nachteilig auf psychische Gesundheitsaspekte, Arbeitszufriedenheit und Servicequalität auswirkt (u.a. Grandey, 2003), während deep acting – im Gegensatz zu Hochschilds Annahme, dass diese Strategie negative Folgen in Form von einer Entfremdung von den eigenen Gefühlen bewirkt – in positivem Zusammenhang mit den o.g. Aspekten steht, weil das Tiefenhandeln als authentisch erlebt und (von anderen) gesehen wird. Neuere Studien allerdings widerlegen den Trend, dass surface acting generell mit negativen Gesundheitsfolgen verbunden ist und zeigen beispielsweise negative Zusammenhänge zwischen Oberflächenhandeln und emotionaler Erschöpfung (Chu, 2002). Diese und weitere Ergebnisse legen nahe, dass die Anwendung von Surface acting unter Umständen sogar einen förderlichen Effekt haben kann. Zudem werden in anderen Untersuchungen die positiven Zusammenhänge mit dem Tiefenhandeln nicht belegt. Beispielsweise konnten Brotheridge &

Lee (2003) keine Zusammenhänge – weder positiv noch negativ – zwischen emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und der deep acting-Strategie zeigen.

## 2 Qualifizierungsbedarf für Emotionsarbeit

Emotionsarbeit als immanenter Bestandteil personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten wird zwar in Bezug auf die Altenpflege informell von den Arbeitgebern als Arbeitsanforderung an die Beschäftigten gestellt, erfährt aber im Vergleich zu pflegfachlichen Kenntnissen kaum Anerkennung und Beachtung, u.a. in der Aus- und Weiterbildung.

Zum einen wird zwar eine mehrjährige (schulische) Ausbildung zur Altenpflegekraft angeboten und auch Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung bestehen. Zum anderen sind insbesondere Inhalte zum Thema Emotionsarbeit kaum berücksichtigt. Es liegt vielmehr im Ermessen des Dozierenden, die Lernfelder der Lernplanrichtlinien (Lehrplanrichtlinien des Staatsinstitutes für Schulqualität und Bildungsforschung München, 2009) auszugestalten. Dabei ist der Umgang mit den eigenen Emotionen der Pflegekräfte nicht konkret vorgegeben.

Wie eine Analyse im Rahmen des Verbundprojektes PiA allerdings zeigt, sind es aber vor allem solche Fähigkeiten, für die die Pflegekräfte Qualifizierungsbedarf sehen. In einer schriftlichen Fragebogenerhebung mit 88 Pflegekräften aus drei oberbayerischen Seniorenzentren sollten die Befragten in einem offenen Antwortformat angeben, welche Weiterbildungen für die Tätigkeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen (aus der Sicht der Beschäftigten) besonders nützlich wären. Bei den meist genannten Qualifizierungsbedarfen (z.B. Sterbebegleitung, Gerontopsychiatrie, Kinästhetik, Umgang mit Demenzkranken, Angehörigenarbeit) spielen insbesondere die individuelle Verarbeitung (z.B. von Trauer beim Sterben von Bewohnern) und die eigene Reflexion von Emotionen eine zentrale Rolle.

Diesen erhöhten und für die Pflege spezifischen Anforderungen – im Hinblick auf den Umgang mit den eigenen Emotionen – wird allerdings in der Aus- und Weiterbildung bisher kaum Rechnung getragen. Dies geht v.a. aus den Lehrplanrichtlinien des Staatsinstitutes für Schulqualität und Bildungsforschung München (2009) sowie Expertengesprächen mit Pflegefachkräften hervor. Zudem sind für die Pflegearbeit spezifische evaluierte Maß-



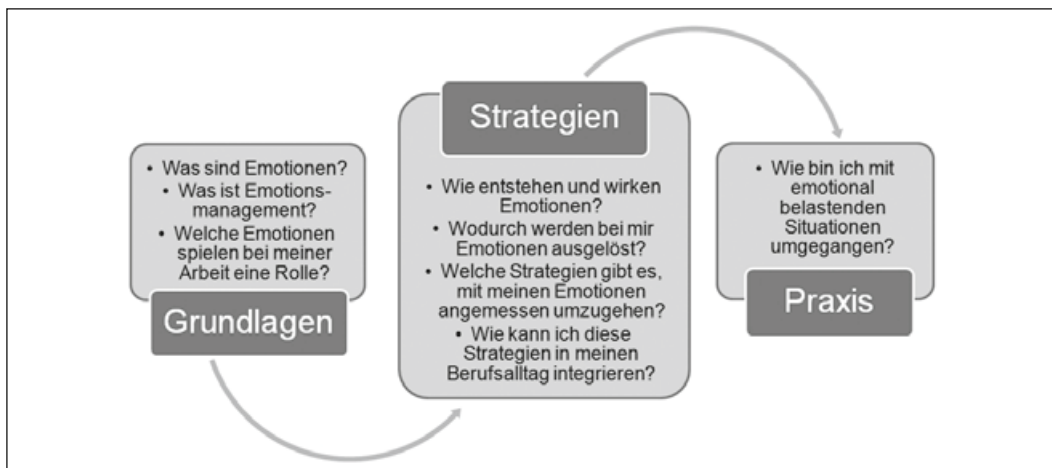


Abb. 1:  
Aufbau des Trainings  
emofit®

nahmen zum Umgang mit den eigenen Emotionen bzw. emotional schwierigen Situationen nicht bekannt.

Die Idee, für Emotionsarbeit zu qualifizieren, legen insbesondere Ansätze aus der Klinischen Psychologie (z.B. Berking, 2008; Linehan, 1993; Greenberg, 2002 u.a.) und der Arbeits- bzw. Gesundheitspsychologie (z.B. Meichenbaum, 2003) nahe.

Vor diesem Hintergrund – hoher Bedarf bei gleichzeitig wenig Verfügbarkeit von wissenschaftlich bewerteten berufsspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen zur Emotionsarbeit – wurde im Rahmen des Projektes PiA ein Training zum angemessenen Umgang mit den eigenen Emotionen erprobt<sup>4</sup>.

### 3 Das Training emofit®

Emofit® richtet sich an Fachpersonen in der Altenpflege und ist unabhängig von deren Lebens- und Berufsalter einsetzbar. Die Ziele des Trainings bestehen darin, die Pflegekräfte dahingehend zu qualifizieren, ihre Emotionsarbeit zu reflektieren, einen adäquaten Umgang – anwendungsnah und situationsspezifisch – mit ihren eigenen Emotionen in der Arbeit zu erarbeiten, emotionale Dissonanzen präventiv zu reduzieren und somit ihre psychophysische Gesundheit aufrecht zu erhalten und/oder zu steigern. Gewährleistet wird dies durch ein interaktives Vorgehen, bei dem die Teilnehmenden ihre emotionale Arbeit analysieren und reflektieren und gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen in Austausch treten und Handlungsalternativen erarbeiten.

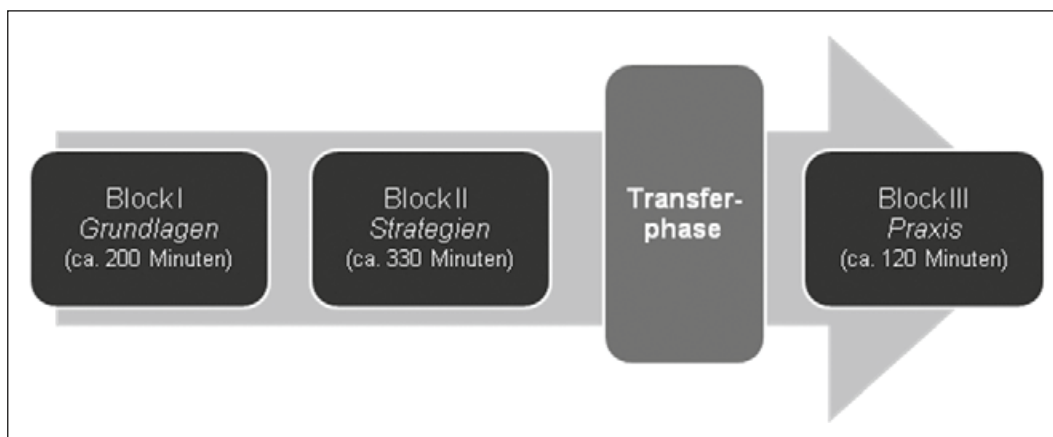
Inhaltlich lässt sich das Training in drei Blöcke unterteilen (Abb. 1). Im ersten Block

geht es um die Grundlagen der Emotionsarbeit. Um die Rolle von Emotionen bei der eigenen Arbeit anzuerkennen und mit ihnen angemessen umzugehen, ist es wichtig, zunächst zu vermitteln, was Emotionen sind und welche Funktionen sie haben. Die Erarbeitung der Inhalte – Was sind Emotionen? Welche Funktionen haben Emotionen? Welche Emotionen erlebe ich als Pflegekraft bei der Arbeit? – in diesem Trainingsteil erfolgt an sogenannten Stationen (z.B. Pinnwand, Flipchart, Tafel): die Teilnehmenden bilden Gruppen und bearbeiten alle Themen, in dem sie in einem Wechsel von 10-15 Minuten die Stationen wechseln. Im Anschluss daran erfolgt die gemeinsame Auswertung und Besprechung mit der Trainerperson. Dabei wird insbesondere auf das Problem der emotionalen Dissonanz im Pflegealltag hingewiesen und deren Zusammenhang mit psychophysischen Langzeitfolgen wie z.B. dem Burn-out-Syndrom.

Der zweite Teil des Trainings startet mit einem kurzen Exkurs in die Biologie von Emotionen, also deren Wirkungsweise im Körper. Daran anschließend wird ein Strategieprozess vermittelt mit dem Ziel, bereits erlebte emotionale Dissonanzen zu reflektieren und künftige zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Eingangs betont der Trainerperson wird eine Phase der Entspannung, z.B. tief Luft holen, eine Pause einlegen, da dieses „Runterkommen“ eine wichtige Voraussetzung ist, um weiter bewusst an der emotional dissonanten Situation zu arbeiten. Durch gezielte Analyse der persönlichen und situativen Bedingungen in einer konkreten Situation, lernen die Teilnehmenden ihre emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen kennen und bewerten. Gemeinsam mit den anderen TrainingsteilnehmerInnen werden die persönlichen Erfahrungen in emotional belastenden Situa-

<sup>4</sup> Entwickelt wurde das Training im Rahmen der Dissertation von Dipl.-Psych. Isabel Herms.

Abb. 2:  
Zeitlicher Ablauf  
des Trainings emofit®



tionen besprochen und Handlungsoptionen und Strategien entwickelt. Grundidee des Trainings ist also nicht, eine begrenzte Anzahl von konkreten Strategien zu vermitteln (wie z.B. in Verkaufstrainings üblich), sondern jede Pflegekraft zu befähigen, je nach Situation und individuellen Ressourcen mit den eigenen Emotionen zurecht zu kommen.

Der „Praxisblock“ des Trainings findet mit zeitlichem Abstand zum Strategieblock (mindestens 2 Wochen) statt. Die Teilnehmenden hatten in der Zwischenzeit Gelegenheit das Gelernte im Pflegealltag ein- und umzusetzen. In diesem letzten Teil des Trainings geht es darum, die individuelle Arbeit an den Gefühlen vor dem Hintergrund der Trainingserfahrung nochmals zu reflektieren. Dabei werden erfolgreich bearbeitete Situationen ebenso beschrieben wie solche, die nach wie vor als schwierig erlebt werden. Methodisch ist dieser Trainingsabschnitt mit der kollegialen Fallberatung (Titze, 2003) vergleichbar. Zeitlich sollte für die beiden ersten Blöcke – je nach Anzahl der Teilnehmenden – wenigstens ein Tag eingeplant werden, für den dritten Block mindestens ein halber (Abb. 2).

#### 4 Erprobung des Trainings im Rahmen einer Pilotstudie

##### 4.1 Methode der Evaluation der Pilotstudie

Im Rahmen des Projektes PiA wurde das emofit-Training zwischen April und Juli 2011 als Pilotstudie in einer Altenpflegeschule der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Oberbayern, erprobt. Für die wissenschaftliche Evaluation wurde ein Versuchs-Kontrollgruppenplan mit Pre- und Posttest gewählt. Um das Design umzusetzen, führte die Autorin

dieses Artikels das Training im o.g. Zeitraum in einer Klasse mit 20 Teilnehmenden durch. Gleichzeitig fungierte eine Parallelklasse als Kontroll- bzw. Wartegruppe. Beide Gruppen wurden vor Trainingsbeginn und nach Abschluss der Maßnahme gebeten, Fragebögen auszufüllen. Diese umfassten neben soziodemografischen Angaben insbesondere Fragen zu emotionaler Dissonanz bei der Arbeit (FEWS – Frankfurt Emotion Work Scale, Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic, 1999, Skala „Emotionale Dissonanz“), dem Umgang mit Emotionen bei der Arbeit (z.B. FAEA – Fragebogen zur Analyse von Charakteristika der Emotionsarbeit, Büssing & Glaser, 2003; SEK27 – Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen, Berking, 2008), Aspekten des psychophysischen Befindens (z.B. IS – Irritationskala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen, Mohr, Rigotti & Müller, 2005) sowie emotionalen Ressourcen (z.B. Interaktionsspielraum, Büssing & Glaser, 2002).

Als Stichprobe wurden im Rahmen der Pilotstudie Pflegeschülerinnen und -schüler trainiert und befragt. Dies begründet sich einerseits aus einer methodenpraktischen Sicht, denn durch die Klassenstruktur ist von einer relativ konstanten Gruppengröße auszugehen, die für das Evaluationsvorhaben mit mehreren Messzeitpunkten wichtig ist. Andererseits zeigen Forschungsergebnisse (u.a. Cherniss, 1999), dass sich gerade Berufsanfängerinnen und -anfänger durch den „Praxisschock“ besonders belastet fühlen. Daher verbindet sich die Durchführung des Trainings mit dieser Zielgruppe auch mit einem präventiven Gedanken.

Für das Training teilte die Aus- und Weiterbildungsakademie zwei Klassen im 1. Lehrjahr zu. In der Versuchs- bzw. Trainingsgruppe wurden 20 Auszubildende in der Altenpflege befragt. Die 15 Frauen und

	Versuchs- bzw. Trainingsgruppe (n = 17)		Kontroll- bzw. Wartegruppe (n = 13)	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Emotionale Dissonanz	MW = 3.06 (SD = .82)	MW = 3.28 (SD = .63)	MW = 2.92 (SD = .78)	MW = 3.29 (SD = .94)

Tab. 1:  
Mittelwertdarstellung  
emotionaler Dissonanz  
(FEWS Zapf et al., 1999)  
von Trainings- und  
Wartegruppe

5-stufige Antwortskala (1 = sehr selten, 5 = sehr oft); MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

	Versuchs- bzw. Trainingsgruppe (n = 17)		Kontroll- bzw. Wartegruppe (n = 13)	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Kognitive Irritation	MW = 2.73 (SD = 1.32)	MW = 2.90 (SD = 1.51)	MW = 3.11 (SD = 1.83)	MW = 2.47 (SD = 1.59)
Emotionale Irritation	MW = 2.89 (SD = 1.35)	MW = 3.06 (SD = 1.07)	MW = 2.93 (SD = 1.26)	MW = 2.90 (SD = 1.53)

Tab. 2:  
Mittelwertdarstellung  
kognitiver und emotionaler  
Irritation (Irritationsskala  
Mohr et al., 2005) von  
Trainings- und Wartegruppe

7-stufige Antwortskala (1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft fast völlig zu); MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

drei Männer<sup>5</sup> sind durchschnittlich 27,1 Jahre alt (SD<sup>6</sup> 8,9; Range: 17 bis 43 Jahre) und im Mittel 1,7 Jahre (SD 15,0; Range: zwischen 8 Monaten und 5 Jahren) in der Pflege tätig. Die 18 Auszubildenden in der Kontroll- bzw. Wartegruppe (12 Frauen, drei Männer<sup>7</sup>) sind im Durchschnitt 24,9 Jahre alt (SD 8,3; Range: 17 bis 45 Jahre) und bereits 2,4 Jahre (SD 27,4; Range: zwischen 2 Monaten und 8,6 Jahren) in der Pflege tätig. Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der genannten Merkmale nicht signifikant voneinander und sind somit vergleichbar.

#### 4.2 Ergebnisse der Pilotstudie<sup>8</sup>

Die Ziele des Trainings bestehen vor allem darin, den (angehenden) Pflegekräften einen angemessenen Umgang mit ihren eigenen Emotionen zu vermitteln und dadurch ihre psychophysische Gesundheit positiv zu beeinflussen. Daher werden im Folgenden insbesondere Ergebnisse in Bezug auf das Befinden und die Emotionsregulation dargestellt.

Anlass für Emotionsarbeit sind emotionale Dissonanzen (siehe Abschnitt 1 dieses Artikels). Die befragten Personen beider Gruppen geben im Pretest einen gelegentlichen Widerspruch zwischen dem gezeigten

und dem tatsächlich empfundenen Gefühl an, wobei dieser in der Wartegruppe etwas geringer ausgeprägt ist als in der Trainingsgruppe (Tab. 1). Zum zweiten Messzeitpunkt hat sich in beiden Gruppen das Erleben von emotionaler Dissonanz leicht verstärkt, obgleich die Mittelwerte nach wie vor in einem moderaten Bereich liegen. Die Unterschiede zwischen Pre- und Postmessung innerhalb der Gruppen sowie zwischen den Gruppen sind nicht signifikant.

In Bezug auf das psychophysische Befinden der Befragten zeigen sich zu Beginn des Trainings insgesamt günstige Werte kognitiver und emotionaler Irritation (Mittelwerte im Bereich „größtenteils nicht bis wenig zutreffend“), d.h. die Befragten können sich in ihren täglichen Arbeitspausen relativ gut von wiederkehrenden Erschöpfungs- und Ärgerzuständen erholen (Tab. 2). Bei der zweiten Befragung nach dem Training zeigt sich in der Trainingsgruppe eine leichte Verschlechterung im Sinne von einem geringen Anstieg der Irritationswerte. In der Wartegruppe hingegen zeigt sich ein positiver Trend, die Befragten geben im Posttest eine geringere kognitive und emotionale Irritation an als im Pretest. Vermutlich werden sich die Teilnehmenden der Trainingsgruppe auf Grund der Maßnahme ihrer emotionalen Arbeit erst richtig bewusst bzw. achten bei ihrer Tätigkeit vermehrt darauf, sodass sich das Ausmaß an emotionaler Anspannung und Grübeln kurzfristig erhöht. Dieser Effekt sollte im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung weiter untersucht werden.

<sup>5</sup> Zwei Personen haben den Pretest nicht ausgefüllt.

<sup>6</sup> SD, d.h. Standardabweichung

<sup>7</sup> Drei Personen haben den Pretest nicht ausgefüllt.

<sup>8</sup> Zum Zeitpunkt des Verfassens des Artikels läuft die Datenauswertung noch. Abschluss der Auswertungen voraussichtlich Ende 2011.

Tab. 3:  
Mittelwertdarstellung  
von Regulationskompetenz  
(SEK27, Berking, 2008) von  
Trainings- und Wartegruppe

	Versuchs- bzw. Trainingsgruppe (n = 17)		Kontroll- bzw. Wartegruppe (n = 13)	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Regulationskompetenz	MW = 2.82 (SD = .83)	MW = 3.02 (SD = .40)	MW = 2.85 (SD = .74)	MW = 2.79 (SD = .69)

4-stufige Antwortskala (1 = überhaupt nicht zu, 4 = fast immer); MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

Die Unterschiede zwischen Pre- und Postmessung einer Gruppe sowie zwischen den Gruppen sind nicht signifikant.

Ein wesentliches Ziel des Trainings besteht darin, die Regulationskompetenz der Teilnehmenden zu verbessern. Die Befragten beider Gruppen geben bei der Erstmessung an, ihre eigenen Gefühle manchmal bewusst beeinflussen zu können (Tab. 3). Bei genauer Betrachtung zeigt sich in der Postmessung der Trainingsgruppe im Gegensatz zur Wartegruppe, eine geringe Verbesserung der Regulationskompetenz. Die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten sind nicht signifikant; es kann kein Gruppeneffekt nachgewiesen werden.

Über die schriftliche Befragung hinaus wurden die Auszubildenden in der Trainingsgruppe am Ende der Qualifizierungsmaßnahme um ein mündliches Feedback gebeten. Darin wird deutlich, dass sich emofit in diesem Rahmen sehr gut bewährt hat. Die Rückmeldungen der Schülerinnen und Schüler waren insgesamt positiv. Das Training habe zum Nachdenken angeregt und wurde als interessant und abwechslungsreich beurteilt. Auch eine Lernerfahrung in der eigenen Gruppe wurde zurückgemeldet: „Ich wusste gar nicht, dass meine Mitschüler das genauso empfinden wie ich.“ Angemerkt wurde, dass die Umsetzung des Gelernten in den Pflegealltag nicht immer leicht sei, da oftmals die Zeit fehle.

Eine erste Validierung des Trainings fand mit 14 Pflegefachkräften mit Leitungsfunktion und mehrjähriger Berufserfahrung in einem Seniorenzentrum im Juli 2011 als Tagesworkshop statt. Auch in diesem Kreis war das Feedback positiv, es wurde insbesondere der Austausch zu einem speziellen – und sonst kaum besprochenen – Thema mit Fachkollegen gelobt sowie Inhalt, Aufbau und Trainerin.<sup>9</sup>

## 5 Diskussion und Ausblick

Emofit hat sich als Trainingsmaßnahme für Pflegekräfte zum Umgang mit den eigenen Emotionen insgesamt bewährt. Neben der berufspraktischen Qualifizierung leistet das Training darüber hinaus einen wertschätzenden Beitrag in Bezug auf die emotionalen unsichtbaren Arbeitsanteile einer Pflegekraft: Solche Anteile werden in emofit nicht nur thematisiert, sondern auch (inter)aktiv reflektiert und mit Fachkolleginnen und -kollegen intensiv besprochen und bearbeitet.

