

Lehren aus der Pandemie für die latente Gratifikationskrise des Krankenhauspersonals

Stefan Bär, Veronica E. Steinweg und Nethané Weiß

Einleitung

Dass die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus besondere Erschwernisse für seine Beschäftigten mit sich bringen, ist schon lange bekannt. Seit über 40 Jahren ist wiederkehrend die Grenze der Belastbarkeit des Pflegepersonals Thema (Fuchs, Himmel und Wilhelm, 1987; Bartholomeyczik, 1993; Marrs, 2007). Gut untersucht ist der Zusammenhang von steigenden Arbeitsanforderungen und psychischer Belastung (Braun, Müller und Timm, 2004; Aiken et al., 2012; 2013). Auch für die ärztlichen Beschäftigten im Krankenhaus ist die Befundlage ähnlich (von dem Knesebeck et al., 2010; Rose et al., 2019). Vor diesem Hintergrund gelten die Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals seit vielen Jahren als reformbedürftig.

Hauptsächlich verhandelt wurde die Thematik bisher im wissenschaftlichen und im arbeitspolitischen Diskurs. Als Ursache für ungünstige Arbeitsbedingungen und deren negative Auswirkungen wird seit vielen Jahren eine »Ökonomisierung« des Gesundheitssystems diskutiert (Simon, 2001; Bär, 2011; Mohan, 2018). Arbeitspolitisch steht der Fachkräftemangel, die Ausbildungssituation und die Frage von tarifvertraglich geregelter Entlastung im Mittelpunkt (Bär, Steinweg und Dauner, 2024).

In die öffentliche Aufmerksamkeit geriet die Krankenhausarbeit meist lediglich im Zusammenhang mit Skandalen oder selektiv bei Streiks – wobei hier die Versorgung durch Notfallpläne stets gesichert war –, ansonsten wurde sie eher wenig beachtet. Diese Art der Nicht-Beachtung bzw. Abwertung der Leistungen des Krankenhauspersonals sorgte über viele Jahre für Frustration, Zunahme von Teilzeitbeschäftigung und Berufsfucht, was die Lage vor Ort anhaltend unter Druck setzte (Pilny und Rösel, 2021).

Der Blick auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus scheint sich durch die COVID-19-Pandemie verändert zu haben. Sie hatte das Thema unmittelbar mit ihrer ersten Dynamik an schweren Erkrankungsfällen im Jahr 2020 prominent in den öffentlichen Fokus gerückt: wichtige Leistungsträger in der Versorgung fehlten, In-

tensivbetten konnten nicht betrieben werden, die Regelversorgung musste aus Kapazitätsgründen eingeschränkt werden (Mostert et al., 2021).

Es wurde – nicht zuletzt durch mediale Zuspitzungen (Nolte und Hasseler, 2024) – relativ schnell klar, dass insbesondere das Fehlen von hochqualifiziertem Intensivpflegepersonal für die Gesamtversorgungslage zur Bedrohung werden konnte, und mehr oder weniger plötzlich rückte dieses als systematisch bedeutsam ins öffentliche Interesse. Tendenziell konnten nun nämlich alle, auch diejenigen, die sich bisher nie für deren Arbeitsbedingungen interessiert hatten, wegen der leichten Übertragbarkeit des Virus und dem potenziell schweren Krankheitsverlauf vom Mangel an Fachkräften auf den Intensivstationen betroffen sein. Was bisher selbstverständlich erschien: ein funktionierendes, leistungsfähiges und hochtechnisiertes Gesundheitssystem mit seinen unterschiedlichen Versorgungsbereichen und -expert*innen, geriet nun, da immanente Schwächen zum Vorschein kamen, in den öffentlichen Blick. Auch die Abhängigkeit der Versorgung durch ihre Verschränkung mit globalen Lieferketten für Medikamente, Schutzkleidung und -masken sowie medizintechnische Geräte wurde offensichtlich (Fabra, Motta und Peitz, 2021; Görg und Möhle, 2020). Gleichzeitig wurde die bis dahin stets virulente Finanzierungsfrage nahezu irrelevant.

Das Krankenhauspersonal leistete in der Pandemie unter Hochdruck Enormes und wurde für seinen Einsatz gefeiert. Die »Helfer« erfuhren symbolisch (Klatschen vom Balkon) und finanziell (Prämien) Anerkennung, und der Diskurs schwankte zwischen Heldentum und Systemrelevanz (McAllister, Lee Brien und Dean, 2020; Reiber, Fischer und Lämmel, 2021). Es erstand aber auch die Erkenntnis, dass sich etwas grundsätzlich ändern müsse im Krankenhaus. Denn, was die Pandemie zum Vorschein gebracht hatte, war mehr, als dass Personal knapp ist, und dass das vorhandene Personal einen mehr oder weniger existentiellen Beitrag zur Versorgungssicherheit erbringt. Was zum Vorschein kam, ist eine bis dahin lediglich im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs besprochene Anerkennungskrise.

Als systemrelevant erfuhr insbesondere der Pflegeberuf durch die Pandemie Anerkennung, aber es gab auch schon zuvor in den regulatorischen Rahmenbedingungen Aufwertungstendenzen – die drei Pflegestärkungsgesetze, die Konzertierte Aktion Pflege, das Pflegeberufegesetz sowie das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (Mohan und Reichard, 2023) – und auch die Vergütungen hatten sich in den letzten Jahren verbessert (Destatis, 2021). Nun könnte man meinen, dass durch mehr öffentliche Aufmerksamkeit, größere Wertschätzung der Leistungen, entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen und Erfolge bei den Tarifverhandlungen dieser latenten Anerkennungsproblematik ein Ende bereitet oder sie zumindest abgemildert wurde.

Unsere These ist, dass dem nicht so ist. Wir gehen vielmehr davon aus, dass sie zuvor lediglich wenig sichtbar war und, dass sie strukturelle Ursachen hat, die nichts mit der Pandemie zu tun haben.

