

Pflege zwischen Macht und Ohnmacht – Der Fachkräftemangel in Krankenhäusern

Der Fachkräftemangel gilt als eines der zentralen wirtschaftlichen Probleme der Gegenwart. Diskutiert wird u. a. über sein Ausmaß, die Ursachen und die Auswirkungen. Entgegen verbreiteter Annahmen hat er noch nicht dazu geführt, dass Fachkräfte aufgrund ihrer verbesserten Machtposition flächendeckend ihre Interessen durchsetzen. In die Diskussion darüber, warum das so ist, interveniert der Beitrag in doppelter Weise: Es wird dafür plädiert, einerseits die je spezifische Konstellation bestimmter Felder der (Fach-) Arbeit, andererseits die Orientierungsmuster der Beschäftigten selbst stärker in den Blick zu nehmen, um die Ursachen und Auswirkungen des Fachkräftemangels sowie Bedingungen kollektiven Handelns zu analysieren.

ROBIN MOHAN

1 Einleitende Thesen zur Diskussion um den Fachkräftemangel

Diskussionen um den Fachkräftemangel sind zwar ein Dauerbrenner, haben jedoch jüngst wieder deutlich Fahrt aufgenommen. Der Fachkräftemangel fungiert dabei als ein Kristallisationspunkt wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Gegenwartsprobleme: Er gilt als wichtiger Faktor, der zur strukturellen Wachstumsschwäche der Volkswirtschaft beiträgt, als Hemmnis für notwendige und drängende Transformationsprozesse und nicht zuletzt als Grund für den schlechten Zustand der sozialen und materiellen Infrastruktur. Während in der öffentlichen Debatte der Fach- und Arbeitskräftemangel¹ in der Regel als existierendes allgemeines Problem behandelt und vorausgesetzt wird, zeichnen wissenschaftliche Untersuchungen ein differenzierteres Bild. So heißt es in der Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit: „Derzeit gibt es keine Belege für einen allgemeinen Arbeitskräftemangel; das verfügbare Arbeitskräfteangebot übersteigt die Nachfrage nach Arbeitskräften in etlichen Berufen deutlich. Jedoch zeigt sich auf dem Teilarbeitsmarkt für Fachkräfte im Vergleich zu früheren Jahren eine zunehmende Verknappung, was sich in einem deutlichen Anstieg der Zahl der Engpassberufe widerspiegelt.“ (BA 2023, S. 6) Solche Differenzierungsversuche nach Teilarbeitsmärkten, Berufen oder

Branchen verweisen darauf – so die erste These –, dass es sinnvoll ist, die einzelnen Felder der Arbeit, in denen ein Mangel besteht, genauer und in ihrer jeweiligen relativen Eigenlogik zu analysieren, da hier neben allgemeinen Tendenzen wie dem häufig adressierten demografischen Wandel jeweils spezifische Faktoren die Arbeitsmarktsituation beeinflussen. Dies soll im Folgenden exemplarisch am Feld der Krankenhauspflege gezeigt werden.

Eine gängige Annahme besteht darin, dass eine Situation des Arbeitskräftemangels dazu führt, dass sich die Machtverhältnisse zugunsten der abhängig Beschäftigten verschieben und dadurch tendenziell deren Interessen stärker zur Geltung kommen. Diese Annahme wird in der beschäftigtenorientierten und gewerkschaftsnahen Forschung in der Regel mit Rekurs auf den Machtressourcenansatz (vgl. Schmalz/Dörre 2014; Schmalz et al. 2018) begründet. So heißt es etwa bei Riedlinger et al. (2020, S. 215) mit Blick auf die Pflegebranche: „Pflegefachkräfte befinden sich [...] gerade in einer Situation relativer Markt-

¹ Beim Fachkräftemangel handelt es sich um einen Spezialfall des Arbeitskräftemangels. Während letzterer sich auf alle Arbeitskräfte bezieht, meint ersterer nur einen Mangel an Arbeitskräften mit einer abgeschlossenen, mindestens zweijährigen Berufsausbildung. Da sich die Diskussion bezüglich des Krankenhausesektors vor allem um den Fachkräftemangel dreht, wird dieser im Folgenden in den Fokus gerückt.

macht. In Zeiten von Arbeitskräftemangel haben Beschäftigte verhältnismäßig gute Ausgangsbedingungen, Forderungen nach Verbesserung von Arbeitsbedingungen und höherer Bezahlung durchzusetzen.“ Das geschieht auch zum Teil, allerdings nicht flächendeckend. Es stellt sich deshalb mit Blick auf die Pflege (vgl. ebd.), aber auch darüber hinaus² die Frage, warum die relativ guten Ausgangsbedingungen nicht in stärkerem Maße genutzt werden.

Bisher eingeschlagene Erklärungswege verlaufen zum einen über die Analyse der Arbeitsbeziehungen und der Interessenvertretung, auch in Bereichen der Care-Arbeit (vgl. Dittmar/Glassner 2017; Evans/Kerber-Clasen 2017; Rudolf/Schmidt 2020; Schmidt 2019). Das ist ganz im Sinne des Machtressourcenansatzes, demzufolge es sich bei den Formen struktureller Macht (Produktions- und Arbeitsmarktmacht) lediglich um ein Potenzial handelt. Dieses wird erst effektiv wirksam, wenn es sich „unter gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen“ (wie etwa gesetzlichen Regulierungen) mit „organisatorischen Kapazitäten“ (Schmalz/Dörre 2014, S.223), also mit einer Organisation von Interessen etwa in Gewerkschaften verbindet. Zum anderen wird zur Erklärung der Situation im Pflegebereich an Theorien der Abwertung von Care-Arbeit im Kapitalismus angeschlossen (vgl. den Überblick in Mohan/Reichardt 2023), die auch den für Care-Arbeit charakteristischen Beziehungs- und Verantwortungsaspekt, die darin angelegte Tendenz zur Individualisierung von Problemlagen (vgl. Rudolph/Schmidt 2020, S.238ff.) sowie einen vergeschlechtlichten Care-Ethos als Hindernisse für (kollektive) Interessenkämpfe thematisieren (vgl. Becker et al. 2017; Riedlinger et al. 2020). In diesen Ansätzen werden damit allgemeine Faktoren benannt, die Prozesse der Formierung von kollektiven Arbeits- und Interessenkämpfen in Bereichen der Care-Arbeit hemmen. Die spezifische Bedeutung des Fachkräftemangels für die *Handlungsorientierungen der Subjekte* spielt dabei bisher jedoch keine gesonderte Rolle. Genau hier setzt der vorliegende Beitrag an, um die bestehenden Erklärungsansätze zu ergänzen. Er widmet sich der Frage, wie die Akteur*innen im Feld der Krankenhauspflege die Arbeitsmarktsituation wahrnehmen und deuten und welche Schlüsse sie daraus ziehen. Damit wird eine weitere Forschungslücke adressiert: Auffällig ist am bisherigen Forschungsstand zum Fachkräftemangel, dass dieser vor allem auf statistischen Daten und standardisierten Befragungen von Arbeitgebern (vgl. etwa Penter et al. 2023) oder Betriebsräten (vgl. Ahlers/QuispeVillalobus 2022) beruht. Die Frage nach seiner Bedeutung aus Sicht der Akteur*innen lässt sich jedoch nur mit einem qualitativen Forschungsdesign erschließen. Sich ihrer anzunehmen – so die zweite These – liefert einen wichtigen Beitrag zur Lösung des Rätsels, warum der schon länger anhaltende Fachkräftemangel bisher nicht zu einer (flächendeckenden) Verbesserung von Löhnen und Arbeitsbedingungen geführt hat.

