

# Über das Jammern

Autor: Axel Enke

**Pflegende sind häufig dem Vorwurf ausgesetzt, dass sie immer nur jammern würden. Diese Aussage unterstellt dieser Berufsgruppe eine negative Grundhaltung und weist den Pflegenden indirekt eine Mitschuld an ihrer Situation zu. In diesem und einem weiteren Beitrag in der nächsten Ausgabe der LQ möchte ich einen differenzierteren Blick auf diese Aussage werfen.**

**EINFÜHRUNG.** In den letzten Jahren begegnete mir in unterschiedlichen Gesprächen in verschiedenen Varianten die Aussage, dass Pflegende ja schon immer sehr viel gejammert hätten respektive nur jammern würden. Manchmal kamen diese Aussagen von ehemaligen Pflegenden, oft von Menschen anderer Berufsgruppen. Interessanterweise äußerten sich auf diese Weise jedoch in den meisten Fällen Personen, die selbst nicht oder nicht mehr «am Bett» arbeiteten. Die Aussagen sind stets als Vorwurf formuliert worden, im Sinne von «die Pflegenden sind selbst schuld an ihrer Misere» oder «sie sind nicht initiativ genug, um ihre Bedingungen zu ändern, und klagen daher nur» oder «Jammern nützt auch nichts; sie können ja etwas anderes machen oder studieren». Da ich in diesen Gesprächen stets um Verständnis für die Pflegenden warb, wollte ich diesem Vorwurf einmal differenzierter nachgehen. Doch erstmal der Reihe nach.

**DER BEGRIFF.** «Jammern» ist ein altes Wort und kann synonym mit vielen anderen Worten übersetzt werden wie «barmen, bedauern, beklagen, betrauern, beweinen, lamentieren, maunzen, etwas/jemandem nachweinen, wehklagen» (vgl. Wiktionary 2024). Der Oberbegriff ist «klagen». Die

Bedeutung ist mehrdeutig: «sich weinerlich (und traurig) beschweren, wehklagen», oder transitiv: «etwas oder jemand betrübt, bekümmert, dauert jemanden». Bekannte Redewendungen mit dem Begriff Jammern sind: «Es wird viel gejammert, aber nichts getan» oder «Jammern auf hohem Niveau».

**VORBEMERKUNGEN.** In den weiteren Ausführungen werde ich den Gründen für das Jammern nachgehen. Im Fokus der Betrachtung liegen die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Im zweiten Teil dieses Artikels in der nächsten LQ-Ausgabe wird schließlich eine abschließende Bewertung der Thematik Jammern im Pflegekontext erfolgen.

Zuvor möchte ich aber festhalten, dass ich in diesem Beitrag aus Platzgründen gezwungen bin, verallgemeinernde Aussagen über das Arbeitsfeld Pflege zu machen. Ich bin mir bewusst, dass es hierbei sehr große Unterschiede in diesem Tätigkeitsfeld gibt. Und nicht nur im Feld allgemein, sondern sogar innerhalb von Institutionen. So können beispielsweise die Arbeitsbedingungen in zwei großen «Normalstationen» innerhalb eines Hauses sehr unterschiedlich sein. Noch größer ist der Unterschied zwischen einer normalen Bettenstation und einer Intensivstation. Und diese unterscheidet sich fundamental von der Arbeit in der ambulanten Pflege, die sich wiederum ganz anders gestaltet als diejenige in einem Altenpflegeheim. Und innerhalb eines Altenheimes ist die Tätigkeit auf einer Demenzwohngruppe wieder anders als diejenige auf einer Pflegestation. Diese wiederum unterscheidet sich stark von einer Sozialstation oder von einem Hospiz. Trotz all dem werde ich verallgemeinernde Aussagen machen, die vor allem die großen Arbeitsbereiche der stationären Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen betreffen. Ich möchte Sie, geschätzte LeserIn, jedoch um Nachsicht hinsichtlich dieser Generalisierungen bitten.