Die Resultate der schriftlichen Evaluation im Rahmen der Pilotstudie lassen vermuten, dass mit Hilfe des Trainings die Regulationskompetenz tendenziell verbessert werden kann. Hinsichtlich emotionaler Dissonanz und kognitiver bzw. emotionaler Irritation ist gleichzeitig zu berücksichtigen, dass sich die Auszubildenden in der Trainings- und Wartegruppe bereits zu Beginn der Maßnahme (erster Messzeitpunkt) wenig belastet fühlen. Jedoch sollte das gering vermehrte Dissonanz- und Irritationserleben (zweiter Messzeitpunkt) bei der Trainingsgruppe im Blick behalten werden. Dafür eignen sich insbesondere weitere Trainingsgruppen (Erhöhung der Stichprobenzahl) sowie längsschnittliche Analysen (z.B. Follow-up-Untersuchung).

Da die Evaluation im Rahmen der Pilotstudie mit Pflegeschülerinnen und -schülern durchgeführt wurde, stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse auf berufsfältere und erfahrenere Pflegefachkräfte übertragbar sind. Grundsätzlich kann bei der geringen Stichprobengröße nicht von einer Generalisierung der Befunde ausgegangen werden. Hierfür sind weitere Untersuchungen notwendig. Jedoch ist durchaus zu vermuten, dass die Ergebnisse in dieselbe Richtung weisen. Zum einen ist das Training so angelegt, dass Situationen individuell bearbeitet werden. Das heißt, es werden keine starren Strategien vermittelt, in denen die Teilnehmenden schon mehr oder weniger geübt sind, sondern jeder Teilnehmer wird quasi dort abgeholt, wo er gerade steht. Somit fließen unterschiedliche Beiträge – je nach

<sup>9</sup> Der Praxisblock hat zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Kapitels noch nicht stattgefunden.



Erfahrungsgrad – in das Training ein. Zum anderen wurden in dem Validierungstraining mit 14 Fachpflegekräften die Relevanz des Themas und der „Aha-Effekt“ deutlich. Die Reflektion, die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen und die darauf folgenden Verhaltensweisen scheinen weder bei den Auszubildenden noch bei erfahrenen Kräften in der Altenpflege so selbstverständlich wie allgemein angenommen.<sup>10</sup>

Bei der weiteren Entwicklung des Trainings liegt ein verstärktes Augenmerk auf der Anwendung und Transferierbarkeit der Inhalte. Zum einen soll der Praxisblock sowohl zeitlich als auch z.B. durch anschließendes arbeitsplatzspezifisches Coaching weiter ausgebaut werden. Zum anderen kann die Anwendbarkeit durch den begleitenden Einsatz von Tage- bzw. Reflexionstagebüchern erhöht werden (siehe Beitrag von Thomas Birken in diesem Heft).

## Literatur

- Badura, B. (1990). Interaktionsstress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie*, 19 (5), 317-328.
- Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (Hrsg.) (2009). *Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Altenpflege*.
- Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.
- Böhle, F. & Glaser, J. (2006). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Brotheridge, C. & Lee, R. (2003). Development and validation of the Emotional Labour Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 365-379.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2002). The influence of expression/feeling rules and interaction autonomy on different states of emotional dissonance in emotional labour. In: C. Weikert, E. Torkelson & J. Pryce (Eds.), *Occupational Health Psychology: Empowerment, participation & health at work* (S. 38-42). Nottingham: I-WHO Publications.
- Büssing, A., Giesenbauer, B., Glaser, J. & Höge, T. (2003). *Möglichkeiten zur Verbesserung von Interaktionsarbeit in der Altenpflege* (Bericht 71). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.
- Cherniss, C. (1999). *Jenseits von Burn Out und Praxisschock* (1. Aufl.). Hemsbach: Beltz.
- Chu, K. (2002). *The Effects of Emotional Labor on Employee Work Outcomes*. Unveröffentlichte Dissertation, Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Dunkel, W. (1988). Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungen. *Soziale Welt*, 1, 67-85.
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege: Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität* (INQA-Bericht 34). Bremerhaven.
- Glaser, J., Hacker, W., Herms, I. & Stab, N. (2009). *Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege*. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Technische Universität Dresden.
- Grandey, A. (2003). When the show must go on: Surface Acting and Deep Acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46 (1), 86-96.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gröning, K. (1998). *Entweihung und Scham: Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *The American Journal of Sociology*, 85 (3), 551-575.
- Krey, H. (2003). *Ekel ist okay: Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag*. Hannover: Brigitte-Kunz-Verlag.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21 (1), 30-47.
- Meichenbaum, D. (Hrsg.). (2003). *Intervention bei Streß* (2. Auflage). Bern: Huber.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung. *Diagnostica*, 51, 12-20.

<sup>10</sup> Selbstverständlich gibt es sowohl bei Berufsanfängern als auch bei Berufserfahrenen Personen, die ihr eigenes Befinden und ihr Handeln sehr genau reflektieren.

- Titze, K. (2003). Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln (4. Auflage). In: Schulz von Thun, F. (Hrsg.), *Miteinander Reden: Praxis*. Reinbek: Rowohlt.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999). Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8 (3), 371-400.

## Hinweis

Das Training emofit® wurde im Rahmen der Dissertation der Autorin, Isabel Herms, entwickelt und im Verbundprojekt PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit erprobt. Weitere Informationen zum Training finden Sie unter [www.emo-fit.de](http://www.emo-fit.de) und zum Projekt auf der Seite [www.interaktive-arbeit.de](http://www.interaktive-arbeit.de).

Die Autorin dankt den wissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen aus dem Projekt für die Unterstützung sowie dem AWO Bezirksverband Oberbayern und der Hans-Weinberger-Akademie München für die engagierte Kooperation im Projektverbund und die Möglichkeit einer Erprobung des Trainings.

## Kontakt

Dipl.-Psych. Isabel Herms  
Hochschule Aalen  
Studiengang Gesundheitsmanagement  
Beethovenstraße 1  
73430 Aalen  
[isabel.herms@htw-aalen.de](mailto:isabel.herms@htw-aalen.de)  
[www.emo-fit.de](http://www.emo-fit.de)

# Wertschätzung von Pflegearbeit. Ergebnisse einer Befragung zur wahrgenommenen Qualität von Alten- und Krankenpflege

Kurt-Georg Ciesinger, Rüdiger Klatt, Henrik Cohnen

---

**Zusammenfassung:** Wertschätzung und Stolz auf die eigene Profession speist sich nicht nur aus Erfahrungen in konkreten Interaktionen mit Kunden und Kollegen, sondern auch aus einem „gesellschaftlichen Bild“ des Berufes. Um diese öffentliche Wahrnehmung des Pflegesektors zu erheben, führte die Technische Universität Dortmund im Juni 2010 eine Befragung durch, bei der die subjektive Einschätzung der Befragten zu den Fragekomplexen Dienstleistungsqualität, Professionalität und Kompetenz in Form von Schulnoten erhoben wurde. Zudem wurde die persönliche Wertschätzung der Befragten bezüglich der Branchen und Berufe in der Alten- und Krankenpflege erfragt.

Die Befragung wurde vom Meinungsforschungsinstitut forsa anhand computergestützter Telefoninterviews durchgeführt. Die Stichprobenziehung erfolgte anhand einer mehrstufigen systematischen Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit der in Privathaushalten lebenden Personen in Deutschland bis zur Erreichung einer vorgegebenen Anzahl von 500 Personen für fünf Merkmalsgruppen. Insgesamt wurden 2.528 Personen befragt.

Die gesellschaftliche Wahrnehmung stellt der Alten- und Krankenpflege dabei ein nur mittelmäßiges Zeugnis aus. Während das Ansehen der Berufe hoch ist, gelten die Einrichtungen selbst als stark verbesserungsbedürftig. Von einer breiten Mehrheit in der Bevölkerung werden vor allem die Arbeitsbedingungen, Verdienstmöglichkeiten und Karrierechancen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern kritisch eingeschätzt.

**Schlüsselwörter:** •?•?•

## 1 Ausgangslage

Alten- und Krankenpflege stellen zwei Professionen innerhalb des Dienstleistungssektors dar, deren Arbeitsschwerpunkte einerseits eng beieinander liegen und die andererseits doch durch strukturelle Unterschiede gekennzeichnet sind. Ihre wachsende Bedeutung für die Gegenwart und die Zukunft scheint vor dem Hintergrund des demografischen Faktors und einer akzelerierenden Überalterung der Gesellschaft, die einerseits einen rasanten Anstieg multimorbider und chronisch kranker Menschen und andererseits ein dramatisches Wachstum der Gruppe zu pflegender Senioren nach sich zieht, wohl unstrittig. Zuerst ist beiden gemeinsam, dass sich die Arbeit in verglichen mit anderen Dienstleistungsberufen wie etwa dem Handel längerfristigen Klientenbeziehungen entlang eines Prozesses des Pflegens vollzieht. Darüber hinaus sind entgegen anderen Dienstleistungsberufen sowohl bei der Kranken- als auch der Altenpflege die überwiegenden Tätigkeitsspektren durch ein Maximum an körperlicher Nähe zwischen dem Erbringer und dem Empfänger der Pflegeleistung bestimmt. Eine den Gepflogenheiten sozialer Praxis entsprechende Distanz ist hier per se nicht möglich: Die Tätigkeiten beider Professionen beinhalten (in unterschiedlichem Umfang) basale Hilfestellungen für den zu Pflegenden, der in seiner Situation nicht in der Lage ist, z.B. Handlungen des alltäglichen Lebens – wie Körperhygiene, Nahrungsaufnahme oder etwa die Lagerung im Bett – autonom zu vollziehen. Sie setzen also beide an einer Gewährleistung der Lebensbewältigung innerhalb existenzieller Krisen an.

Neben diesen Kernleistungen erwachsen gegenwärtig für beide Pflegeprofessionen zusätzlich neue Tätigkeitsprofile. Zu nennen sind hier – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – wachsende Dokumentationspflichten oder die Auseinandersetzung mit verrich-

tungsorientierten Abrechnungsmodellen, die mit der karitativen Ausrichtung der Pflege mit ihrem psychosozialen Auftrag zu konfliktieren drohen (vgl. Klatt & Ciesinger, 2010; Isfort, Weidner et al., 2010; Fischer, 2011). Beide Professionen sehen sich somit einer immer stärker ansteigenden Arbeitsverdichtung ausgesetzt – und dies nicht zuletzt bedingt durch die weiter oben angedeutete akzelebrierende Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Ein hieraus erwachsendes Risiko besteht in der Zunahme von Unzufriedenheit und Fluktuation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Dagegen unterscheiden sich die Alten- und Krankenpflege allerdings substantiell auf der Ebene ihrer jeweiligen Adressatengruppe bzw. ihrer Leistungsempfänger und der damit verbundenen Attribuierung ihres eigentlichen Pflegeauftrages: Die Krankenpflege unterstützt den Patienten in der Phase seiner Rekonvaleszenz. Auch wenn sie die Unterstützung solcher Patienten einschließt, deren Krankheitsverlauf keine Genesung oder Heilung zulässt, impliziert ihr wesentlicher Auftrag in der Regel eine Wiederherstellung der Autonomie des Patienten. Die Altenpflege setzt dagegen an einem Punkt an, dessen Ziel darin besteht, die gegenwärtige Konstitution des Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten und dies im Wissen darum, dass sein beständiger Alterungsprozess durch die Pflege nicht aufzuhalten ist. Weiterhin sei hier auf die mediale Prekarisierung der Altenpflege und die gesellschaftliche Debatte um einen Pflegenotstand und desolate Bedingungen in Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland verwiesen, die einen negativen Effekt auf die öffentliche Wahrnehmung der Altenpflege und ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung haben könnten (vgl. Drieschner, 2004).

## 2 Design und Methodik der Studie

Die hier vorgestellte Studie basiert auf einem konzeptionellen Rahmen, der aus qualitativen Erhebungen – ca. 40 Interviews mit Beschäftigten und Führungskräften aus verschiedenen Dienstleistungsbranchen – entwickelt wurde. Hierbei kristallisierten sich besonders vier Faktoren im Dienstleistungsprozess als wertschätzungsrelevant heraus, die im Rahmen der folgenden Erhebungen abgefragt wurden. Auf der Ebene der Organisation/Einrichtung sind danach folgende Dimensionen relevant und wurden in Bewertungspunkten überführt:

1. *Das Personal in seinen Kompetenzfacetten (fachliche und prozessuale Kompetenzen, Interaktionskompetenz).* Schlechtes Personal mit geringer Kompetenz führt zu einer Geringschätzung von Tätigkeit, Beruf und Dienstleistung, gutes Personal zum Gegenteil.
2. *Die eigentliche Dienstleistung und ihre Qualität.* Hierzu gehört etwa auch das Preis-/Leistungsverhältnis und der Umgang mit Feedback. Bei den Items wurde, um die Vergleichbarkeit herzustellen, auf die Bewertungssystematik des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen.<sup>1</sup>
3. *Die Organisation und der Professionalisierungsgrad ihrer Ausgestaltung.* Beispiele hierfür finden sich in der arbeitsorganisatorischen Performance oder der Nutzung von technischen Innovationen. Basis der Items war das Modell des sozio-technischen Systems.

Eine vierte, eher indirekte Einflussgröße stellen zusätzlich gesellschaftliche Rahmenbedingungen dar, zu denen als „Hard Facts“ gesetzliche Vorschriften und die dem Gesundheitssystem zugeordneten ökonomischen Ressourcen gehören.

Abb. 1 fasst das im Projekt entwickelte Grundmodell der Wertschätzungsfaktoren zusammen.

Das grundlegende Design der Studie basiert auf einer Gegenüberstellung gesellschaftlicher Einschätzungen zur Krankenpflege mit denen zur Altenpflege. Im Bereich der Altenpflege wurde zusätzlich eine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Pflege vorgenommen, da hinsichtlich der Klientel und den Arbeitsbedingungen, -anforderungen und -tätigkeiten untersuchungsrelevante Unterschiede vermutet wurden. Zudem wurde differenziert nach Personen, die konkrete Erfahrungen (als Patient/Klient oder als Angehöriger) mit der Alten- oder Krankenpflege hatten, und solchen, deren Meinung sich nicht auf konkrete bzw. eigene Erfahrungen stützen kann. Dabei bestand im Vorfeld die Arbeitshypothese, dass Bewertungen von Personen mit eigenen Erfahrungen im Durchschnitt positiver ausfallen als die von Personen ohne eigene Erfahrungen. Es ergaben sich somit fünf Kombinationen:

1. Personen mit persönlicher Erfahrung mit der Altenpflege, die Bewertungen über die mobile Altenpflege abgaben.

<sup>1</sup> Siehe hierzu: [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de).



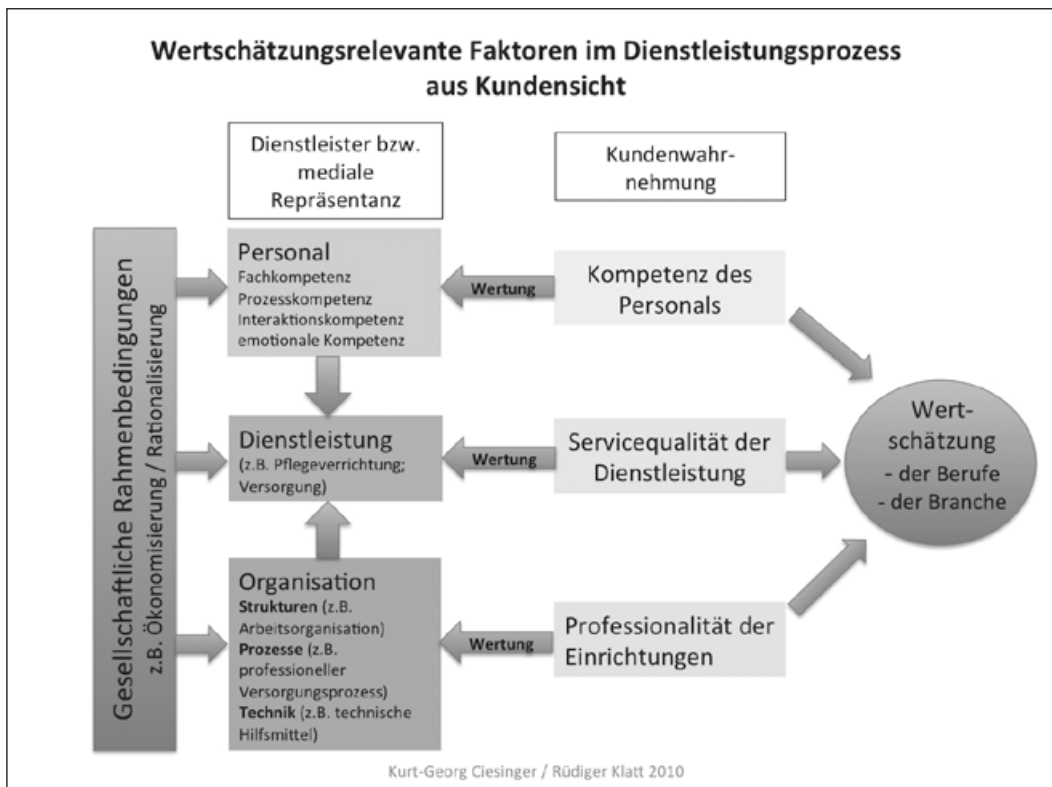


Abb. 1:  
Modell der  
Wertschätzungsfaktoren

2. Personen mit persönlicher Erfahrung mit der Altenpflege, die Bewertungen über die stationäre Altenpflege abgaben.
3. Personen mit persönlicher Erfahrung mit der Krankenpflege, die Bewertungen über die Krankenpflege abgaben.
4. Personen ohne persönliche Erfahrung mit der Altenpflege (weder stationär noch ambulant), die Bewertungen über die Altenpflege (allgemein) abgaben<sup>2</sup>.
5. Personen ohne persönliche Erfahrung mit der Krankenpflege, die Bewertungen über die Krankenpflege abgaben.

Tab. 1:  
Untersuchungsdesign

	Altenpflege		Kranken- pflege
	ambulant	stationär	
<b>persönliche Erfahrung</b>	<b>n = 503</b>	<b>n = 497</b>	<b>n = 500</b>
<b>keine persönliche Erfahrung</b>	<b>n = 515</b>		<b>n = 513</b>

Insgesamt nahmen 2.528 Personen an der Befragung teil. Die Stichprobe setzte sich aus den fünf Personengruppen zusammen, wie sie oben in der Auflistung der fünf möglichen

Kombinationen beschrieben sind. Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen. Die Befragung wurde anhand computergestützter Telefoninterviews durch die forsa – Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH durchgeführt. Der von der TU Dortmund entwickelte Fragenkomplex wurde in die omni-Tel-Mehrthemenumfrage eingeschaltet. Die Stichprobenziehung erfolgte anhand einer mehrstufigen systematischen Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit der in Privathaushalten lebenden Personen in Deutschland ab 14 Jahren. Die Stichprobengröße wurde hierbei flexibel gehandhabt; es wurden so viele Personen angerufen, bis der Rücklauf bei vorgegebenen mindestens 500 Personen pro Befragungsgruppe erreicht war. Diese Strategie wurde gewählt, um für einen weiterführenden Vergleich der Personen innerhalb einer Gruppe und der Gruppen untereinander einen ausreichend großen Stichprobenumfang zu erreichen.

Nachdem durch eine Screeningfrage zu Beginn festgestellt wurde, ob die Befragten bereits über eigene Erfahrung – entweder durch persönliche Betroffenheit oder durch Betroffenheit von Angehörigen – in den verschiedenen Bereichen der Pflege verfügen, wurden sie im Anschluss entweder zu ihren Einschätzungen bezüglich der Alten- oder der Krankenpflege befragt.

<sup>2</sup> Da die Befragten keine Erfahrung in der Altenpflege hatten, wurde auf die Differenzierung in der Einschätzung zwischen ambulanter und stationärer Pflege verzichtet.

Im ersten Teil des Fragebogens wurden die Bewertungen hinsichtlich der Dimensionen Qualität der Dienstleistung, Professionalität der Einrichtung und Kompetenz des Personals erfragt. Die Kriterien zur Operationalisierung der Dimensionen wurden mit denen der Erhebung der Versorgungsqualität in der Altenpflege parallelisiert, die seit Ende 2009 durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bei allen Pflegeeinrichtungen in Deutschland durchgeführt wird. Hierdurch wurde eine Vergleichbarkeit der Einschätzungen durch die Bevölkerung mit den sogenannten „objektiven“ Daten der Krankenkassen erzielt. Die Bewertung erfolgte anhand des Schulnotensystems von 1 = „Sehr gut“ bis 6 = „Ungenügend“. Dieses Vorgehen wurde aufgrund der sozialen Validität der Antwortkategorien und – wiederum – aufgrund der Kompatibilität mit den MDK-Bewertungen gewählt.

Der zweite Teil der Befragung richtete sich auf die persönliche Wertschätzung der Befragten bezüglich der Branchen und bezüglich der Berufe in der Alten- und Krankenpflege. Die Befragten wurden gebeten, zu verschiedenen pointierten Aussagen (z.B. „Ich schätze die Arbeit von Alten-/Krankenpflegern sehr.“) den Grad ihrer Zustimmung – „voll und ganz“, „eher“, „teil/teils“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ – einzuschätzen.

### 3 Ergebnisse der Studie

Aufgrund der Tiefe und des Umfangs der untersuchten Items können im Folgenden nur die wesentlichen Ergebnisse auf der Makroebene diskutiert werden (vgl. umfassend: Ciesinger, Fischbach, Klatt & Neuendorff, 2011). Zuerst werden die Ergebnisse für die Altenpflege vorgestellt, ihnen folgen diejenigen der Krankenpflege. Darauf folgend werden beide Untersuchungen vergleichend einander gegenübergestellt.

#### 3.1 Qualität der stationären und ambulanten Altenpflege

Bei der folgenden Auswertung der Daten wurden alle Befragten einbezogen, die sich zur Altenpflege geäußert haben. Dabei werden die Ergebnisse zur ambulanten und die stationären Altenpflege für diese Darstellung zusammengefasst.

Aus den abgegebenen Bewertungen wurden für jede Gruppe von Befragten Durch-

schnittsnote berechnet, wobei die Antwortmöglichkeiten „weiß nicht“ und „keine Antwort“ herausgenommen und nur die der sechsstufigen Schulnotenskala entsprechenden Bewertungsmöglichkeiten „Sehr gut“ bis „Ungenügend“ einbezogen wurden. Tab. 2 gibt einen Überblick über die Durchschnittsnote bezüglich der einzelnen Items.

Die Befragten vergaben hier im Mittel die beste Bewertung für die Kompetenzen des Personals (Schulnote 2,7). Die Professionalität der Pflegeeinrichtungen (3,5) und die Qualität der Dienstleistungen (3,1) wurden hingegen schlechter eingeschätzt. Insgesamt erhielt die Altenpflege von allen Befragten eine befriedigende Bewertung (3,1). Besonders hervorzuheben sind in diesem Rahmen die, gerade einmal mit „Ausreichend“, sehr schlecht eingeschätzten Rahmenbedingungen, innerhalb derer Pflegepersonal zu operieren hat. Namentlich: Arbeits-, Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten.

#### 3.2 Qualität der Krankenpflege

Die Bewertungen der Befragten bezüglich der Items zur Beschreibung der Qualität der Dienstleistung, der Professionalität der Einrichtungen und der Kompetenzen des Personals sind in Tab. 3 dargestellt und basieren auf einer Gesamtstichprobengröße von  $n = 1.013$  (die auswertbaren Stichprobengrößen nach Eliminierung der Antwortmöglichkeiten „weiß nicht“ und „keine Antwort“ sind für jedes Item angegeben). Dabei wird auch die jeweilige Durchschnittsnote für jeden der drei Teilbereiche sowie die Gesamtnote angezeigt.

Insgesamt wird die Bewertung 3,1 gegeben, die sich aus den Noten 3,1 für „Dienstleistungsqualität“, 3,4 für „Professionalität der Pflegeeinrichtung“ und 2,7 für „Kompetenzen des Personals“ zusammensetzt. Die schlechtesten Ergebnisse erzielten hier „Arbeitsbedingungen“ und „Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten“ in der Kategorie „Professionalität“. Die besten Noten erhielten die Items „Selbstbewusstsein“, „Freundlichkeit“ und „Fachqualifikation des Personals“.

#### 3.3 Wertschätzung der Einrichtungen und Berufe

Der zweite Teil der Befragung richtete sich auf die persönliche Wertschätzung der Befragten zu den Einrichtungen der Alten- bzw.

<b>Qualität der Dienstleistung</b>	<b>Befriedigend (3,1)</b>	<b>n</b>
Kundenfreundlichkeit	2,6	1.327
Pflegequalität	3,0	1.381
Umgang mit Kritik	3,3	1.234
Preis-Leistungs-Verhältnis	3,5	1.300
Wohnqualität	2,9	879
<b>Professionalität der Pflegeeinrichtungen</b>	<b>Ausreichend (3,5)</b>	
Arbeitsbedingungen	4,0	1.340
Verdienstmöglichkeit	4,3	1.259
Aufstiegsmöglichkeit	3,8	1.048
Außendarstellung	3,0	1.272
Qualifikation	2,9	1.174
Innovativität	3,2	1.141
<b>Kompetenzen des Personals</b>	<b>Befriedigend (2,7)</b>	
Fachqualifikation	2,7	1.313
Individuelle Versorgung	3,2	1.355
Selbstbewusstsein	2,6	1.303
Einfühlungsvermögen	2,7	1.336
Freundlichkeit	2,5	1.358
<b>Gesamtnote</b>	<b>3,1</b>	

Tab. 2:  
Bewertung  
der Altenpflege  
(Mittelwerte,  
n = 1.515)

<b>Qualität der Dienstleistung</b>	<b>Befriedigend (3,1)</b>	<b>n</b>
Kundenfreundlichkeit	2,7	855
Pflegequalität	2,9	878
Umgang mit Kritik	3,4	814
Preis-Leistungs-Verhältnis	3,4	812
Wohnqualität		
<b>Professionalität der Pflegeeinrichtungen</b>	<b>Befriedigend (3,4)</b>	
Arbeitsbedingungen	4,1	854
Verdienstmöglichkeit	4,2	813
Aufstiegsmöglichkeit	3,6	682
Außendarstellung	3,0	791
Qualifikation	2,8	768
Innovativität	3,1	778
<b>Kompetenzen des Personals</b>	<b>Befriedigend (2,7)</b>	
Fachqualifikation	2,6	843
Individuelle Versorgung	3,1	853
Selbstbewusstsein	2,5	834
Einfühlungsvermögen	2,7	852
Freundlichkeit	2,5	874
<b>Gesamtnote</b>	<b>3,1</b>	

Tab. 3:  
Bewertung  
der Krankenpflege  
(Mittelwerte,  
n = 1.013)

Tab. 4:  
Wertschätzung  
der Einrichtungen  
und der Berufe

	Altenpflege (n = 1.505)	Krankenpflege (n = 1.004)
„Alten-/Krankenpflege ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.“	93%	94%
„Alten-/Krankenpflege, das kann jeder.“	3%	2%
„Alten-/Krankenpfleger können stolz sein auf ihre Leistung.“	84%	87%
„Ich schätze die Arbeit von Alten-/Krankenpfleger sehr.“	90%	93%
„Altenheime/Krankenhäuser haben ein hohes gesellschaftliches Ansehen.“	19%	45%

(Zustimmung: „voll und ganz“/„eher“ auf einer 5-stufigen Skala)

Krankenpflege und zur Wertschätzung der entsprechenden Professionen (Tab. 4).<sup>3</sup>

Eine große Mehrheit der Bevölkerung ist der Auffassung, dass sowohl die Altenpflege als auch die Krankenpflege eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe seien. Zugleich wird der Professionalität und Beruflichkeit in den beiden Pflegesektoren ein hohes Maß an Wertschätzung entgegengebracht. Dass Alten- oder Krankenpflege eine „Jedermann-Tätigkeit“ sei, diese Meinung teilt nur eine verschwindend geringe Minderheit von drei bzw. zwei Prozent. Daraus könnte durchaus abgeleitet werden, dass eine Senkung professioneller Standards im Pflegebereich nicht auf eine breite Zustimmung der Bevölkerung treffen würde. Die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Pflegearbeit ist sowohl in der Gesundheitspflege als auch in der Altenpflege unerwartet hoch. Die Statements: „Alten-/Krankenpfleger können stolz sein auf ihre Leistung“ und „Ich schätze die Arbeit von Alten-/Krankenpfleger sehr“ erreichen bei einer großen Bevölkerungsmehrheit eine hohe Zustimmung.

Man kann vermuten, dass die von Pflegekräften selbst häufig empfundene Geringschätzung ihrer Tätigkeit im unmittelbaren Umfeld ihrer Einrichtung oder durch die Medienberichterstattung erlebt wird. Die schlechten Benotungen von Arbeitsbedingungen, Verdienstmöglichkeiten und Karriereoptionen (siehe oben) legen den Schluss nahe, dass in genau diesen Feldern die wesentlichen Treiber für das Empfinden mangelnder Wertschätzung liegen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse unserer Fallstudien (Fischer, 2011). Zusätzliche Unterstützung findet diese Hypothese im Ergebnis zum Ansehen von Altenheimen bzw. Krankenhäu-

sern. Besonders Altenheime haben ein geringes gesellschaftliches Ansehen. Nur jeder fünfte Befragte stimmt der Aussage zu, dass Altenheime ein hohes gesellschaftliches Ansehen haben. Bei den Krankenhäusern ist immerhin noch fast jeder zweite Befragte dieser Meinung (45%).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das pflegende Personal in Krankenhäusern und in den (ambulanten wie stationären) Altenpflegeeinrichtungen ein hohes Ansehen in der Bevölkerung genießt, während die Einrichtungen selbst besonders im Hinblick auf Arbeitsbedingungen, Verdienstmöglichkeiten und Personal kritisch bewertet werden und ein eher geringes Ansehen haben.

### 3.4 Bewertung der gesellschaftlich bereitgestellten Ressourcen für Pflege

Der dritte Teil der Befragung richtete sich auf die Bewertung der gesellschaftlich bereitgestellten Ressourcen für die Alten- bzw. Krankenpflege (Tab. 5).<sup>4</sup>

Die Befragten wurden gebeten, in vereinfachter Form die beiden wesentlichen, von Seiten des Gesundheitssystems vorgegebenen bzw. bereitgestellten Ressourcen zu bewerten, nämlich den Faktor „Zeit“ und den Faktor „Geld“. In beiden Dimensionen nimmt ein Querschnitt der Bevölkerung erhebliche Unterausstattungen und Ressourcenknappheiten wahr. So ist nur eine geringe Minderheit der Meinung, dass dem Altenpflege- wie dem Krankenpflegepersonal genügend Zeit für die Betreuung und Versorgung zur Verfügung steht. Dass zu viel Geld für Kranken- und Altenpflege ausgegeben wird, sagt nicht

<sup>3</sup> Die Befragten wurden dabei gebeten, zu verschiedenen Aussagen den Grad ihrer Zustimmung („voll und ganz“, „eher“, „teils/teils“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“) mitzuteilen.

<sup>4</sup> Die Befragten wurden auch hier gebeten, zu verschiedenen Aussagen den Grad ihrer Zustimmung („voll und ganz“, „eher“, „teils/teils“, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“) mitzuteilen.



	Altenpflege (n = 1.505)	Krankenpflege (n = 1.004)
„Das Altenpflege-/Krankenpflegepersonal hat genügend Zeit für die Betreuung und Versorgung.“	5%	5%
„Für Altenpflege/Krankenpflege wird zuviel Geld ausgegeben.“	8%	7%
„Die Einrichtungen sollten nicht nur aufs Geld schauen.“	69%	70%

Tab. 5:  
Bewertung  
der gesellschaftlich  
bereitgestellten  
Ressourcen für Pflege

Zustimmung: „voll und ganz“/„eher“ auf einer 5-stufigen Skala)

einmal jeder Zehnte der Befragten. Und einer ansteigenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens widersprechen fast drei von vier Befragten mit dem Statement: „Die Einrichtungen sollten nicht nur aufs Geld schauen.“

Insgesamt kann daraus eine Bereitschaft abgelesen werden, der Alten- wie der Krankenpflege mehr gesellschaftliche Ressourcen bereitzustellen, so dass insbesondere die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten besser werden und darüber auch die Qualität der Versorgung steigt.

#### 4 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung zur öffentlichen Wahrnehmung und Wertschätzung von Alten- und Krankenpflege lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die ursprüngliche Arbeitshypothese, dass die Krankenpflege ein besseres Renommee besitzt als die Altenpflege, bestätigte sich nicht in dem Maße, wie erwartet. Zwar konnte die Krankenpflege in den meisten Kategorien bessere Werte erzielen, die Unterschiede waren aber marginal. Vielmehr wird beiden Professionen gesellschaftlich eine durchweg hohe Wertschätzung im Gesamtbild entgegengebracht. Damit lässt sich auch ein vermuteter Einfluss durch eine mediale Skandalisierung nicht abbilden. Die Diskussion um einen „globalen“ Notstand im Pflegesektor erscheint dementsprechend von der Bevölkerung nicht unhinterfragt zu bleiben bzw. differenzierter als erwartet wahrgenommen zu werden. Ein Grund könnte aber auf der anderen Seite auch in einer differenzierteren Berichterstattung der Medien liegen. Diese Interpretation könnte auch erklären, dass eine negative Attribuierung eher auf die institutionellen Rahmenbedingungen in beiden Professionen erfolgt. Genaue Ursachen hierfür

lassen sich allerdings aus den Ergebnissen der Befragung nicht ableiten.

2. Der Wertschätzungsfaktor „Professionalität der Einrichtungen“ gilt sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege als verbesserungswürdig. Besonders schlechte Noten bekommen beide Bereiche bei den Arbeitsbedingungen sowie den Aufstiegs- und Verdienstmöglichkeiten. Befragte mit persönlicher Erfahrung in beiden Bereichen geben in der Einschätzung der „Verdienstmöglichkeiten“ die Note 4-, bei den „Arbeitsbedingungen“ die Note 4 und bei den „Aufstiegsmöglichkeiten“ die Note 4+ (Altenpflege) bzw. 3- (Krankenpflege). Dennoch werden Krankenhäuser noch besser bewertet als Einrichtungen der Altenpflege.
3. Der Wertschätzungsfaktor „Kompetenz des Personals“ erhält vergleichsweise gute Noten. Für die Faktoren, die emotionale Kompetenz dokumentieren (Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit), erhält das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die Note 2-. Die Kompetenz zur individuellen und damit fallspezifischen Versorgung der Pflegebedürftigen bekommt allerdings nur ein durchschnittliches „Befriedigend“ und zeigt damit Verbesserungspotenziale auf. Tendenziell bestätigt werden konnte damit die These, dass offenbar eine fortschreitende Ökonomisierung der Pflege die Möglichkeiten individueller Betreuung von Pflegebedürftigen erschwert.
4. Eine Wahrnehmung deutlicher arbeitsorganisatorischer Mängel zeigte die Benotung des Wertschätzungsfaktor „Qualität der Dienstleistungen“ durch den Bevölkerungsquerschnitt: Hier zeigen sowohl Kranken- als auch Altenpflege Mängel. Das Verhältnis von Preis und Leistung erhält nur eine 3-, ebenso der Umgang mit Kritik und Beschwerden. In Zusammen-

schau mit den qualitativen Forschungsarbeiten im Projekt „Berufe im Schatten“<sup>5</sup> verstärkt sich der Eindruck arbeitsorganisatorischer Mängel beider Pflegeprofessionen nicht nur im Bereich der Arbeitsbedingungen und Aufstiegschancen, sondern auch in den Bereichen Controlling, Qualitätssicherung und Beschwerdemanagement (Dürr, 2004; Conzen, Freund & Overlander, 2008).

5. Insgesamt wirken sich die Faktoren „Professionalität der Einrichtungen“, „Kompetenz des Personals“, „Qualität der Dienstleistungen“ sowie die Bewertung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ambivalent auf die Wertschätzung der Berufe und Einrichtungen aus. Weder Alten- noch Krankenpflege ist in den Augen der Bevölkerungsmehrheit eine „Jedermann-Tätigkeit.“ Nur 2% der Befragten mit persönlicher Erfahrung sind der Meinung, dass Alten- bzw. Krankenpflege generell von jeder Kraft, ob ausgebildet oder nicht, ausgeführt werden kann. Für die große Mehrheit sind Alten- wie Krankenpfleger/-innen eine gesellschaftlich wichtige Berufsgruppe. Ihnen wird eine hohe Wertschätzung und Kompetenzerwartung entgegengebracht. Die Einrichtungen selbst sind demgegenüber wenig angesehen: Nur 45% der Befragten sind der Auffassung, dass Krankenhäuser ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießen. Darüber hinaus vertreten nur 19% der Befragten die Meinung, Altenheime hätten ein hohes Ansehen. Dieses eher negative Urteil kann – den Ergebnissen der Umfrage entsprechend – dabei nicht durch Kompetenzdefizite des Personals erklärt werden, sondern resultiert offenbar aus arbeitsorganisatorischen Mängeln und Hemmnissen, den negativ bewerteten Arbeitsbedingungen und eben auch – aus einer Makroperspektive – aus der Unterfinanzierung dieser Dienstleistungsbereiche.

Zusammengefasst: Als zentrale Entwicklungsfelder für eine bessere Wertschätzung beider Bereiche der Pflege stellten sich arbeitsorganisatorische Innovationen und die Entwicklung neuer Geschäftsfelder und Karrierepfade heraus. Denn die arbeitsorganisa-

torischen Mängel und Probleme der Einrichtungen sowie Defizite in der Professionalität der Leistungserstellung führen zu geringer Dienstleistungsqualität und in der Folge zu einer geringen Wertschätzung der Einrichtungen. Die Wertschätzung für das Personal hingegen ist insgesamt sehr hoch.

Als vordringliche Handlungsfelder in den Organisationen und Einrichtungen können deshalb die organisatorischen Rahmenbedingungen ausgemacht werden:

1. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten für das Personal (Dürr, 2004; Conzen & Overlander, 2008),
2. der Aus- und Aufbau von Aufstiegs- und Karrierepfaden z.B. durch neue Geschäftsfelder (Ciesinger, Cohnen & Klatt, 2011),
3. die Ausdifferenzierung bzw. Optimierung einer professionellen Kommunikationskultur, z.B. durch die Verbesserung der Kompetenzkommunikation oder durch Kundenfeedback (Ciesinger & Klatt, 2010).

Davon unabhängig bleibt die Einschätzung einer breiten Mehrheit der Bevölkerung, dass für eine Verbesserung der Versorgung eine bessere Ressourcenausstattung sowohl des Altenpflegesektors als auch der Krankenversorgung dringend notwendig sind.

<sup>5</sup> Das Projekt „Berufe im Schatten – Ursachen und Rahmenbedingungen für die soziale und individuelle Wertschätzung von Dienstleistungsberufen“ (Förderkennzeichen: 01FB08018-20) wurde von 2008-2011 gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Europäische Union (Europäischer Sozialfonds).

## Literatur

- Ciesinger, K.-G. & Klatt, R. (2010). Kompetenzkommunikation – die Fähigkeit, die eigene Kompetenz in Interaktionen darzustellen. In: P. Fuchs-Frohnhofen et al. (Hrsg.), *Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“* (S. 29-31). Marburg: Tectum.
- Ciesinger, K.-G., Cohnen, H. & Klatt, R. (2011). Entwicklung neuer Dienstleistungen und Karrierepfade in der Pflege. In: K.-G. Ciesinger et al. (Hrsg.), *Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen – Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung* (S. 201-216). Münster: LIT.
- Ciesinger, K.-G., Fischbach, A., Klatt, R. & Neuendorff, H. (Hrsg.) (2011). *Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen – Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung*. Münster: LIT.
- Conzen, C., Freund, J. & Overlander, G. (Hrsg., 2008). *Pflegemanagement heute – Ökonomie, Personal, Qualität: Verantworten und organisieren*. München/Jena: Urban & Fischer.
- Drieschner, F. (2004). *Ende ohne Gnade. Die Intensivmedizin lässt Willenlose leiden. Die Altenpflege lässt Hilflose verkommen. Doch die Gesellschaft verdrängt das grausige Geschehen in Kliniken und Pflegeheimen. Sie fürchtet Krankheit mehr als den Verlust der Würde*. Zeit Online. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2004/29/Pflegenotstand?page=1> (Letzter Zugriff am 12.05.2011).
- Dürr, U. (2004). *Organisationsentwicklung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege; Empirische Untersuchung von OE-Prozessen im Modell der „gepoolten Organisationsberatung*. Marburg: Tectum.
- Fischer, U. L. (2011). Wertvoll, aber nicht geschätzt – der Altenpflegeberuf. *Neue Caritas*, 112, 8, 9-11.
- Isfort, M., Weidner, F. et al. (2010). Pflege-Thermometer 2009: Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch. *Die Schwester/Der Pfleger*, 49, 6, 530-537.
- Klatt, R. & Ciesinger, K.-G. (2010). Industrialisierung der Pflege als Wertschätzungshemmnis. In: P. Fuchs-Frohnhofen et al. (Hrsg.), *Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“* (S. 32-34). Marburg: Tectum.

## Kontakt

# Wertschätzung als Prädiktor für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus

Barbara Hinding, Selda Akca, Michael Kastner  
Technische Universität Dortmund, Institut für Psychologie

---

**Zusammenfassung:** Im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes „ProWert.- Produzentenstolz durch Wertschätzung“ gelang es, die Bedeutung von erlebter Wertschätzung auf unterschiedlichen Organisations- und Erlebensebenen für Wohlbefinden, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit Pflegenden nachzuweisen. Wertschätzung, aus einer ganzheitlichen Perspektive konzeptualisiert und definiert als ein systemebenenübergreifendes Phänomen, umfasst über direkte soziale Interaktionen hinaus die Führungs-, Arbeits- und Unternehmenskultur, in der wertschätzungsrelevante Werte, Normen und Regeln zum Tragen kommen und sich in den Haltungen und Einstellungen einzelner Akteure widerspiegeln. Dieses theoretische Konzept wurde im Rahmen einer qualitativen Vorstudie weiter ausgearbeitet und im Hinblick auf Ansatzpunkte zur Förderung von Wertschätzung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen konkretisiert. Zur Untersuchung des Zusammenhangs von Wertschätzung und Gesundheit wurde eine schriftliche Befragung Pflegenden in vier Krankenhäusern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Wertschätzung und Gesundheitsindikatoren. Je mehr Wertschätzung erfahren wird, desto ausgeprägter sind Arbeitsfähigkeit, psychische Leistungsreserven und positive Emotionen in Bezug auf Beruf und Arbeitsplatz. Als besonders einflussreich erwiesen sich dabei die Unternehmenskultur, die unmittelbaren Vorgesetzten und der engere Kollegenkreis. Wertschätzung aus diesen Quellen steigert das Wohlbefinden und fördert die Arbeitsfähigkeit. Aus diesem Grund umfassen Maßnahmen zur Förderung der Wertschätzung idealerweise die gesamte Organisation, mindestens jedoch den Bereich der Pflege. Zentrale Aufgaben sind die Sensibilisierung der Führungskräfte für Wertschätzungsfragen sowie die Entwicklung konkreter Ideen für die Umsetzung in Richtung einer wertschätzenden Organisationskultur.

**Schlüsselwörter:** Pflege, Wertschätzung, Stolz, Unternehmenskultur, Führung, Gesundheitsförderung, Dienstleistungsarbeit, Ressourcen, Belastungen, Emotion

## 1 Einführung

Wertschätzende Führung durch die direkten Vorgesetzten gilt als stark motivierend und leistungssteigernd (Sebold & Enneking, 2006). Auch für Gesundheit und Wohlbefinden können positive Konsequenzen erwartet werden, weisen doch einige der wenigen Studien zu Führungsverhalten und Gesundheit entsprechende Zusammenhänge aus (Nyberg et al., 2009; Grandey et al., 2012). Dennoch berichten z.B. nur 52% der Befragten im Rahmen der INQA-Studie „Was ist gute Arbeit“ von sozialer und fachlicher Unterstützung durch Vorgesetzte (INQA-Bericht Nr. 19, 2006). Eine Studie von von Buch und Ruf (2009) berichtet ebenfalls von fehlendem Rückhalt und fehlender Wertschätzung im arbeitsbezogenen Umgang mit Pflegekräften. Kuhnert et al. (2010) kommen in ihrer Literaturübersicht zu dem Schluss, dass „ein gelebter wertschätzender Führungsstil ... in vielen Stationen noch eher Seltenheit“ besitzt (S. 166).

Fehlende Wertschätzung und vor allem Missachtung können als Stressoren betrachtet werden, die möglicherweise erheblich zum Belastungserleben beitragen. Semmer (2008) argumentiert, dass Missachtung und Herabwürdigung durch andere eine Bedrohung des Selbstwerts auslösen können. Die Forschungsgruppe zeigt in ihrer Studie, dass mangelnde Wertschätzung zu Befindensbeeinträchtigungen (z.B. geringere Arbeitszufriedenheit) und zu Stress und emotionaler Erschöpfung führen kann. Daher liegt es nahe, einen substantiellen Beitrag wertschätzender Führung zur Gesundheitsförderung anzunehmen.



Einen Zusammenhang von Wertschätzung und Gesundheit impliziert auch das Modell der Gratifikationskrise (Siegrist, 1996), nach dem fehlende Wertschätzung eine Verletzung der Reziprozitätsnorm darstellt, die als ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung wahrgenommen wird und eine psychische Belastung bedeutet. Die Erfahrung einer derartigen „Gratifikationskrise“ kann zu negativen Emotionen wie Angst, Ärger, Enttäuschung oder Hilflosigkeit führen. Auf Dauer können daraus gesundheitliche Beeinträchtigungen resultieren, insbesondere besteht ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Siegrist, 2008).

Die Frage, ob ein subjektiv als angemessen wahrgenommenes Maß an Wertschätzung entsprechend positive Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit hat, fand bisher kaum Beachtung. Nach Antonovskys Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987) könnte Wertschätzung als Aspekt der sozialen Unterstützung den generalisierten Widerstandsressourcen zugeordnet werden, welche den Umgang mit Stressoren beeinflussen. Erlebte Wertschätzung im Arbeitsalltag würde sich dann auf dem Weg einer günstigeren Bewertung und Bewältigung beruflicher Anforderungen und Belastungen förderlich auf die Gesundheit auswirken. Gerade in Pflegeberufen, mit ihrem hohen Belastungspotential und der Neigung der Beschäftigten, sich stark für die ihnen anvertrauten Patienten zu engagieren, lässt Wertschätzung die Last der Arbeit in einem anderen Licht erscheinen. Udris (2006) ordnet die soziale Unterstützung der Handhabbarkeit der Arbeit und damit dem Kohärenzsinn zu. Wertschätzung als Ressource bietet Schutz vor Stress und möglicherweise weiteren Fehlbeanspruchungsfolgen. Nach Maslow (1968) führt Wertschätzung zu (Arbeits-)Zufriedenheit und stärkt den Selbstwert. In einem Kontext wie der Pflege und vergleichbarer Dienstleistungen, in dem Erwartungen, Leistungs- und Bewertungskriterien der verschiedenen beteiligten Akteure nicht immer übereinstimmen und oft unklar und mehrdeutig sind, gibt Wertschätzung Orientierung und Sicherheit (Rogers, 1982). Eine wertschätzende Beziehung ist bei Rogers gekennzeichnet durch Akzeptanz, Wärme, Authentizität und Empathie und fördert Selbstakzeptanz, persönliches Wachstum und psychische Gesundheit.

Im Projekt „ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung“ wurde Wertschätzung aus einer ganzheitlichen Perspektive, als ein systemebenenübergreifendes Phänomen betrachtet, das über direkte soziale Interaktio-

nen im Team und mit der Führungskraft hinaus auch die Unternehmenskultur umfasst, in der wertschätzungsrelevante Werte, Normen und Regeln zum Tragen kommen und sich in den Haltungen und Einstellungen einzelner Akteure widerspiegeln (vgl. Hinding, Spanowski & Kastner, 2010). Im Bereich der Pflege wäre hier etwa die Frage nach der Stellung des Pflegepersonals neben anderen Berufsgruppen von Bedeutung. Welche Wertschätzung erfahren Pflegende als Berufsgruppe innerhalb des jeweiligen Krankenhauses oder der Pflegeeinrichtung? Welche Regeln und Gepflogenheiten gibt es im Umgang mit den einzelnen Mitarbeitenden? Werden sie in Entscheidungen, die sie betreffen, einbezogen? Welche Rolle spielen Weiterbildung und persönliche Entwicklung, Gesundheitsförderung und Work-Life-Balance? Oder ist der Umgang eher durch Intransparenz von Entscheidungen und Rücksichtslosigkeit geprägt? Von dieser Organisationsebene wurde die Ebene der Station unterschieden. Diese stellt die alltäglich unmittelbar erfahrene Arbeitsumgebung dar. Hierzu gehören vielfältige soziale Interaktionen mit Kollegen, Patienten und der direkten Führungskraft, in denen mehr oder weniger Wertschätzung erlebt werden kann. Wertschätzung drückt sich jedoch auch in der Arbeitsgestaltung und in der materiellen Ausstattung aus. Ob die Arbeitsaufgaben der eigenen Qualifikation entsprechen und die technischen Hilfsmittel funktionsfähig und zeitgemäß sind, kann als eine Frage der Wertschätzung wahrgenommen werden. Illegitime Arbeitsaufträge werden oft als eine Herabsetzung von Beruflichkeit und Kompetenz betrachtet (Semmer, 2008). Das gleiche kann von zu geringen Handlungs- und Gestaltungsspielräumen angenommen werden. Nicht funktionierende oder veraltete Geräte könnten – da vermeidbar – von den Beschäftigten als „illegitime Stressoren“ (Semmer, 2008) betrachtet werden, da sie als unnötig empfundene Belastungen auslösen.

Die genannten Beispiele können die Vielfalt der Auslöser und Kontexte von Wertschätzungs- oder Missachtungserfahrungen nur andeuten. Im täglichen Umgang mit vielen Menschen werden oft sowohl Anerkennung, Respekt, Freundlichkeit als auch Geringschätzung, Missachtung etc. erfahren. Sie wirken aus verschiedenen Ebenen auf die Mitarbeitenden ein, wobei von Wechselwirkungen auszugehen ist. Ein geringes Ansehen des Berufs in der Gesellschaft kann vom Einzelnen möglicherweise durch die Wertschätzung, die auf der Station, innerhalb des Teams oder durch die Patienten erlebt wird,

kompensiert werden. Fehlende Wertschätzung auf mehreren Ebenen könnte kumulativ zu Unzufriedenheit, reduziertem Selbstwert und erhöhter Belastung führen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Projekt „ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung“ der Frage nachgegangen, welchen Einfluss Wertschätzung im Arbeitskontext auf das emotionale Befinden, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden hat. Im Rahmen einer qualitativen Vorstudie wurden Wertschätzungsphänomene auf den unterschiedlichen Systemebenen beleuchtet und den beschriebenen Ebenen unterschiedliche Quellen und Erscheinungsformen von Wertschätzung zugeordnet. Im Ergebnis zeigen sich jeweils unterschiedliche – aber auch gemeinsame – Stärken und „Problemzonen“, die für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen von Bedeutung sind. Diese Befunde wurden mittels einer quantitativen Mitarbeiterbefragung vertieft. Ein weiteres Ziel war die Überprüfung der Zusammenhangshypothese zu Wertschätzung und Gesundheit. Im Folgenden werden diese Ergebnisse mit dem Schwerpunkt auf Unternehmenskultur und Führung vorgestellt.

## 2 Vorstudie: Wertschätzungs- und Entwertungserfahrungen in der Pflege

Um einen Eindruck davon zu bekommen, ob es im Bereich der Pflege charakteristische, organisationsübergreifende Wertschätzungs- und Entwertungserfahrungen auf den beschriebenen Systemebenen gibt, wurden im Rahmen einer Vorstudie 49 problemzentrierte Interviews mit Pflegekräften in vier Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft, Größe und Fachrichtung in Nordrhein-Westfalen geführt. Gefragt wurde nach emotionalen Aspekten der Arbeit (Arbeiten Sie hier gerne? Was an Ihrer Arbeit macht Ihnen Freude? Sind Sie stolz auf Ihre Arbeit/Ihren Beruf?), den Arbeitsbedingungen und der erfahrenen Wertschätzung in den Beziehungen zu den direkten Vorgesetzten, Kollegen und Patienten sowie im Krankenhaus im Allgemeinen und nach dem Ansehen des Berufs in der Öffentlichkeit. Befragt wurden examinierte Pflegekräfte mit und ohne Zusatzqualifikationen, Stationsleitungen, Pflegehelfer/innen und Auszubildende. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Geführt wurden die Interviews einzeln und an mehreren Terminen in den Einrichtungen.

Die Ergebnisse belegen, dass Wertschätzungs- und Entwertungsprozesse auf verschiedenen Systemebenen stattfinden und sich über kommunikative Verhaltensweisen hinaus auf Einstellungen und Haltungen sozialer Vermittlungsquellen wie die Kolleginnen und Kollegen im Team sowie die Patienten und ihre Angehörigen beziehen, besonders aber auf Stationsleitungen als direkte Vorgesetzte, die Ärzteschaft und die Geschäftsführung bzw. das gesamte Krankenhaus, wodurch Wertschätzung zu einem Thema der Organisationskultur wird. In den meisten Interviews waren die spontan genannten Quellen von Wertschätzung die Patienten und die direkte Vorgesetzte sowie die Ärzte. Gute Beziehungen, Vertrauen und Rückmeldungen über eigene Leistungen und Erfolge sind hier besonders wichtig. Gerade mit Blick auf die Kultur wurde auf zum Teil erhebliche Differenzen zwischen erwünschter und tatsächlich erfahrener Wertschätzung hingewiesen. Inhaltlich bestehen die gewünschten Werte und Kulturprinzipien in

- Vertrauen bzw. gute soziale Beziehungen: Idealerweise herrschen in der gesamten Organisation vertrauensvolle und wertschätzende Beziehungen. Vorgesetzte bemühen sich darum und setzen sich bei anderen Berufsgruppen, der Geschäftsleitung und in der Öffentlichkeit für die Pflege ein.
- Sinn: Die Befragten sehen den Sinn ihrer Tätigkeit in der professionellen Unterstützung und Begleitung von Menschen in schwieriger Lage und Not. Personalabbau und Arbeitsverdichtung haben dazu geführt, dass viele den Eindruck haben, dies aufgrund des hohen Zeitdrucks nicht mehr in ausreichender Qualität leisten zu können. Dadurch sehen viele Pflegenden ihr berufliches Selbstverständnis und Können entwertet und den Sinn ihrer Arbeit in Frage gestellt.
- Gleichwertigkeit zu anderen Berufsgruppen: Besonders die Schnittstelle zu den Ärzten bietet viel Konfliktstoff. Weder gibt es Einigkeit über das Berufsverständnis der Pflege – Pflege möchte nicht als das „ausführende Organ“ der Ärzte angesehen werden – noch über konkrete Zuständigkeiten, da es oft an einer klaren Abgrenzung der Aufgaben von Ärzten und Pflege mangelt.
- Partizipation: Die Pflege soll an Planungen und Entscheidungen, die sie betreffen, beteiligt werden. Entscheidungen, bei denen die Betroffenen vor vollendete

Tatsachen gestellt werden, gelten genauso als Entwertung wie das Ignorieren von Verbesserungsvorschlägen.

- Zukunftsperspektive: Weiterbildung und persönliche Entwicklung sind zentrale Anliegen vieler Pflegenden, denn die Sorge um die berufliche Zukunft ist verbreitet. Dennoch sehen nur wenige eine Möglichkeit, rechtzeitig Qualifikationen für alternative Tätigkeitsfelder zu erwerben.
- Gesundheit: Die hohe Arbeitsbelastung führt häufig zu Fehlbeanspruchungen wie Stress und Erschöpfung. Viele fühlen sich bis an ihre Grenzen belastet. Überstunden und Einspringen für andere, die krank geworden sind, gefährden nicht nur die physische und psychische Gesundheit, sondern auch das Familienleben und die privaten Beziehungen. Dabei herrscht der Eindruck vor, dass Pflegeleitung und Geschäftsführung das Befinden der Mitarbeitenden nicht kümmert: „Man geht auf dem Zahnfleisch und keinen interessiert es“. Dieses mangelnde Interesse an der Gesundheit der Mitarbeitenden wird als Entwertung begriffen, da das Management aus Sicht der Pflegenden Möglichkeiten hat, den Stress zu reduzieren.

Die organisationalen Gegebenheiten und die gelebte Kultur weichen stark vom gewünschten Ideal ab. Für die Einzelnen ist dies oft von immenser Bedeutung und mit intensiven negativen Emotionen verbunden. Neben Geschäftsführung und Pflegeleitung sehen sie ihre direkten Vorgesetzten, die Stationsleitungen, in der Verantwortung. Sie stehen zwischen Geschäftsleitung, Unternehmenskultur und den Beschäftigten an der Basis und sind Übermittler und Gestalter von Unternehmenskultur zugleich. Ihre Position umfasst meist eine Vielzahl an Aufgaben, die mit vielen horizontalen und vertikalen Kontakten innerhalb der Organisation verbunden sind. So sind sie z.B. zuständig für die Disposition des Personaleinsatzes, die Personalentwicklung im Sinne der Mitarbeiterbeurteilung, der Förderung und Organisation von Fort- und Weiterbildung und die Einführung neuer Mitarbeitender, für die Stationsorganisation (Arbeits- und Tagesablauf, Pflegemethoden, Änderungsvorschläge), für die Arbeitssicherheit, die Zusammenarbeit auf der Station und mit anderen Berufsgruppen und Abteilungen. Außerdem nehmen sie verschiedene Kontrollfunktionen wahr (Aufgabenerfüllung, Dienstzeiten, Pflegequalität, Berichtspflicht gegenüber Pflegeleitung u.a.) und leiten

„ihre“ Mitarbeitenden auch fachlich an. Dadurch nehmen sie eine zentrale Position zwischen Pflegenden und Management ein, eine Schlüsselposition in der Gestaltung der Unternehmenskultur und in der Realisierung von Wertschätzung.

Für die Pflegekräfte sind die Stationsleitungen die unmittelbaren Führungskräfte. Ihr Urteil und ihre Wertschätzung sind subjektiv meist von großer Wichtigkeit. In den Interviews kristallisierten sich ihre Leistungsrückmeldungen und ihre wertschätzende Kommunikation, vor allem auch bei Kritik und Fehlern als besonders bedeutsam heraus. Beklagt wurde sowohl der Mangel an „Rückkopplung“ als auch der häufig wenig konstruktive Umgang mit Beschwerden, Pannen und Fehlern. Transparenz bei der Aufgabenverteilung, Offenheit gegenüber Verbesserungsvorschlägen, Unterstützung und Rückhalt sowie das Eintreten für die Interessen der Pflegenden bei der Pflegeleitung und der Geschäftsführung wurden als weitere zentrale Punkte genannt. Darüber hinaus wird die Stationsleitung immer wieder als verantwortlich für die Stimmung im Team betrachtet, besonders dann, wenn diese gerade weniger gut ist. So kann es als Ausdruck von Wertschätzung wahrgenommen werden, wenn die Stationsleitung sich um Maßnahmen zur Teamentwicklung und zur Verbesserung der Arbeitsatmosphäre bemüht.

Insgesamt machen die Ergebnisse deutlich, dass Wertschätzung nicht auf eine Frage der Kommunikation reduziert werden kann. Was als Wertschätzung wahrgenommen wird, ist eine innere Haltung oder Einstellung gegenüber den einzelnen Personen und Personengruppen (übriges Team, Pflegenden im Allgemeinen etc.). Wertschätzung kennzeichnet soziale Beziehungen und wird aus dem Kontext gedeutet. Daher macht es wenig Sinn, davon auszugehen, dass etwa ein Lob immer für Wertschätzung steht oder als solche verstanden wird. Dennoch wurden in den Interviews zahlreiche Verhaltensweisen oder „Indikatoren“ benannt. Wesentlich für den Eindruck von Wertschätzung durch die Stationsleitung scheinen die Anerkennung von Kompetenz und Leistung in Form von Feedback, angemessenem Entscheidungsspielraum und Mitsprachemöglichkeiten, die Wahrnehmung der Individualität und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Interessen, z.B. bei Aufgabenverteilung und Dienstplangestaltung sowie der Wert, der auf gute persönliche Beziehungen gelegt wird.

### 3 Quantitative Befragung

Das qualitative Material enthält nur wenige Hinweise auf systematische Beziehungen zwischen Wertschätzung und Gesundheit. Zwar wurde immer wieder betont, dass Wertschätzung Motivation und Zufriedenheit steigere und die Bedeutung der Wertschätzung im Team als besonders unterstützend in Belastungssituationen hervorgehoben, aber diese Auskünfte bleiben exemplarisch. Schlussfolgerungen auf Zusammenhänge mit Leistungsfähigkeit und Gesundheit sind nicht möglich. Um dieser Frage nach der Gesundheitsrelevanz von Wertschätzung vertiefend nachzugehen wurde eine weitere Studie durchgeführt, mit dem Ziel diese Hypothese zu prüfen. Zugleich wurde untersucht, ob unterschiedliche Quellen und Dimensionen von Wertschätzung auch in unterschiedlicher Weise zu Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden beitragen.

#### 3.1 Vorgehen und Methoden

Zur Prüfung dieser Hypothesen und Überlegungen wurde eine schriftliche Befragung des Pflegepersonals in kooperierenden Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dazu gehörten die vier Krankenhäuser, in denen auch die qualitative Studie stattfand. Hinzu kamen drei Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege. Der vorliegende Beitrag fokussiert jedoch allein auf die Krankenhäuser und die dort tätigen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen.

#### *Durchführung der Befragung*

In allen untersuchten Einrichtungen wurden die Beschäftigten in der Pflege eingeladen, im Rahmen des Projekts ProWert als Teil einer Organisationsentwicklungsmaßnahme an einer Studie zu den Arbeitsbedingungen und der Wertschätzung bei der Arbeit teilzunehmen. In den Krankenhäusern wurde die Organisation der Befragung durch internes Personal geleistet. Angesprochen wurden ca. 1.130 Pflegenden, 321 auswertbare Fragebögen kamen zurück, was einer Rücklaufquote von 28,41% entspricht.

Da der Fokus auf der Pfl egetätigkeit selbst liegen sollte, wurde die Stichprobe um alle diejenigen Teilnehmenden bereinigt, die nicht in direktem Patientenkontakt stehen (z.B. Pflegedienstleitung) und vor allem um die wesentlich größere Anzahl derer, die kei-

ne oder keine schlüssige Auskunft über ihre Position und ihre Aufgaben gegeben haben.

Die verbleibende Teilstichprobe besteht aus 249 Personen. Davon sind 20 Stationsleitungen und 49 Auszubildende. Die übrigen bilden die Mehrheit der „normalen“ Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen. 190 sind weiblich und 59 sind männlich. Der Altersrange reicht von 18 bis 60 Jahren, der Mittelwert liegt bei 38 Jahren. Allerdings hat die Verteilung zwei Gipfel, einen um Mitte 20 und einen um Ende 40. Die Altersgruppe von Mitte 30 bis Anfang 40 ist nur gering vertreten.

#### *Das Erhebungsinstrument zur Wertschätzung in der Pflege*

Erfasst wurde das Wertschätzungserleben der befragten Pflegekräfte auf

1. der Organisationsebene als
  - Wertschätzende Kultur,
  - Entwertende Kultur,
  - Berücksichtigung individueller Voraussetzungen/Belange,
2. der Stationsebene als Wertschätzung durch
  - die direkte Führungskraft,
  - die Kollegen bzw. das Team sowie
3. der Ebene der Kundenbeziehungen durch
  - die Patienten.

Hierzu wurden auf Grundlage des theoretischen Vorverständnisses und der qualitativen Ergebnisse Fragebogenitems formuliert, die anschließend faktorenanalytisch validiert und zu inhaltlich konsistenten Skalen zusammengefasst wurden. In Tab. 1 sind die verschiedenen Ebenen von Wertschätzung mit Skalenbeschreibungen und Beispielitems dargestellt. Erfasst wurde der Grad erfahrener Wertschätzung auf einer fünfstufigen Rating-Skala von 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft völlig zu. Zur Erfassung der Wertschätzung durch Patienten wurde eine Skala von Jacobshagen und Semmer (Jacobshagen, 2010), welche die Wertschätzung durch Kunden in Dienstleistungsbeziehungen erfasst, an die Patientenbeziehungen von Pflegenden adaptiert. Diese Skala hat eine andere, 7-stufige Skalierung mit den Polen 1 = trifft nicht zu und 7 = trifft völlig zu. Tab. 2 zeigt die Mittelwerte, Streuungen und Cronbach's Alpha-Wert als Reliabilitätsmaß. Es konnten für alle faktorenanalytisch ermittelten Skalen sehr gute Werte für die interne Konsistenz nachgewie-



Systemebene	Wertschätzungsquellen	Skalenbeschreibung	Beispielitems
<b>Organisation</b>	Wertschätzungskultur	Wertschätzung/ Entwertung als Kulturphänomene im Krankenhaus	In unserer Einrichtung ... wird die Arbeit des Pflegepersonals als wichtiger Beitrag zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis betrachtet. werden die Pflegenden an der Planung von Veränderungen ... direkt beteiligt. werden die Pflegekräfte übermäßig kontrolliert und bevormundet. kommt man als Pflegekräfte weit hinter den Ärzten.
	Entwertungskultur		
	Wertschätzung durch Berücksichtigung individueller Belange	Berücksichtigung individ. leistungs- bezogener Vor- aussetzungen	Gesundheitliche Einschränkungen von MitarbeiterInnen werden bei der Ge- staltung von Arbeitsabläufen beachtet. Hier erhalten auch ältere MitarbeiterIn- nen Wertschätzung.
<b>Station/Team</b>	Wertschätzung durch Vorgesetzte	Wertschätzende Einstellungen und Verhaltensweisen Vorgesetzter	Mein Vorgesetzter gibt mir Freiräume für autonomes Arbeiten. Mein Vorgesetzter behandelt mich respektvoll.
	Wertschätzung durch das Team	Wertschätzende Interaktionen mit TeamkollegInnen	Meine Leistungen werden von meinem Team anerkannt. Ich werde von meinen KollegInnen fair und gerecht behandelt.
<b>Dienstleistungs- empfänger</b>	Wertschätzung durch Patienten	Wertschätzende Haltung von und Interaktion mit PatientInnen	Ich habe viele PatientInnen, die sich am Liebsten von mir pflegen lassen. Ich bekomme Komplimente von mei- nen PatientInnen für meine Arbeit.

Tab. 1:  
Diagnose von  
Wertschätzung auf  
unterschiedlichen  
Systemebenen

sen werden, d.h. die Skalen sind homogen und reliabel.

*Erfassung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit*

Gesundheit und Leistungsfähigkeit wurden mit einzelnen Skalen aus dem Work-Ability-Index (Tuomi et al., 2001) erfasst. Dabei handelt es sich um die selbst eingeschätzte derzeitige Arbeitsfähigkeit (Item: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“) und die selbst eingeschätzte zukünftige Arbeitsfähigkeit (Item: „Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?“) sowie die psychischen Leistungsreserven. Die psychischen Leistungsreserven wurden als positive Aktiviertheit (Item „Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?“), Freude bei der Aufgabenerledigung (Item „Haben

Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?“) und „Zukunftszuversicht“ („Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?“) als das gegenwärtige Vertrauen in eine günstige berufliche Entwicklung erfasst. Dadurch und besonders mit der Variable „Freude bei der Aufgabenerledigung“ wurde auch eine emotionale Facette einbezogen, die sich im Unterschied zu den übrigen Emotionsskalen in der ProWert-Studie auf die Arbeitsaufgaben selbst bezieht.

In die Variable „positive Emotionen“ gingen die Empfindung „glücklich“, „zufrieden“, „stolz“ in Bezug auf den Beruf selbst, die Einrichtung, in der man arbeitet, und die Station ein („wenn ich an meinen Beruf denke, bin ich“ ... „glücklich“ etc.). Die Antwortvorgabe war fünfstufig und verbalisiert mit „gar nicht“, „wenig“, „mittel“, „ziemlich“ und „sehr“. Die neun Items bilden eine Skala mit einem Reliabilitätswert von Cronbach’s Alpha = .92 und Trennschärfen von .68 bis .74, welche die Intensität der arbeits- und berufsbezogenen positiven Emotionen erfasst.

Tab. 2:  
Wertschätzungserleben  
von Krankenpflegekräften  
auf den verschiedenen  
Ebenen

Systemebene	Wertschätzungsskala/ -quelle	n	AM	SD	Item- anzahl	C. Alpha
Organisation	Wertschätzende Unternehmenskultur	239	3,10	0,73	8	.862
	Entwertende Unternehmenskultur	242	2,86	0,73	7	.818
	Wertschätzung durch Berücksichtigung individueller Belange	235	3,44	0,79	4	.774
Station/Team	Wertschätzung durch Vorgesetzte	240	3,68	0,81	9	.929
	Wertschätzung durch das Team	241	3,78	0,64	10	.889
Dienstleistungs- empfänger	Wertschätzung durch Patienten	227	4,29	1,25	4	.840

n = Stichprobengröße; AM = Arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung; C. Alpha = Reliabilitätsmaß Cronbach's Alpha

### 3.2 Ergebnisse

#### Deskriptive Befunde zu Wertschätzung, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit

Die Ausprägung der wahrgenommenen *Wertschätzung* differiert erwartungsgemäß zwischen den Systemebenen und Vermittlungsquellen (vgl. Tab. 2). Je näher der Bezugsrahmen ist, desto mehr Wertschätzung wird erfahren. Pflegende erleben auf der Organisationsebene vergleichsweise wenig Wertschätzung, dafür aber umso mehr Entwertung. Sie nehmen die Stellung der Pflegenden innerhalb des Krankenhauses als nachgeordnet wahr, fühlen sich bevormundet und an Entscheidungen zu wenig beteiligt und sind der Meinung, ihr Beitrag zur Wertschöpfung werde nicht ausreichend beachtet. Die meiste Wertschätzung erfahren Pflegende im Kollegenkreis und durch ihre direkten Vorgesetzten, die Stationsleitungen. Doch auch hier zeigen die Mittelwerte, die bezogen auf die verbalisierten Antwortvorgaben zwischen „teils-teils“ und „trifft zu“ zu verorten sind, dass die Wertschätzung nicht als uneingeschränkt gegeben empfunden wird. Im Hinblick auf die Patienten muss der Mittelwert anhand der 7-stufigen Skala interpretiert werden. Ein Wert von 4 entspricht hier der Skalenmitte, also einer „Teils-teils“-

oder „Weder-noch“-Antwort. Wertschätzung durch Patienten erscheint so pauschalisiert als neutral. In der qualitativen Studie schilderten die Betroffenen dies als ein „Sowohl-als-auch“. Patienten geben manchmal sehr viel Wertschätzung, andere hingegen eher Missachtung und Entwertung geleisteter Arbeit.

Die Frage nach der derzeitigen im Vergleich zur besten je erreichten *Arbeitsfähigkeit* wurde im Mittel mit 8,0 Punkten beantwortet, wobei das arithmetische Mittel, Modus und Median zusammenfallen. Die Standardabweichung beträgt 1,65. Tab. 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Antworten. 17% sehen sich zur Zeit der Befragung bei ihrer besten Arbeitsfähigkeit (10 Punkte), knapp 25% gaben sich 9 Punkte und 33,2% 8 Punkte. Am unteren Ende der Skala – Richtung arbeitsunfähig – befinden sich nur 4,4% (11 Personen). Das ist insofern erstaunlich, als dass Menschen, die sich offenbar krank fühlen, zum Zeitpunkt der Befragung an ihrem Arbeitsplatz angetroffen wurden.

Die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren ist dreistufig skaliert mit „ziemlich sicher“, „nicht sicher“ und „unwahrscheinlich“. 84,7% sind sich ziemlich sicher, dass sie ihre derzeitige Tätigkeit auch noch in zwei Jahren ausüben können. 13,3% sind sich nicht sicher und 2% halten dies

Tab. 3:  
Derzeitige  
Arbeitsfähigkeit

1 völlig arbeitsunfähig	2	3	4	5	6	7	8	9	10 derzeit die beste Arbeitsfähigkeit
0,41	0,4	1,6	2,0	5,3	2,8	12,4	33,2	24,7	17,0

<sup>1</sup> Angaben in Prozent, n = 247

Psychische Leistungsreserven	n	AM	SD	% 0 u. 1	% 2	% 3 u. 4
(1) Freude Aufgabenerledigung	248	2,91	0,93	8,6	19,7	71,7
(2) Aktiviertheit	249	2,89	0,85	7,0	19,9	73,1
(3) Zukunftszuversicht	248	2,65	0,97	12,9	25,6	61,6
(4) Positive Emotionen	242	3,49	0,79	–	–	–

Tab. 4: Mittelwerte, Standardabweichung und Häufigkeit der psychischen Leistungsreserven

AM = Arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung  
 Antwortformat (1) – (3): 0 = niemals; 1 eher selten; 2 manchmal; 3 eher häufig; 4 häufig/immer/ständig  
 Antwortformat (4): 1 = gar nicht – 5 = sehr.

für unwahrscheinlich (n = 249). Fast jede/r sechste hat also schon an der kurzfristigen Entwicklung seiner Arbeitsfähigkeit zumindest Zweifel.

Bezüglich der drei Items zu den psychischen Leistungsreserven bewegen sich die Mittelwerte oberhalb der Skalenmitte (Tab. 4). Das bedeutet, dass Freude bei der Aufgabenerledigung, Aktiviertheit und Zukunftszuversicht in letzter Zeit „eher häufig“ aufgetreten, jedoch nicht immer gleichermaßen gegeben sind. Sie schwanken subjektiv, wobei die Anzahl der „niemals“- „eher selten“- und „manchmal“-Antworten darauf schließen lässt, dass die Abwesenheit von Freude, Aktivierung und Zuversicht bei so mancher Pflegekraft die Regel und ihre Anwesenheit eher die Ausnahme ist.

Auch die arbeitsbezogenen positiven Emotionen sind eher gering ausgeprägt. Die Skala weist einen Mittelwert von 3,49 bei einer Standardabweichung von 0,79 (n = 242) auf. Die positiven Emotionen sind demnach eher „mittel“ als „ziemlich“ intensiv.

### 3.3 Der Zusammenhang von Wertschätzung mit Arbeitsfähigkeit und psychischen Leistungsreserven

Der Zusammenhang der einzelnen Quellen und Facetten von Wertschätzung mit Arbeitsfähigkeit und psychischen Leistungsreserven wurde zunächst durch bivariate Korrelationen bestimmt.

Die Bedeutung der im Rahmen der Organisationskultur erlebten Wertschätzung im Hinblick auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit zeigen die Korrelationskoeffizienten in Tab. 5. Eine wertschätzende Organisationskultur sowie die Wertschätzung Pflegenden durch Berücksichtigung individueller Belange (z.B. gesundheitliche Einschränkungen, Ältere etc.) stehen hoch signifikant mit allen leistungs- und gesundheitsbezogenen Variablen in einem positiven Zusammenhang. Besonders stark sind die Effekte hinsichtlich der zukünftigen Arbeitsfähigkeit (r = .38), der Freude bei der Aufgabenerledigung (r = .42), der Zukunftszuversicht (r = .40) und ganz besonders hinsichtlich der positiven Arbeitsemotionen (r = .59). Entsprechend hängt eine

Gesundheits- und leistungsbezogene Indikatoren	Wertschätzende Unternehmenskultur		Entwertung der Pflege		Wertschätzung durch Berücksichtigung indiv. Belange		Wertschätzung durch Vorgesetzte		Wertschätzung durch das Team		Wertschätzung durch Patienten	
	r	n	r	n	r	n	r	n	r	n	r	n
derzeitige Arbeitsfähigkeit	.29**	237	-.29**	241	.29**	233	.22**	239	.17**	239	.23**	226
zukünftige Arbeitsfähigkeit	.25**	239	-.16*	242	.38**	235	.21**	241	.29**	241	.07 n.s.	227
Aufgabenerledigung	.42**	238	-.39**	241	.32**	234	.36**	239	.32**	241	.27**	226
Aktivität	.23**	239	-.19**	242	.11 n.s.	235	.13*	241	.08	241	.17**	227
Zukunftszuversicht	.40**	238	-.34**	241	.36**	234	.27**	239	.23**	241	.19**	227
positive Arbeitsempfindungen	.59**	232	-.50**	235	.42**	229	.46**	233	.37**	235	.30**	222

Tab. 5: Bivariate Korrelation zwischen Wertschätzungskultur und gesundheits- und leistungsrelevanten Variablen

\*\* p < 0,01; \* p < 0,05; n.s. = p > 0,05

Tab. 6:  
Korrelation zwischen den  
Wertschätzungsebenen

	Wertschätzende Unternehmenskultur		Entwertung der Pflege		WS durch Rücksicht auf indiv. Belange		WS durch Vorgesetzte		WS durch Team	
Entwertung der Pflege	-.82**	234	1							
WS durch Rücksicht auf ind. Belange	.56**	226	-.49**	228	1					
WS durch Vorgesetzte	.58**	199	-.39**	201	.55**	192	1			
WS durch Team	.39**	205	-.28**	206	.57**	199	.60**	199	1	
WS durch Patienten	.30**	219	-.25**	221	.26**	216	.14 n.s.	191	.10 n.s.	193

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; n.s. =  $p > 0,05$

Entwertungskultur, in der Stärken, Schwächen und Interessen Einzelner missachtet werden, Pflegende als ärztliches Hilfspersonal betrachtet und ihre Leistungen zur Wertschöpfung nicht (an)erkannt werden, negativ mit subjektiver Arbeitsfähigkeit zusammen.

Die hier beschriebenen Zusammenhänge zwischen kulturspezifischen Wertschätzungsphänomenen mit Gesundheits- und Leistungsindikatoren zeigen sich auch bezüglich der Wertschätzungsprozesse in sozialen Interaktionen im direkten Arbeitsumfeld. Insbesondere die Wertschätzung durch Vorgesetzte zeigt deutliche Zusammenhänge mit der Freude bei der Aufgabenerledigung und den positiven Arbeitsemotionen.

Die Interkorrelationen zwischen den Wertschätzungsquellen geben Auskunft über ihr Zusammenwirken. Tab. 6 zeigt das Ergebnis.

Zunächst fällt der besonders hohe negative Zusammenhang zwischen wertschätzender Unternehmenskultur und der Entwertung der Pflege auf. Je geringer die Position und das Ansehen der Pflege in einem Haus sind, desto geringer ist auch die wahrgenommene Wertschätzung, die sich in anderen Kulturaspekten ausdrückt. Dieser Effekt zeigt sich auch in weiteren Zusammenhängen – der Wertschätzung durch Rücksicht auf individuelle Belange, der Wertschätzung durch Vorgesetzte (die ja auch Kulturvermittler sind), der Wertschätzung im Team und sogar der Wertschätzung durch die Patienten. Eine wertschätzende Unternehmenskultur hängt dagegen durchweg positiv mit den übrigen Wertschätzungskategorien und -quellen zusammen. Ebenfalls interessant ist die hohe Korrelation zwischen der Wertschätzung durch Vorgesetzte und der Wertschätzung im Team. Die Stationsleitungen sind nicht nur Repräsentanten der Organisation und des Managements, sondern zugleich Teil des Teams ihrer Station (oder Abteilung).

Dadurch kommt ihnen eine Schlüsselposition und Doppelrolle in der Vermittlung von Wertschätzung zu.

Nun lassen Einzelkorrelationen keine Rückschlüsse auf die relative Bedeutung dieser Wertschätzungsquellen untereinander und deren Zusammenwirken zu. Aus diesem Grund wurde zusätzlich die multiple Regression zur Vorhersage der Gesundheitsindikatoren eingesetzt. Wegen der teilweise hohen Interkorrelationen wurden die Kulturvariablen zur Durchführung der Regressionsanalyse zu einer Variablen „wertschätzende Unternehmenskultur“ zusammengefasst (Cronbach's Alpha = .94, 17 Items). Die Variable „wertschätzende Führung“ wurde nicht in die Untersuchung einbezogen, da sie durch ihre hohen Zusammenhänge überwiegend redundante Informationen beisteuert.

Die einzelnen Indikatoren der Arbeitsbewältigungsfähigkeit wurden zu einem Summenwert zusammengefasst (Cronbach's Alpha = .75, 5 Items).

Die multiple Korrelation mit den drei Prädiktoren wertschätzende Unternehmenskultur, Wertschätzung durch das Team und Wertschätzung durch Patienten beträgt  $r = .47$  und ist sehr signifikant. Die Beta-Gewichte weisen die wertschätzende Unternehmenskultur mit einem sehr signifikanten Wert von  $b = .33$  als stärksten Prädiktor aus. Die Wertschätzung durch das Team zeigt mit  $b = .17$  einen deutlich schwächeren Effekt ( $p = .02$ ), und der Beitrag der Wertschätzung durch Patienten ist mit  $b = .13$  nicht signifikant.

Damit weisen auch die quantitativen Ergebnisse auf die enorme Bedeutung der Unternehmenskultur für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit und Gesundheit hin. Eine Kultur, in der Wertschätzung und Vertrauen, Partizipation, Autonomie, individuelle Förderung und Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse etc. gelebt werden, steht auch



in Zusammenhang mit positiven Arbeitsemotionen, die ihrerseits mit positiven Konsequenzen für die Gesundheit verbunden sind. Ebenfalls deutlich wurde die herausgehobene Stellung der Stationsleitungen im Hinblick auf Wertschätzung und damit auch auf Gesundheitsförderung. Ihr mehr oder weniger wertschätzendes Verhalten gegenüber den Mitarbeitenden hat Einfluss auf das soziale Klima auf der Station bzw. im Team. Dabei setzt ihnen die Unternehmenskultur zwar Grenzen, jedoch haben sie in vielen Fällen die Möglichkeit mit innovativem Verhalten auf einen Arbeitsalltag mit mehr Wertschätzung zuzusteuern.

Ergebnisse aus der qualitativen ProWert-Studie haben bereits gezeigt, dass der wertschätzende Umgang innerhalb des Teams eine wichtige Ressource der Pflegearbeit darstellt und besonders im Hinblick auf die Bewältigung arbeitsbedingter Belastungen von großer Bedeutung ist. Auch dies wurde durch die quantitativen Befunde dahingehend bestätigt, dass die Wertschätzung innerhalb des Teams Einfluss auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit nimmt.

#### 4 Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse der Befragungen des Pflegepersonals in vier Krankenhäusern zur wahrgenommenen Wertschätzung in der Einrichtung und zum Zusammenhang von Wertschätzung mit Leistungsfähigkeit und Gesundheit zeigen einen dringenden Handlungsbedarf und geben Hinweise auf Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation.

Insgesamt bleibt die gewünschte Wertschätzung hinter der tatsächlich erlebten zurück. Dies ist besonders im Hinblick auf die Unternehmenskultur der Fall, wo sich Pflegenden als Berufsgruppe zurückgesetzt und entwertet fühlen. Dabei gibt es deutliche Zusammenhänge zwischen dieser Form der Entwertung und den Wertschätzungserfahrungen auf den anderen Ebenen. Je größer die wahrgenommene Entwertung, desto geringer ist die wahrgenommene Wertschätzung auf der Organisationsebene und desto geringer ist auch die Wertschätzung in der Abteilung und durch die direkten Vorgesetzten und die Kolleginnen und Kollegen im Team. Selbst die Wertschätzung durch Patienten ist davon betroffen: Wird insgesamt wenig Wertschätzung wahrgenommen, ist auch die Wertschätzung durch die Patienten geringer. Dies stützt die Annahme einer organisationsumfassenden Wirkungskette, in

der die Patienten z.B. auf die allgegenwärtige Geringschätzung des Pflegepersonals oder auch auf dessen belastungsbedingt eingeschränkte Aufmerksamkeit entsprechend reagieren. Diese Ergebnisse lassen Entwertungsprozesse vermuten, die einen Kreislauf negativer Einstellungen und Emotionen zur Folge haben, der die gesamte Wertschöpfungskette von der Geschäftsleitung bis zu den Patienten umfasst und Auswirkungen auf das Verhalten aller Beteiligten hat. Die weiteren Konsequenzen liegen auf der Hand: Belastung und Stress nehmen zu, Arbeitsmotivation, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden nehmen ab, der Krankenstand steigt, die Patienten sind unzufrieden, der Ruf der Einrichtung leidet usw.

Umgekehrt zeigen die Ergebnisse, dass Wertschätzung diesen Entwertungsprozessen entgegenwirken kann. Eine wertschätzende Unternehmenskultur, die stark durch den Respekt vor den einzelnen Mitarbeitenden und ihren individuellen Zielen und Entwicklungsmöglichkeiten gekennzeichnet ist, hängt negativ mit der Entwertung der Pflege zusammen und positiv mit der Wertschätzung durch Vorgesetzte, das Team und durch Patienten. In einem derartigen System herrschen Freude bei der Arbeit, Wohlbefinden und Gesundheit vor.

Wie insbesondere auch die qualitative Vorstudie gezeigt hat, ist der Arbeitsalltag sowohl durch wertschätzende als auch durch entwertende Interaktionen und Erlebnisse gekennzeichnet. Ein System, das völlig von Entwertungsprozessen dominiert wäre, würde wahrscheinlich nicht lange überleben. Dass Wertschätzung hier neutralisierend wirken und Entwertung kompensieren kann, wird beispielsweise in den Schilderungen zur Bedeutung der Wertschätzung im Team und durch die Stationsleitung deutlich. Die Entwertung aus anderen Quellen ist leichter zu ertragen, wenn wenigstens von dieser Seite Wertschätzung und damit Bestätigung kommen. Die Pflegenden schaffen sich dadurch emotional stabilisierende „Inseln“ in ihrem Arbeitsalltag, die es im Interesse ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten gilt.

Um vorhandene Wertschätzungsprozesse zu stärken und neue in Gang zu bringen, wurden Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Wertschätzung für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entwickelt. Es besteht aus zwei Modulen, von denen eines die Unternehmenskultur in den Fokus rückt und das andere die Kompetenzentwicklung der Stationsleitungen.

Das Interventionsmodul 1 „Wertschätzende Organisationskultur – mehr Wertschätzung für die Pflege“ zielt auf eine klinikspezifische Strategieentwicklung zur Implementierung und Gestaltung einer nachhaltigen Wertschätzungskultur im Krankenhaus. Es richtet sich an obere Führungskräfte und Pflegeleitungen sowie Stationsleitungen und interessierte Pflegekräfte, um Betroffene aktiv an der Gestaltung ihres Arbeitsumfeldes zu beteiligen. Ergebnis dieses Workshops ist ein unter Moderation erarbeiteter Aktionsplan, der konkrete Schritte und Maßnahmen zur Förderung von Wertschätzung und Reduktion von Entwertung enthält.

Modul 2 „Wertschätzende Führung im Stationsalltag“ wendet sich an Stationsleitungen. Hier werden die Führungskräfte zu Fragen der Wertschätzung auf Station geschult. Neben der Sensibilisierung für das Thema ist das Ziel die Reflexion des eigenen Führungsverhaltens und die systematische Erarbeitung konkreter Handlungsalternativen zur Vermittlung von Wertschätzung an die Mitarbeitenden und zur Förderung von Wertschätzungsprozessen im Team. Konkret wurden im Rahmen des Interventionsworkshops „wertschätzende Haltung und Kommunikation“, „Facetten wertschätzender Mitarbeiterführung“ und „Berücksichtigung individueller Kompetenzen und Voraussetzungen“ praktisch trainiert und Formen der nachhaltigen Umsetzung und Implementierung in den Stationsalltag diskutiert.

Dieses zweimodulare Konzept wurde bisher in vollem Umfang in einer somatischen Klinik mit geriatrischem Schwerpunkt erprobt. In anderen Einrichtungen wurde das Modul 2 mit mehreren Gruppen durchgeführt und evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine deutlich positive Resonanz. Die teilnehmenden Stationsleitungen berichten von mehr Wissen über die Bedeutung von Wertschätzung durch den Workshop. Sie achten stärker als vorher auf ihr Verhalten und das anderer und können Wertschätzung oder deren Fehlen differenzierter wahrnehmen. Fast alle berichten von Verhaltensänderungen, z.B. mehr Lob und Dank und vor allem mehr Reflexion in kritischen Situationen, und es besteht eine große Zukunftszuversicht im Hinblick auf die nachhaltige Umsetzung eines wertschätzenden Führungsstils mit positiven Folgen für Leistungsfähigkeit und Gesundheit.

## Literatur

- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Grandey, A., Foo, S., Groth, M. & Goodwin, R. (2012). Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17, 1, 1-14.
- Hinding, B., Akca, S., Spanowski, M. & Kastner, M. (2012). Mit Wertschätzungskultur zu mehr Stolz und Leistungsfähigkeit bei Pflegenden. In: R. Reichwald, M. Frenz, S. Hermann & A. Schipanski (Hrsg.), *Zukunftsfeld Dienstleistungen: Professionalisierung – Wertschätzung – Innovation*. Wiesbaden: Gabler.
- Jacobshagen, N. (2010). *Die Bedeutung von Wertschätzung bei der Arbeit – Entwicklung und Validierung eines innovativen Arbeitsanalyseinstruments zur Erfassung von Wertschätzung*. Eingeladener Vortrag an der Fachtagung „Berufe im Schatten der Deutschen Hochschule der Polizei“ in Münster, Deutschland.
- Hinding, B., Spanowski, M. & Kastner, M. (2010). Wertschätzung und Stolz in Dienstleistungsberufen. In: M. Kastner (Hrsg.), *Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kuhnert, P., Akca, S. & Kastner, M. (2010). Gesund pflegen unter Zeitnot und fehlender Anerkennung? Wertschätzungsaspekte des Gesundheitsmanagements in der Krankenpflege. In: M. Kastner (Hrsg.), *Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2009). Managerial leadership and ischemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occup Environ Med*. 66, 1, 51-5.
- Rogers, C. R. (1982). *Die Kraft des Guten. Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler.
- Sebald, H. & Enneking, A. (2006). Was Mitarbeiter bewegt. *Personal*, 58 (5), 40-42.
- Semmer, N. (2008). *Stress und Ressourcen am Arbeitsplatz: Die „Stress-as-Offense-*

to-Self“-Perspektive. Vortrag beim Wissenschafts- und Praxiskolloquium der Universitäten Giessen, Frankfurt a. M., Mainz. Giessen, 10. 6. 2008.

Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, J. (2008). *Der Homo oeconomicus bekommt Konkurrenz. Die Wiederentdeckung der Emotion in der Wirtschaft*. Düsseldorf: Identity Foundation.

Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A. (2001): Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Ü1*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel? In: Th. Wehner & P. Richter (Hrsg.), *Salutogenese in der Arbeit. Wirtschaftspsychologie 2/3*, 4-13.

Von Buch, E. & Ruf, E. P. (2009). *Beschäftigungsfähigkeit für den demografischen Wandel*. Bielefeld: Hans-Böckler-Stiftung.

## Kontakt

Dr. Barbara Hinding  
Mannheimer Institut für Public Health,  
Sozial- und Präventivmedizin  
Universitätsmedizin Mannheim  
Medizinische Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg  
Ludolf-Krehl-Straße 7-11  
68167 Mannheim  
Telefon: 0621 383-6893  
Telefax: 0621 383-9920  
E-Mail: barbara.hinding@  
medma.uni-heidelberg.de

# Wertschätzende Führung in der Altenpflege als Verantwortung der Organisation

Claudia Bessin, Paul Fuchs-Frohnhofen  
MA & T Sell & Partner GmbH, Würselen

---

**Zusammenfassung:** Im Rahmen des Verbundprojektes PflegeWert wurden im Dialog mit Praxispartnern aus der stationären Altenpflege unterschiedliche Handlungsanregungen zu fünf Wertschätzungsebenen konzipiert und erprobt. Ein Beispiel hierfür ist das Seminarkonzept „Wertschätzend Führen“, welches vorgestellt und diskutiert wird. Bei der Erprobung des Seminars und der qualitativen Befragung einzelner Teilnehmender einige Monate nach dem Seminar wurde deutlich, wie groß das Interesse und der Bedarf von Pflegeeinrichtungen aller Art an diesem Thema ist, um als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben, die Arbeitsfähigkeit des eigenen Personals zu erhalten und auf diese Weise dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Gleichzeitig kann festgehalten werden, dass einzelne Maßnahmen das Erleben von Wertschätzung nur steigern können, wenn sie zur jeweiligen Unternehmenskultur passen und glaubhaft und unter Beteiligung der Mitarbeitenden implementiert werden.

**Schlüsselwörter:** Wertschätzung, Führung, Altenpflege, Motivation, Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiterbindung, Demografischer Wandel, Fachkräftemangel

## 1 Einleitung

Wertschätzung ist ein häufig und vielseitig diskutiertes Thema. In der Literatur werden hierzu unterschiedliche Fragen, wie beispielsweise die Auswirkungen von Wertschätzung auf die Produktivität und die Leistungsbereitschaft von Arbeitnehmer(inne)n (Cernavin, 2007), Wertschätzung als Motor des Erfolges (Worliczek & Zechmeister, 2009), fehlende Wertschätzung als Bedrohung des Selbstwertes und mangelnde Wertschätzung als Stressauslöser (Semmer & Jacobshagen, 2003), Kunden als Quelle der Wertschätzung (Fischbach et al., 2011, Semmer & Jacobshagen, 2009), oder auch die Entwicklung einer Skala zum Messen der Wertschätzung von bestimmten Quellen (Jacobshagen, 2010), diskutiert.

In Bezug auf den Arbeitsbereich „soziale Dienstleistungen“ und insbesondere die pflegerische Arbeit ist der Begriff „Wertschätzung“ in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung unzureichend bearbeitet. Da unsere Gesellschaft – bedingt durch den demografischen Wandel – in Zukunft eine steigende Zahl von Pflegekräften benötigt, sollte diesem Thema mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, insbesondere, da Untersuchungen ein stetig sinkendes Interesse (junger) Menschen einen Beruf im Bereich der Pflege zu ergreifen (Hatcher, 2006, S.5), feststellen. Im Kampf um gut ausgebildetes und motiviertes Pflegepersonal gewinnen Themen wie Mitarbeiterbindung oder die Attraktivität des Arbeitgebers zunehmend an Bedeutung. Eine wertschätzende Unternehmenskultur ist eine Möglichkeit, um als Unternehmen attraktiv zu sein, die Mitarbeitenden an das Unternehmen zu binden und zusätzlich wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Insbesondere in kleineren und mittleren Unternehmen ist ein wertschätzender Umgang miteinander ein wichtiger Faktor für den Erfolg eines Unternehmens (Cernavin, 2007, S.51).

Während in vielen Veröffentlichungen und Diskussionen zur Situation von Pflege-



kräften die belastende Arbeitssituation oder die engen finanziellen Rahmenbedingungen in den Vordergrund gestellt werden, möchte das Forschungsprojekt PflegeWert, bestehend aus zwei Forschungspartnern, dem Deutschen Institut für angewandte Pflege (dip) und der MA & T Sell & Partner GmbH, und zwei Praxispartnern, der CBT – Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH und der Stiftung Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gemünd, einen neuen Impuls setzen und positive Beispiele aus der Pflege hervorheben, um zu einer besseren Wertschätzung für die Pflegekräfte und einem verbesserten Ansehen der Pflege in der Gesellschaft beizutragen.

Hierzu wurde zunächst die Arbeitsrealität von Pflegekräften in der stationären Altenpflege unter den Gesichtspunkten von Arbeitszufriedenheit, Wertschätzung und Stolz beispielhaft untersucht. Neben einer Erhebung mittels des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ – deutsche Standard-Version, Stand 1/2007) sowie einiger ergänzter Fragen, wurden sieben teilstrukturierte Interviews mit Führungskräften verschiedener Ebenen (von leitenden Mitarbeiter(inn)en über Geschäftsbereichsleitungen bis zur Geschäftsleitung einzelner Häuser) innerhalb der beteiligten Praxiseinrichtungen geführt. Hierbei wurde darauf geachtet, nicht ausschließlich Pflegekräfte zu befragen, sondern das Spektrum der verschiedenen Bereiche innerhalb der stationären Einrichtungen, wie beispielsweise Pflege und Hauswirtschaft, und des Trägers, z.B. die Bereiche Personal und Kommunikation, so weit wie möglich abzudecken. Mit der Befragung verfestigte sich die Annahme, dass es für Einrichtungen und Mitarbeitende hilfreich ist, wenn Pflegenden auf den folgenden fünf Ebenen wertschätzendes Verhalten kontinuierlich erfahren (Abb. 1).

Damit bezieht sich das Projekt zusätzlich auf Überlegungen, wie „Produzentenstolz“ in der produzierenden Industrie entsteht. Produzentenstolz wird als emotionales Resultat eines Bewertungsprozesses verstanden, bei dem eine selbstproduzierte Arbeitsleistung als Erfolg gewertet wird, woraus ein positives Gefühl des eigenen Wertes (Selbstwertgefühl) entsteht (vgl. Gouthier, 2005, in Anlehnung an Tangney & Fischer, 1995, Harter, 1997, Küpers & Weibler, 2005, Schützwohl, 1991) und durch Wiederholung zu einer positiven (Selbst-)Einstellung werden kann. Es stellt sich die Frage, inwieweit das Konstrukt des Produzentenstolzes auf den Bereich der sozialen Dienstleistungen übertragbar ist,



Abb. 1:  
Die fünf Ebenen  
der Wertschätzung

da sich (soziale) Dienstleistungsarbeit durch Immaterialität auszeichnet (vgl. Rottländer, Isfort & Neuhaus).

Um das Erfahren von Wertschätzung auf den vorgestellten Ebenen zu fördern, wurden innerhalb des Projektes unterschiedliche Handlungsanregungen entwickelt, welche Ideen, Konzepte und praxisnahe Maßnahmen vorstellen, um die Wertschätzung und den (Berufs-)Stolz in der Pflege und in benachbarten sozialen Dienstleistungen zu steigern. Neben dem hier vorgestellten Seminar sind weitere Beispiele hierfür das wertschätzende Rückmeldemanagement oder die Erfolgsbesprechung (vgl. Rottländer u.a.).

Obwohl im Laufe des Projektes wiederholt deutlich wurde, wie wichtig ein ganzheitlicher Ansatz ist, um das Erleben von Wertschätzung nachhaltig zu steigern, befasst sich dieser Artikel primär mit Ebene 3 und insbesondere mit dem Seminar zum wertschätzenden Führen, da Führungskräfte bzw. Vorgesetzte eine wesentliche Quelle von Wertschätzung bilden (vgl. Befragungsergebnisse PflegeWert; Jacobshagen & Semmer, 2009). Hierzu wird die Frage untersucht, ob und wie ein Seminar zum Thema Wertschätzung das Geben und Nehmen von Wertschätzung im beruflichen Alltag verändert bzw. steigert. Zur Beantwortung der Frage wird im Folgenden zuerst das Seminar-konzept vorgestellt. Im anschließenden Teil werden die Umsetzung und die unterschiedlichen Evaluationsschritte beschrieben. Nach der Präsentation erster Ergebnisse wird in der Diskussion die Bedeutung dieser Ergebnisse für das Seminar, das Projekt und die Gesellschaft beschrieben sowie eine Einschätzung gegeben, welche Inhalte aus Sicht des Pro-

jektes und der Praxis weiterer Forschung bedürfen.

### 1.1 Seminar „Wertschätzend führen“

*„Ich beobachte, wenn ich Mitarbeitende wertschätze, sind diese wesentlich zufriedener. ... sie fühlen sich dann in ihrer Arbeitswelt wohl und bringen dann auch entsprechende Leistung.“* (Auszug Interview, PflegeWert)

Das Ziel des Seminars ist es, sowohl den Selbstwert der Führungskräfte zu stärken als auch wertschätzendes Verhalten gegenüber Mitarbeitenden zu fördern. Denn wertschätzendes Führungsverhalten ist ein wichtiger Aspekt bei der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitenden sowie der Steigerung der Motivation (in Anlehnung an Jacobshagen, 2010). Es ermöglicht den Aufbau einer Vertrauenskultur, in welcher Mitarbeitende und Vorgesetzte auf respektvolle und wertschätzende Weise miteinander umgehen (vgl. Cernavin, 2007).

Zur Erreichung dieser Ziele werden zum einen die Rolle der Führungskraft und die damit einhergehenden Anforderungen thematisiert. Die Klärung der eigenen Rolle und der hiermit verbundenen Führungsaufgaben gibt Orientierung und unterstützt Pflegende die (neue) Rolle anzunehmen und auszufüllen. Gleichzeitig wird den Teilnehmenden Raum gegeben, herauszufinden, welche Art von Führungsstil den eigenen bzw. den Vorstellungen der Pflegeeinrichtung entspricht, und welche Ansprüche und Erwartungen an das persönliche Führungsverhalten gestellt werden. Zum zweiten werden das Thema Wertschätzung sowie das Vorleben von wertschätzenden Verhalten als Teil der Führungsaufgabe besprochen. Hierbei liegt ein Fokus auf der Verdeutlichung, dass Wertschätzung wesentlich mehr ist als Loben! Und dass es viele „Kleinigkeiten“ gibt, wodurch ein wertschätzender Umgang täglich – und ohne viel Aufwand – gelebt werden kann. Insgesamt ist das Seminar in vier Module aufgeteilt - Wertschätzung und Wertschöpfung in der Pflege, Rolle der Führungskräfte, wertschätzende Verhaltensweisen im Alltag, Selbstwertschätzung und Förderung der eigenen Gesundheit – welche im Folgenden einzeln vorgestellt werden.

*Modul 1* – Wertschätzung und Wertschöpfung in der Pflege – gibt einen Überblick zu den Erkenntnissen des Projektes PflegeWert. Hierzu werden zum einen das

theoretische Konstrukt des Projektes sowie Ergebnisse aus unterschiedlichen Studien zur Situation der Pflege in Deutschland vorgestellt. Da Wertschätzung auch mit Anerkennung und Ansehen zusammenhängt, sind zum zweiten Befragungsergebnisse aus diesem und verwandten Projekten zu sehen, um die Wahrnehmung des Berufes durch Pflegende und durch Außenstehende zu veranschaulichen. In diesem Rahmen werden ebenfalls unterschiedliche Themen, wie die Rolle von Wertschätzung im Zusammenhang mit Mitarbeiterbindung oder der Beitrag von Wertschätzung innerhalb der Wertschöpfung, vorgestellt.

*Modul 2* – die Rolle von Führungskräften – gibt einen Überblick zu den unterschiedlichen Rollen von Führungskräften sowie den damit einhergehenden Anforderungen und Verantwortungsbereichen. Ziel dieses Moduls ist es weniger, Wissen über Führung und Führungsrollen zu vermitteln, als Führungskräfte zu unterstützen bzw. zu begleiten, ihr bisheriges Führungsverhalten zu erforschen und zu reflektieren. Da Führungskräfte nicht nur eine Quelle von Wertschätzung für ihre Mitarbeitenden sind, sondern auch auf anderen Ebenen Wertschätzung vorantreiben können, wird im zweiten Teil des Moduls nach wertschätzenden Maßnahmen, Instrumenten und Ideen gesucht, die bereits im Unternehmen praktiziert werden bzw. die noch angestoßen werden können. Auf diese Weise verändert sich der Fokus der Führungskräfte und öffnet den Blick für bereits vorhandene Ressourcen.

*Modul 3* – wertschätzendes Führungsverhalten im Alltag – ergänzt die praxisorientierten Diskussionen und Übungen von Modul 2 um Theorieparts zu unterschiedlichen Führungsstilen und Führungsverhalten. Es wird eine Vielzahl von wertschätzenden Führungsverhaltensweisen theoretisch besprochen und teilweise in Übungen und Rollenspielen praktisch erprobt. Kommunikation und Konfliktlösung sind hierbei Themen, denen viel Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Mit *Modul 4* – Selbstwertschätzung und Förderung der eigenen Gesundheit – wird der Förderung des Selbstwertes und insbesondere der eigenen – physischen und psychischen – Gesundheit ein eigenes Modul gewidmet, da diese Aufgabe in zweifacher Hinsicht wichtig ist. Führungskräfte vergessen diesen Aspekt häufig und vernachlässigen dadurch nicht nur ihr Selbst, sondern auch ihre Vorbildfunktion. In diesem Part wird evaluiert woher Führungskräfte, insbesondere auf der Ebene der Geschäftsleitung, Wertschätzung

beziehen, und wie diese Quellen gefördert oder erweitert werden können. Gleichzeitig werden Methoden zum Abbauen von Stress und zur Distanzierung von der Arbeit vorgestellt und diskutiert.

Im folgenden Part werden sowohl die methodischen und didaktischen Aspekte der Konzeption des Seminars dargestellt, als auch die einzelnen Phasen des Evaluationsprozesses.

## 2 Methode

Neben den in der Einleitung bereits beschriebenen quantitativen und qualitativen Erhebungen, wurden in den projektbeteiligten Einrichtungen zu jeder der fünf Wertschätzungsebenen verfügbare Konzepte und Werkzeuge zur Wertschätzungsförderung identifiziert und beschrieben, mit dem Ziel, diese für den Transfer an Dritte aufzubereiten bzw. neue Handlungsanregungen zu entwickeln und zu erproben.

Das Seminar wurde aus einer Kombination der bestehenden Konzepte und Erfahrungen der Praxispartner, der Auswertung der Befragungen sowie wissenschaftlicher Lern- Motivationstheorien konzipiert und in einer iterativen Vorgehensweise erprobt (vgl. Rottländer u.a.). Im Folgenden wird erst die didaktische und methodische Grundlage des Seminars beschrieben. Anschließend folgt ein Überblick über die unterschiedlichen Evaluationsinstrumente, den Prozess und die Stichprobe.

Ziel des Seminars ist es, den Teilnehmenden Erkenntnisse und Prinzipien zu unterschiedlichen Lerninhalten zu vermitteln, welche zum einen das vorhandene Wissen erweitern und zum anderen im Arbeitsalltag eine Veränderung bewirken, beispielsweise durch verändertes Verhalten oder zusätzliche Kompetenzen. Um den Transfer des Erlernten in den beruflichen Alltag zu unterstützen orientiert sich das Seminarkonzept an den folgenden Grundsätzen (Kolb et al., 1974):

- Bedarfs- und Beteiligungsorientierung durch praxisnahe Übungssegmente
- Handlungs- und Verhaltensorientierung durch Rollenspiele und individuelle Reflexion
- Ressourcenorientierung durch Stärkung der Persönlichkeit

Zusätzlich wurde eine qua Pflegebereich (ambulant, stationär, Krankenhaus) heterogene Gruppe von Teilnehmenden angestrebt, um Lernphasen bereichsspezifisch und be-

reichsübergreifend gestalten zu können. Hierdurch wird Teilnehmenden ermöglicht, einen „Blick über den Tellerrand“ zu werfen und ihre Einrichtung „von außen“ zu betrachten, da die eigenen Maßstäbe, Herangehensweisen und Strukturen hinterfragt und dadurch auch in Frage gestellt werden.

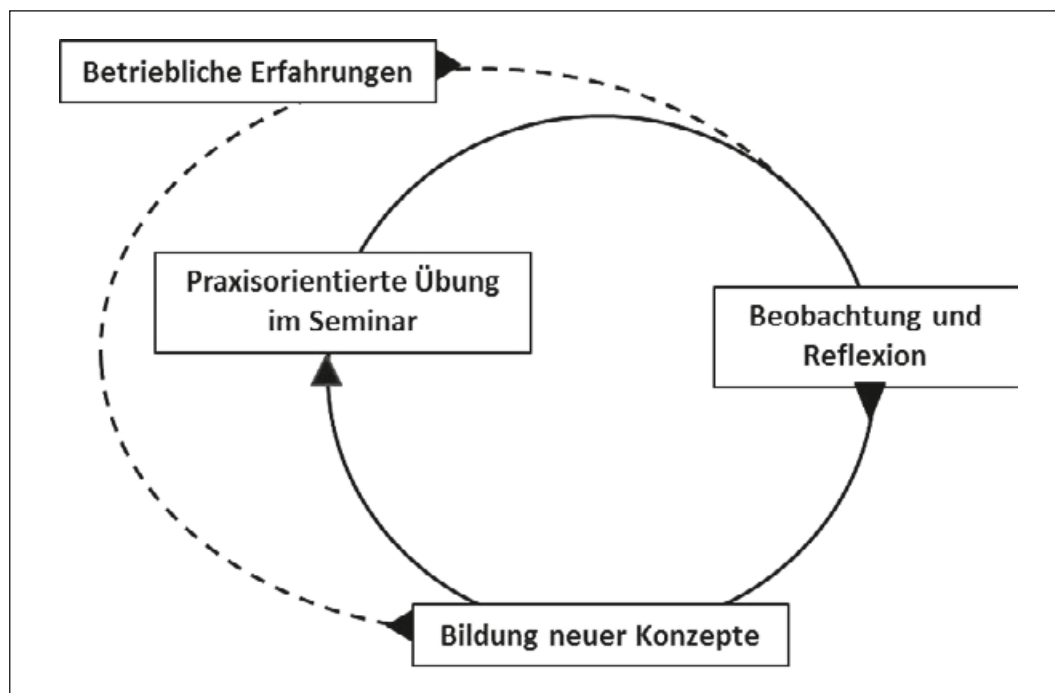
*Bedarfs- und Beteiligungsorientierung* beinhaltet, dass sowohl zu Beginn als auch im Laufe des Seminars nach den speziellen Lernbedarfen der Teilnehmenden gefragt wird, um diese mit den Seminarinhalten abzugleichen. Abhängig von dem Umfang des Bedarfs und der zeitlichen Planung werden Inhalte erweitert oder es wird auf bestimmte Themen fokussiert.

*Praxisnähe* bezieht sich insbesondere auf den Kontext der im Seminar angeführten Beispiele und Übungen. Alltagsnahe Konflikte und Herausforderungen können beispielsweise stark variieren, abhängig davon in welchem Bereich eine Führungskraft arbeitet, wie groß das Unternehmen ist, wie viele Hierarchieebenen es gibt, auf welcher Ebene die Führungskraft angesiedelt ist und ähnliches. Hierfür wurde, basierend auf den im Projekt gesammelten Erfahrungen zu Problem-, Konflikt- und Stresssituationen, ein Repertoire unterschiedlicher Situationen und Charaktere für die jeweiligen Übungen erstellt.

Der Grundsatz der *Handlungs- und Verhaltensorientierung* äußert sich zum einen in den verwendeten Lernmethoden, zum anderen in dem abwechslungsreichen Ablauf. In Anlehnung an das zyklische Lernmodell nach Kolb (Kolb et al., 1974; vgl. auch Fuchs-Frohnhofen & Sell, 2003) werden Theorieparts begleitet durch praktische Übungen, welche die Teilnehmenden in Kleingruppen im gemeinsamen Dialog erarbeiten und im Anschluss in der gesamten Gruppe präsentieren und reflektieren.

Kolb geht davon aus, dass ein vollständiger Lernprozess daraus besteht, praktische Erfahrungen zu machen, diese zu reflektieren und zu verallgemeinern, um daraus abstrakte Konzepte abzuleiten und diese in einer neuen Erfahrung zu überprüfen. Für die Gestaltung des Seminars bedeutet dies im ersten Schritt, dass praktische Erfahrungen aus dem betrieblichen Alltag diskutiert und reflektiert werden. Als Ergänzung zu den eigenen Erfahrungen und gleichzeitig als Vorbereitung auf die jeweilige Gruppenübung werden entsprechende theoretische Inhalte zum Thema vermittelt, um Teilnehmenden alternative Perspektiven und Verhaltensmöglichkeiten zu eröffnen, welche in der anschließenden Übung ausprobiert und reflek-

Abb. 2:  
Zyklus  
erfahrungsorientierten  
Lernens  
(angelehnt an Kolb, 1974)



tiert werden können. Für die Reflexion ist es wichtig, nicht nur die eigene Wahrnehmung zu überprüfen, sondern sich auch im Spiegel der anderen Teilnehmenden zu betrachten. Aus der Übung ergeben sich wiederum neue Erkenntnisse und Erfahrungen, welche reflektiert werden sollten und anschließend in einer weiteren Übung oder dem betrieblichen Alltag erprobt oder verfeinert werden. Eine Veranschaulichung des, an das Kolbsche Modell angelehnten, Lernzyklusses ist in Abb. 2 zu sehen.

Der letzte Grundsatz, *Ressourcenorientierung* zielt darauf, den Teilnehmenden die eigenen Stärken bewusst zu machen und zusätzlich zu evaluieren, welche Ressourcen am Arbeitsplatz bzw. in der Organisation zur Verfügung stehen.

Erprobt wurde das zweitägige Seminar dreimal über einen Zeitraum von einem drei-viertel Jahr. Die Inhalte, der Ablauf und die Übungen zwischen den Seminaren variierten leicht, da es stetig weiterentwickelt bzw. optimiert wurde. Das Konzept, welches in der Einleitung vorgestellt wurde, entspricht der aktuellen Version des Seminars. Die Beschreibung der Stichprobe bezieht sich ebenfalls auf das letzte Seminar, um in diesem Beitrag, nach Möglichkeit, die aktuellsten Ergebnisse zu präsentieren.

An der dritten und finalen Erprobung nahmen 19 Personen (14 Frauen/5 Männer) aus unterschiedlichen Pflegebereichen (Krankenhaus: 5 Personen, ambulante Pflege: 4 Personen, stationäre Altenpflege: 10 Personen)

teil. Die Position der Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb der jeweiligen Einrichtungen variierte zwischen (stellvertretender) Geschäftsführung (4 Teilnehmende), Pflegedienstleitung (5) und Wohnbereichsleitung bzw. Stationsleitung (10 Teilnehmende). Abgesehen von zwei Personen, welche im Bereich Hauswirtschaft und Physiotherapie arbeiten, sind alle Teilnehmenden in der Pflege tätig.

Zur Evaluation wurden unterschiedliche quantitative und qualitative Methoden der Datenerhebung verwendet. Neben zweier Feedbackrunden im Anschluss an Modul 2 und Modul 4, wurde am Ende des zweiten Tages ein standardisierter Evaluationsbogen ausgeteilt, welcher Fragen zum Gesamteindruck des Seminars, zu den Referenten, zur Qualifizierungsmaßnahme, zur Motivation, zum Vorwissen der Teilnehmenden und zur Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit enthält. Von insgesamt 16 Fragen, wird der Großteil mit einer Visuellen-Analog-Skala erfasst, die verbleibenden Fragen werden mittels (halb)offenen Fragen oder mit einer dichotomen Skala beantwortet.

Zur spezifischen Evaluation der Nachhaltigkeit und der Umsetzung in den beruflichen Alltag, fanden mindestens drei Monate nach der Durchführung je Seminar drei bis vier teilstandardisierte Orientierungsinterviews statt, welche im Anschluss transkribiert wurden, mit dem Ziel, auf Basis der erhaltenen Inhalte einen Fragebogen zu entwickeln, welcher an alle Teilnehmenden gesendet bzw. verteilt



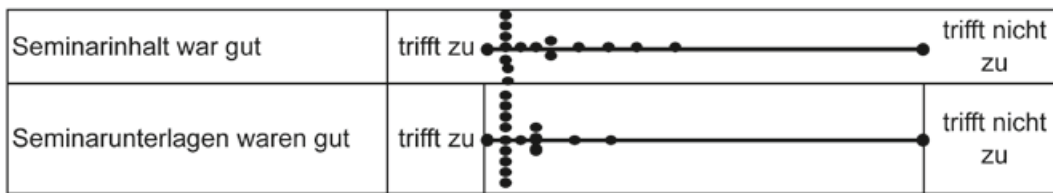


Abb. 3:  
Auszug aus dem  
Seminarevaluationsbogen  
des Seminars  
„Wertschätzend führen“

**Die Qualifizierungsmaßnahme war:**



wurde. Um möglichst offene und ehrliche Antworten zu erhalten, erfolgte die Durchführung der Interviews nicht durch die Referenten<sup>1</sup>. Innerhalb der Auswertung wurde ebenfalls darauf geachtet die Anonymität der Seminarteilnehmer zu wahren, daher kann lediglich die Größe der Stichprobe (n = 10) angegeben werden. Der Interviewleitfaden für die Orientierungsinterviews enthält ausschließlich offene Fragen zur Motivation der Teilnehmenden das Seminar zu besuchen, zu ihren Erwartungen, den Inhalten, eine subjektive Einschätzung der Effektivität der durchgeführten Übungen und ähnliches. Der Fragenbogen beinhaltet 34 Fragen, wovon einige aus mehreren Teilfragen bestehen, welche größtenteils geschlossen mit Hilfe einer Dichotomen- oder einer Vierer-Likert-Skala gestellt werden. Thematisch gleicht der Fragebogen dem Interviewleitfaden, wobei ein starker Fokus auf die Relevanz der Inhalte und der Übungen für den beruflichen Alltag sowie auf konkrete Verhaltensänderungen gelegt wird. Nachfolgend werden erste Ergebnisse präsentiert.

### 3 Resultate

In diesem Teil werden Auszüge der Resultate der verschiedenen, vorgestellten Befragungen (Seminarevaluationsbögen, Feedbackrunden, teilstandardisierte Interviews und Fragebogen) vorgestellt. Während die Ergebnisse der ersten zwei Punkte ausschließlich aus der Evaluation des dritten Seminars stammen, beziehen sich die anonymisier-

ten Ergebnisse der Orientierungsinterviews und der Fragebögen auf alle drei Seminare. Hierbei kann auf Basis der Stichprobe und zur Wahrung der Anonymität nur vereinzelt zwischen den Seminargruppen unterschieden werden.

Von 19 verteilten Seminarevaluationsbögen wurden 15 zurückgegeben. Wie in Abb. 3 zu sehen ist, antwortete der Großteil der Teilnehmenden, dass die Statements „Seminarinhalt war gut“ und „Seminarunterlagen waren gut“ zutreffen. Es sind zwar vereinzelte Ausreißer zu sehen, doch keine Person platzierte ihren oder seinen Punkt in die rechte (= trifft nicht zu) Hälfte der Skala. Auch den Statements „Die Qualifizierungsmaßnahme war für die Praxis geeignet“ und „... ist für die Tätigkeit umsetzbar“ stimmte die Mehrheit der Teilnehmenden zu. Für die zuletzt genannte Aussage gab es allerdings eine Person, welche sich in der rechten Hälfte (= trifft nicht zu) positionierte.

Die Frage, ob die Teilnehmenden das Seminar weiterempfehlen würden, bejahten 13 Personen. Zwei würden es nicht weiterempfehlen, führten dies in der zugehörigen offenen Frage allerdings nicht weiter aus.

Ein Auszug der Antworten auf die offen gestellten Fragen - Was hat Ihnen an dieser Veranstaltung gefallen?, Was hat Sie an dieser Veranstaltung gestört?, und Weitere Anregungen - sind in Tab. 1 aufgeführt. Hierbei wurden Nennungen, welche sich nicht auf die Trainingsinhalte beziehen (z.B. Anmerkungen zu Räumlichkeiten, Catering etc.) oder nicht auswertbar sind, nicht aufgenommen. Von insgesamt 27 (Was hat...gefallen: 15, ...gestört: 6, weitere Anregungen: 6) Nennungen wurden 10 (Was hat...gefallen: 3, ...gestört: 3, weitere Anregungen: 4) aus diesen Gründen entfernt. Sowohl bei der Auswahl als auch bei der Anzahl aller offenen Nennungen überwiegt die Menge der positiven

<sup>1</sup> Die Interviews sowie die schriftliche Befragung wurde von H. Aengenvoort, J. Diepenbruck & S. Feder im Rahmen eines Praktikums bei der MA&T Sell & Partner GmbH für das Projektseminar des Masterstudiengangs Bildungs- und Wissensmanagement des Erziehungswissenschaftlichen Institutes der RWTH Aachen konzipiert, durchgeführt und ausgewertet.

Tab. 1:  
Auszug der offenen  
Nennungen aus dem  
Seminarevaluationsbogen  
des Seminars  
„Wertschätzend führen“

**Was hat Ihnen an dieser Veranstaltung gefallen?**

die gute Vermittlung der Fortbildung  
Rollenspiele  
Gruppenarbeit (3)  
Gruppendiskussionen  
gute Materialien  
praxisorientierte Inhalte, guter Theorie Praxis Transfer möglich  
Informationsaustausch zw. verschiedenen Pflegeeinrichtungen  
Praktische Übungen mit Meinungsaustausch  
Freiräume wurden gegeben  
abwechslungsreiches Arbeiten

**Was hat Sie an dieser Veranstaltung gestört?**

ein Tag zu theorielastig  
lieber weniger Inhalte dann intensiver  
das Thema „Wertschätzung“ wurde zum Teil zu theoretisch bearbeitet

**Weitere Anregungen:**

mehr theoretischer Input wäre gut  
Teilnehmer für weitere Veranstaltungen interessieren

Nennungen mit 12 deutlich gegenüber den 3 Kritikpunkten und weiteren 2 Anregungen. Unter den Punkten, bei der Frage was an der Veranstaltung gefallen hat, wurden mehrfach die Inhalte und ihr Bezug zur Praxis sowie die didaktischen Methoden (Rollenspiele, Kleingruppenarbeit ...) genannt.

Innerhalb der Interviews und des Fragebogens wurde der Aspekt der Umsetzbarkeit bzw. Anwendbarkeit der Seminarinhalte in die Praxis ebenfalls thematisiert. Hierbei wurde zum einen nach einer subjektiven Einschätzung der Effektivität der durchgeführten Übungen, zum anderen nach konkreten Verhaltensänderungen gefragt. Die Antworten hierauf fielen sehr unterschiedlich aus. Innerhalb der Interviews gaben sechs der Interviewten an, dass sich das Seminar positiv auf Ihren Arbeitsalltag auswirke, wobei der Grad der Auswirkungen von einem eher allgemeinen Gefühl von Sicherheit bis hin zu konkreten Verhaltensänderungen reicht. Eine Person konnte „keinerlei Effekte“ rapportieren und drei der Teilnehmenden fanden es (teils) interessant, konnten für den Alltag allerdings nur wenig/„kaum“ etwas mitnehmen, da vieles schon bekannt war. In Tab. 2 ist ein Auszug der Interviewergebnisse zu diesen Fragen zu sehen. Der Begriff der Wertschätzung wurde bei dieser Frage nicht explizit genannt.

Bei vier der Interviewten (Teilnehmende des letzten Seminars) wurde daher direkt nach Auswirkungen des Seminars auf das eigene wertschätzende Verhalten gefragt. Obwohl alle vier bestätigten mehr Wertschät-

zung zu geben und/oder zu erhalten, führten keine der Befragten dies ausschließlich auf das Seminar zurück.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung fielen ähnlich aus. Von 44 Fragebögen wurden 19 zurückgeschickt (Rücklaufquote = 43%). Hiervon besuchten 9 Personen das dritte und letzte Seminar. Die Frage in wie weit die Seminarinhalte für die berufliche Praxis hilfreich sind, wurde in fünf Teilfragen zu den unterschiedlichen Formen der Wissensvermittlung, wie beispielsweise Präsentationen durch die Seminarleitung oder Kleingruppen, getrennt. Das Antwortverhalten ist allerdings über alle 5 Formen sehr homogen. Die Anzahl Personen, welche mit „trifft eher zu“ oder „trifft zu“ antwortete variiert zwischen 14 (74%) und 17 (89%) Personen. Pro Frage gab es zwischen 1 und 3 Enthaltungen („kann ich nicht beurteilen“ inbegriffen).

Bei der offenen Frage nach konkreten Verhaltensänderungen wurde zwischen Veränderung beim Führen von Mitarbeitergesprächen und Konfliktgesprächen unterschieden. Bei der erstgenannten Gesprächsform nahmen 14 der Befragten (74%) eine Veränderung wahr. Die Form der Veränderung variierte ebenfalls stark zwischen einem Gefühl von mehr Sicherheit (4 Nennungen), mehr Wertschätzung (5 Nennungen), mehr Harmonie (4 Nennungen) und einem strukturierteren Gesprächsablauf (6 Nennungen). 3 Personen gaben an, keine Veränderung in Ihrem Verhalten zu beobachten und 2 Personen enthielten sich. Bei Konfliktgesprächen

**Beschreibung der subjektiven Einschätzung der Effektivität der durchgeführten Übungen:**

Zuwachs von Sicherheit bei Einzelgesprächen.

Das Seminar habe lediglich „das ein oder andere [...] vielleicht noch mal aufgefrischt“.

Kompetenzzuwachs bei Beurteilungsgesprächen.

Keinerlei Effekte.

Das Seminar hat geholfen, „eigene Probleme zu erkennen“.

Fühlt sich „jetzt wohler bei Gesprächen“.

Fand die Bewertung, ob sich in ihrer Gesprächsführung etwas geändert habe, schwierig, „weil es war ja kein Außenstehender dabei, der mich so beurteilen könnte“, sie glaube aber, dass sie „entweder [...] gleich geblieben [ist], oder besser geworden“ ist.

**Beschreibung von konkrete Verhaltensänderungen:**

Bei Gruppengespräche hat sich die Art verändert: „Ich hau da nicht nur immer auf den Tisch, sondern ich fang auch an zu loben“ in größerem Maße als vorher.

Mitarbeitergespräche führe sie seit dem Seminar mit dem Mitarbeiter alleine. Vorher war immer eine dritte Person anwesend. Außerdem höre sie sich jetzt zuerst immer die Seite des Mitarbeiters an.

... bemerkte in der Übung, dass die gespielte Situation festgefahren war. In der anschließenden Analyse habe es dann „klick gemacht“ und sie habe erkannt, dass Strukturen dem Gespräch einen besseren Verlauf geben können. Auf die Frage, ob sie sich nach dem Seminar in Mitarbeitergesprächen wohler gefühlt hat, sagt sie, sie fühle sich jetzt wohler, „weil ich mich nicht so verzettelt hab und zu einem Ergebnis gekommen bin und mir das viele Nerven gespart hat“. Das sei noch nicht perfekt, „aber man arbeitet dran“. Außerdem hilft ihr das Festhalten an den Strukturen, die eigenen Emotionen aus den Gesprächen zu halten und zu versuchen „objektiv zu sein“ und „konstruktiv[e]“ Ergebnisse zu erhalten.

...hat das Gefühl, das Rollenspiel habe ihr für Mitarbeitergespräche geholfen, da sie nun strukturierter bei solchen Gesprächen vorgehe und sich nicht so sehr auf Diskussionen einlassen würde. Sie bereite sich besser auf Mitarbeitergespräche vor und mache sich vorher Stichpunkte, sodass sie „dann auch genau detailliert benennen kann was vorgefallen ist und wie da meine Sicht ist.“

So sagt eine Befragte, dass im Seminar Dinge vorkamen, die sie jetzt schon teilweise umsetzen könne. Auf Nachfrage erklärt sie, dass sie sich beispielsweise nicht sofort aufrege und sofort urteile und reagiere „wenn sich jemand krank meldet oder irgendwelche Dinge ich erfahre“, sondern sich zuerst von allen Seiten informieren lässt, was genau passiert ist. ..., erzählt sie außerdem, dass es wichtig ist, dass Mitarbeitern der richtige Aufgabenbereich zugewiesen wird, wo sie sich wohlfühlen und womit sie gut klar kommen. Ihr sei nach dem Seminar bei einigen ihrer Mitarbeiter bewusst geworden, dass „ich nicht irgendjemand ne Aufgabe geben kann, wo er total unglücklich mit ist“./Sie hat das Gefühl, das Seminar habe ihr beim Thema Konflikt-Gespräche geholfen. Während sie vorher teilweise Angst gehabt hätte, ihre eigene Meinung zu sagen oder dem anderen auch Negatives zu sagen, habe sie „jetzt viel mehr Selbstbewusstsein“ und „auch nen Weg gefunden, dem nicht auf die Füße zu treten, sondern das darzulegen, so wie's ist, dass sie's auch verstehen“

Eine Interviewte gibt an, sie habe auch vor dem Seminar keine Probleme bei Mitarbeitergesprächen gehabt. Trotzdem hat sie das Gefühl, aus dem Rollenspiel etwas für sich mitgenommen zu haben. Sie nutze jetzt „Ne andere Vorbereitung“, die sie als „Bewusster, fördernd. Und bewusster den Interessen des Mitarbeiters, darauf eingehen.“ beschreibt.

Tab. 2:  
Auszug der  
Interviewergebnisse  
zur Umsetzbarkeit  
bzw. Anwendbarkeit  
der Seminarinhalte  
in die Praxis

rapportierten 10 der Befragten (53 %) Verhaltensänderungen, während 6 keine beobachteten und 3 Personen keine Antwort gaben. Die Form der Veränderung war auch hierbei unterschiedlich, jedoch eher auf einer emo-

tionalen Ebene angesiedelt. Die Befragten gaben beispielsweise an sich im Gespräch sicherer zu fühlen (2), sich ruhiger und sachlicher zu verhalten (3) und das Gespräch klarer und präziser zu führen (3).

Welche Bedeutung diese Resultate für die Evaluation haben und in wie weit dies Auswirkungen auf das Seminarkonzept hat, wird in dem folgenden Teil diskutiert.

#### 4 Diskussion

Im Rahmen des Projektes PflegeWert wurden fünf Wertschätzungsebenen identifiziert, zu welchen unterschiedliche Handlungsanregungen konzipiert, erprobt und evaluiert wurden. Diese werden der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt, mit dem Ziel die Wertschätzung für die Pflege zu steigern. Eine dieser Handlungsanregungen, ein Seminar zum Thema „wertschätzend Führen“, – welches auf Ebene 3, Wertschätzung durch Team und Vorgesetzte, angesiedelt ist – wurde in diesem Beitrag exemplarisch vorgestellt. Die Nachfrage der Seminarplätze, das dritte Seminar war beispielsweise innerhalb der ersten Woche zu mehr als der Hälfte belegt, und das Engagement der Teilnehmenden beim Seminar zeigte, wie groß das Interesse von Führungskräften unterschiedlicher Hierarchieebenen an diesem Thema ist. Doch kann ein Seminar das Geben und Nehmen von Wertschätzung im beruflichen Alltag tatsächlich verändern oder steigern? Ziel der Evaluation der Seminare ist es diese Frage zu beantworten.

Zu diesem Zeitpunkt kann hierzu noch keine vollständige Aussage getroffen werden. Zum einen, ist die detaillierte Auswertung der Fragebögen noch nicht abgeschlossen, so dass noch nicht alle Evaluationsergebnisse vorliegen. Zum anderen, brauchen Veränderungen, insbesondere, wenn die Auswirkungen hiervon in objektiven Kennzahlen zu sehen sein sollen, Zeit. Die Befragungsergebnisse sowie die direkten Rückmeldungen der Teilnehmenden lassen jedoch erste Rückschlüsse zu. Das unmittelbare Feedback der Teilnehmenden des dritten Seminars verdeutlichte, wie wichtig, insbesondere bei einem Thema wie Wertschätzung und Führung, aktive Anteile innerhalb der einzelnen Theorieparts sind (vgl. Tab. 1). Zum einen werden neue Verhaltensweisen direkt ausprobiert, zum anderen erleben Teilnehmende, welche neuen Möglichkeiten eine veränderte Perspektive oder ein anderer Fokus, beispielsweise nicht zu fragen „was läuft schief“, sondern „was läuft gut“, eröffnen kann. Die Interviewergebnisse bestätigten zusätzlich, dass das Üben in Kombination mit der anschließenden (betreuten) Analyse wichtige Erkenntnisse zum eigenen Verhalten

und zum eigenen Vorgehen liefern kann. Das Thema Wertschätzung war lediglich indirekt in den Interviewergebnissen zu finden - eine Teilnehmende berichtet beispielsweise davon, häufiger zu loben (vgl. Tab. 2). In der schriftlichen Befragung wurde zwar von 5 Befragten (26%) ein wertschätzenderes Verhalten gegenüber Mitarbeitenden während Mitarbeitergesprächen rapportiert, doch eventuell muss hierauf (noch) stärker fokussiert werden. Dies könnte auch zu der Rückmeldung, dass Wertschätzung teilweise zu theoretisch behandelt wurde, passen. Eine Möglichkeit den Wertschätzungsaspekt praktischer zu gestalten, besteht darin, mehr oder andere Übungen zum Thema zu entwickeln. Beispielsweise könnte die eigene Sprache oder auch die Körperhaltung aus der „Brille der Wertschätzung“ betrachtet werden. Eine andere Möglichkeit wäre es, den Wertschätzungshintergrund der einzelnen Übungen im Seminar deutlicher zu kommunizieren, so dass der Begriff an Abstraktheit verliert und greifbarer wird. Der Aspekt des „greifbaren“ spiegelte sich ebenfalls in anderen Rückmeldungen. Einige Teilnehmende äußerten beispielsweise den Wunsch nach Instrumenten zur Messung der Wertschätzung in einem Unternehmen. In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich der Bedarf nach wissenschaftlicher Forschung zu den positiven und pekuniär messbaren Effekten von Wertschätzung in Unternehmen benannt.

Innerhalb der Interviews mit den Teilnehmenden des letzten Seminars wurde explizit nachgefragt, ob und inwieweit das Seminar Auswirkungen auf das persönliche Wertschätzungsverhalten hatte. Obwohl alle Befragten eine Steigerung des Gebens und/oder Nehmens von Wertschätzung konstatierten, führte keine der Befragten dies unmittelbar auf das Seminar zurück. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen ein ähnliches Bild. Das Seminar hatte Auswirkungen auf das Verhalten der Teilnehmenden, doch lediglich 5 Personen gaben explizit an, sich seit dem Seminar bei Mitarbeitergesprächen wertschätzender zu verhalten. Um eindeutige Ergebnisse hierzu zu erhalten, müsste in einer Folgeuntersuchung ein anderes Untersuchungsdesign gewählt werden, beispielsweise könnte eine Vor- und Nachbefragung durchgeführt werden. Des Weiteren wurde die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Führungskräfte, welche am Seminar teilnahmen, bisher komplett vernachlässigt. Eine Befragung dieser Zielgruppe wäre sicherlich sehr interessant. In der Praxis ist eine sol-



che Befragung jedoch nur sehr schwer umzusetzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Seminar zur Selbstreflexion der Teilnehmenden angeregt hat und bei dem Großteil der Befragten zu mehr Sicherheit oder einem stärkeren Maß an Wohlbefinden bei Gesprächen mit Mitarbeitenden geführt hat. Vereinzelt wurde ebenfalls eine Steigerung des wertschätzenden Verhaltens beobachtet. Mehr Sicherheit und ein größeres Wohlbefinden sind beides Faktoren, welche das persönliche Erleben von Stress reduzieren oder kompensieren können und sich somit positiv auf die Gesundheit auswirken. Ob dies zusätzlich Einfluss auf den Selbstwert hat, bleibt zu untersuchen. Der Aspekt der Wertschätzung scheint teilweise im Anschluss an das Seminar in den Hintergrund gerückt zu sein, obwohl der Bedarf und das Interesse an dem Thema in den direkten Rückmeldungen sehr deutlich war, insbesondere in Zusammenhang mit der Attraktivität des Arbeitgebers und der Gewinnung von neuem und dem Binden von bestehendem Personal. Des Weiteren zeigte die in der Einleitung erwähnte Befragung der Mitarbeitenden der zwei Praxispartner des Projektes PflegeWert, dass das Erleben von Wertschätzung nicht allein auf einer Ebene beeinflusst werden kann, sondern in die Unternehmenskultur eingebettet sein muss. Wertschätzung hängt mit dem Menschenbild und der Grundhaltung eines Unternehmens gegenüber den Mitarbeitenden (Cernavin, 2007) zusammen. Wenn eine Organisationskultur wenig wertschätzend ist, ist es für Führungskräfte schwierig(er) Wertschätzung glaubhaft zu leben und zu fördern.

Im Rahmen des bevorstehenden Fachkräftemangels wird mehr denn je deutlich, dass Mitarbeitende das wertvollste Kapital eines Unternehmens sind. Um diesen Wert auf allen Ebenen adäquat zu schätzen, bedarf es noch weiterer Forschung mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie beispielsweise die Rolle der Persönlichkeitsmerkmale der Mitarbeitenden oder der Vorgesetzten, denn nicht alle Mitarbeitenden erleben das gleiche (Führungs-)Verhalten als Wertschätzung. Doch auch auf dem Gebiet der Effekte von wertschätzenden Verhalten, mit Fokus auf Kennzahlen wie Krankenstand oder Umsatz, fehlt es an wissenschaftlichen Studien.

Das Projekt PflegeWert hat im Rahmen der Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ im Bereich der stationären Altenpflege ver-

schiedene Wertschätzungsebenen identifiziert und passende Handlungsanregungen entwickelt und erprobt, mit dem Ziel, die Wertschätzung (in) der Pflege zu steigern. Inwieweit einzelne Handlungsanregungen, wie beispielsweise das „Seminar: Wertschätzend Führen“ das Geben und Nehmen von Wertschätzung im Berufsalltag steigern, kann zu diesem Zeitpunkt nicht eindeutig beantwortet werden, doch die ersten Ergebnisse dieser und anderer Handlungsanregungen zeigen, dass das Thema mehr und mehr in das Bewusstsein der Pflegenden auf allen Hierarchieebenen rückt. Gleichzeitig kann festgehalten werden, dass einzelne Maßnahmen das Erleben von Wertschätzung nur steigern können, wenn sie zur jeweiligen Unternehmenskultur passen und glaubhaft und unter Beteiligung der Mitarbeitenden implementiert werden.

## Literatur

- Cernavin, O. (2007). Wertschätzung als Produktivitätsfaktor. In: D. Streich & D. Wahl, (Hrsg.), *Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt* (S. 51-62). Frankfurt a. M.: Campus.
- Fischbach, A., Wagner, C. M., Decker, C. & Boltz, J. (2011). Kundenseitige Wertschätzung erhöhen und nutzen – Entwicklung und erster Praxistest des Kunden-Feedback-Tools TEK. In: K. G. Ciesinger, A. Fischbach, R. Klatt, & H. Neuendorff (Hrsg.), *Berufe im Schatten*. Berlin: LIT.
- Fuchs-Frohnhofer, P., Sell, R. (2003). „Spielend“ Probleme im Team lösen. In: K. Henning & G. Strina (Hrsg.) *Planspiele in der betrieblichen Anwendung* (S. 25-33). Aachen: Shaker Verlag.
- Gouthier, M. (2005). Produzentenstolz bei Dienstleistungen: Motivationsfaktor und Innovationsressource. Zugriff am 12.12.2011 [http://www.fes.de/wiso/pdf/dienstleistung/2005/Pro\\_tokoll\\_231105.pdf](http://www.fes.de/wiso/pdf/dienstleistung/2005/Pro_tokoll_231105.pdf)
- Harter, S. (1997). The personal self and social context: Barriers to authenticity. In: R. Ashmore & L. Jussim (Hrsg.), *Self and identity: Fundamental issues*. New York: Oxford University Press.
- Hart, E. L. & Bond, M. (2001). *Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Hatcher, B. J. (Hrsg.), Bleich, M. R., Connolly, C., Davis, K., O’Neil Hewelett, P. & Stokley Hill, K. (2006). *Wisdom at work:*

*The importance of the older and experienced nurse in the workplace.* Zugriff am 13.12.2011: <http://www.rwjf.org/files/publications/other/wisdomatwork.pdf>

Jacobshagen, N. & Semmer, N. K. (2009). Wer schätzt eigentlich wen? Kunden als Quelle der Wertschätzung am Arbeitsplatz. *Wirtschaftspsychologie*, 11 (1), 11-19.

Jacobshagen, N. (2010). *Die Bedeutung von Wertschätzung bei der Arbeit. Entwicklung und Validierung eines innovativen Arbeitsanalyseinstruments zur Erfassung von Wertschätzung.* Zugriff am 12.12.2011: [http://www.service-erfolgreich-gestalten.de/data/2a\\_jacobshagen\\_wertschätzung\\_vorlufig.pdf](http://www.service-erfolgreich-gestalten.de/data/2a_jacobshagen_wertschätzung_vorlufig.pdf)

Kolb, D. A., Rubin, I. M. & McIntire, J. M. (1974). *Organisational Psychology. An Experiential Approach.* New York: Prentice-Hall.

Küpers, W. & Weibler, J. (2005). *Emotionen in Organisationen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Schützwohl, A. (1991). Determinanten von Stolz und Scham. Handlungsergebnis, Erfolgserwartung und Attribution. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 38 (1), 76-93.

Semmer, N. K. & Jacobshagen, N. (2003). Selbstwert und Wertschätzung als Themen in der arbeitspsychologischen Stressforschung. In: K.-C. Hamborg & H. Holling (Hrsg.), *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung* (S. 131-155). Göttingen: Hogrefe.

Tangney, J. P.; Fischer, K. (1995): *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride.* New York: Guilford Publications.

Worliczek, H. & Zechmeister, E. (2009). *Berufsprinzip Mensch sein.* Wien: Goldegg.

## Kontaktadresse

MA & T Sell & Partner GmbH  
Karl-Carstens-Straße 1  
52146 Würselen  
Telefon: 02405 4552-0

## Memorandum

### „Den Wert von Pflegearbeit schätzen“

In der modernen Arbeitswelt ist die Wertschätzung von Beschäftigten eine Schlüsselgröße für Innovation, Dienstleistungsqualität, wirtschaftlichen Erfolg und die Zufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten. Vor allem im Dienstleistungssektor, in dem in Deutschland mittlerweile drei Viertel der Erwerbstätigen arbeiten, driften aber gesellschaftliche Bedeutung und gesellschaftliche Wertschätzung der Arbeit auseinander, z. B. bei Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen, im Gastgewerbe und Einzelhandel, bei Reinigungs- und Sicherheitsdienstleistungen und in Verwaltungen. In wesentlichen Bereichen des Dienstleistungssektors ist festzustellen: Eine hinreichende Wertschätzung der Arbeit findet nicht statt.

Die Folgen sind dramatisch: Ganze Branchen leiden aufgrund mangelnder gesellschaftlicher und unternehmensinterner Anerkennung an Fachkräftemangel, hoher Fluktuation und am schwachen Marktwert ihrer Dienstleistungen. Die Erbringung von Pflegefacharbeit findet unter zunehmend restriktiven Bedingungen statt. Die Beschäftigten müssen in ihrer Arbeitszeit mit weniger Personal immer mehr Aufgaben bewältigen. Durch die steigende Arbeitsbelastung fühlen sich die Pflegenden immer weniger in der Lage, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten. Nicht zuletzt folgen aus der physischen und psychischen Belastung gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zum Burnout. Darüber hinaus beziehen die Beschäftigten oftmals eine zu geringe Entlohnung.

Als Folge der beschriebenen Entwicklungen droht der Verlust der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit ganzer Wirtschaftsbereiche. Dienstleistungsqualität hat eine wesentliche Grundlage in der Wertschätzung und Anerkennung der Beschäftigten. Dienstleistungen sind für die Gesellschaft und ihren Zusammenhalt von großer Bedeutung. Konkrete Initiativen sind erforderlich, um sie zu einem attraktiven und auskömmlichen Beschäftigungsbereich zu entwickeln.

Um eine solche gemeinsame Initiative, die auf eine verbesserte Wertschätzung von Pflegearbeit und eine höhere Anerkennung von Beschäftigten im Dienstleistungsbereich Altenpflege abzielt, bemühen sich folgende vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekte:

*BiS – Berufe im Schatten*

*DL-Quali – Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit*

*PflegeWert – Wertschätzung und Produzentenstolz in der Altenpflege*

*PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit*

*ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung*

#### Die zentralen Thesen und Ergebnisse der Projekte:

- Die Beschäftigten in der Pflege erleben eine hohe **Arbeitsbelastung**, die ihre Gesundheit oftmals beeinträchtigt. Als Belastung erlebt werden vor allem der hohe Zeitdruck, die große Arbeitsintensität und der Druck zu immer größerer Effizienz. Die Beschäftigten geraten zunehmend in Konflikt mit dem Anspruch, die pflegebedürftigen Menschen optimal zu versorgen und sich ihnen stärker zuwenden zu können.
- Auf der anderen Seite schätzen die Pflegenden ihre Arbeit, die für sie eine sinnvolle und **wichtige Tätigkeit** darstellt. In einer beispielhaften Untersuchung halten 92,4 % der befragten Pflegenden ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße für sinnvoll; 89,4 % haben das Gefühl, dass ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße wichtig ist. Dementsprechend erfüllt es 79,1% in einem (sehr) hohen Maße mit Stolz, in der Altenpflege tätig zu sein.<sup>1</sup>
- Wertschätzung erweist sich als individuell konstruiert und entsteht in einem dialogischen Prozess, der in eine **Wertschätzungskultur** im Unternehmen eingebettet sein muss. Die Generierung von Wertschätzung gelingt nur dann, wenn gemeinsame Qualitäts- und Erfolgskriterien existieren und als Maßstab angelegt werden. Führungskräfte haben diesbezüglich eine Schlüsselposition und eine besondere Verantwortung.
- Um das hohe **Anspruchsniveau** und die Komplexität von Pflegearbeit sichtbar und nach außen darstellbar zu machen und in der Wahrnehmung von Kunden, Angehörigen und Professionellen sowie in der Gesellschaft insgesamt zu verankern, ist die Versprachlichung der spezifischen Leistungen und Qualitäten von pflegerischer Interaktionsarbeit eine unverzichtbare Voraussetzung.

<sup>1</sup> Ergebnisse einer aktuellen Erhebung, die psychische und physische Arbeitsbeanspruchung von Mitarbeiter/-innen in der stationären Altenpflege im Projekt PflegeWert mittels des Copenhagen Psychosozial Questionnaire (COPSOQ) und ergänzender pflegespezifische Fragestellungen erhebt. 1.069 verteilte Fragebögen wurden von 343 in Altenheimen tätigen Personen, davon 237 in der Pflege arbeitend, beantwortet.



- Die **gesellschaftliche Wertschätzung** hat für Pflegende eine hohe Bedeutung; hier klaffen jedoch öffentliche Berichterstattung und private Meinung deutlich auseinander. Politische Bestrebungen, qualifizierte Pflegekräfte durch Laien und angelernte Kräfte zu substituieren und eine skandalisierende Berichterstattung in den Medien prägen die öffentliche Wahrnehmung des Pflegeberufes. Interessanterweise ist die Alten- und Krankenpflege in den Augen der Bevölkerungsmehrheit aber keine „Jedermann-Tätigkeit“. Dies wurde in einer aktuellen, repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt.<sup>2</sup> Nur 2 % meinen: „Altenpflege, das kann jeder“. Damit erteilen die Befragten den Versuchen, gering Qualifizierte in großer Zahl in die Altenpflege einzubeziehen, eine Absage. Für die große Mehrheit sind Altenpfleger/-innen eine gesellschaftlich wichtige Berufsgruppe mit hoher Wertschätzung und Kompetenzerwartung.
- Offensichtlich spielt die negative **Medienberichterstattung** im Wertschätzungserleben der Beschäftigten eine viel größere Rolle als die tatsächliche Meinung der Bevölkerung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen erleben es in besonderer Weise als wertschätzend, wenn ihre Einrichtung sich engagiert, pflegerische Arbeit in der medialen Öffentlichkeit positiv darzustellen. Pflegekräfte erkennen es an, wenn der Träger es sich zur Aufgabe macht, Diskussionen in der örtlichen Presse und Politik positiv zu beeinflussen.
- Dem Ansehen des Berufes folgt das **Ansehen von Einrichtungen** der Altenpflege selbst nicht. Nur jeder 5. Befragte der angeführten repräsentativen Studie ist der Auffassung, dass Altenheime ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießen. Dies verweist dabei in den Augen der Bevölkerung auf arbeitsorganisatorische Mängel, die zu schlechten Arbeitsbedingungen führen, nicht zuletzt aber auch auf die finanzielle Unterausstattung dieser Dienstleistungsbereiche. Nur jeder 20. sieht in den Pflegeeinrichtungen genügend Zeit für die Betreuung und Versorgung. Und neun von zehn Befragten sind der Auffassung, dass für Altenpflege zu wenig Geld zur Verfügung steht.<sup>3</sup>
- Für **Anerkennung** von außen und **Stolz** auf die eigene Leistung gibt es angesichts der wahrgenommenen schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege einen besonderen Bedarf: *Wer unter so schwierigen Bedingungen eine so wichtige Arbeit noch einigermaßen würdig gestaltet, der verdient Anerkennung und Respekt.* Er muss dabei allerdings auch zahlreiche Opfer in Kauf nehmen.
- Im Rahmen einer Beschäftigtenbefragung<sup>4</sup> wurde ermittelt, dass für 71,3 % der Pflegenden ihre Arbeitsstelle eine (sehr) große persönliche Bedeutung hat. 69,2 % möchten, wenn ihr Gesundheitszustand es zulässt, den Beruf bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben.<sup>5</sup> Doch die „Performance“ des Unternehmens, d.h. die **Dienstleistungsqualität**, hat einen großen Einfluss auf das Erleben von Freude und Stolz bei der Arbeit. Durch hohe Dienstleistungsqualität kann jede Einrichtung Freude und Stolz ihrer Mitarbeitenden fördern.<sup>6</sup>

Aus diesen Ergebnissen leiten die BMBF-geförderten Forschungsprojekte folgende Forderungen an Politik und Gesellschaft, Verbände und Unternehmen ab:

1. Politik und Gesellschaft sind gefordert, durch geeignete Maßnahmen für eine bessere Ressourcenausstattung der Pflege zu sorgen. Für eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsqualität benötigen die Pflegerinnen und Pfleger insbesondere eine bessere finanzielle Ausstattung, die für mehr Personal, eine bessere Qualifizierung sowie eine höhere Entlohnung genutzt werden kann. Zur nachhaltigen Sicherung der Pflege- und Versorgungsqualität sollte die berufliche Autonomie der Pflegeberufe gestärkt werden, indem beispielsweise eine Verordnungsfähigkeit für Pflegeleistungen und Hilfsmittel durch Pflegekräfte geschaffen oder die berufliche Selbstverwaltung etabliert wird.
2. Dies entlässt die Einrichtungen nicht aus der Verantwortung, durch arbeitsorganisatorische Verbesserungen und Innovationen, durch neue Karrierepfade und bessere Bezahlung die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten ihrerseits zu verbessern und dadurch auch Wertschätzung und Anerkennung für ihre Pflegekräfte zu dokumentieren. Es ist Aufgabe des Managements, eine vertrauensbasierte Führungskultur zu etablieren, die aufbauend auf einer klaren Informations- und Kommunikationsstruktur die Wertschätzung für die Mitarbeiter/-innen auf allen Ebenen fördert.
3. Die Einrichtungen der Pflege sind gefordert, für ein besseres „Selbstmarketing“ zu sorgen und so auch die mediale Öffentlichkeit für differenzierte statt skandalisierte Darstellungen des Pflegealltages in Deutschland zu gewinnen.
4. Pflege ist keine „Jedermann-Tätigkeit“: Alle Akteure rund um den Dienstleistungssektor Pflege sind gehalten, der Professionalität der Beschäftigten eine angemessene Wertschätzung entgegenzubringen.
5. Aktuell dominiert in der Selbstwahrnehmung der Beschäftigten (noch) die Auffassung: *Unsere Arbeit ist wichtig, sinnvoll und wir sind stolz auf das, was wir leisten.* Diesen „Kredit“ sollten Einrichtungen und Verbände, Politik und Gesellschaft nicht leichtfertig durch Maßnahmen verspielen, die offensichtlich eher auf Kosteneffizienz statt auf Qualität abzielen. Denn nur, wer die Beschäftigten wertschätzt, legt die Grundlage für eine gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland.

<sup>2</sup> Befragt wurden 2.528 Bundesbürger ab 14 Jahre; Erhebungszeitraum: Mai/Juni 2010. Projekt „Berufe im Schatten“.

<sup>3</sup> Siehe Anmerkung 2.

<sup>4</sup> Projekt PflegeWert, siehe oben.

<sup>5</sup> Zum Vergleich: In der IT-Branche sind dies nach Ergebnissen des BMBF-Projektes pragdis nur ca. 38 %.

<sup>6</sup> Projekt PIA.

Das Memorandum wurde erarbeitet durch die Projekte der Arbeitsgruppe „Wertschätzung in der Pflege“ im Rahmen des Förderschwerpunkts „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Europäische Union, Europäischer Sozialfonds.

Der Förderschwerpunkt wird betreut durch den Projektträger im DLR „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen“ und unterstützt durch das Metaprojekt ServProf.