Was es mit dem Gratifikationsproblem im Krankenhaus auf sich hat, ob und inwiefern es sich während der Pandemie verschärft oder zum Ende hin reduziert hat, und was diesbezüglich die Lehren aus der Pandemie sind, diesen Fragen geht der folgende Text nach.

Wir skizzieren zunächst, was unter Gratifikationskrise zu verstehen ist und geben einige Befunde aus dem Stand der Forschung wieder. Unsere Argumentation stützt sich dann im Weiteren auf eine empirische Untersuchung, die zu zwei Zeitpunkten – vor der Pandemie 2019 und im Auslaufen der Pandemie 2023 – durchgeführt wurde. Wir werden, was vielleicht überraschen mag, zeigen, dass die Pandemie keinen Erklärungsbeitrag zum Ausmaß der Gratifikationskrise liefert, sondern, dass dafür andere Ursachen auf Ebene der Organisation verantwortlich sind. Neben der Diskussion dieses und weiterer Ergebnisse versuchen wir diesbezüglich Lehren für die Zeit nach der Pandemie im Krankenhaus abzuleiten.

Das Gratifikationskrisenmodell

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Siegrist, 1996) dient der Erklärung stress-assoziiierter Erkrankungen und geht theoretisch vom Reziprozitätsprinzip aus. Das Gratifikationskrisenmodell wird daher auch als Effort-Reward-Imbalance (ERI) Model bezeichnet. Aus dem »Ungleichgewicht zwischen erbrachtem Arbeits-einsatz und erwartetem oder erfahrenem Gewinn« (Siegrist, 2015, S. 21) erwächst das Risiko für eine Gratifikationskrise. Dabei meint »Gewinn« nicht ausschließlich Monetäres, sondern beinhaltet die erfahrene Gegenleistung für eine Leistung, was Faktoren wie Wertschätzung durch Vorgesetzte, aber auch Strukturelles wie Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegschancen beinhalten kann. Bleibt Gratifikation auf Dauer aus, spricht man von einer Gratifikationskrise als einem dauerhaften Missverhältnis zwischen erbrachter Leistung und dafür erhaltener Anerkennung im Arbeitskontext.

Relevant wird dieses Missverhältnis, weil es mit Stress assoziiert ist, und die damit zusammenhängenden pathophysiologischen Mechanismen ein manifestes Erkrankungsrisiko mit sich bringen können. Je größer das Missverhältnis, desto höher das Erkrankungsrisiko (ebd., S. 22). Das hat eindrücklich die Whitehall II Studie (Marmot et al., 1991) gezeigt: Beschäftigte mit einer Gratifikationskrise hatten ein eindeutig erhöhtes Risiko für eine koronare Herzkrankheit (Siegrist 2015, S. 28f.). Diese Ergebnisse konnten für ganz unterschiedliche Arbeitskontexte und Erkrankungen bestätigt werden (Siegrist und Dragano, 2008; Siegrist, 2013).

Die Anerkennungsthematik im Gesundheitssystem im Spiegel der COVID-19-Pandemie

Auch im Gesundheitssystem zeichnete sich schon vor der Pandemie ab, dass Beschäftigte dem Risiko einer Gratifikationskrise ausgesetzt sind (Bär und Starystach, 2018). Dabei zeigten sich Positionseffekte, die sich im Wesentlichen über ein höheres Ausmaß an Handlungsautonomie erklären lassen: bei Pflegekräften mit Führungsverantwortung war das Risiko geringer (ebd.). Dieser Effekt zeigt sich im Krankenhaus auch berufsgruppen-übergreifend (Starystach, Dauner und Bär, 2023). Es gibt im Verlaufe der Pandemie zudem Indizien, die auf einen Zusammenhang zwischen organisationalen Faktoren und dem Missverhältnis zwischen Leistung und Anerkennung hinweisen. So traten bei Pflegenden, die eine geringe Unterstützung durch ihre Organisation wahrnahmen, Belastungssyndrome (Burn-Out-Symptomatik) auf (Mai et al., 2021, S. 5).

Beobachtungen wie diese liefern einen ersten Hinweis darauf, dass die Anerkennungsproblematik mit Organisationsstruktur und kultur assoziiert ist. Beides sind Spezifika, welche sich nur langsam wandeln und somit eine Erklärung dafür liefern können, dass die Problematik im Gesundheitssystem schon lange latent hat vorliegen und sich schließlich durch den Fachkräftemangel, die wachsenden Arbeitsanforderungen sowie nicht zuletzt durch die Pandemiesituation hätte verschärfen können.

Die Situation vor der Pandemie brachte für das Gesundheitspersonal seit Jahrzehnten Belastungen mit sich. Im Stand der Forschung, der im Folgenden en détail dargestellt wird, lassen sich folgende Krisenherde identifizieren:

- die unter dem Schlagwort »Ökonomisierung« diskutierten Phänomene,
- insbesondere die damit einhergehende Arbeitsverdichtung,
- die Überlagerung berufsethischer Normen durch aufgenötigte Abwägungen zwischen betriebswirtschaftlichen und medizinisch-pflegerischen Standards,
- ein zunehmender Fachkräftemangel sowie
- querliegend dazu, die Wahrnehmung vieler Beschäftigter, dass es an gesellschaftlicher und politischer Beachtung und Wertschätzung fehle.