**DIE ARBEITSBEDINGUNGEN.** Die Situation in der stationären Pflege war zwischen 1970 und 1990 vielleicht nicht optimal, doch gibt es einige Gründe, warum man im Nachhinein die Situation als entspannter als die heutige bezeichnen kann. Dazu gehört die seinerzeit durchschnittlich längere Verweildauer der PatientInnen in den Einrichtungen. Viele dieser PatientInnen waren wiederum weniger schwer krank, gleichzeitig mobiler und es gab weniger Dokumentationspflichten. Ebenso wurde auf den Stationen meist mehr Personal eingesetzt. Ich selbst erlebte es damals auf mehreren großen 32-Betten-Stationen, dass wir an Wochentagen fast immer zwischen fünf und sechs Pflegepersonen waren. In den Altenheimen, so berichten die älteren KollegInnen, zogen die BewohnerInnen deutlich früher ein. Der Wechsel gestaltete sich viel eher wie ein normaler Umzug, und die BewohnerInnen wurden erst im Heim mehr oder weniger pflegebedürftig. So gab es damals in den Wohngruppen nicht überwiegend pflegebedürftige Personen, sondern auch selbstständige BewohnerInnen.

Und natürlich ebenfalls weniger Dokumentationspflichten. Dieses Bild hat sich heute deutlich geändert.

**DRAMATISCHER PERSONALMANGEL.** Da der Politik die Kosten im Gesundheitswesen zu hoch erschienen, wurde in Deutschland 1992 die Pflegepersonalverordnung (PPR) eingeführt. Allerdings wurde diese bereits am 1. Januar 1996 wieder ausgesetzt. Im Vorfeld der Einführung gab es eine Pflegebedarfsermittlung in Minuten. Mit dieser wollte man den tatsächlichen Pflegeaufwand in Deutschland anhand von Zeitmessungen ermitteln. Bei diesem Projekt wurden Pflegenden in fünf Krankenhäusern von BeobachterInnen begleitet, die mit einer Stoppuhr die Zeit maßen, die Pflegenden für verschiedene Tätigkeiten benötigten. Die erhobenen Zahlen wurden gemittelt und es ergab sich ein rechnerischer Mehrbedarf von circa 100'000 zusätzlichen Pflegekräften über alle Krankenhäuser hinweg.

**20'000 STATT 100'000.** Da dieses Mehr an Personal den Verantwortlichen in der Politik und bei den Kostenträgern zu hoch war, beschloss die damalige Regierung lediglich 20'000 zusätzliche Stellen zu finanzieren. Ich betone: Seit 1992 wussten die Verantwortlichen von dem tatsächlichen Mehrbedarf, entschieden sich aber gegen eine zu finanzierende Aufstockung des Personalschlüssels. Während der aufwendigen Einführung der PPR entstanden Stabsstellen, die wie viele weitere ebenfalls aus dem Pflegepool finanziert wurden. In Deutschland gab es damals etwa 2300 Krankenhäuser (vgl. Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt 2024). Immerhin konnten so zunächst durchschnittlich neun Pflegekräfte zusätzlich pro Einrichtung eingestellt werden.

**KONTRAPRODUKTIVE FALLPAUSCHALEN.** Mit der Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 in den Krankenhäusern änderte sich die Finanzierung grundlegend. Das System der Fallpauschalen entstand ursprünglich in Australien als internes Steuerungselement. Es wurde dort aber nicht zur ausschließlichen Finanzierung der Krankenhäuser entwickelt. Die australische Finanzierung hat mehrere Standbeine. Die deutschen Krankenhäuser hatten zunächst die Möglichkeit, Personal intern umzuschichten, was sie dann auch rege nutzten. In der Folge wurden Planstellen für Pflegenden in Arztstellen, in Stabsstellen in der Pflege und in Verwaltungs- sowie Dokumentationsstellen umgewandelt. In einem großen Krankenhaus im Raum Köln beispielsweise entstanden zwölf Stellen nur für die EDV-Abteilung. Diese Stellen wurden allesamt aus dem Pflegekräftebestand entnommen. Parallel dazu führte das System der Fallpauschalen zu einer dramatischen Verkürzung der sogenannten Liegedauer, was mit einem erhöhten Administrationsaufwand sowie entsprechender Mehrarbeit auf den Stationen einherging und zu tendenziell größerem Unterstützungsbedarf führte. Und diese Entwicklung – ich muss das noch einmal betonen – geschah auf der Grundlage und mit dem