Im Sinne der ersten These werden im Folgenden zunächst die spezifischen Bedingungen des Fachkräfte-

mangels im Feld der Krankenhauspflege skizziert (Abschnitt 2). Daraufhin wird die Frage nach der Sicht der Akteur*innen durch die Analyse von Interviews beantwortet, die im Rahmen von qualitativen Betriebsfallstudien in drei Krankenhäusern durchgeführt wurden (3). Abschließend werden die Ergebnisse mit Blick auf das Verhältnis von Fachkräftemangel und Macht der Beschäftigten diskutiert (4).

2 Die Konstellation im Feld der Krankenhauspflege

Das Gesundheitswesen ist ein Feld der Wohlfahrtsproduktion, das stark politisch reguliert ist. In jüngerer Zeit lässt sich sogar eine Rückkehr des planenden Staates (vgl. Kunkel 2021, S.648) verzeichnen. Zudem wurde in diesem Feld diskursiv sehr deutlich ein Zusammenhang zwischen Fachkräftemangel und Arbeitsbedingungen hergestellt.³ Vor dem Hintergrund vielschichtiger Ökonomisierungsprozesse kam es in den letzten Jahrzehnten, insbesondere durch die Einführung des Fallpauschalensystems zur Refinanzierung der Krankenhäuser (ab 2003), zu einer Arbeitsverdichtung (nicht nur, aber auch) im Pflegedienst (vgl. Braun et al. 2010; Bräutigam et al. 2014; Mohan 2018). Diese erzeugte mit der Zeit gewerkschaftliche und politische Gegenreaktionen. Die angesprochene Rückkehr des planenden Staates hat nicht zuletzt mit den zunehmenden Arbeitskämpfaktivitäten an den Krankenhäusern zu tun, die sich seit ca. 2015 weniger um höhere Löhne als um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen drehen und inzwischen zu einer Entlastungsbewegung formiert haben (vgl. Kunkel 2023; Lützkendorf 2025). In diesem Zusammenhang hat sich auch die Kritik am Fallpauschalensystem und seinen negativen Folgen verbreitet – so weit, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der unter seiner Vorgängerin Ulla Schmidt selbst an der Einführung

2 Polloczek/Kohlrausch (2024) konstatieren allgemein, die gegenwärtige Situation der abhängig Beschäftigten spreche gegen die Annahme, dass die Arbeitsmarktsituation das Machtverhältnis zwischen Kapital und Arbeit zugunsten der Letzteren verschoben hat.

3 Die „Potenzialanalyse“ der Bremer Arbeitskammer hat in diesem Zusammenhang einige Aufmerksamkeit erhalten. In ihr wird zurecht festgehalten: „Um mehr Pflegepersonal gewinnen zu können, braucht es eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Diese beiden Argumentationsstränge prägen die gegenwärtige Debatte.“ (Auffenberg et al. 2022, S.10) Sie bilden einen Teufelskreis: Ein wesentlicher Teil der Arbeitsbedingungen lässt sich nur mit mehr Personal verbessern, aber mehr Personal ließe sich nur mit besseren Arbeitsbedingungen gewinnen und (in Vollzeit) halten.

des Fallpauschalensystems beteiligt war, in der Debatte um die jüngsten Krankenhausreformen öffentlich eingestanden, man habe es mit der Ökonomie zu weit getrieben. Insgesamt ergab sich eine Konstellation, in der von Seiten der Politik schon seit einigen Jahren Versuche unternommen werden, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Das hat Einfluss auf die Arbeitsmarktsituation.

Das Gesundheitswesen stellt eine Branche dar, in der unumstritten ein Fachkräftemangel besteht, insbesondere in der Pflege. Jüngste Erhebungen zeigen, dass der Mangel an Pflegekräften in den Krankenhäusern in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Einer repräsentativen Befragung von Krankenhausgeschäftsführungen ist zu entnehmen, dass der Anteil von Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege (Allgemeinstationen) von 51 % im Jahr 2016 auf 94 % im Jahr 2023 gestiegen ist (vgl. Penter et al. 2023, S. 8). Dieser starke Anstieg hat allerdings nicht nur damit zu tun, dass Pflegenden den Beruf verlassen oder in Teilzeit gehen. Das ist aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen zwar auch der Fall, tatsächlich ist jedoch seit 2008 ein zunächst leichter Aufbau von Pflegepersonal zu verzeichnen,⁴ der sich ab 2018 verstärkt hat (vgl. Wasem/Blase 2023, S. 5f.). Dieser verstärkte Personalaufbau erklärt sich aus gesetzlichen Veränderungen: Nachdem es bereits ab 2016 ein Pflegestellenförderprogramm gab, wurden mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von 2018 zum einen Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) für sogenannte pflegesensitive Bereiche eingeführt (ab Januar 2019). Zum anderen wurden die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen in gesonderte Pflegebudgets ausgegliedert (ab 2020). Durch diese Budgets werden nun die krankenhaushausindividuellen Kosten für die Pflege am Bett wieder über ein Selbstkostendeckungsprinzip in der faktisch anfallenden Höhe refinanziert; es entstehen nicht länger Verluste durch mehr Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen.⁵

Zusätzlich zu diesen politisch forcierten Entwicklungen verschärft sich die Arbeitsmarktlage in der Krankenhauspflege noch aus einem anderen Grund: Der demografische Wandel wirkt in doppelter Weise verstärkend auf den Fachkräftemangel. Zum einen sinkt die Zahl der Arbeitskräfte durch Renteneintritt (vgl. Isfort 2024, S. 105),

zum anderen kommt es gleichzeitig zu einer Zunahme des Pflegebedarfs.⁶ Wie in vielen anderen Bereichen mit besonders großem Fachkräftemangel handelt es sich um ein Arbeitsfeld, das nur schwer technisch zu rationalisieren ist. Menschliche Arbeit in Sorgebeziehungen ist durch Technik kaum zu ersetzen, und die auf Patient*innenbedürfnisse bezogenen Arbeitsprozesse können nur sehr begrenzt technologisch beschleunigt werden. Vermehrte Pflegebedarfe können daher nur gedeckt werden, wenn mehr Arbeitskräfte eingestellt werden. Hierzu wird in den letzten Jahren verstärkt auf die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte zurückgegriffen. In der Krankenpflege nahm der Anteil ausländischer Arbeitskräfte in den zehn Jahren von 2013 bis 2023 von 4,9 % auf 14,5 % zu (vgl. Carstensen et al. 2024, S. 13).

Ein weiterer Faktor, der die Arbeitsmarktsituation und die Machtverhältnisse im Feld beeinflusst, ist der Markt für Leihpflegekräfte. Anders als in anderen Arbeitsfeldern ist dieser Leiharbeitsmarkt für Pflegekräfte aufgrund von guten Verdienstmöglichkeiten und einer relativ autonomen Arbeitszeitgestaltung (Riedlinger et al. 2020, S. 220ff.) durchaus attraktiv. Für die Arbeitgeber, die auf Leihkräfte zurückgreifen müssen, um Personalausfall zu kompensieren, die PPUG nicht dauerhaft zu unterschreiten oder Betensperrungen zu vermeiden, bringt er allerdings Probleme mit sich, die zwar vor allem, aber nicht nur finanzieller Art sind. Anders als das Stammpersonal in der Pflege am Bett kostet der Einsatz von Leihkräften die Krankenhäuser Geld. Gleichzeitig sorgen sie zum Teil aber auch für Unmut in der Stammebelegschaft, die das fehlende abteilungsspezifische Erfahrungswissen der Leiharbeitskräfte kompensieren muss und es als ungerecht empfindet, dass die Leihkräfte trotz ihrer eingeschränkten Einsatzfähigkeit auch noch mehr verdienen.

Insgesamt ist so eine Feldkonstellation entstanden, in der sich die Machtverhältnisse *potenziell* zugunsten der Pflegefachkräfte verschoben haben. Arbeitgeber stehen vermehrt unter Druck, den Interessen der Fachkräfte entgegenzukommen, wobei gleichzeitig aufgrund der neu eingeführten Pflegebudgets der betriebswirtschaftliche Druck, der dem entgegenwirkt, geringer geworden ist.⁷ Diese Verschiebungen sollen im Folgenden mit Blick auf

4 Nachdem die erste Pflegepersonalregelung (PPR) 1996 – drei Jahre nach ihrer Einführung – wieder außer Kraft gesetzt wurde, sank die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser zunächst kontinuierlich bis 2008.

5 Mit der Pflege am Bett ist das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen gemeint, die sich von Funktionsabteilungen wie der Radiologie oder Endoskopie unterscheiden, in denen diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, aber keine dauerhaften Patientenaufenthalte und damit keine Patientenzimmer mit Bettplätzen vorgesehen sind.

6 Der erhöhte Pflegebedarf wirkt sich allerdings – was häufig vergessen wird – nur dann auf die Nachfrage nach Pflegekräften aus, wenn er mit privater oder sozialstaatlich vermittelter Zahlungsfähigkeit hinterlegt ist.

7 Der betriebswirtschaftliche Druck lastet nun allerdings umso mehr auf dem nicht-pflegerischen Personal. Zum fortbestehenden gesamtwirtschaftlichen Druck, der auf der Pflege als Form von Sorgearbeit unter kapitalistischen Bedingungen allgemein lastet und sich aufgrund der strukturellen Wachstumsschwäche der deutschen Wirtschaft sowie enger werdender Verteilungsspielräume gegenwärtig eher verstärkt als abschwächt vgl. Mohan/Reichardt (2023, S. 15ff.).

das empirische Material aus den Betriebsfallstudien genauer beleuchtet werden.

3 Die Sicht der Akteur*innen

In welchen Sinnzusammenhängen wird nun die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte aus Sicht der Akteur*innen im Feld relevant, wie wird sie thematisiert und durch welche Orientierungsmuster (vgl. Bohnsack 2012) in welches (Nicht-)Handeln übersetzt?⁸ Welche Rolle spielen die skizzierten Verschiebungen im Feld? Um diese Fragen zu beantworten, wird der Fachkräftemangel als organisationales Bezugsproblem verstanden, mit dem sich sowohl Führungs- als auch Pflegekräfte auseinandersetzen, also Akteur*innen aus unterschiedlichen Positionen, die mit unterschiedlichen Handlungszwängen und -möglichkeiten konfrontiert sind.⁹ Dabei greifen sie auf Orientierungsmuster zurück, die spezifische Situationsdeutungen enthalten und ihre Denk- und Handlungsmöglichkeiten beeinflussen.

Empirische Grundlage sind 56 problemzentrierte Interviews (vgl. Witzel 1985) mit Führungs- und Pflegekräften, die im Rahmen von drei Krankenhaus-Fallstudien durchgeführt wurden.¹⁰ Zwei Häuser befinden sich in öffentlich-kommunaler, eins in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Ein privat getragenes Haus konnte trotz wiederholter Versuche nicht für die Studie gewonnen werden. Interviews wurden auf der obersten Führungsebene jeweils mit den Geschäftsführer*innen sowie den Pflegedirektor*innen und deren Stellvertretungen geführt, auf der mittleren Führungsebene mit Bereichsleitungen und auf der unteren Führungsebene mit Stationsleitungen. In jedem

Haus wurden darüber hinaus drei bettenführende Stationen näher untersucht, indem neben den Stationsleitungen auch je zwei bis vier reguläre Mitarbeiter*innen interviewt wurden. Für den vorliegenden Beitrag wurden all jene Interviewpassagen analysiert, in denen auf die Arbeitsmarktsituation referiert wurde. Da der Fachkräftemangel ursprünglich nicht zu den Kernthemen des Forschungsprojekts gehörte, die im Leitfaden verankert waren, fanden sich nicht in allen Interviews solche Passagen, letztlich aber dennoch in über der Hälfte. Diese Passagen wurden im Sinne der dokumentarischen Methode (Bohnsack 2014; Nohl 2009) reflektierend und kontrastierend interpretiert, sodass Gemeinsamkeiten und Differenzen in den Thematisierungsweisen des Bezugsproblems (Fachkräftemangel) herausgearbeitet und handlungsrelevante Orientierungsmuster rekonstruiert werden konnten.¹¹ Während im Folgenden auf der Führungsebene (3.1) die fallübergreifenden Gemeinsamkeiten der Situationsdeutung im Fokus stehen, interessieren auf der Ebene der Pflege am Bett (3.2) vor allem die Differenzen der Orientierungsmuster.

3.1 Die Sicht der Führungskräfte

Der Fachkräftemangel wird in den Führungsetagen aller drei untersuchten Krankenhäuser als Realität anerkannt, mit der man umgehen muss. Dass es einen „eklatanten Mangel“ gibt, so ein Pflegedirektor, sei „überall angekommen“, insbesondere auch „bei Geschäftsführern“ – was allerdings lange gedauert habe. Nun kämen verschiedene Maßnahmen zum Einsatz, „um dieses Problem in den Griff zu bekommen“.¹² Interessant ist, dass in der Thematisierungsweise der Arbeitgeber in unserem Sample der tatsächliche Pflegebedarf der im eigenen Haus versorgten Patient*innen im Verhältnis zur Personalbesetzung keine Rolle spielt.¹³ Vielmehr wird als selbstverständlich

8 Der Begriff der Orientierungsmuster ist Bohnsack zufolge ein Oberbegriff für Orientierungsschemata, die Ausdruck expliziten Wissens sind, und Orientierungsrahmen, die Ausdruck impliziten Wissens sind (vgl. Bohnsack 2012). Da im vorliegenden Zusammenhang beide Dimensionen relevant sind, wird lediglich der Oberbegriff verwendet.

9 Die Managementperspektive ist in der bisherigen Diskussion durchaus präsent. Sie findet sich sowohl in den vielfältigen praktischen Ratschlägen zur Fachkräfterekrutierung und -sicherung als auch in der soziologischen Literatur (vgl. Molzberger 2020; Riedlinger et al. 2021; Höhmann et al. 2018; Vogt et al. 2018). Sie wird hier aus zwei Gründen miteinbezogen: Erstens wurden die Auswirkungen der jüngsten Gesetzesänderungen auf das Managementhandeln bisher kaum diskutiert, zweitens ist das Managementhandeln – wie sich unten zeigen wird – durchaus relevant für die Situationsdeutung und das Handeln der Pflegebeschäftigten.

10 Die Erhebung war Teil des DFG-Projekts „Krankenhauspflege im gesellschaftlichen Wandel. Organisationale Dynamiken der Auf- und Abwertung von Pflege als Care-Arbeit“, das am Frankfurter Institut für Sozialforschung unter Mitarbeit von Lena Reichardt und Michèle Milde realisiert wurde. Beiden sei an dieser Stelle herzlich für ihre Mitarbeit gedankt.

11 Auf der Grundlage des vorliegenden Samples lassen sich keine im Sinne der dokumentarischen Methode abgesicherten Aussagen zur Geschlechts- oder Migrationstypik der unten dargestellten Orientierungsmuster treffen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

12 In den Interviews werden etwa folgende Maßnahmen angesprochen: Anwerbung und Integration von Pflegekräften aus dem Ausland, Anwerbeprämien für Mitarbeiter*innen, flexible, individuell angepasste Arbeits- und Urlaubszeitmodelle, Zulage oder Freizeitausgleich für Schichtarbeit, Jobtickets und E-Bikes.

vorausgesetzt, dass Personal gewonnen werden muss, dieses Personal auf dem Markt aber nicht zu finden ist. Man orientiert sich also eher an einem allgemeinen Diskurs als an konkreten, Controlling-basierten Vergleichen von „Ist- und Soll-Werte[n]“ (Vogd et al. 2018, S. 10). Konkrete Zahlen sind nur insofern orientierend, als man eine allgemeine Übersicht über die Personalentwicklung hat, etwa darüber, wie viele Beschäftigte in nächster Zeit in Rente gehen und ersetzt werden müssen.

In allen drei untersuchten Betriebsfällen wird zudem deutlich, dass sich die Nachfragepraxis nach Pflegepersonal aufgrund der Refinanzierung der Pflege am Bett über Pflegebudgets (seit 2020, s. o.) verändert hat. Ein Geschäftsführer berichtet, dass mit der Einführung der Pflegebudgets neue Anstrengungen unternommen wurden, um die Schüler*innen der eigenen Pflegeschule am Haus zu halten. Der Pflegedirektor eines anderen Hauses berichtet, dass er Stellenpläne anpassen konnte:

„All diese wirklich fairen Anpassungen konnten wir nur machen, weil im Pflegebudget die Geschäftsführung, und zwar unabhängig davon, wer da oben saß, gesagt hat, wenn ihr Pflegekräfte bekommt, stellt die ein. Dann können wir die Stationen besetzen. Und wenn ihr die Stationen gut besetzt, dann rennt uns auch nicht immer jeder weg, weil man dann eben auch gut arbeiten kann. Von daher, ich sehe das Pflegebudget uneingeschränkt positiv.“¹⁴

In dieser Thematisierung des Pflegebudgets zeigt sich, dass der oben angesprochene Teufelskreis von Fachkräftemangel und Arbeitsbedingungen auf oberster Führungsebene aktiv adressiert wird. Die Maxime, dass man so viel Pflegepersonal einstellen kann, wie man will, da es gegenfinanziert ist, kam auch bei den Stationsleitungen an. So erzählt der Stationsleiter der Palliativstation dieses Hauses bezüglich der Einführung des Pflegebudgets:

„Also das Einzige, was ich mitbekommen hab', ist, dass es dann ab irgendeinem Zeitpunkt immer hieß: Ja, wir können einstellen, so viel wir wollen, es ist ja eh alles gegenfinanziert. Aber stellen Sie mal jemanden ein, den es nicht gibt, ja?“

Der letzte Satz stellt eine typische Wendung dar, die zeigt, dass die praktische Umsetzung der veränderten Nachfrageorientierung aufgrund des Fachkräftemangels weitge-

hend eingeschränkt zu sein scheint. Zweifelsohne befinden sich nicht nur die Beschäftigten auf den Stationen, sondern auch die Führungskräfte in einer widersprüchlichen Handlungssituation, die sie nur mit beschränkter Handlungsfähigkeit bearbeiten können (vgl. auch Riedlinger et al. 2021): Einerseits wissen sie um die Belastung und Erschöpfung ihrer Mitarbeiter*innen und sind durchaus bestrebt, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Andererseits sind sie verantwortlich für die Aufrechterhaltung des Betriebsablaufs und das ökonomische Überleben des jeweiligen Krankenhauses, und beides macht es erforderlich, den Mitarbeiter*innen Belastungen zuzumuten.

3.2 Die Sicht der Beschäftigten

Wie thematisieren nun die Pflegebeschäftigten an der Basis die Arbeitsmarktlage? Welche Orientierungsmuster kommen bei ihnen zur Geltung und welche Implikationen haben diese für die Handlungsperspektiven der Beschäftigten? Der Fokus soll hier auf drei Orientierungsmuster gelegt werden, die für die Diskussion darüber relevant sind, inwiefern die Arbeitsmarktsituation in machtvoller Interessenvertretung übersetzt wird oder nicht: Der Interpretation der Arbeitsmarktsituation als Machtressource, die Möglichkeitsräume eröffnet, stehen zwei Orientierungsmuster gegenüber, in denen diese Handlungsmöglichkeiten nicht existieren. Entweder werden subjektiv gar keine Arbeitsplatzalternativen gesehen oder der Fachkräftemangel wird als Situation interpretiert, die zu kollektiv geteilter Handlungsunfähigkeit führt.

Orientierungsmuster „Machtressource“: In unserem Sample finden sich mehrere Beispiele für individuelle wie kollektive Strategien, die Arbeitsmarktsituation zu nutzen. So wird etwa von individuellen Praktiken des Absentismus berichtet.¹⁵ Interviewte beschwerten sich darüber, dass manche Kolleg*innen sich schlicht krankmelden, wenn ihnen etwas nicht passt, ohne befürchten zu müssen, gekündigt zu werden. Daneben gibt es jedoch auch kollektive Praktiken der Nutzung struktureller Machtpotenziale.¹⁶ Ein Intensivpfleger berichtet, man habe sich mit anderen Kolleg*innen abgesprochen und dem Geschäfts-

13 Zum einen haben wir die Geschäftsführer*innen und Pflegedirektor*innen gefragt, welche pflegebezogenen Kennzahlen für sie relevant sind – pflegebedarfsbezogene Kennzahlen kamen in den Antworten nicht vor (in den Kennzahlen zu den Untergrenzen werden Bedarfe nicht abgebildet). Zum anderen ist das Pflegecontrolling (zumindest in den untersuchten Krankenhäusern, vermutlich aber auch darüber hinaus) auch nicht derart ausgebaut. Zwar werden auf verschiedenen Stationen noch die Einstufungen der alten PPR genutzt, um Pflegebedarfe zu ermitteln. Diese werden aber nicht für die Krankenhausleitung aufbereitet. Eine systematische Erfassung der patientenindividuellen Pflegebedarfe beginnt erst jetzt im Zuge der Einführung

der PPR 2.0. als Grundlage für die Ermittlung des pflegerischen Personalbedarfs (seit Juli 2024).

14 Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wurden die Interviewpassagen sprachlich leicht geglättet.

15 Das deckt sich mit dem Befund von Riedlinger et al. (2020, S. 220ff.), dass die aktuelle Arbeitsmarktsituation günstige Voraussetzungen für individualisierte Lösungswege im Umgang mit als belastend empfundenen Arbeitsbedingungen schafft.

16 Die Betriebsräte der untersuchten Krankenhäuser spielten

führer je einzeln Briefe geschrieben, in denen mit Kündigung gedroht wurde, wenn man keine höhere Entlohnung bekomme. In den Briefen wurde argumentiert, es sei ungerecht, dass die Leihkräfte, die ab und an auf den Stationen arbeiten, mehr verdienen als sie. Letztlich wurde den Intensivpflegekräften eine übertarifliche Bezahlung zugestanden. In dieser Episode zeigt sich, dass der Markt für Leiharbeit – konträr zu seiner Funktion in anderen Arbeitsfeldern – die strukturelle Macht der Pflegekräfte noch erhöht. Ein Intensivpfleger schildert die Ereignisse:

„Und dann stand tatsächlich die Geschäftsführung vor der Wahl: Ja gut, gehen hier jetzt 50 Leute in Leiharbeit und kommen wieder und kosten mich das Dreifache oder bezahle ich denen lieber jetzt nur ein Drittel mehr, aber behalte die wenigstens?“

Hier werden die Handlungsoptionen der Geschäftsführung dargestellt, die sich ergeben, wenn die Beschäftigten damit drohen, die gegenwärtige Struktur des Arbeitsmarktes kollektiv zu ihrem Vorteil zu nutzen. Die Arbeitssituation wird innerhalb eines strategisch-instrumentellen Orientierungsrahmens interpretiert, was sich auch in einer kritischen Einschätzung der Berufsgruppe zeigt: „Viele Leute sind sich ihrer Machtposition, die sie hier nutzen können, gar nicht bewusst.“ Aus Sicht dieses Intensivpflegers erscheint es also völlig selbstverständlich und damit legitim, in der Arbeitswelt Krankenhaus die existierenden Machtpotenziale zu nutzen, um eigene Interessen gegen die Interessen der Geschäftsführung durchzusetzen. Für andere Pflegekräfte ist das jedoch keineswegs selbstverständlich.

Orientierungsmuster „keine Alternative“: Die aus dem quantitativ festgestellten Fachkräftemangel zu schlussfolgernde strukturelle Macht, genauer: die Arbeitsmarktmacht, die vor allem darauf basiert, dass man leicht den Arbeitsplatz wechseln kann (vgl. Schmalz et al. 2018, S. 117), muss sich nicht notwendig in der Wahrnehmung der Beschäftigten widerspiegeln. Das zeigt sich schon daran, dass sich viele Pflegekräfte am lokalen, wohnortnahen Arbeitsmarkt orientieren.¹⁷ Auf diesem kann sich die Auswahl an Arbeitsplätzen als stark beschränkt darstellen. Verbindet sich diese Ortsgebundenheit noch mit einer fachlichen Spezialisierung, können sich Situationen erge-

ben, in denen es aus subjektiver Sicht gar keine Arbeitsplatzalternativen gibt. So meint eine Palliativpflegerin:

„Also, es gibt ja nun nicht so viele Palliativstationen im [Name der Region]. Also, tendenziell ist man ja schon sehr gebunden, wenn man auf einer stationären Einrichtung [palliativ arbeiten möchte].“

In dieser Situationsdeutung scheint die Drohung, den Arbeitsplatz zu wechseln, durch keine reale Handlungsoption gedeckt zu sein und deshalb ausgeschlossen. Arbeitsplatzalternativen werden zugleich dadurch eingeschränkt, dass man sich in eine bestimmte Vergleichsordnung einsortiert. Häufig fallen Sätze wie: „Woanders ist es auch nicht besser“ oder gar „noch schlimmer“. Diese Situationsdeutung schließt auch ohne Ortsgebundenheit und fachliche Spezialisierung einen Arbeitsplatzwechsel von vornherein als sinnvolle Handlungsoption und damit als potenzielle Machtressource aus. Im Anschluss an das Herrschaftskonzept von Mader (2022b, S. 31f.) lässt sich das als subjektive Verarbeitung eines betriebsübergreifenden Moments von (Klassen-)Herrschaft interpretieren: Wenn keine „echte Wahl zwischen relevanten Alternativen“ möglich ist und andere Arbeitsplätze nur bedeuten, sich denselben Strukturen erneut zu unterwerfen, ist die Freiheit der Arbeitsplatzwahl letztlich nicht gegeben.

Orientierungsmuster „kollektiv geteilte Handlungsunfähigkeit“: Im Unterschied dazu findet sich ein drittes Muster, in dem der Fachkräftemangel zwar als solcher gesehen und explizit angesprochen wird, im Kontrast zum ersten Muster Möglichkeitsräume jedoch nicht eröffnet, sondern verschließt. Der Fachkräftemangel dient hier als ein Narrativ zur Rechtfertigung der gegebenen Arbeitsbedingungen, die als unveränderbar erscheinen. So berichtet eine Stationsleiterin, die weiterhin fast täglich am Bett arbeitet:

„Also es ist überall dasselbe. Und das beruhigt einen so ein bisschen. Natürlich ist es schlimm, dass es überall scheiße ist, aber [es beruhigt,] dass es nicht an unserem Krankenhaus liegt, dass halt kein Personal kommt.“

Zwar wird eine ähnliche Vergleichsordnung herangezogen wie im zweiten Muster, sie hat aber eine spezielle, auf den eigenen Betrieb gerichtete Funktion: Wenn es an anderen

im Zusammenhang mit diesem Orientierungsmuster keine Rolle. Gewerkschaften, namentlich ver.di, wurden zwar als relevanter Akteur aufgerufen. Es gab in den untersuchten Krankenhäusern jedoch kaum eine für uns wahrnehmbare aktive gewerkschaftliche Praxis. Eine solche wurde auch von den wenigen im Sample vorhandenen ver.di-Mitgliedern eher verneint. Ver.di wurde teilweise als Akteur in Tarifrunden und Instanz der Stellvertretung adressiert, es wurde etwa gutgeheißen, dass in der letzten Tarifrunde „auf den Putz gehauen“ (Intensivpfleger) oder wie an der Uniklinik Gießen-Marburg die Arbeit niedergelegt wurde.

Das schien von der eigenen Praxis im Betrieb aber ähnlich weit entfernt wie häufig als Instanzen der Interessenvertretung adressierte Berufsorganisationen wie Pflegekammern oder -verbände. Hier drückt sich die allgemein fragmentierte Struktur der Interessenvertretung im Feld aus (vgl. Rudolf/Schmidt 2020, S. 234ff.).

¹⁷ Wegen dieser Ortsgebundenheit kommt im Rahmen dieser Orientierung auch ein Wechsel in die Zeitarbeit als Option nicht infrage, denn diese setzt in der Regel räumliche Flexibilität voraus.

Krankenhäusern auch nicht besser ist, scheint es auf der betrieblichen Ebene keine relevanten Verbesserungsmöglichkeiten zu geben. Durch den Verweis auf den allgemeinen Charakter der angespannten Personalsituation werden die konkreten Vorgesetzten aus der Verantwortung entlassen, weil auch diese als handlungsunfähig wahrgenommen werden. Prototypisch hierfür ist die Äußerung einer Intensivpflegerin im Zusammenhang mit der jüngst eingeführten Pflegepersonalregelung z. o. einer bedarfsbezogenen Form der Personalbemessung:

„Aber das Problem ist ja, dass wir einfach keine Leute haben, also es ist ja nicht so, dass irgendwie hier die Leitungen sagen: Ja, wir wollen da einfach keine zwei Personen mehr in den Dienst setzen, sondern es gibt diese Leute ja einfach nicht.“

Das Sprechen aus der kollektiven Perspektive („dass wir...“) impliziert, dass das Problem des Fachkräftemangels als eines interpretiert wird, das man gemeinsam mit den Vorgesetzten teilt, denen man entsprechend keinen Vorwurf machen kann. Die Vorgesetzten gelten als bemüht, ihnen wird ein guter Wille unterstellt. Eine solche Situationsdeutung findet sich auch explizit in folgender Passage aus einem Interview mit einer Pflegerin der Geriatrie: Der Blick auf die Qualifikation der Mitarbeiter*innen habe sich durch die Pflegepersonaluntergrenzen verändert,

„... aber auch durch den Fachkräftemangel. Und die Kolleginnen, die wir haben, die gute Fachkräfte [sind] – viele gehen dann auch weg, weil sie einfach mit den Arbeitsbedingungen auch nicht zufrieden sind. [...] und ich verstehe natürlich auch [die] PDL [Pflegedienstleitung]. Ich verstehe auch [die] Geschäftsführung. Wir stecken alle in einem Boot und ich denke, jeder Arbeitgeber ist auch angestrebt, gut für die Mitarbeiter zu sorgen und er hat auch seine Verpflichtungen und er will auch natürlich, dass auch die Patienten versorgt sind [...]. Natürlich, sie würden uns vielleicht auch anders unterstützen, wenn sie die Möglichkeit hätten.“

Hier wird also über die Hierarchien hinweg eine gemeinsam geteilte Situation konstruiert, in der alle gute Absichten haben, aber unfähig sind, diese handlungspraktisch umzusetzen, mit dem Ergebnis, dass alle unzufrieden sind. In einer solchen Situation scheint es nicht angemessen, Machtmittel gegen die Vorgesetzten oder den Arbeitgeber auszuspielen, um eigene Interessen durchzusetzen – ein Interessenkonflikt wird hier vielmehr gar nicht erst gesehen. Aber selbst dort, wo die Vorgesetzten nicht derart positiv gesehen werden, sind es die äußeren Umstände des Fachkräftemangels, die begründen, warum die Leitungen nicht für das fehlende Personal verantwortlich und von etwaigem Handlungsdruck entlastet sind.

Das verbindet sich organisch mit der Situationsdeutung aus dem mittleren und höheren Management. Die Bereichsleitung der zuletzt zitierten Intensivpflegekraft meint:

„Durch die Refinanzierung können wir ja [...] so viele [...] Pflegekräfte eigentlich einstellen wie wir möchten, wir kriegen sie ja refinanziert. Leider geht es nicht, weil der Markt leer ist.“

Verbesserungen durch strengere Personalvorgaben „scheitern“ schlicht „an der Realität“, wie es der Leiter einer Intensivstation eines anderen Hauses formuliert. In diesem von Beschäftigten und Führungskräften geteilten Narrativ fungiert der Fachkräftemangel damit als eine Ressource zur Rechtfertigung der gegenwärtigen Situation und ihrer Unveränderbarkeit. Anders als in der oben beschriebenen Deutung des Fachkräftemangels als Machtressource, die Handlungsoptionen eröffnet, konstruieren die Pflegekräfte sich selbst ebenso wie Akteur*innen des mittleren, aber auch des oberen Managements als weitgehend *ohnmächtig*. Gegen letztere Machtmittel auszuspielen erscheint in diesem Zusammenhang als ebenso sinnlos wie illegitim. Im Rahmen dieser „restriktiven Handlungsfähigkeit“ (vgl. Mader 2022a, S. 283ff. in Anschluss an Klaus Holzkamp) kann man nur gemeinsam kompensatorische Maßnahmen ergreifen, die es erleichtern sollen, die belastende Arbeitssituation zu bewältigen.¹⁸ Die potenzielle Fähigkeit, etwas zu verändern, wird – wenn überhaupt – „der Politik“ zugeschrieben. Den konkreten (gesundheits-)politischen Akteur*innen wird allerdings häufig gleichzeitig abgesprochen, über die Erfahrungen und Kompetenzen zu verfügen, die es braucht, um funktionierende Lösungen zu finden. Darüber hinaus handelt es sich um eine Entscheidungsebene, auf die man noch weniger Einfluss nehmen zu können glaubt als auf den eigenen Betrieb. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen zu arbeiten man gezwungen ist, erscheinen damit als „Bann“ (Adorno 1972, S. 19), gegen den man nichts auszurichten vermag.

4 Fazit

Die Ausführungen haben – im Sinne der ersten These – gezeigt, dass es feldspezifische, vor allem politisch vermittelte Entwicklungen sind, die sowohl die Seite des Fachkräfteangebots als auch die Seite der Fachkräftenachfrage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte maßgeblich bestimmen. Die Arbeitgeber nehmen die gewachsenen Belastungen der Beschäftigten wahr, verändern aufgrund des neuen Mechanismus zur Refinanzierung der Pflege am Bett ihre Nachfragepraxis und unternehmen zugleich Bemühungen, Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Damit

18 So werden in unseren Fällen beispielsweise Listen zur Priorisierung von Tätigkeiten bei Überlastung, Supervisionen oder Dienstevaluationen institutionalisiert.

haben sich die Machtverhältnisse im Feld durchaus zugunsten der Pflegekräfte verschoben.

Und dennoch ist die Wirkung des Fachkräftemangels auf das Handeln der Pflegebeschäftigten höchst ambivalent. Die – anschließend an die zweite These – rekonstruierten Orientierungsmuster zeigen, dass die Annahme des Machtressourcenansatzes, der Fachkräftemangel sei ein Trumpf im Kampf um Interessendurchsetzung, in den arbeitsweltlichen Orientierungsmustern der Akteur*innen keineswegs selbstverständlich ist. Aus Sicht der einzelnen, ortsgebundenen und fachlich spezialisierten Fachkräfte stellt sich die Arbeitsmarktlage häufig als beschränkt dar, und andere Arbeitsplätze werden nicht unbedingt als bessere Alternative wahrgenommen. Zudem lässt sich ein Orientierungsmuster finden, in dem der Fachkräftemangel eine kollektive, die betriebliche Hierarchie übergreifende Handlungsunfähigkeit begründet.

Die Rekonstruktion der Orientierungsmuster zeigt damit zum einen auf, dass die Situationsdeutungen der Akteur*innen als Teil der Machtrelationen im Feld konzipiert und untersucht werden müssen. Die Deutungen, die innerbetrieblich vorherrschen, sind entscheidend dafür, inwiefern sich Ideen von individueller und kollektiver Handlungsfähigkeit gegen das Gefühl der Ohnmacht durchsetzen. Zum anderen werden die narrativen Hürden deutlich, die überwunden werden müssen, wenn das in der Feldkonstellation gestiegene strukturelle Machtpotenzial der Pflegekräfte in kollektives Handeln zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen überführt werden soll. In dieser Perspektive lassen sich auch die Diskussionen innerhalb des Machtressourcenansatzes um die diskursive Macht weitertreiben (Schmalz et al. 2018, S. 123f.). Die Ergebnisse zeigen diesbezüglich, dass sich gesellschaftliche und innerbetriebliche Diskurse unterscheiden können. Die im gesellschaftlichen Diskurs thematisierte potenzielle Macht der Fachkräfte aufgrund ihres Mangels findet sich nur vereinzelt, keineswegs flächendeckend in den arbeitsweltbezogenen Orientierungsmustern der Pflegekräfte wieder – ob das in anderen Feldern der (Fach-)Arbeit auch der Fall ist, wäre weiter zu untersuchen. Die im betrieblichen Alltag vorherrschenden Orientierungsmuster und Diskurse zu kennen, kann jedenfalls – auch für Betriebsräte und Gewerkschaften – ein wichtiger Schritt sein, um Wege zu finden, das Gefühl der Ohnmacht zu durchbrechen und so Vorstellungen von kollektiver Handlungsfähigkeit innerhalb der Betriebe und darüber hinaus zu entwickeln. ■

LITERATUR

- Adorno, T.W.** (1972): Gesellschaft, in: Adorno, T.W.: Soziologische Schriften 1, Frankfurt a. M., S. 9–19
- Ahlers, E. / Quispe Villalobos, V.** (2022): Fachkräftemangel in Deutschland? – Befunde der WSI-Betriebs- und Personalrätebefragung 2021/22. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung: WSI-Report Nr. 76, Düsseldorf
- Auffenberg, J. / Becka, D. / Evans, M. / Kokott, N. / Schleicher, S. / Braun, E.** (2022): „Ich pflege wieder, wenn...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen
- BA (Bundesagentur für Arbeit)** (2023): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2022, Nürnberg
- Becker, K. / Kutlu, Y. / Schmalz, S.** (2017): Die mobilisierende Rolle des Berufsethos. Kollektive Machtressourcen im Care-Bereich, in: Artus, I. / Birke, P. / Kerber-Clasen, S. / Menz, W. (Hrsg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen, Hamburg, S. 255–277
- Bohnsack, R.** (2012): Orientierungsschemata, Orientierungsrahmen und Habitus. Elementare Kategorien der Dokumentarischen Methode mit Beispielen aus der Bildungsmilieuforschung, in: Schittenhelm, K. (Hrsg.): Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung. Grundlagen, Perspektiven, Methoden, Wiesbaden, S. 119–153
- Bohnsack, R.** (2014): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden, 9., überarb. und erw. Aufl., Opladen/Toronto
- Bourdieu, P. / Wacquant, L.** (1996): Reflexive Anthropologie, Frankfurt a. M.
- Bourdieu, P.** (2002): Das ökonomische Feld, in: Bourdieu, P. / Steinrück, M. (Hrsg.): Der Einzige und sein Eigenheim, Schriften zu Politik & Kultur, Hamburg, S. 185–222
- Braun, B. / Klinke, S. / Müller, R.** (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, in: Pflege & Gesellschaft 15 (1), S. 5–19
- Bräutigam, C. / Evans, M. / Hilbert, J. / Öz, F.** (2014): Arbeitsreport Krankenhaus: Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Hans-Böckler-Stiftung: Arbeitspapier Nr. 306, Düsseldorf
- Carstensen, J. / Seibert, H. / Wiethölter, D.** (2024): Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung, IAB Forschungsbericht (22/2024), Nürnberg
- Dittmar, N. / Glassner, V.** (2017): Varieties of Capitalism im Krankenhaussektor? Gewerkschaftsstrategien in Deutschland und Großbritannien, in: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 24 (4), S. 393–410
- Evans, M. / Kerber-Clasen, S.** (2017): Arbeitsbeziehungen in der Care-Arbeit: Blockierte Aufwertung?, in: WSI-Mitteilungen 70 (3), S. 180–188
- Hömann, U. / Vogd, W. / Ostermann, A.** (2018): Rollenstrategien pflegerischer Führungskräfte im Umgang mit Spannungserleben und Diskrepanzerfahrungen im Berufsalltag – Ansatzpunkte für eine unterstützende Kompetenzentwicklung, in: Pflege & Gesellschaft 23 (4), S. 356–369
- Isfort, M.** (2024): Qualifizierung und Berufsaustritt, in: Storm, A. (Hrsg.): Pflege-report 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, Heidelberg, S. 91–121
- Kunkel, K.** (2021): Die politische Ökonomie des Fallpauschalensystems zur Krankenhausfinanzierung, in: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 51 (205), S. 631–651
- Kunkel, K.** (2023): „Langer Atem – Keine Geduld mehr“. Der Kampf um die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern als politischer Tarifkampf, Dissertationsschrift, Erlangen-Nürnberg
- Lützkendorf, D.** (2025): Die Berliner Krankenhausbewegung. Ein praktisches Beispiel für den Kampf um mehr Zeit für gute Arbeit und ein gutes Leben, in: WSI-Mitteilungen 78 (1), S. 62–67
- Mader, D.** (2022a): Herrschaft und Handlungsfähigkeit: Elemente einer kritischen Sozialtheorie, Frankfurt a. M. / New York
- Mader, D.** (2022b): Herrschaft und Handlungsfähigkeit in der Lohnarbeit. Eine Metastudie zu betrieblichen Machtordnungen, Frankfurt a. M. / New York
- Mohan, R.** (2018): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit, Bielefeld
- Mohan, R. / Reichardt L.** (2023): „An der Basis spürt man’s nicht“. Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und Abwertungserfahrungen. Institut für Sozialforschung: IfS Working Paper Nr. 19, Frankfurt a. M.
- Molzberger, K.** (2020): Autonomie und Kalkulation. Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen, Bielefeld
- Nohl, A.-M.** (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, 3. Aufl., Wiesbaden
- Penter, V. / Blum, K. / Schumacher, L.** (2023): BDO/DKI-Studie 2023: „Personalnotstand im Krankenhaus – Quo vadis?“ https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/BDO_DKI_Studie_2023.pdf (letzter Zugriff: 25. 09. 2024)
- Polloczek, M. / Kohlrausch, B.** (2024): Vom Angebots- zum Bewerbermarkt? Berufliche Bildung und die Kräfteverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 22-23, <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/fachkraeftemangel-2024/548769/vom-angebots-zum-bewerbermarkt> (letzter Zugriff: 25. 09. 2024)
- Riedlinger, I. / Fischer, G. / Höß, T.** (2020): Pflegeberufe und Arbeitskampf – ein Widerspruch?, in: Artus, I. / Bennewitz, N. / Henninger, A. / Holland, J. / Kerber-Clasen, S. (Hrsg.): Arbeitskonflikte sind Geschlechterkämpfe. Sozialwissenschaftliche und historische Perspektiven, Arbeit – Demokratie – Geschlecht, Münster, S. 214–228
- Riedlinger, I. / Lämmel, N. / Boscher, C. / Planer, K.** (2021): „Und der Markt ist einfach leergefegt“: Management im Krisenmodus: Ergebnisse aus einem Verbundprojekt zum betrieblichen Führungshandeln in der Pflege, in: Arbeit 30 (3), S. 151–169
- Rudolph, C. / Schmidt, K.** (2020): Vergeschlechtlichung und Interessenpolitik in Care-Berufen – das Beispiel Pflege, in: Artus, I. / Bennewitz, N. / Henninger,

A. / Holland, J. / Kerber-Clasen, S. (Hrsg.): Arbeitskonflikte sind Geschlechterkämpfe. Sozialwissenschaftliche und historische Perspektiven, Arbeit – Demokratie – Geschlecht, Münster, S. 229–248

Schmalz, S. / Dörre, K. (2014): Der Machtressourcenansatz: Ein Instrument zur Analyse gewerkschaftlichen Handlungsvermögens, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 21 (3), S. 217–237

Schmalz, S. / Ludwig, C. / Webster, E. (2018). The Power Resources Approach: Developments and Challenges, in: Global Labour Journal 9 (2), S. 113–134

Schmidt, K. (2019): Kollektive Auseinandersetzungen um Pflege. Formen und Praxen pflege- und carepolitischer Interessenartikulation, in: Rudolph, C. / Schmidt, K. (Hrsg.), Interessenvertretung und Care: Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen, Arbeit – Demokratie – Geschlecht. Westfälisches Dampfboot, Münster, pp. 248–263.

Vogd, W. / Molzberger, K. / Feißt, M. / Ostermann, A. / Slotta, J. (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten, Wiesbaden

Wasem, J. / Blase, N. (2023): Die Personalentwicklung im Krankenhaus seit 2000, in: Klauber, J. / Wasem, J. / Beivers, A. / Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal, Berlin/Heidelberg, S. 3–18

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim, S. 227–255

AUTOR

ROBIN MOHAN, Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung Frankfurt a. M. Arbeitsschwerpunkte: Gesellschaftstheorie, (Care-) Arbeitssoziologie, Organisationssoziologie.

@ mohan@em.uni-frankfurt.de