Die nicht nur in der Forschung diskutierte Problematik der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus wird zumeist im Kontext von »Ökonomisierung« betrachtet (Bär und Starystach, 2017). Auch wenn der Diskurs keinem einheitlichen Ökonomisierungsbegriff folgt, so wird darunter in der Regel der wachsende Einfluss betriebswirtschaftlicher Rationalität verstanden, durch den wirtschaftliche Kalküle das Denken und Handeln in den Krankenhäusern und medizinisch-pflegerische Zielsetzungen unterminieren (Marrs, 2007, S. 502). Auf Ebene des Personals konfliktieren ökonomische Kriterien mit der professionellen Arbeitsorientierung und auf Ebene der Or-

ganisation besteht ein Konflikt mit der wohlfahrtsgesellschaftlichen Infrastrukturfunktion des Krankenhauses (Bode, 2010, S. 65). Das führt dazu, dass das Personal »einem andauernden ethischen Handlungsdilemma ausgesetzt [ist], in welchem Patientenwohl und betriebswirtschaftliche Anforderungen in Einklang zu bringen sind« (Starystach und Bär, 2019, S. 216). Fast das gesamte ärztliche und pflegerische Personal empfindet Ökonomisierungsdruck, der sich in psychosozialen Belastungen aufgrund von Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und gesunkenen Versorgungsstandards zeigt (Slotala und Bauer, 2009, S. 64). Hohe Arbeitsbelastung kann zum Berufsausstieg führen (Mohan, 2018, S. 270), woraus unmittelbar folgt, dass »Ökonomisierung« auch mit einer hohen Fluktuationsrate sowie dem allgegenwärtigen Problem des Fachkräftemangels in Verbindung steht.

Hohe Arbeitsanforderungen lassen sich zudem mit fehlender Anerkennung in Zusammenhang bringen, was sich darin zeigt, dass Ärzt*innen und Pflegekräfte insgesamt zwar ähnliche Niveaus an Arbeitsbelastung aufweisen, diese aber mit der hierarchischen Position sinkt (Starystach, Dauner und Bär, 2023). Das bedeutet, dass eine Führungsposition zwar mit höherer Verantwortung, aber gleichzeitig auch mit größerer Anerkennung einhergeht und dadurch die Belastungswahrnehmung sinken kann. Umgekehrt spricht das für das Vorliegen eines Anerkennungsproblems beim zahlenmäßig weitaus größeren Teil der Beschäftigten ohne Führungsposition. Konsistent hierzu ließ sich bereits lange vor der Pandemie erkennen, dass dieser Positionseffekt bei Pflegenden an Universitätsklinken vorliegt (Bär und Starystach, 2018).

Man muss daher davon ausgehen, dass die skizzierten Krisenherde sowie die Anerkennungsproblematik das Krankenhaus seit Jahrzehnten latent prägen.

Zu *Beginn der Pandemie* rückte die deutsche Krankenhausversorgung zunächst aufgrund der Dynamik in den Nachbarländern in den medialen Fokus: COVID-Patient*innen aus Italien und Frankreich wurden in deutschen Kliniken untergebracht, weil die dortigen Kapazitäten an Beatmungsgeräten und Personal ausgeschöpft waren (Deutsches Ärzteblatt, 2020). Es sollte nicht mehr lange dauern, so zeigten sich ähnliche Zustände auch in Deutschland. Als eine Reaktion darauf, was das Personal hierbei leistete, erfolgte symbolisch (Klatschen vom Balkon) die öffentlich ausgedrückte Anerkennung für systemrelevante Berufsgruppen.

Die konkrete Situation abseits von Medien und öffentlicher Wahrnehmung in der Frühphase der Pandemie war zunächst gekennzeichnet vom Warten auf die ersten Patient*innen (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 232). Hohe Motivation und großes Engagement beim medizinischen Personal (Wildgruber et al., 2020, S. 302f.) wurden aber bald von Phasen massiver Arbeitsbelastung abgelöst. Am stärksten waren Intensiv- und Altenpflege betroffen. Der anfängliche Mangel an Schutzausrüstung (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 232) und direkter Patientenkontakt erzeugten Stress beim Personal (Wildgruber et al., 2020). Die Einhaltung von Hygienevorschriften sorgte für Zeitdruck (aufwändiges Anlegen von

Schutzausrüstung) und das Arbeiten in Isolation (in entsprechender Schutzkleidung) für große physische und psychische Beanspruchungen (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 232; Vollbracht und Hombücher, 2022). Gleichzeitig führte Arbeitsausfall infolge von Quarantänebestimmungen zu erhöhtem Arbeitsdruck beim verbliebenen Personal (ebd.). Das Krankheitsbild von COVID-19 selbst mit rasant steigenden Raten an künstlicher Beatmung und Lücken bei der dafür notwendigen technischen Ausrüstung (ebd.) sowie Engpässe bei der Verfügbarkeit notwendiger Medikamente kamen hinzu (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020). Gleichzeitig wuchs die Komplexität des Arbeitsalltags mit zunehmender Kenntnis und Erfahrung zum Krankheitsgeschehen an (ebd., S. 233).

Im Verlauf der Pandemie kam Unzufriedenheit mit dem Umgang auf organisationaler Ebene und dem Personalmanagement auf (Mai et al., 2021). Während sich das medizinische Patientenmanagement durch mehr wissenschaftliches und Erfahrungswissen sowie die Sicherstellung von Ausrüstung zunehmend routinisierte, erhöhte sich auf organisationaler Ebene der bürokratische Aufwand, als Testungen, Impfungen und Nachweiskontrollen aufkamen.

Zusammenfassend lassen sich die Belastungen zurückführen auf die Diskrepanz zwischen den pandemischen Notwendigkeiten – intensivierte und komplexer gewordene Versorgung, Schutzvorkehrungen und -ausrüstung mit den zugehörigen Bestimmungen – und den vorhandenen Kapazitäten – Personalengpässe und eingeschränkte Verfügbarkeit an Ausrüstung (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020). Während sich dies direkt auf die Pandemie und entsprechende Krisenmanagementfragen zurückzuführen lässt, darf nicht vergessen werden, dass sich die veränderte Versorgungssituation auf den psychoemotionalen Zustand des Personals auswirkte. Das lag an hohen Mortalitätsraten trotz maximaltherapeutischen Einsatzes mit Versterben in Einsamkeit durch Isolation bzw. Quarantäne, verknapptem Patientenkontakt aufgrund des Infektionsrisikos sowie allgegenwärtiger Sorge vor Selbstansteckung oder Übertragung auf andere Patient*innen und eigene Angehörige (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 233).

Besonders bei der Pflege tangierte die Pandemie auch deren Rollenbild und berufliches Selbstverständnis. Fehlender oder verkürzter Patientenkontakt äußerte sich in Entfremdungsgefühlen in der Versorgung selbst. Aber bedingt durch Personal- und Ressourcenmangel mussten auch in der Selbstsorge Abstriche gemacht werden: Einsatz von positiv getesteten Pflegekräften, Nicht-Einhaltung von Hygienestandards, wie die länger als vorgeschriebene Verwendungsdauer von Beatmungssets (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 233). Zusammengekommen entstand die Wahrnehmung, die pandemischen Anforderungen nicht erfüllen zu können und die große berufliche Verantwortung wurde zunehmend zur Last (Vollbracht und Hombücher, 2022). Neben diesen direkten berufsbedingten Belastungen hatte aber auch die vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit Effekte. So vermissten viele die Einleitung rascher und ganz konkreter Maßnahmen zur

Anerkennung ihrer Arbeit (Mai et al., 2021, S. 6) und sahen ihre damit verbundenen Hoffnungen und Erwartungen als nicht erfüllt. In der Tendenz reklamierten mehr Pflegekräfte als zuvor, dass sie ihren Beruf als nicht wertgeschätzt oder sogar missachtet wahrnahmen und, dass sie über ihre persönlichen sowie ethischen Grenzen hinaus beansprucht würden (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020).

Die empfundene Missachtung ist nun aber kein neues, erst durch die Pandemie entstandenes Problem. Sie ist vielmehr ein Hinweis auf latente strukturelle Probleme. Die Pandemie hat lediglich ein Schlaglicht darauf geworfen und bereits seit Jahrzehnten vorhandene Themen aktualisiert:

- Die Wahrnehmung, dass die Belastungen zugenommen haben (Vollbracht und Hombücher, 2022),
- der Fachkräftemangel,
- vermehrtes Auftreten von Burn-Out-Symptomatik mit Auswirkungen bis ins Privatleben (Begerow, Michaelis und Gaidys, 2020, S. 234; Mai et al., 2021, S. 5) und
- eine Verstärkung der Tendenz zur Berufsflucht (Mai et al., 2021, S. 5).

Vor dem Hintergrund des skizzierten Forschungsstands muss man davon ausgehen, dass es sich um langfristige strukturelle Probleme im Gesundheitssystem resp. Krankenhaus handelt, auf welche die Pandemie aufgesetzt hat. Unsere Annahme ist, dass dies mit der latenten Anerkennungs- bzw. Gratifikationskrise zu tun hat.

Untersuchungsdesign und Methoden

Wir haben an einem Kreiskrankenhaus mit 280 Betten und etwa 850 Beschäftigten mit einem standardisierten Erhebungsinstrument zu zwei Zeitpunkten (2019 und 2023) eine Vollerhebung durchgeführt. Bei guten Rücklaufquoten (30,4 % resp. 24,5 %) zeigte für beide Zeitpunkte eine Non-Response-Analyse anhand von Routinedaten der Personalabteilung, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit hinsichtlich Alter, Geschlecht, Abteilungen und Berufsgruppen insgesamt gut abbildet, die Ergebnisse demnach mit hinreichender Sicherheit auf alle Beschäftigten verallgemeinert werden können. Der eingesetzte Fragebogen basierte auf dem KFZA (Prümper, Hartmannsgruber und Frese, 1995), der Arbeitsbelastungen in unterschiedlichen Dimensionen misst, erweitert um Fragen zur Person und ein eigens für den spezifischen Krankenhauskontext entwickeltes Modul, das zum zweiten Zeitpunkt durch Fragen zur Pandemie ergänzt wurde.

Die Operationalisierung der Gratifikationskrise wurde in Anlehnung an frühere Untersuchungen (Bär und Starystach, 2017) vorgenommen, wobei die Dimensionen jeweils eine gute innere Konsistenz aufweisen (Cronbachs Alpha > 0,736 bzw. 0,747).

Für die Berechnung des Gratifikationskrisenmodells wurden zwei Skalen aus jeweils fünf Items erstellt: Eine Leistungsskala, die die Anforderungen und Verpflichtungen erfasst. Hierbei wurden Faktoren wie Komplexität, Zeitdruck und Arbeitsmenge beachtet, und eine Belohnungsskala, die Wertschätzung, Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit berücksichtigt¹. Wir haben für die Analyse deskriptive und multivariate Statistik eingesetzt, insbesondere haben wir auf Mittelwerte und Regressionsmodelle zurückgegriffen.

Ergebnisse

Prüft man im ersten Schritt das Ausmaß der Anerkennungsproblematik (Tab. 1), so zeigt sich für beide Erhebungszeitpunkte ein deutliches Missverhältnis von erbrachter Leistung im Verhältnis zur erhaltenen Belohnung, bei gleichzeitig annähernd unveränderten Werten. In der Wahrnehmung der Beschäftigten haben sie 34 bzw. 32 % mehr geleistet, als dass sie dafür in irgendeiner Form Anerkennung erfahren haben. Damit liegt bei den Befragten ein andauerndes, deutliches Risiko für eine Gratifikationskrise vor (Siegrist, 1996).

Tabelle 1: ERI für die Jahre 2019 und 2023 anhand des Index²

	2019	2023
ERI-Index	1,34	1,32

Es zeigt sich auch, dass im untersuchten Krankenhauskontext bereits 2019 vor Ausbruch der COVID-19 Pandemie und der damit verbundenen Ausnahmesituation für das Gesundheitswesen eine Gratifikationskrise bestand.

- 1 In bisheriger Forschung wird Gehalt als Teil der Anerkennung gewertet. Wir haben es jedoch nicht in die Skala aufgenommen, da dessen Höhe im Fragebogen nicht erfasst wurde, die gemessene Zufriedenheit mit dem Gehalt sich in der Faktoranalyse als Variable mit doppelter Ladung zeigte, was die Interpretation erschwerte und die testweise Berechnung des Gratifikationskrisenmodells unter Einschluss dieser Variable ein nahezu unverändertes Ergebnis des ERI-Index ergab.
- 2 ERI bezieht sich auf das Effort-Reward-Imbalance- bzw. Gratifikationskrisenmodell. Ein Index-Wert von 1 entspricht einem ausbalancierten Verhältnis von Leistung und Anerkennung, Werte größer 1 zeigen, dass (in der Eigenwahrnehmung) mehr Leistung erbracht wird, als, dass dafür Anerkennung erfolgt.

Zieht man im zweiten Schritt für die Situation zum Pandemieende 2023 die Leistungsvariablen³ des ERI heran (Tab. 2), dann zeigt sich, dass für die gesamte Belegschaft Zeitdruck, Arbeitsmenge und häufige Unterbrechungen der Arbeit die größten Belastungen darstellen. Diese drei Faktoren können als besonders relevant für die Anerkennungskrise bei der Leistungsdimension erachtet werden. Während für den Verwaltungsdienst als patientenferne Berufsgruppe diese Belastungen nicht so stark ausfallen, stellen sie sich für die patientennahen Berufsgruppen und an erster Stelle für den Pflegedienst als besonders ungünstig dar. Insbesondere bei Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen zeigen sich gravierende Belastungen.

Tabelle 2: Leistungsvariablen des ERI insgesamt und nach Berufsgruppe im Jahr 2023.

	Belegschaft insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Verwaltungsdienst
Bei meiner Arbeit gibt es Dinge, die zu kompliziert sind.	3,36	3,45	3,24	3,16	3,54
Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt.	3,22	3,33	3,01	3,05	3,25
Ich stehe häufig unter Zeitdruck.	1,99	1,87	1,59	2,11	2,44
Ich habe zu viel Arbeit.	2,14	2,13	1,79	2,16	2,80
Ich werde bei meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen.	2,04	1,94	1,60	2,00	2,33

[Mittelwerte; niedrige Werte stehen für hohe Belastungen (min=1; max=5)]

Da im Stand der Forschung regelmäßig davon ausgegangen wird, dass Ökonomisierungsprozesse sich sowohl auf die an das Personal gestellten Anforderungen als auch auf die erlebte Anerkennung auswirken, haben wir die entsprechenden Items hierzu gesondert ausgewertet (Tab. 3). Unsere Daten bestätigen den wahrgenommenen Ökonomisierungsdruck.

3 Die einzelnen Variablen der Dimension Belohnung wurden nicht gesondert dargestellt, da keine davon als auffällige Belastungsquelle heraussticht

Tabelle 3: Belastungen durch die »Ökonomisierung« insgesamt und nach Berufsgruppe im Jahr 2023.

	Belegschaft insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Verwaltungsdienst
Ich bin genötigt bei der Patientenbehandlung auf wirtschaftliche Aspekte zu achten.	2,16	2,00	1,99	2,47	-
Es belastet mich, dass meine tägliche Arbeit zunehmend an wirtschaftlichen Maßstäben gemessen wird.	1,78	1,67	1,48	1,79	2,85
Der Mangel an Pflegekräften belastet meine Arbeit.	1,70	1,74	1,25	1,67	3,08
Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten belastet meine Arbeit.	2,10	1,61	1,95	1,76	2,92
Ich bin genötigt bei der Patientenbehandlung auf wirtschaftliche Aspekte zu achten.	2,16	2,00	1,99	2,47	-

[Mittelwerte; niedrige Werte stehen für hohe Belastungen (min=1; max=5)]

Zudem stellt der Mangel an Fachpersonal zum Pandemieende hin für die patientennahen Berufsgruppen eine deutliche Belastung dar, wobei Pflegende und Ärzt*innen den jeweiligen Personalmangel in ihrer Berufsgruppe jeweils als besonders stark wahrnehmen.

In Bezug auf die Pandemie zeigt sich, dass vor allem die erhöhte Arbeitsmenge und wechselnde gesetzliche Vorgaben und Bestimmungen als belastend empfunden wurden (Tab. 4). Auch hier zeigt sich als Tendenz, dass Mitarbeitende im Pflegedienst am stärksten belastet waren. Fragen zu Schutzmaßnahmen und – ausrüstung sowie zum Ansteckungsrisiko zeigten keine Belastungstendenz, was sich möglicherweise dadurch erklären lässt, dass Infektionsrisiken und der professionelle Umgang damit keine grundsätzlichen Unbekannten im Krankenhaus darstellen.

Tabelle 4: Belastungen durch die Pandemie insgesamt und nach Berufsgruppe.

	Belegschaft insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Verwaltungsdienst
Die wechselnden gesetzlichen Vorgaben/Bestimmungen während der COVID-19-Pandemie haben meine tägliche Arbeit oft erschwert.	2,16	2,17	1,89	2,11	2,60
Meine Arbeitsmenge hat sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie erhöht.	2,41	2,39	2,09	2,39	2,81

[Mittelwerte; niedrige Werte stehen für hohe Belastungen (min=1; max=5)]

Um nun mögliche Einflüsse auf das in Frage stehende Missverhältnis von Leistung und Anerkennung analysieren zu können, wurden verschiedene Regressionsmodelle mit jeweils dem ERI-Index als abhängige Variable (AV) berechnet (Tab. 5). Die Modelle I, II und III untersuchen den Einfluss von Geschlecht, Berufsgruppe, Führungsverantwortung, Schichtdienst und Ausbildungsstatus und ergänzend den Einfluss der Belastungen durch die Pandemie.

Tabelle 5: Einflüsse auf das ERI-Missverhältnis

	Modell I	Modell II	Modell III
Konstante	1,552 *** (0,247)	2,101 *** (0,357)	
Geschlecht (weiblich)	0,017 (0,172)	-0,007 (0,177)	
Berufsgruppe Ärztlicher Dienst	0,318 (0,293)	0,277 (0,283)	
Berufsgruppe Pflegedienst	-0,096 (0,219)	-0,157 (0,216)	
Berufsgruppe Funktionsdienst	0,019 (0,252)	-0,094 (0,241)	
Berufsgruppe Verwaltungsdienst	-0,239 (0,268)	-0,192 (0,283)	

	Modell I	Modell II	Modell III
Führungsverantwortung	-0,709 *** (0,232)	-0,564 ** (0,238)	
Schichtdienst	0,175 (0,160)	0,090 (0,170)	
In Ausbildung	0,420 (0,310)	0,237 (0,331)	
Corona: gesetzliche Bestimmungen		0,083 (0,058)	0,088 * (0,052)
Corona: Arbeitsmenge		-0,040 (0,067)	-0,025 (0,057)
Corona: Schutzmaßnahmen		-0,058 (0,091)	-0,124 * (0,073)
Corona: Schutzausrüstung		-0,102 (0,075)	-0,062 (0,064)
Korrigiertes R ²	0,092	0,130	0,123

[AV: ERI-Index]

Es zeigt sich in den Modellen I und II der aus dem Stand der Forschung bekannte Positionseffekt. Führungsverantwortung führt zu einem insgesamt ausgeglicheneren Verhältnis von Leistung und Belohnung.

Auffällig ist in Modell II, dass die Belastungen durch die Pandemie keinen statistisch nachweisbaren Einfluss haben. Betrachtet man deren Einfluss gesondert (Modell III), stellen sich die Belastungen durch ständig wechselnde gesetzliche Bestimmungen und die Zufriedenheit mit den Schutzmaßnahmen⁴, die vom Krankenhaus vorgenommen wurden, als relevante Einflussfaktoren heraus. Allerdings erreichen beide lediglich ein niedriges Signifikanzniveau.

Mit den Modellen IV bis VII (Tab. 6) wurden der Einfluss verschiedener organisationaler Variablen auf den ERI und zusätzlich zur Kontrolle von Interaktion die Variablen aus Modell I und III getestet. Modell IV enthält alle Variablen und zeigt, dass sich der Einfluss von Führungsverantwortung verliert, wenn organisationale Faktoren berücksichtigt werden. Dabei erweisen sich wenig rigide Hierarchien und eine offene Fehlerkultur als statistisch signifikant, um eine Gratifikationskrise abbildern können.

Betrachtet man den Einfluss der organisationalen Variablen gesondert (Modell VI), können diese fast ein Viertel der Varianz der AV erklären. Auch hier ist der Ein-

4 Der negative Wert signalisiert, dass sich der ERI-Index durch diesen Einflussfaktor reduziert.

fluss der offenen Fehlerkultur signifikant, derjenige der wenig rigiden Hierarchien wird allerdings durch die offene Haltung der Leitung für die Ideen der Mitarbeitenden ersetzt. Diese »Führungs«-Variable ist auf einem 0,1 % Niveau signifikant und hat mit einer Effektstärke von -0,232 den größten Einfluss auf die AV. Betrachtet man diese und die »Fehlerkultur«-Variable gesondert (Modell VII) erhöht sich der Erklärungsbeitrag leicht.

In Bezug auf die Pandemie zeigen sich die wechselnden gesetzliche Bestimmungen sowohl in Modell IV als auch in Modell VII als Einflussfaktoren, die eine Gratifikationskrise verstärken können. Demgegenüber ist die zusätzliche Arbeitsmenge durch die Pandemie lediglich in Modell VI auf niedrigem Niveau statistisch signifikant. Auch die Effektstärke fällt hinter den Einfluss der wechselnden gesetzlichen Bestimmungen zurück. In Modell VII, das die Belastungen durch die Pandemie und den organisationalen Einfluss berücksichtigt, zeigen sich wiederum wenig starre Hierarchien und eine offene Fehlerkultur als signifikante Abmilderungsfaktoren. Das Modell erzielt mit 33 % den höchsten Erklärungsbeitrag.

Insgesamt bestätigt sich damit, dass Aspekte der Organisationskultur, insbesondere wenig starre Hierarchien, die Haltung der Leitung gegenüber den Ideen der Mitarbeitenden und der Umgang mit Fehlern eine Gratifikationskrise signifikant abmildern können oder umgekehrt, dass rigide Hierarchie, geringe Offenheit der Leitungskräfte und fehlende Fehlerkultur das Risiko einer Gratifikationskrise erhöhen.

Tabelle 6: Einfluss verschiedener Variablen auf das ERI-Missverhältnis

	Modell IV	Modell V	Modell VI	Modell VII
Konstante	3,102 *** (0,416)	2,927 *** (0,227)	2,785 *** (0,199)	3,254 *** (0,278)
Geschlecht (weiblich)	0,470 (0,170)			
Berufsgruppe Ärztlicher Dienst	0,294 (0,284)			
Berufsgruppe Pflegedienst	-0,158 (0,230)			
Berufsgruppe Funktionsdienst	0,044 (0,251)			
Berufsgruppe Verwaltungsdienst	-0,142 (0,302)			

	Modell IV	Modell V	Modell VI	Modell VII
Führungsverantwortung	-0,301 (0,249)			
Schichtdienst	0,230 (0,171)			
In Ausbildung	0,029 (0,320)			
Corona: gesetzliche Bestimmungen	0,125 ** (0,057)			0,126 *** (0,049)
Corona: Arbeitsmenge	-0,059 (0,068)			0,099 * (0,056)
Corona: Schutzmaßnahmen	-0,110 (0,090)			-0,101 (0,070)
Corona: Schutzausrüstung	-0,029 (0,072)			-0,035 (0,060)
Verlass auf Vorgesetzte	-0,053 (0,063)	-0,024 (0,057)		-0,032 (0,053)
Ausreichend Information durch Leitung	-0,051 (0,081)	0,018 (0,067)		-0,055 (0,066)
Leitung ist bereit, Ideen zu berücksichtigen	-0,045 (0,100)	-0,232 *** (0,075)	-0,233 *** (0,061)	-0,104 (0,078)
Hierarchien	-0,139 ** (0,067)	-0,084 (0,058)		-0,115 ** (0,055)
Fehlerkultur	-0,172 ** (0,078)	-0,175 *** (0,065)	-0,212 *** (0,023)	-0,155 ** (0,065)
Korrigiertes R ²	0,319	0,238	0,249	0,330

[Abhängige Variable: ERI-Index]

Nach einem Durchgang durch wesentliche Ergebnisse unserer Untersuchung lässt sich also sagen, dass bereits vor der COVID-19-Pandemie beim untersuchten Krankenhauspersonal das Risiko für eine Gratifikationskrise bestand, und dass die Pandemie daran nichts geändert hat.

Die Untersuchung zeigt auch, dass die Pandemie spezifische Belastungen mit sich gebracht hat. Während Infektionsrisiken und Hygienemaßnahmen, vermutlich weil sie beständiger Teil innerhalb der professionellen Routine im Krankenhaus sind, per se keine großen Auswirkungen gehabt haben, sind für das Ausmaß der

Gratifikationsproblematik in erster Linie die sich permanent ändernden gesetzlichen Vorgaben und Bestimmungen von Gewicht gewesen. Einen Effekt hatte auch die gestiegene Arbeitsmenge, allerdings war er geringer. Für den Erhebungszeitpunkt zum Ende der Pandemie entscheidender sind aber nicht durch sie bedingte, sondern innerorganisationale Faktoren: Hierarchie und Fehlerkultur⁵.

Nun ist zwar davon auszugehen, dass die Versorgung unter den Pandemiebedingungen die Wahrscheinlichkeit für Fehler erhöht hat, jedoch ist Fehlerkultur im Krankenhaus sicherlich eher eine konstante Bedingung. Wir gehen auf Basis unserer Untersuchungsdaten daher davon aus, dass die gezeigten organisationskulturellen Faktoren schon vor der Pandemie bestanden und ihren Beitrag zur Gratifikationskrise leisteten.

Leider muss man auch annehmen, dass dem weiterhin so ist. Denn die Krankenhäuser mussten nach dem Auslaufen der Pandemie wegen des Staus in der Routineversorgung und, damit verbunden, aufgrund der ökonomischen Rahmenbedingungen rasch wieder zum Tagesgeschäft zurückkehren.

Fazit

Die öffentliche Euphorie über den Einsatz der Helfer ist rasch verpufft (Mohan und Reichardt, 2023, S. 7), und möglicherweise haben symbolische Anerkennung und Signale aus der Politik die Erwartungen an nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verstärkt, was umso mehr zu Enttäuschungen führen mag, wenn sich strukturell wenig verändert durch die Pandemieerfahrung (ebd.). Weil der Blick unserer Untersuchung lediglich bis zum Auslaufen der Pandemie reicht, können wir diese Frage allerdings nicht beantworten. Ebenso unterliegen unsere Ergebnisse der Limitation, dass sie sich lediglich auf ein Krankenhaus beziehen und damit nicht einfach verallgemeinerbar sind.

Was wir aber sagen können, ist, dass die Gratifikationskrise im Krankenhaus nur für kurze Zeit ein öffentliches Thema gewesen ist. Ihre Ursachen liegen nach unseren Befunden auf der Ebene der Organisation, und daher hat sich auch mit der Pandemie wenig daran verändert. Sie hat aber wie im Brennglas auf strukturelle und organisationskulturelle Defizite aufmerksam gemacht.

Wegen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf das Behandlungs- und Versorgungsgeschehen – verhandelt unter dem Schlagwort »Ökonomisierung« – scheint es nun aber so, als seien die Krankenhäuser nach der Pandemie wieder rasch zur Normalität zurückgekehrt.

5 Die genauen Wirkungszusammenhänge bedürfen weiterer Forschung, siehe zu Desiderata bei der Beforschung von Arbeitsbedingungen und (psychischer) Gesundheit Paulus (2019).

Wollte man jedoch Lehren aus der Pandemie ziehen, dann erscheint uns das fatal. Die Anerkennungsfrage ist nach unserer Auffassung weder mit höheren Gehältern noch mit Warten auf eine gesundheitspolitische Neuregulierung der Krankenhausfinanzierung und mit einem Weiter-so ohnehin nicht gelöst. Langfristig werden die Krankenhäuser nicht darum herumkommen, etwas an den hierarchischen Verhältnissen, am Umgang mit Fehlern und an weiteren Führungsthemen wie Offenheit, Transparenz und Kommunikation zu ändern. Erst über die Bearbeitung dieser Kulturfaktoren, die nach unseren Ergebnissen zur Gratifikationsdimension zu rechnen sind, können sich Veränderungen bei den Arbeitsbedingungen und langsamer Wandel einstellen, der den durch die Pandemieerfahrung vermutlich und wahrscheinlich auch zu Recht verstärkten Erwartungen des Krankenhauspersonals an eine angemessene Wertschätzung und Anerkennung ihrer Leistungen entspricht. Ohne grundlegende organisationale Veränderungen wird sich die Attraktivität der Krankenhausarbeit und das damit zusammenhängende Fachkräfteproblem wohl nicht lösen lassen.

Literatur

- Aiken, L.H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strømseng Sjetne, I., Smith, H.L. und Kutney-Lee, A. (2012) ›Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States‹, *British medical journal*, 344, S. 1–14.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van den Heede, K. und Sermeus, W. (2013) ›Nurses‹ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe‹, *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), S. 143–153.
- Bär, S. (2011) *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft: Krankenhausmanager und ihre Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bär, S. und Starystach, S. (2017) ›Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege: Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus‹, *Soziale Welt*, 68(4), S. 385–403.
- Bär, S. und Starystach, S. (2018) ›Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus: Effekte von Status und Organisationsstrukturen‹, *Gesundheitswesen*, 80(08/09), S. 693–699.
- Bär, S., Steinweg, V.E. und Dauner, D. (2024) ›Verbesserte Ausbildungsbedingungen in der Pflege? Auswirkungen des Pflegeberufegesetzes auf die Praxisanleitung im Krankenhaus‹, *WSI-Mitteilungen*, 77(2), S. 131–136.

- Bartholomeyczik, S. (1993) ›Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus‹, in Badura, B. (Hg.) *System Krankenhaus: Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim, München: Beltz Juventa, S. 83–99.
- Begerow, A., Michaelis, U. und Gaidys, U. (2020) ›Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie‹, *Pflege*, 33, S. 229–236.
- Bode, I. (2010) ›Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor‹, in Endreß, M. und Matys T. (Hg.) *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 63–92.
- Braun, B., Müller, R. und Timm, A. (2004) *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus: Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG Einführung (=Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band XXXII)*. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag.
- Destatis Statistisches Bundesamt (2021) *Pressemitteilung Nr. N 032 vom 11. Mai 2021: Löhne in der Pflege*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_No32_622.html (Zugriff am: 06.10.2024).
- Deutsches Ärzteblatt (2020, 24. März) *Deutsche Krankenhäuser nehmen COVID-19-Patienten aus Italien und Frankreich auf*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111286/Deutsche-Krankenhaeuser-nehmen-COVID-19-Patienten-aus-Italien-und-Frankreich-auf> (Zugriff am: 02.11.2024).
- Fabra, N., Motta, M. und Peitz, M. (2021) ›Versorgungsengpässe während einer Pandemie und was dagegen getan werden kann‹, *Wirtschaftsdienst*, 101(8), S. 600–603.
- Fuchs, J., Himmel, W. und Wilhelm, J. (1987) ›Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege und ihre Auswirkungen: Ergebnisse einer Befragung‹, *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 40, S. 50–54.
- Görg, H. und Mösele, S. (2020) ›Globale Wertschöpfungsketten in Zeiten von (und nach) COVID-19‹, *ifo Schnelldienst*, 73, S. 3–7.
- von dem Knesebeck, O., Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K. und Siegrist J. (2010) ›Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: Results of a nationwide survey in Germany‹, *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(14), S. 248–253.
- Mai, T., Todisco, L., Schilder, M., Franke, V. und Ristau, Johanna (2021) ›Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie: Eine Onlinebefragung‹, *Pflege*, 35, S. 1–10.
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. und Feeney, A. (1991) ›Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study‹, *The Lancet*, 337, 8754, S. 1387–1393.
- Marrs, K. (2007) ›Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?‹, *WSI-Mitteilungen*, 60, S. 502–507.

- McAllister M., Lee Brien, D. und Dean, S. (2020) ›The problem with the superhero narrative during COVID-19‹, *Contemporary Nurse*, 56(3), S. 199–203.
- Mohan, R. (2018) *Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit*. Bielefeld: transcript.
- Mohan, R. und Reichardt, L. (2023, Juni) ›An der Basis spürt man's nicht‹: Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und Abwertungserfahrungen. IfS Working Paper 19. Institut für Sozialforschung. <https://www.ifs.uni-frankfurt.de/publikationsdetails/ifs-robin-mohan-und-lena-reichardt-an-der-basis-spurt-man-s-nicht-organisierte-krankenpflege-zwischen-aufwertungspolitik-und-abwertungserfahrungen.html> (Zugriff am: 19.09.2024).
- Mostert, C., Hentscher, C., Scheller-Kreinsen, D., Günster C., Malzahn, J. und Klauber, J. (2021) ›Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020‹, in Klauber, J., Wasem, J., Bevers, A. und Mostert, C. (Hg.) *Krankenhaus-Report 2021*. Berlin: Springer, S. 277–306.
- Nolte, K. und Hasseler, M. (2024) ›Pflegehelden‹ – ›Stille Helden‹ – ›Engel‹: Zur medialen Darstellung von Pflege während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland, in Arno G., Eichinger, T. und Pfister, E. (Hg.) *Superspreader – Popkultur und mediale Diskurse im Angesicht der Pandemie*. Bielefeld: transcript, S. 303–318.
- Paulus, S. (2019) ›Gefährdungsbeurteilungen von psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt: Zum Stand der Forschung‹, *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 73, S. 141–152.
- Pilny, A. und Rösel, F. (2021) ›Personalfluktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job‹, in Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hg.) *Krankenhaus – Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 267–275.
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. und Frese, M. (1995) ›KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse‹, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39, S. 125–132.
- Reiber, K., Fischer, G. und Lämmel, N. (2021) ›Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten)‹, *Pflege & Gesellschaft*, 26(3), S. 197–208.
- Rose, U., Müller, G., Freude, G. Und Kersten, N. (2019) ›Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten: Ein bundesweiter Vergleich mit einer repräsentativen Beschäftigtenstichprobe‹, *Das Gesundheitswesen*, 81(05), S. 382–390.
- Siegrist, J. (1996) ›Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions‹, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), S. 27–43.
- Siegrist, J. und Dragano, N. (2008) ›Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben – Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen‹, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, S. 305–312.

- Siegrist, J. (2013) ›Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen – Aktuelle Forschungsevidenz‹, *Der Nervenarzt*, 84, S. 33–37.
- Siegrist, J. (2015) *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen – Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Urban & Fischer.
- Simon, M. (2001, September) *Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2001/p01-205.pdf> (Zugriff am: 08.11.2024).
- Slotala, L. und Bauer, U. (2009) ›Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.‹: Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards‹, *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), S. 54–66.
- Starystach, S., Dauner, D. Und Bär, S. (2023) ›Testing the stress of higher status hypothesis: Variation of occupational stress among physicians and nurses at a German university hospital‹, *PLOS ONE*, 18(4), S. 1–15.
- Starystach, S. und Bär, S. (2019) ›Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung‹, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 71, S. 211–235.
- Vollbracht, M. und Hombücher, V. (2022, September) *Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenzen: Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). <https://www.bgw-online.de/resource/blob/76372/7c97e82b4f3257b005331f832b2d84b1/bgw55-83-114-bericht-corona-pflegebranche-data.pdf> (Zugriff am: 25.10.2024).
- Wildgruber, D., Frey, J., Seer, M., Pinther, K., Koob, C. und Reuschenbach, B. (2020) ›Arbeitsengagement und Belastungserleben von Health Professionals in Zeiten der Corona-Pandemie: Eine Querschnittstudie‹, *Pflege*, 33, S. 299–307.