Wissen eines faktischen Personalmangels in der Ausgangslage, waren doch die zeitlichen Aufwände für Pflegeleistungen bekannt. Im Krankenhausbereich wurde zwar später beim Personal etwas nachgebessert, doch hatten sich die Bedingungen bereits dermaßen verschlechtert, dass deutlich mehr Pflegekräfte aus dem Beruf ausgestiegen waren. Von der Idee der Steuerung von Entscheidungen ist außer einem System der Buchhaltung in der Praxis nichts übriggeblieben.

**EIN TROPFEN AUF DEM HEISSEN STEIN.** 2019 wurde wegen der zunehmenden Beschwerden das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) eingeführt (vgl. Siegl 2024). Dabei wurden Personaluntergrenzen in pflegerischen Einrichtungen definiert. Dadurch entstanden zusätzliche 13'000 Stellen. Diese konnten aber den Personalschwund der vergangenen Jahre nicht angemessen ausgleichen.

**UNHALTBARE ZUSTÄNDE.** Der Personalmangel stieg in der Kranken- wie in der Altenpflege kontinuierlich an. Da sich die Altenpflege allerdings anders finanziert als die Krankenpflege, waren die Altenheime weniger im Blick der Medien als die Krankenhäuser. Die Altenpflege gründet vornehmlich auf privatwirtschaftlich finanzierten Institutionen. 2021 war beispielsweise die private Koriangruppe mit fast 250 Heimen der größte Altenheimbetreiber in Deutschland (vgl. Pflegemarkt.com 2024). So können im Bereich der Altenpflege private Betreiber Gewinne aus der stationären Altenpflege abschöpfen und Renditen ausschütten. Diese Renditen werden durch Einsparungen bei Personal, Essen und Reinigungskräften erzielt. In der Altenpflege spitzte sich die Situation somit drastisch zu. Dies führte unter anderem dazu, dass der Heimleiter und ehemalige Polizist Armin Rieger eine Verfassungsbeschwerde einreichte (vgl. Rieger 2017). Ebenso taten sich 2014 sieben Beschwerdeführer zusammen, die eine Verfassungsklage wegen schwerer Personalnot und unhaltbaren Zuständen in deutschen Altenheimen einreichten (vgl. Prantl 2014).

**SPIELBALL PFLEGE.** Diese Entwicklung kann hier nicht weiter im Detail ausgeführt werden. Doch kann man festhalten, dass die Pflege als Spielball der Politik nicht nur vernachlässigt, sondern bewusst im Stich gelassen wurde. Während sich die Bedingungen massiv verschärften, wurde der Personalstand nicht einmal auf das notwendigste Maß ausgeglichen.

**ANFORDERUNGEN UND AUSWIRKUNGEN.** Sowohl in der Ausbildung als auch im Alltag wurden vonseiten der Führungskräfte weiterhin hohe Erwartungen und Anforderungen an die Pflegenden gestellt. Hierzu schreiben Fuchs, Iwer und Micali: «So ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, um das sechsfache erhöht, wenn zwischen Arbeitsanstrengung und Anerkennung eine dauerhafte Lücke klafft» (Fuchs u.a. 2021, S. 69). Die in den letzten Jahren deutlich →

Mit dem Klagen, mit dem Zagen  
Wie verdarbst du's, ach, so oft!  
Lerne Trübes heiter tragen,  
Und dein Glück kommt unverhofft.

Emanuel Geibel (1815 – 1884)

gestiegenen Krankmeldungen in der Pflege (28,8 Tage im Durchschnitt 2024, vgl. TK 2024) sprechen hier eine deutliche Sprache. Fuchs, