

Erwerbsminderungs-
renten in der
Krankenpflege

Erklärungsansätze und
Handlungs-
empfehlungen

Autorin:

Laura Schröer

Auf den Punkt

- Die vorliegende Studie untersuchte individuelle und gesellschaftliche Einflussfaktoren auf Erwerbsminderungsrenten in der stationären Pflege.
- Bei der empirischen Datenanalyse zeigte sich, dass gut qualifizierte Pflegekräfte ein deutlich höheres Risiko der Frühberentung tragen als Pflegehelfer/innen.
- Eine wesentliche Ursache für die Inanspruchnahme von EM-Renten in der Pflege liegt im Konflikt der Beschäftigten – zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen.
- Zudem zeigte sich, dass bestehende Rehabilitationsmaßnahmen stärker berufsorientiert und präventiv ausgerichtet sein sollten, um Weiterbeschäftigung zu ermöglichen und Erwerbsminderungsrenten in der Pflege zu vermeiden.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

Einleitung

In der arbeitswissenschaftlichen Forschung¹ findet derzeit eine Debatte über den Wandel der Arbeitswelt und die „Zukunft der Arbeit“ statt. In diesem Rahmen stellen Pflegeberufe einen sogenannten „Zukunftsberuf“ dar, da sie von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen wie dem demografischen Wandel besonders betroffen sind und sein werden (Isfort, M. (2013): 1081). Volkswirtschaftlich wird ein steigender Bedarf an Pflegekräften in Folge einer gestiegenen Nachfrage prognostiziert.

Zeitgleich zu dieser Diskussion zeigen aber aktuelle Forschungsergebnisse, dass das Erwerbskräftepotential der Pflegekräfte bereits heute nicht ausreichen wird, um die benötigten Stellen zukünftig zu besetzen. Eine weitere Minimierung des pflegerischen Erwerbskräftepotentials liegt in dem hohen Risiko der Frühberentung, welches die Beschäftigten der stationären Pflege aufweisen. Gerade in körperlich- und/oder psychisch belastenden Berufen, bspw. in der stationären Krankenpflege, stellt die Arbeit bis zum regulären Renteneintritt eine Herausforderung für Beschäftigte und Organisation dar (Hasselhorn, H.M./ Müller, B./ Tackenberg, P. et al (2005): 5).

Daher ist die zentrale Frage, wie es gelingt die Beschäftigungsdauer von Pflegekräften zu steigern, damit die Versorgung der steigenden Anzahl von multimorbiden Patient(inn)en sichergestellt werden kann. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Bedarfs an medizinischer Versorgung und zugleich sinkenden Angebots an Erwerbspersonen fragt die vorliegende Studie: *Wodurch wird die Motivation und die Möglichkeit von Pflegekräften beeinflusst, bis zum Rentenalter im Beruf tätig zu bleiben?*

Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) erhalten Personen, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch wenige Stunden am Tag oder gar nicht mehr arbeiten können (§ 43 SGB VI). Im Jahr 2014 bezogen branchenübergreifend in Deutschland ca. 1,7 Mio. Personen eine gesetzliche EM-Rente. Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation der EM-Rente vorgeschaltet. Verantwortlicher Akteur ist die deutsche Rentenversicherung, welche per Gesetzauftrag das Ziel verfolgt, den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch entsprechende Maßnahmen sicherzustellen.

Wichtiger Faktor um bis zum Rentenalter arbeiten zu können ist die Gesundheit der Beschäftigten, welche durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Da aber Beschäftigte in der gleichen Arbeitsumgebung individuell auf Belastungen reagieren und diese unterschiedlich verarbeiten können, ist es unerlässlich die individuelle Ebene im Kontext einer Ursachenanalyse von

¹ Dieser Beitrag fasst Ergebnisse einer Masterarbeit zusammen, die unter dem Titel „Gesellschaftliche Relevanz von Erwerbsminderungsrenten in der stationären Krankenpflege“ von Laura Schröer an der Ruhr-Universität Bochum vorgelegt wurde.

EM-Renten ergänzend zu berücksichtigen. Auf der Individualebene gilt neben der Gesundheit die Motivation zur Erwerbsteilhabe als eine wichtige Einflussgröße bei der Beschäftigung bis zum Renteneintritt (Hasselhorn, H. M./ Rauch, A. (2013): 344). Die Motivation wird sowohl durch die finanzielle Notwendigkeit zur Erwerbsarbeit als auch durch den Glauben in die Sinnhaftigkeit des Berufes beeinflusst.



Abbildung 1: Hypothesen zu den Einflussfaktoren auf EM-Renten in der stationären Krankenpflege

Eine Besonderheit des Pflegeberufes ist die Zusammensetzung der Beschäftigungsstruktur. Die stationäre Krankenpflege gilt, mit 86% weiblich Beschäftigten, als typischer „Frauenberuf“. In der empirischen Forschung wird davon ausgegangen, dass bei weiblichen Beschäftigten geschlechtsspezifische und alterstypische Risikofaktoren des frühzeitigen Frühaustritts kumulieren (Zimmer, B./ Leve, V./ Naegele, G. (2010): 712).

Um die Ursachen und die Relevanz von EM-Renten in der stationären Krankenpflege zu erforschen, wurde mit einem zweistufigen Verfahren gearbeitet. Kenntnis über soziostrukturelle Informationen von EM-Bezieher/innen und Rehabilitanden lieferte die Analyse von zwei Datensätzen der Rentenversicherung. Im qualitativen Forschungsteil wurden individuelle Motivlagen, unter Bezugnahme auf vier Forschungshypothesen, analysiert.

Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes

Historisch wurde der Pflegeberuf erstmals zu Zeiten der Christianisierung dokumentiert und war ursprünglich eher als Berufung und weniger als Beruf zur Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes konzipiert. Als klassisches Beschäftigungsfeld von bürgerlichen Ehefrauen war weniger die fachliche Kompetenz zur Berufsausübung ausschlaggebend, sondern die „traditionelle Weiblichkeit“ bei der Berufswahl entscheidend (Dunkel, W. (1994): 27).

In der modernen Gesellschaft, vor dem Hintergrund der Behandlung und Bewältigung von chronischer Krankheit und zunehmender institutioneller Pflegebedürftigkeit, hat die Pflegear-

beit eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung. Pflege umfasst heute die Versorgung und Betreuung von Patient(inn)en, erbringt nicht nur kompensatorische, sondern auch präventive, kurative, rehabilitative und palliative Leistungen für die Bevölkerung. Die Berufsorientierung vieler Pflegekräfte ist die grundlegende Sorge um das Wohlergehen der Patient(inn)en, Heilung gilt als angestrebtes Berufsziel.

Pflegearbeit findet aber aufgrund ihrer historischen Entstehungsgeschichte noch häufig im „Schatten der Mediziner/innen“ statt und erfährt im Vergleich zur Medizin eine geringere gesellschaftliche und vor allem monetäre Wertschätzung. Die Entscheidungsmacht und Weisungsbefugnis in pflegerischen Fragen liegt in den Händen der ärztlichen Profession (Benedix, U./ Medjedovic, I. (2014): 2).

Die Krankenstände, gemessen in AU-Tagen, sind bei Pflegekräften im Vergleich zum dem Krankheitsdurchschnitt von allen Beschäftigten erhöht. Während die durchschnittliche AU-Dauer für alle Beschäftigten im Jahr 2012 bei 13,7 lag, waren Beschäftigte in der Krankenpflege und Geburtshilfe mit durchschnittlich 19,6 Tagen deutlich länger arbeitsunfähig (TK Gesundheitsreport (2013): 26). Das Berufsfeld selbst weist geschlechtsspezifische Unterschiede auf: Pfleger waren im Berichtsjahr durchschnittlich 15,7 Tage arbeitsunfähig, Pflegerinnen wiesen mit 20,4 Tagen eine fast 5% höhere AU-Dauer auf (ebd.). Diese geschlechtsspezifische Differenz könnte auf eine höhere Belastung im familiären Bereich zurückgeführt werden.

Quantitative Analyse von Versicherungsdaten

Die quantitative Analyse basiert auf zwei Datensätzen aus dem Jahre 2013, welche durch das Forschungsdatenzentrum der deutschen Rentenversicherung zur Verfügung gestellt wurden.

Zum einem wurde der Datensatz „Aktiv Versicherte“ (SUF AKVS13XVSBB) verwendet, um zu untersuchen, ob Pflegekräfte besonders von EM-Renten betroffen sind. Hierzu wurde ein berufsbezogener Vergleich der Neuzugänge zu EM-Renten vorgenommen. Die Analysen zeigten bei der Betrachtung der Berufe auf fünfstelliger Ebene trotz der kleinen Fallzahlen eine ungleiche Verteilung der EM-Renten hinsichtlich des Qualifikationsniveaus. Personal in der Krankenpflege ohne weitere Spezialisierung ist deutlich stärker von der EM-Rente betroffen als Helfer/innen oder Mitarbeiter/innen mit einer Spezialisierung.

Zweitens wurden mit dem Querschnittsdatsatz „Abgeschlossene Rehabilitation“ (SUF RSDQJ13B) Unterschiede in der Population der Rehabilitanden aus dem Pflegesektor im Vergleich zur allgemeinen Erwerbsbevölkerung dargestellt:

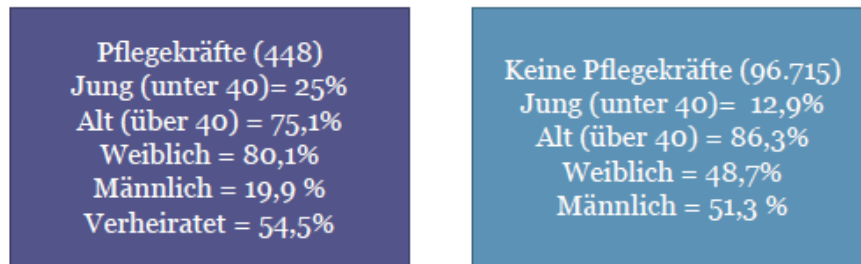


Abbildung 2: Darstellung der Stichprobe der Rehabilitanden (Quelle: SUFRSDQJ13B)

Bei der Betrachtung der Altersverteilung der Rehabilitanden zeigte sich, dass der Anteil der unter 40-jährigen in der Berufsgruppe der Pflegekräfte deutlich höher liegt – d.h. Pflegekräfte früher eine Rehabilitationsleistung beanspruchen müssen.

Die häufigsten Diagnosen, welche zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme führten, lagen bei den Pflegekräften im Bereich der psychischen Erkrankungen, sowie der Muskel-Skeletterkrankungen. Da die ICD10 Diagnosen im Rahmen der Erhebung der deutschen Rentenversicherung bis auf Vierstelliger-Ebene erhoben wurden, sind die Fallzahlen jeder Diagnose-Untergruppe gering. Daher beschränken sich die weiteren Analysen auf zwei Hauptgruppen, die F-Diagnosen (psychische Erkrankungen) und M-Diagnosen (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems), welche aus deren Unterkategorien gebildet wurden. Zusammengefasst beträgt der Anteil der Pflegekräfte, welcher aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Rehabilitationsmaßnahme benötigte 32%; 40,2% (n=268) entfielen in den Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Weiterhin wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitsfähigkeit und der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Pflegekräfte ($p=.000$) festgestellt. Das Merkmal Arbeitsfähigkeit bezieht sich auf den Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik und berücksichtigt die Anforderungen der letzten Erwerbstätigkeit, welche vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ausgeübt wurde. Bei dem Vergleich der Stichprobe der Pflegekräfte mit den anderen Rehabilitanden zeigte sich ein Alterseffekt: Dies bedeutet, dass prozentual gesehen das EM-Risiko jüngerer Pflegekräfte im Anschluss an die Rehabilitation erhöht ist. Absolut gesehen gibt es allerdings mehr mögliche EM-Rentenbezieher in der Altersklasse der über 40-Jährigen, da diese Altersgruppe den Großteil (75%) der Fallzahlen ausmacht. Dies bedeutet, dass die Pflegekräfte, im Verhältnis zu den anderen Berufsgruppen, schon früher berufsunfähig sind. Dies kann auf die hohe Arbeitsbelastung dieser Berufsgruppe zurückgeführt werden.

Pflegekräfte mit einer psychischen Erkrankung (n=143) waren vor der Rehabilitationsmaßnahme überdurchschnittlich lange arbeitsunfähig. Der Anteil der langzeiterkrankten Pflegekräfte (AU > 6 Monate) mit der Erstdiagnose Depression (n=80) beträgt 40%. Die Unterschiede bei der Dauer der vorherigen AU nach Art der Erkrankung sind statistisch signifikant ($p: 0,003$).

Qualitative Interviews Sampling

Die qualitativen Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit basieren auf qualitativen Interviews mit 25 Personen, welche in unterschiedlichen Arbeitskontexten mit EM-Renten in der Pflege konfrontiert sind. Qualitative Interviews wurden mit Personen aus folgenden Bereichen geführt:

- Block A: Pflegekräfte, welche sich in EM-Rente befinden (n=3; Abkürzung: EM 1-3)
- Block B: Aktiv beschäftigte Pflegekräfte über 50 Jahre (n=4; Abkürzung: P1-4)
- Block C: Expert(inn)en der Sozialversicherung (BGW, GKV, DRV), Wissenschaft und Rentenberater (n=9)

Abkürzungen: W1-3 = Wissenschaftlerinnen der Arbeitsmarktpolitik, Gender und Gesundheitswirtschaft z. T. mit pflegerischer Ausbildung; BGW = Mitarbeitende der Berufsgenossenschaft mit Schwerpunkt Rehabilitation oder psychische Gesundheit; GKV = Mitarbeiter einer gesetzlichen Krankenkasse; DRV = Mitarbeiter der deutschen Rentenversicherung Bund; RB1-2 = Rentenberater mit Klienten aus dem Pflegebereich

- Block D: Akteure des Krankenhauses, welche im Rahmen ihres Arbeitsprozesses mit EM-Renten konfrontiert sind/waren (n=9).

Abkürzungen: PV = Personalverantwortlicher; PD1-3 = Pflegedirektoren; SV = Schwerbehindertenvertretung; BA = Betriebsärztin, Reha = Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin; PQ = Pflege- und Qualitätsmanagerin; PR = Mitglied des Pflegepräsidiums

Forschungshypothesen (A-D)

A. EM-Renten in der Pflege lassen sich durch das Ungleichgewicht von Leistungsanforderungen und Gratifikationen erklären (Mirko-Ebene)

Das Gratifikationskrisenmodell nach Siegrist (1996) erklärt die Entstehung von Stress aus dem Ungleichgewicht zwischen dem individuellen Leistungseinsatz und der zu erwartenden Gratifikation (Siegrist, J. (1996): 29). Grundannahme des Modells ist das Prinzip der sozialen Reziprozität, welches den wechselseitigen Austausch des Gebens und Nehmens in sozialen Beziehungen beschreibt. Aufwand („Leistung“) und Nutzen („Gratifikation“) müssen also immer in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Die Komponente „Leistung“ bezeichnet potentielle Stressoren im Sinne von Leistungsanforderungen, die aus den Tätigkeitsmerkmalen hervorgehen. Als Beispiel hierfür sind Zeitdruck, häufige Unterbrechungen, hohe Verantwortung und Überstunden zu nennen. Beispielhafte Gratifikationen sind: Lohnzahlungen, Arbeitsplatzsicherheit, beruflicher Aufstieg sowie Achtung/Wertschätzung.

Unter Berücksichtigung der Annahmen der Gratifikationskrisentheorie wurde festgestellt, dass die Leistungsanforderungen der Pflegekräfte sehr hoch sind. Gemäß den Annahmen des Modells müssten ausreichende Kompensationen durch entsprechend hohe Belohnungen erfolgen, wenn das System nicht in ein Ungleichgewicht geraten soll. Eine mögliche Kompensation wäre das Einkommen. Dieses wird durch das TVöD BT-K geregelt und weist eine große Spannweite auf. Es variiert nach Art der Ausbildung, Dienstzeit, Erfahrung im Beruf und zusätzlich erworbenen Qualifikationen. Durchschnittlich verdienen Beschäftigte in den Pflegeberufen bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38 Stunden im Krankenhaus 2.753 Euro (Bispinck, R./ Dribbusch, H./ Öz, F./ Stoll, E. (2013): 6). Die Höhe des Gehaltes kann auch nach Einschätzung der Expert(inn)en als Anerkennung einer beruflichen Leistung betrachtet werden. Folgendermaßen geht mit einem niedrigen Einkommen eine geringere gesellschaftliche Wertschätzung einher. Die empirische Forschung besagt außerdem, dass Arbeitsbedingungen, die durch wenig Selbstbestimmung und geringe materielle und ideelle Anerkennung der eigenen Arbeitsleistung gekennzeichnet sind, die Entstehung von Depressionen fördern (Köllner, V./ Tag-Elsir, C./ Freiberg, A./ Lipka-Stöhr, G. (2013): 64). Auch im Rahmen der Gratifikationstheorie gelten Anerkennung und Wertschätzung als wichtige Entlastungsfaktoren. Die Befragten bewerteten das Ausmaß dieser Faktoren für Pflegende als nicht ausreichend.

Eine andere Form der Gratifikation könnte finanzielle Sicherheit in Form von Arbeitsplatzsicherheit sein. Allerdings führe der Stellenabbau im Krankenhaussektor zu einer steigenden Arbeitsplatzunsicherheit und Zukunftsängsten bei den Beschäftigten. Auch der Gratifikationsbereich der Aufstiegs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten weist Defizite auf. Obwohl die Beschäftigten der stationären Krankenpflege viel Engagement bei der Fort- und Weiterbildung zeigen, ist die Verwertbarkeit dieser Anstrengung auf dem Arbeitsmarkt nicht gegeben (Bräutigam, C./ Evans, M./ Hilbert, J./ Öz, F. (2014): 8). Sowohl horizontale Aufstiegsmöglichkeiten als auch Weiterqualifizierungen auf Fachebene gelten als problematisch und führen zur Klassifizierung der Pflege als „Sackgassenberuf“ (Krüger, H. (2001): 520). Die Expert(inn)en stimmten dieser Einschätzung zu und sagten, dass Fachweiterbildungen bspw. in der Entlohnungsstruktur der Krankenhäuser nicht abgebildet würden.

In Anlehnung an das Modell von Siegrist lässt sich für die stationäre Krankenpflege ein Ungleichgewicht zwischen Belohnung und Verausgabung feststellen. Negative Konsequenzen wie Stress, gesundheitliche Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens wie auch ein Verlust von Motivation sind nach dem Modell zu erwartende Folgen. Die Betriebsärztin sieht in diesem Missverhältnis die Grundlage für die Entstehung einer Depression. Die Experten beschrieben in diesem Zusammenhang die Arbeitssituation der Pflegenden als „*Hamsterrad aus Stress*“ (BGW), in deren Rahmen eine gesundheitsförderliche Reflektion der Arbeitsbedingungen schwer falle.

Als besonders belastend empfanden die Befragten der vorliegenden Studie den Zeitdruck, welcher aus der Umstrukturierung der pflegerischen Tätigkeiten unter ökonomischen Aspek-

ten ebenso einhergehend wie die Einschränkung der Autonomie der Pflegekräfte. Der Zeitdruck wird vor allem auf Faktoren der Arbeitsorganisation des Krankenhauses, wie bspw. die doppelte Bettenauslastung, zurückgeführt. Er ermöglicht es den Pflegekräften häufig nicht ihre Arbeit so zu erledigen, wie es ihr persönliches Pflegeverständnis verlangen würde. Dies bedeutet, dass die Krankenhausrealität häufig mit dem Anspruch einer individuellen patientenorientierten Pflegearbeit kollidiert. Bedingt durch die hohe Berufsmotivation versuchen die vorhandenen Pflegekräfte die Personalengpässe durch Mehrarbeit zu kompensieren, was zu einer physischen und psychischen Überforderung und zu einer Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit führen kann.

BGW (R): Dass Viele halt unglücklich sind mit der Tätigkeit, weil sie halt nur noch mit der Stoppuhr rumrennen und nicht mehr so am Menschen sein können, wie sie das eigentlich mal vorhatten, als sie den Job angetreten haben.

EM2: Das war natürlich nicht förderlich für meine Gesundheit, weil irgendwo man ja auch ein Verantwortungsbewusstsein hat und denkt, dass den Leuten ja auch geholfen werden muss. Man kann ja nicht immer sagen „Ne, wir haben keine Leute, Sie kommen morgen oder übermorgen dran“.

Die Bereitschaft der Beschäftigten, trotz dieses Ungleichgewichts die Arbeit hochengagiert auszuführen, wird mit der intrinsischen Arbeitsmotivation der Beschäftigten begründet, welche auf individueller Ebene abbildet, wie mit den Arbeitsanforderungen und hervorgerufenen Belohnungen umgegangen wird. Die Arbeitsmotivation der Pflegekräfte beschreibt der Personalverantwortliche wie folgt:

PV: Und dann kommt hinzu, dass Personen, die Krankenpflege ausüben, auch eine wesentlich höhere intrinsische Motivation und Erwartungshaltung haben, die an der Heilbehandlung erfolgt – jetzt im Vergleich zu anderen Berufsgruppen.

Ein hohes Ausmaß an beruflicher Identifikation kann zunächst als gesundheitsförderliche Ressource betrachtet werden. Allerdings kann diese Ressource unter problematischen Arbeitsbedingungen und bei einer mangelnden Distanzierungsfähigkeit zum Risikofaktor werden. Diese erhöhte Motivation ist nach Experteneinschätzung verantwortlich für die Bereitschaft zur Mehrarbeit durch Überstunden. Dabei wird deutlich, dass die Beschäftigten die Mehrarbeit als Zeichen der Liebe zum Beruf und u.a. als geschlechtsspezifische Fähigkeit identifizieren:

BA: Aber das sind dann eben immer die Pflegekräfte, die einspringen, aufgrund der Verausgabungsneigung. Ich meine die, die dann wirklich viel machen, die sind auch irgendwann erschöpft.

Reha: Dass Pflegekräfte im Betrieb aufgrund ihrer Arbeitsmotivation und Berufsverständnis mit eigener Arbeitsleistung den Personalmangel auffangen versuchen.

EM2: Man muss schon wirklich den Beruf lieben und sich von vorne herein klar sein, dass man im Grunde genommen ein Dienstleister ist, der nicht um 16:00 Uhr seinen Computer ausschalten kann und dann gehen kann. Es sind schon unheimlich viele Situationen, wo Überstunden gemacht werden müssen.

EM3: Und es ist nicht ein reiner Beruf, da ist schon ein bisschen viel Herzblut mit drin. Sie können das auch als Job machen, aber dann läuft das nicht. Die Leute, die ihren Job ernst nehmen, die haben ein höheres Anspruchsdenken und ein schwächeres Rückgrat.

P2: Ja, man muss wirklich für die Sache brennen - ohne diese innere Berufsmotivation kann man das wahrscheinlich nicht lange durchhalten.

Die dargestellten Interviewausschnitte beschreiben die „übersteigerte Verausgabungsneigung“ von Pflegekräften, welche nach Siegrist ursächlich ist für die Inkaufnahme eines negativen Verhältnisses von Gratifikationen und Leistungsanforderungen. Nach Aussagen der Pflegedirektoren verbinden viele Pflegekräfte mit der „Berufung“ auch die Selbstaufgabe. Der Perso-

nalverantwortliche beschrieb die Bereitschaft der Pflegenden zur Arbeit über die eigenen Leistungsgrenzen als „Selbstkasteiung“. Die Beantragung einer EM-Rente kann somit eine Lösung sein, um diesem Stress, welcher zusätzlich mit einem geringen Lohn einhergeht, zu entkommen.

B. Durch den demografischen Wandel und die Ökonomisierung werden die EM Zahlen zunehmen (Makro-Ebene)

Im Pflegebereich wirkt sich der demografische Wandel in zweifacher Weise auf die Personalplanung von Krankenhäusern aus. Zum einen führt er zu einer Verringerung und Alterung der zur Verfügung stehenden Fachkräfte und zum anderen auf der Nachfrageseite zu einem veränderten Bedarf, welcher aus der Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft resultiert. Die Veränderung der Patient(inn)enstruktur zeichnet sich durch eine Zunahme von chronisch degenerativen Erkrankungen und multimorbiden Patient(inn)en aus, da das Alter der Patient(inn)en sehr stark mit dem individuellen Pflege- und Krankheitsrisiko korreliert (Ostwald, D./ Ehrhard, T./ Bruntsch, F./ Schmidt, H./ Friedl, C. (2010): 24). Daher ist sowohl qualitativ als auch quantitativ von einer Zunahme des medizinischen Versorgungsbedarfes auszugehen.

Zugleich unterliegen auch die Pflegekräfte selbst den gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, was impliziert, dass nicht nur die Gesamtbevölkerung im Zuge der demografischen Entwicklung altert, sondern auch innerhalb der Pflegebranche die Anzahl der älteren Beschäftigten. Die Arbeitslast in der Pflege muss in Zukunft also zu einem großen Teil von Beschäftigten mit einem Alter von über 50 Jahren getragen werden, welche eventuell selbst altersbedingt gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Fraglich ist, wie sich die Alterung der Belegschaft und die Leistungsverdichtung durch den veränderten Bedarf auf die Beantragungszahlen von EM-Renten auswirken werden. Es wurde daher die These aufgestellt, dass die EM-Renten in der stationären Krankenpflege durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens beeinflusst wurden und dass es im Zuge des demografischen Wandels zu einer Erhöhung der Fallzahlen kommt.

Durch die „Gesundheitsreform 2000“ und insbesondere durch die Einführung des § 17b in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), welches eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein pauschalierendes Entgeltsystem als Basis sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRG-System) bewirkte, veränderten sich die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Dilcher, B. (2013): 11). Es entstand für Krankenhäuser ein Anreiz, Behandlungen schneller durchzuführen um kostendeckend zu wirtschaften.

Die im Krankenhaus beschäftigten Expert(inn)en (Sample B und D), bestätigten den großen Einfluss der Ökonomisierung und des demografischen Wandels auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und kritisierten vor allem die dadurch entstandene Personalknappheit und die Fallzahlsteigerungen pro Pflegekraft. In der Verantwortung sahen sie vor allem die Politik, wel-

che durch eine Erhöhung des Personalschlüssels durch bessere Arbeitsbedingungen sorgen und somit zur Senkung der EM-Renten beitragen könnte.

Der Personalverantwortliche beschrieb die Arbeitssituation der Pflegekräfte, bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,8 Tagen, als „Rush-Hour rund-um-die-Uhr“ (PV). Ein Pflegedirektor sprach von einer "systembedingten Überforderung der Mitarbeitenden durch die Personalknappheit". Pflege hat sich im Zuge der Ökonomisierung zu einer betriebswirtschaftlichen Größe gewandelt, die sich rechnen muss. Am Ende dieser Kalkulationskette stehen dann frühzeitige Berufsaustritte des Pflegepersonals, bedingt durch eine zu hohe Arbeitsbelastung.

PV: Wir kriegen – im Schnitt eine Kostensteigerung im Personalbereich von 4-5 % pro Jahr. Alleine nur durch strukturelle Veränderungen.[..] Das bedeutet, wir haben immer höhere Kosten, die wir bedienen müssen. Bei marginal steigendem Budget [...]und das geht nur durch Arbeitsverdichtung, durch Umschichtung der Arbeit, Veränderungsmanagement und das geht auf die Psyche – klar.

P4: Nur mit weniger Personal können Sie die Leistung, die von ihnen erwartet wird irgendwann nicht mehr bringen. Und dann werden die Leute, die eigentlich in 10 Jahren wegbrechen, vielleicht schon in 5-6 Jahren wegbrechen und dann haben wir ein Problem.

Ein Pflegedirektor sagte, dass im Krankenhausbetrieb bei der knappen Personalausstattung keine Rücksicht auf leistungsgeminderte Mitarbeitende genommen werden kann, vielmehr gelte das Prinzip: „Wer da ist, der ist da und der muss im Prinzip dann auch seine Leistung bringen. Weil es gibt ja keine Gegenkompensation zu dieser Leistungsminderung.“ (PD2)

Die Erhöhung der Altersgrenze für den Renteneintritt wurde von den Expert(inn)en kritisiert. Sie gehen uneingeschränkt davon aus, dass eine Erwerbstätigkeit bis zum Alter von 67 Jahren für Pflegekräfte, aufgrund der Arbeitsbelastung, nicht machbar sei. Im Zuge des demografischen Wandels und der Ökonomisierung wird daher von einem Anstieg der EM-Renten im Tätigkeitsfeld der stationären Krankenpflege ausgegangen.

C. Arbeitsmarktlage und Versorgungsdefizite begünstigen das hohe Aufkommen von EM-Renten in der stationären Krankenpflege (Meso-Ebene)

Wenn man die Prävention von EM-Renten als volkswirtschaftliche und politische Aufgabe interpretiert, die unerlässlich ist, um die Versorgung einer steigenden Anzahl an Patient(inn)en zu gewährleisten, dann lassen sich der Arbeitsmarkt und die Versorgung als Ebenen verstehen, auf welchen die Option staatlicher Regulierung existiert. Daher wurden auf dieser Analyseebene Schwachstellen identifiziert, um Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Im ersten Schritt wurde der Arbeitsmarkt als ein Verursachungsfaktor analysiert, im zweiten Schritt vorhandene Rehabilitationsmaßnahmen auf deren Wirksamkeit geprüft.

Die Bewertung der Leistungsfähigkeit, welche für die Bewilligung einer EM-Rente entscheidend ist, berücksichtigt neben den gesundheitlichen Faktoren auch die Beschaffenheit möglicher Arbeitsplätze. Im Rahmen der Studie wurde gefragt, ob alter(n)sgerechte Arbeitsplätze im Krankenhaus in ausreichender Form vorhanden sind. Dies impliziert die Einschätzung, ob und in welchem Umfang Umschulungsmöglichkeiten für leistungsgeminderte Pflegekräfte im Kran-

kenhaus zur Verfügung stehen bzw. welche Beschäftigungsmöglichkeiten sich außerhalb des Krankenhauses ergeben. Arbeitsplätze mit geringerer psychischer und physischer Belastung sind im Krankenhaus vermehrt im kaufmännischen Bereich angesiedelt. Hierfür müssen Pflegekräfte aufgrund ihrer medizinisch ausgerichteten Grundausbildung im Falle einer Versetzung - bspw. in den Bereich der Pflegedokumentation - eine Umschulung absolvieren. Die Expert(inn)en gehen davon aus, dass es derzeit nicht genügend altersgerechte Arbeitsplätze gibt, um leistungsgeminderte Pflegekräfte weiter zu beschäftigen. Dabei könnte theoretisch durch eine Umschulung und eine Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz die Weiterarbeit von leistungsgeminderten Pflegekräften realisiert und die Beantragung einer EM-Rente vermieden werden. Das Angebot von solchen Arbeitsplätzen und Umschulungsmöglichkeiten sei geringer, als die Nachfrage (PD2: „*Ich sage es jetzt mal überspitzt – man kann nicht alle ins Archiv stecken, ins EKG oder in die Codierabteilung stecken, das geht einfach nicht*“). Die Größe des jeweiligen Krankenhauses sei dabei entscheidend, inwieweit Versetzungen durch Umschulungen ermöglicht werden können. Ursächlich hierfür seien die auf das Minimum konzipierten Stellenpläne in Folge der Ökonomisierung, unter Umständen noch verschärft durch die Auslagerung von Dienstleistungen auf Fremdfirmen.

Gemäß der Aussage des Personalleiters ist die Finanzierung von Umschulungen durch die Rentenversicherung an eine Übernahmegarantie im jeweiligen Betrieb gekoppelt. Diese Regelung erschwert gerade älteren Beschäftigten einen beruflichen Neuanfang. Ältere Beschäftigte seien nach Aussage des BGW-Mitarbeiters auf einer neuen kaufmännischen Position wegen ihrer langjährigen Betriebszugehörigkeit teurer als Berufsanfänger/innen. Aufgrund der höheren Kosten sei die Wahrscheinlichkeit einer Umschulung von älteren und leistungseingeschränkten Mitarbeitenden gering. Für das jeweilige Krankenhaus und sogar unter Umständen auch für die Krankenversicherung ist das Ausscheiden des Mitarbeiters die preiswertere Lösung, die Kosten trägt dann ein anderer Sozialversicherungszweig – die Rentenversicherung.

Als weiteres Hemmnis der beruflichen Neuorientierung und als Alternativlösung zum Berufsausstieg wurde die Motivation der Beschäftigten zum Berufswechsel genannt. Die Schwerbehindertenbeauftragte beschrieb, dass sie in ihrer Beratungstätigkeit häufig mit der Problematik konfrontiert sei, dass Pflegekräfte sich für keine andere Tätigkeit begeistern ließen. Empirische Erhebungen stützen diese These: Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weisen aufgrund ihrer Berufsüberzeugung eine geringe Berufswechselquote auf (Hall, A. (2012): 17). Dies könnte eine Ursache dafür sein, dass eine Beschäftigung außerhalb des Krankenhauses für viele keine Alternative darstellt und nur der Ausweg in eine EM-Rente bleibt.

Der Arbeitsmarkt kann insofern als Begründung für die Beantragung einer EM-Rente herangezogen werden, da zwar ausreichend (Teilzeit-)Arbeitsplätze zur Verfügung stünden, diese aber derzeit noch nicht mit älteren oder erkrankten Pflegekräften besetzt werden müssen. Die Reduzierung der Arbeitszeit ist im Krankenhaus möglich und durchaus üblich. Allerdings zeigten Untersuchungen, dass es oftmals nur zu einer fiktiven Reduzierung der Stunden auf der Lohn-

abrechnung kommt und Teilzeit häufig mit unbezahlten Überstunden einhergeht (Bispinck, R./ Dribbusch, H./ Öz, F./ Stoll, E. (2013): 22). Auf diese Weise kann keine Entlastung durch Stundenreduktion erreicht werden.

Auf versorgungspolitischer Ebene wurde untersucht, ob die vorhandenen Rehabilitationskonzepte die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ermöglichen können. Die Befragten erwarten, dass sich der Rehabilitationsbedarf im Zuge der demografischen Veränderungen zukünftig erhöhen wird, was mit der Notwendigkeit eines quantitativen und qualitativen Ausbaus von Rehabilitationsmaßnahmen einhergeht. Auf qualitativer Ebene können berufsbezogene und präventive Rehabilitationsangebote eine Strategie sein. Auf quantitativer Ebene fordern die Expert(inn)en einen Ausbau von Therapiemöglichkeiten für psychische Erkrankungen.

Um zu verhindern, dass Rehabilitationsmaßnahmen zu spät in Anspruch genommen werden, sollten die Zugangswege zur Rehabilitation verbessert werden und bei den Beschäftigten eine Anreizstruktur geschaffen werden, freiwillig und frühzeitig Rehabilitationsangebote in Anspruch zu nehmen. Realisierbar wäre dies durch eine zielgerichtete Ansprache entsprechender Akteure (z.B. Betriebsärzte), welche neben der Schwerbehindertenvertretung bei der Selektion geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen beratend fungieren könnten, um Verteilungsprobleme zu verhindern. Die Expert(inn)en beobachten derzeit eine Ineffizienz bei der Verteilung der Rehabilitanden auf die entsprechenden Einrichtungen. Eine schnellere Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten könne, nach Einschätzung der Pflege- und Qualitätsmanagerin, durch eine sprachliche Umbenennung erfolgen. Sie rät dazu das Image von Rehabilitationsmaßnahmen zu optimieren und eine Eingliederung in das betriebliche Gesundheitsmanagement der Krankenhäuser vorzunehmen, um dem mit Rehabilitationsanspruch verbundenem Stigma entgegenzuwirken.

D. Der Familienstand/ Haushaltseinkommen beeinflusst die Wahrscheinlichkeit, dass eine Pflegekraft eine Erwerbsminderungsrente beantragt (Mikro-Ebene)

Neben der Arbeitswelt nehmen die persönliche Lebenssituation und geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen einen Einfluss auf die Motivation einer Erwerbstätigkeit bis zur Regelaltersgrenze. Durch die weiblich dominierte Beschäftigtenstruktur gelten außerberufliche Belastungen bei Pflegekräften als Einflussfaktor für das EM-Risiko. Allgemein wird die Zunahme von weiblichen EM-Rentnerinnen mit der steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen in Kombination mit der Mehrfachbelastung begründet (IQPR (2004): 28). Bei der Messung des Einflusses der Variablen „Familienstand“ und „Kinderanzahl“ auf EM-Renten wurden in empirischen Studien ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt: Bei Männern steigt das Risiko einer EM-Rente, wenn sie alleine und ohne Kinder leben und keine familiären Versorgungsverpflichtungen aufweisen. Bei Frauen hingegen sinkt das Risiko, wenn sie alleinstehend und ohne Kinder sind (Rohm, S./ Richter, D. (2006): 260).

These D

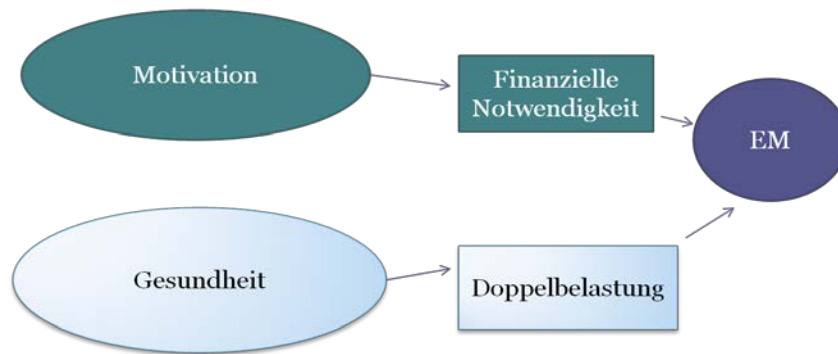


Abbildung 2: Annahmen der Forschungshypothese D

Die Auswirkung von außerberuflichen Belastungen auf das EM-Risiko von Pflegekräften wurde im Rahmen der These D analysiert: Die Befragten gingen zwar von einer hohen Doppelbelastung bei den weiblichen Beschäftigten aus, sahen aber hierin keinen Einflussfaktor, welcher EM-Renten in der stationären Krankenpflege beeinflusst. Die Schichtmodelle würden den Beschäftigten eine ausreichende Flexibilität bieten, um Familienleben und Erwerbsarbeit zu vereinbaren. Diese Flexibilisierungsbemühen von weiblichen Beschäftigten bilden sich auch im zeitlichen Beschäftigungsumfang ab. Eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung zeigte folgende Verteilung: Während 44% der Frauen in Teilzeit arbeiten, ist bei den Pflegern der Anteil der Teilzeitbeschäftigung mit 17% deutlich geringer (ebd.). Die stärker ausgeprägte Teilzeitquote deutet auf eine höhere außerberufliche Verantwortung sowie eine geringere Berufsorientierung bei den weiblichen Beschäftigten hin. Die These, dass die hohe Teilzeitquote durch die Verantwortung für die Familie entsteht, wird durch Umfrageergebnisse des Mikrozensus (2008) bestätigt. Hier gaben 85% der in Teilzeit beschäftigten Frauen aller Berufsfelder an, ihre Erwerbsarbeit aufgrund von Erziehung von Kindern oder der Pflege von Angehörigen reduziert zu haben.

Vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Zuständigkeitsbereiche wurde untersucht, ob Pflege als weiblich dominiertes Beschäftigungsfeld überhaupt als Lebensarbeitsberuf konzipiert ist und ob ein Großteil der in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte nicht durch die Erwerbsarbeit das Haushaltseinkommen erwirtschaften muss. Sollte Pflege primär als Zusatzverdienst genutzt werden, hätten Mitarbeitende bei gesundheitlichen Belastungen viel eher die Möglichkeit frühzeitig aus dem Beruf auszusteigen und Abschlüsse durch die EM-Rente in Kauf zu nehmen. Somit wäre das Haushaltseinkommen auch eine beeinflussende Größe beim EM-Risiko von Pflegekräften.

Der Zusammenhang zwischen der Höhe des Haushaltseinkommens und der EM-Eintrittswahrscheinlichkeit wurde von den Expert(inn)en einstimmig bestätigt. Sie gingen von einem geringeren EM-Risiko bei Alleinverdienenden aus, da hier Abschlüsse auf ein ohnehin geringes Gehalt eine Sicherung des Lebensunterhaltes gefährden würden. Gerade für Teilzeitkräfte besteht durch eine EM-Rente ein Armutsrisiko. Pflegekräfte in einer finanziell abgesicherten Partnerschaft/Ehe können auf der Grundlage der Gesamtsituation des Haushaltes mit ihren Lebenspartner(inn)en gemeinsam abwägen, ob sie bei hohen Belastungen bis zur Rente arbeiten wollen oder ob ein vorzeitiger Ausstieg selbst bei finanziellen Einbußen eine mögliche Alternative darstellt. Ein/e Alleinverdienende/r wird daher eine EM-Rente mit geringerer Wahrscheinlichkeit beantragen. Die Ursache liegt jedoch nicht im Geschlecht sondern in der sozialen Situation. Allerdings kann die These des Einflusses des Haushaltseinkommens aufgrund der zunehmenden Instabilität von Partnerschaften und steigenden Scheidungsraten nur bedingt zur Erklärung von EM-Renten in einem weiblich dominierten Beschäftigungsfeld herangezogen werden.

Fazit

Qualitative Forschungshypothesen

Laut Einschätzung der Befragten sind vor allem die Ökonomisierung und der demografische Wandel ursächlich für die hohe und steigende Zahl von EM-Renten in der Pflege (These B). Diese Einflussfaktoren hätten die Arbeitsprozesse und den Berufsinhalt in pathogener Weise verändert (These A). Insgesamt erzielte These B die größte Zustimmung der befragten Expert(inn)en, gefolgt von These A. Zu These C gab es sowohl Zustimmung als auch Ablehnung. These D hielten die Experten für relevant: Sie bewerteten sowohl den Familienstand als auch das Haushaltseinkommen als indirekte Einflussgröße.

Die Inhalte der einzelnen Forschungshypothesen können jedoch nicht getrennt voneinander betrachtet werden, vielmehr stehen sie in Wechselbeziehung zueinander. Thesenübergreifend gilt der vorzeitige Ausstieg aus dem Beruf als eine Form des Entscheidungshandelns, welches durch ein Geflecht unterschiedlicher sozialer Faktoren beeinflusst wird. Auf der einen Seite steht die außerbetriebliche Situation der Beschäftigten, auf der anderen Seite die betrieblichen Rahmenbedingungen.

Auf arbeitsstruktureller Ebene sind die Pflegekräfte Opfer von Kosteneinsparungen geworden: Ihre individuelle Verausgabebereitschaft führt unter knappen zeitlichen und personellen Ressourcen zu einer „systembedingten Überforderung“. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat zu Rationalisierung und Arbeitsverdichtung geführt und den Tätigkeitsbereich der Pflegenden grundlegend verändert. Es entstand ein Konflikt zwischen der individuellen Berufseinstellung der Beschäftigten und den betrieblichen Rahmenbedingungen.

Auf der Makroebene außerhalb des Krankenhauses (These C) wurden Defizite im Versorgungssystem genannt, welche die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erschweren. Die Befragten (Rentenberater, Schwerbehindertenbeauftragte, Leiter einer Rehabilitationsklinik), welche direkt in den Rehabilitationsprozess involviert sind, sehen hier zukünftig einen erheblichen Veränderungsbedarf.

Bei der individuellen Entscheidung, ob eine EM-Rente beantragt wird (These D), sind sowohl der Familienstand als auch das Haushaltseinkommen entscheidend. Die finanzielle Sicherheit gilt als Voraussetzung für die Option, bei gesundheitlichen Beschwerden über die Beantragung einer Rente nachzudenken. Es bedeutet aber nicht, dass damit das Thema mit einem Hinweis auf die nichtberuflichen Prioritäten der Frauen reduziert werden kann. Es zeigt nur, dass Beschäftigte, welche die Wahl haben nicht unter pathogenen Arbeitsbedingungen bis zum Rentenalter arbeiten zu müssen, früher aussteigen können.

Gemeinsame Erkenntnis beider Analyseverfahren

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse beider Analyseverfahren kann die Beantragung einer EM-Rente als die individualisierte Lösung eines strukturellen Konfliktes gesehen werden. Die Pflegekraft verlässt mit der gesellschaftlich legitimierten Begründung „schwere Krankheit“ das Berufsfeld. Die hohen Erwartungen durch die Berufsausbildung können in der „Fabrik Krankenhaus“ nicht mehr befriedigt werden. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist ein Wandel des Berufsbildes erkennbar, welcher das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden in Frage stellt und dazu führt, dass eigene Ansprüche sogar trotz erhöhtem Engagement nicht mehr befriedigt werden können. Für Pflegekräfte, welche es sich aufgrund partnerschaftlicher Absicherung finanziell leisten können, kann die Beantragung einer EM-Rente eine Möglichkeit des Ausstiegs sein.

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse - erhöhte Zahl von EM Fällen bei den gut qualifizierten Mitarbeitenden mittleren Qualifikationsniveaus - ergänzen beide Forschungshypothesen (A, B). Es ist davon auszugehen, dass das Ungleichgewicht bei der Beschäftigtengruppe, welche gut ausgebildet ist und weiterhin in ihrem Ausbildungsberuf beschäftigt ist, dessen Rahmenbedingungen aber persönliche Berufsideale konterkarieren, am höchsten ist. Pflegekräfte, welche sich mittels Weiterbildung spezialisiert haben, konnten aufgrund der Möglichkeit eines Wechsels von der Pflege-am-Bett zu einer administrativen Tätigkeit innerhalb ihres Berufes eine Lösung finden, womit ein positiveres Verhältnis von Anforderung und Belohnung einhergeht. Die weniger qualifizierten Kräfte (z.B. Helfer/innen) dürften einen Konflikt zwischen Berufsethos und Realität im Krankenhaus weniger stark empfinden, da sie häufig angelernte Kräfte aus anderen Arbeitsgebieten, zum Beispiel der Gastronomie, sind und Pflege tendenziell mehr als Job sehen und somit geringere Ansprüche an die Sinnhaftigkeit des Berufes haben.

Handlungsempfehlungen

Die Anwendung der Gratifikationskrisentheorie nach Siegrist zeigte, dass für die Krankenpflege ein starkes Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung vorliegt. Dieses Ungleichgewicht könnte im ersten Schritt durch die Erhöhung einer Belohnungskomponente, wie bspw. einer Steigerung des Einkommens, behoben werden. Für die Befragten liegt in diesem Schritt aber keine Lösung, da es ihnen viel wichtiger ist, die Diskrepanz zwischen Berufsethos und betrieblicher Realität zu verringern. Sie definieren die Arbeitsbedingungen als wesentliches Handlungsfeld. Weiterhin wurden konkrete Vorschläge zur Optimierung bestehender Rehabilitationskonzepte genannt. Die Anregungen der Expert(inn)en werden im Folgenden dargestellt:

Umstrukturierung der pflegerischen Tätigkeit / Aufwertung der Pflege als Profession

Als mögliche Ansatzpunkte für Handlungsoptionen können in erster Linie die Arbeitsbedingungen gesehen werden. Diese seien gewissermaßen der „Dreh- und Angelpunkt“ (W2) bei der Prävention von EM-Renten in der stationären Krankenpflege. Pflegekräfte könnten durch eine Umstrukturierung der Tätigkeit in Richtung der pflegerischen Kernkompetenzen ihre Tätigkeit wieder als Sinn stiftend erleben. Konkret bedeutet das, eine bessere Einbindung der Pflegekräfte in die Planung von Pflegeprozessen und ein größeres Zeitbudget für die Betreuung der Patient(inn)en. Der Weg dahin kann nur über mehr Partizipation erreicht werden. Erstrebenswert wäre eine Gleichstellung beider im Krankenhaus beschäftigter Professionen (Pflege und Medizin), da die Befragten sich durch das ungleiche Verhältnis belastet fühlen. Sie wünschen sich eine Aufwertung und Anerkennung der pflegerischen Tätigkeit, wie dies bspw. in den skandinavischen Ländern der Fall ist. In Schweden gilt Pflege als eigenständige Profession, welche eine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit den Mediziner/innen ermöglicht. Von den Befragten ist immer wieder ein Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen durch die Ökonomisierung und der Einführung des DRG Systems genannt worden.

Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Neben den Veränderungen der Arbeitsbedingungen und einer selbstbewussten Professionalisierung könnte die Implementierung von Angeboten des Gesundheitsmanagements als eine weitere Gestaltungsoption zur Verhinderung von EM-Renten betrachtet werden. Konzepte, welche berufsspezifische Faktoren und Risiken zum Inhalt haben, könnten die Pflegekräfte dazu befähigen, sich besser von ihrer Tätigkeit abzugrenzen und mehr auf die eigene Gesundheit zu achten. Vor allem die Befragten aus Sample D und C empfinden Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements als sinnvollen Lösungsansatz zur Prävention von EM-Renten. Hierbei ist zu beachten, dass die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen in Wechselwirkung zueinander stehen. Investitionen in Maßnahmen des Gesundheitsmanage-

ments können zu einer Senkung von Fehlzeiten, eine längere Berufsdauer und zu einem besseren Arbeitsklima führen.

Das Ziel der Pflegearbeit ist die Wiederherstellung von Gesundheit der Patient(inn)en – dies ist aber ohne eine Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten nicht realisierbar. Pflegekräfte müssen durch entsprechende Trainings dazu befähigt werden ihre eigene Gesundheit zu erhalten. Ein möglicher Ansatz könnte das Training von Führungskräften sein, welche für die Belastungen des Pflegepersonals sensibilisiert und bei der Aneignung wertschätzender Führungstechniken unterstützt werden könnten. So könnte durch Kommunikationstrainings ein Abbau von sozialen Belastungen am Arbeitsplatz erreicht werden, welche durch Konflikte hervorgerufen werden. Denn gerade hinsichtlich dieser Problematik besteht in den Krankenhäusern dringender Handlungsbedarf - alle drei Pflegekräfte in EM-Rente nannten konflikthafte Arbeitsstrukturen als Einflussfaktor auf die Entscheidung zur Beantragung der EM-Rente. Wissenschaftlichen Studien zufolge zählt das Führungsverhalten zu den wichtigsten Faktoren der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. Demnach wird die Motivation zur Erwerbstätigkeit in hohem Maße von der Führung, dem Betriebsklima und der Arbeitsorganisation bestimmt (Holler, M./ Trischler, F. (2010): 11). Dieses Potential könnte bei der Prävention von EM-Renten in der Pflege durch entsprechende BGM-Maßnahmen ausgeschöpft werden.

Optimierung und Erweiterung bestehender Rehabilitationskonzepte

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass bestehende Rehabilitationskonzepte bei Pflegekräften optimiert und angepasst werden sollten. Weiterhin zeigte die Analyse der Datensätze der Rentenversicherung, dass gerade psychisch erkrankte Pflegekräfte vor dem Beginn der ersten Rehabilitationsmaßnahme über einen längeren Zeitraum erkrankt waren. Ein Lösungsansatz zur Prävention von EM-Renten in der Pflege liegt daher in einer Verbesserung der Zugangswege zu Rehabilitationsmaßnahmen. Dies könnte durch eine Schulung und Sensibilisierung der Betriebsärzte erfolgen. Zudem könnte Rehabilitation stärker in bestehende BGM-Konzepte implementiert werden.

Berufsbezogene Rehabilitation

Der Medizinsoziologe Siegrist plädiert in seinem Beitrag zu Aspekten erfolgreicher Rehabilitation ebenfalls für einen stärkeren Berufsbezug im Leistungsangebot der deutschen Rentenversicherung (Siegrist, J. (2014): 93). Berufsbezogene Rehabilitationskonzepte könnten im Sinne des Modells von Siegrist an der übersteigerten Verausgabungsneigung ansetzen und Beschäftigte darin stärken, besser mit den Belastungen umzugehen. Pflegekräfte müssen in dieser Perspektive ihre Leistungsfähigkeit und Leistungsgrenzen erkennen, um sich selbst Grenzen zu setzen um sich somit vor Überforderung und Erschöpfung zu schützen. Gerade unter der Berücksichtigung der Forschungsergebnisse aus These A stellt das Konzept eine geeignete Lösung dar, da Pflegekräfte in dieser Therapiegruppe die Erfahrung machen, dass nicht erledigte Aufgaben

nicht zwangsläufig auf individuelles Versagen zurückgehen sondern durch das System begünstigt werden. Diese spezielle Rehabilitationsausrichtung wird auch von den anderen Befragten als positiv bewertet. Der GKV-Mitarbeiter begründet die Notwendigkeit einer berufsbezogenen Behandlung wie folgt:

GKV: Ansonsten kann eine Behandlung nur auf Grundlage medizinischer Dinge erfolgen und keine Hilfestellung für den Alltag der Leute gegeben werden. Die Patient(inn)en bräuchten aber viel mehr eine Ansprache, die bezogen ist auf ihren Arbeitsalltag.

Bisher gibt es ein berufsbezogenes Rehabilitationsangebot für Pflegekräfte, welches spezialisiert ist auf depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und chronische Schmerzen (Köllner, V./ Tag-Elsir, C./ Freiberg, A./ Lipka-Stöhr, G. (2013): 65). Therapiebausteine sind Gruppentherapie, Tanztherapie und Einzeltherapie. Die homogene Gruppe der Rehabilitanden soll den Austausch mit anderen Betroffenen fördern und ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die persönliche Überforderung durch institutionelle Rahmenbedingungen gefördert wird.

Ambulante Rehabilitationsangebote

Um der zu späten Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen entgegen zu wirken, sollten diese, laut Expert(inn)en, auch ambulant angeboten werden. Derzeit erfolgt die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich über Kliniken, die nicht unbedingt in der Nähe des Arbeits- und Lebensorts der Versicherten ansässig sind. Sie befinden sich meist in sog. „Kurorten“. Sinnvoll seien dagegen Einrichtungen, die möglichst nah am Wohn- oder Arbeitsort der Versicherten sind und flexible Angebote - auch in der Nachbetreuung - anbieten können.

Präventive Rehabilitationsangebote

Gerade bei psychischen Erkrankungen kann ein zu langer Krankheitsverlauf, ohne medizinische Interventionen, die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz verringern (Köllner, V./ Tag-Elsir, C./ Freiberg, A./ Lipka-Stöhr, G. (2013): 65).

Auch die Expert(inn)en kritisierten, dass Rehabilitationsmaßnahmen vielfach zu spät in Anspruch genommen werden. Der Befragte der Krankenversicherung bemängelt, dass in der Rangabfolge „Reha vor Rente“ die Prävention als erster Schritt vernachlässigt würde. Auch andere Expert(inn)en, wie bspw. die Mitarbeitenden der BGW oder die Pflegedirektoren, wünschen sich eine stärkere Fokussierung des präventiven Charakters, welchen die Rehabilitation laut SGB einnehmen könnte. Das präventive Rehabilitationskonzept nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI besagt, dass die DRV medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen) für Versicherte erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien und Anwendungsempfehlungen zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Pflegende sind zweifellos erhöhten psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt (Siegrist, J. (2014): 133). Dieses Konzept müsste nach Einschätzung des Experten der GKV stärker beworben und genutzt wer-

den, da es bereits vor dem Eintreten einer Chronifizierung ansetzt. Es wird stationär mit der Dauer von etwa einer Woche durchgeführt und soll eine Intervention bieten, welche dem Kritikpunkt der Schwerbehindertenbeauftragten entspricht.

Vernetzung und Kooperation aller sozialpolitischen Akteure

Die Befragten sprechen einen fundamentalen sozialpolitischen Missstand deutlich an – die aus der Eigenlogik der Träger der sozialen Sicherung folgende Fragmentierung und Fehlsteuerung und fordern eine bessere Vernetzung der sozialpolitischen Akteure. Der Mitarbeiter der Krankenkasse beschreibt das so:

GKV: Alle [Akteure] arbeiten nicht genügend miteinander zusammen. Jeder macht seinen eigenen Stiefel und guckt nur sozusagen aus seiner eigenen Interessenlage und eine gemeinsame Interessenlage, über die verschiedenen Sozialversicherungsträger, existiert eigentlich nicht.

Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung gehorchen einer eigenen Logik, eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren findet begrenzt statt und ist in vielen Fällen auch mehr eine Form der symbolischen Politik als eine an der Sache selbst ausgerichtete Politik. Krankheitsfälle, die mehrere Zweige betreffen könnten, werden daher mehr unter der Perspektive gesehen, wie man die Kosten für das einzelne System begrenzen kann. Beispielsweise werden Krankengeldbezieher durch die Anwendung der 6-Wochenfrist aus dem Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen in Rehamaßnahmen verschoben. Dabei könnten durch eine bessere Kooperation aller Akteure die Anzahl von EM-Renten sowie die Kosten im Gesamtsystem minimiert werden.

Fazit - Einordnung der Forschungsergebnisse in den Kontext soziologischer Perspektiven

Dem aktuellen Forschungsstand zufolge wird der frühzeitige Berufsausstieg von Pflegekräften häufig als Folge der hohen Arbeitsbelastung erklärt. Weiterhin wird bspw. in der Studie von Braun (2005) erläutert, dass durch die Ökonomisierung eine Umstrukturierung der Tätigkeiten entstanden ist, welche zu einer höheren Arbeitsbelastung geführt hat. Bisher unberücksichtigt bleibt, dass die ökonomischen und strukturellen Veränderungen vor allem zu einem Wandel des pflegerischen Berufsbildes geführt haben. Nach Kistler nimmt neben der Gesundheit die Arbeitsmotivation der Beschäftigten einen hohen Einfluss auf deren Arbeitsfähigkeit im Alter (Kistler, E. (2008): 22). Als Resultat der vorliegenden Studie gilt die Kombination aus den hohen Arbeitsbelastungen, der geringen Anerkennung und der sich verschärfenden Diskrepanz von Berufsverständnis und betrieblicher Realität im Ergebnis als verursachend für EM-Renten in der Pflege.

Die Auswirkung dieser strukturellen Veränderungsprozesse wurde durch die Anwendung der Gratifikationskrisentheorie analysiert. Das berufsspezifische Spannungsfeld von Anspruch und Umsetzbarkeit erklärt sich aus der historischen Entwicklung des Pflegeberufes, welcher aus der

christlichen Krankenpflege entstand und primär als Berufung konzipiert war. Der Lohn war schon immer gering und die Belastungen hoch, allerdings gab der Glaube an den Sinn der Tätigkeit den Beschäftigten Kraft und ermöglichte eine andere Bewertung der Belastung. Das Element der Berufung ist im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens weitgehend verloren gegangen bzw. wurde auf ein Minimum reduziert. Das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung führt unter den neuen Arbeitsbedingungen zu einem Gefühl der Entfremdung als einen Widerspruch zwischen einem sinnvollen Handeln und der faktischen Unerreichbarkeit von Zielen. Das Anforderungs- und Kontrollmodell des amerikanischen Soziologen Robert A. Karasek (1979) sieht in der Kombination von hohen Anforderungen und geringem Handlungsspielraum den entscheidenden Faktor für das Entstehen von Stress und Krankheiten (Karasek, R.A. (1979): 285). Dies bedeutet, dass durch die Umstrukturierung der pflegerischen Tätigkeit die Möglichkeiten eines erfolgreichen Copings (d.h. der Bewältigung der Leistungsanforderungen) eingeschränkt wurden.

Der Personalmangel auf den Stationen führte zu einem erhöhten Arbeitsdruck der Beschäftigten und hat eine Umstrukturierung des Tätigkeitsprofils im Sinne einer taylorisierten Tätigkeit mit sich gebracht. Viele Pflegekräfte versuchen bedingt durch ihre hohe Arbeitsmotivation strukturelle Defizite durch Mehrarbeit zu kompensieren und stoßen zunehmend an ihre persönlichen Leistungsgrenzen. Beschäftigte mit einer schwachen Fähigkeit zur Distanzierung führen betriebliche Ressourcenknappheit und unzureichende Arbeitsergebnisse auf individuelles Versagen zurück. Folgen können Arbeitsunzufriedenheit und auch die Entstehung von psychischen Erkrankungen sein. So erfährt Pflegearbeit unter den realen Bedingungen des Krankenhauses Entleerung bzw. Entfremdung zugunsten funktions- und ökonomisch orientierter Tätigkeiten. Die Befragten sprachen in diesem Zusammenhang vom Krankenhaus als einer Fabrik und reduzierten die pflegerische Tätigkeit als reines Funktionsmittel zur Sicherung des Haushaltseinkommens. So zeigte These D, dass bei den Beschäftigten, welche nicht als Haushaltsvorstand fungieren, das EM-Risiko von den Expert(inn)en höher eingeschätzt wurde.

Gerade der erlebte Kontrast zwischen dem normativen Berufsanspruch und den täglich erlebten Arbeitsbedingungen führt zu einem enormen Konflikt, der für die Beschäftigten nur schwer auflösbar ist. Seine Auflösung erfolgt dann vereinzelt über den gesellschaftlich legitimierten Ausstieg, die krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit. Ausgelöst wird diese Entscheidung durch die Erkenntnis, dass trotz erhöhtem Leistungseinsatz Berufsideale nicht realisiert werden können und dieser Leistungseinsatz nicht bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze erbringbar ist.

Diese Erkenntnis gilt es im Hinblick auf die Prävention von EM-Renten in der stationären Krankenpflege zu nutzen. Denkbar wäre die Konzeption von BGM-Ansätzen und Rehabilitationsmaßnahmen mit Berufsbezug oder durch eine Schulung und Sensibilisierung von Betriebsmediziner/innen und Führungskräften.

Literatur

Benedix, U./ Medijedovic, I. (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft 06. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW).

Bispinck, R./ Dribbusch, H./ Öz, F./ Stoll, E. (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Düsseldorf.

Blank, F./ Schulz, E. (2015): Beschäftigung im Sozialsektor: Risiken und Nebenwirkungen für die Alterssicherung. In: G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 01/2015, S. 32-37

Braun, B./ Müller, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. in: Pflege & Gesellschaft 10 (3), S. 131-141.

Bräutigam, C./ Evans, M./ Hilbert, J./ Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Dilcher, B./ Hammerschlag, L. (2013): Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Dunkel, W. (1994): Arbeit mit Menschen - Arbeit an Gefühlen. Über die Kunst der Gefühlsarbeit in sozialen Berufen. In: Maget, Franz, Niedermeier, Andreas & Wimmer, Michaela (Hg.): Wie fest ist das soziale Netz? (S.183-190). München: Heyne

Hall, A. (2012): Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheits- und Pflegeberufen. 06/2012. Bonn.

Hasselhorn, H.-M./ Müller, B.-H./ Tackenberg, P. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Hasselhorn, H.-M./ Rauch, A. (2013): Perseptiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.

Holler, M./ Trischler, F. (2010): Gute Erwerbsbiographien Arbeitspapier 3: Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit Der Einfluss belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter. Stadtbergen: Hans-Böckler-Stiftung. Unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2009-236-3-7.pdf (Letzter Auf-ruf:01.05.2015).

Isfort, M. (2013): Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz August 2013, Volume 56, Issue 8, S. 1081-1087.

Karasek, R. A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design, Administrative Science Quarterly, 24, 285-308).

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH n der Deutschen Sporthochschule Köln (2004): Erwerbsminderung Bedeutung und Vermeidung. Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt ‚Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung‘ (PRVE).

Kistler, E. (2008): „Altersgerechte Erwerbsarbeit“ – Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Böckler Forschungsmonitoring Bd. 7, Düsseldorf. Unter: http://www.boeckler.de/pdf/p_fomo_hbs_07.pdf. (Letzter Aufruf: 03.08.2015).

Köllner, V./ Tag-Elsir, C./ Freiberg, A./ Lipka-Stöhr, G. (2013): Stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen. Wertvolle Ressource im Gesamtbehandlungsplan. In: Psychotherapie im Dialog 03/2013. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 103, Berlin 2014, S. 448-450

Köllner, V. (2015): Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. In: WISO direkt. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.

Rohm, S./ Richter, D. (2006): Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen. In: RV (Hrsg.): DRV-Schriften Band 55/2006.

Schröder, L. (2015): Gesellschaftliche Relevanz von Erwerbsminderungsrenten in der stationären Krankenpflege - Deutungen aus Sicht der Betroffenen und Beteiligten. Masterarbeit, vorgelegt an der Ruhr-Universität Bochum.

Siegrist, J. (1996): Adverse Health Effects of High-Effort/LowReward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

Siegrist, J. (2014): Gute Reha in Zeiten raschen gesellschaftlichen Wandels- Herausforderungen und Chancen. In: DRV (Hrsg.): Aspekte guter Reha – Innovation, Partizipation, Kommunikation. Berlin.

TK Gesundheitsreport (2013): Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 28. Hannover: Techniker Krankenkasse(Hrsg.).

Zimmer, B./ Leve, V./ Naegele, G. (2010): „Rente mit 67“ – Befunde zur Erwerbssituation älterer Arbeitnehmerinnen. In: *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*. Jh. 35, 4 (2010).

Autorin:

Laura Schröer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik.

Kontakt: schroeer@iat.eu

Forschung Aktuell 2016-01

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen,
Bocholt, Recklinghausen

Redaktionsschluss: 04.01.2016

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Fax: 0209 - 1707 110

E-Mail: braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstr. 14

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>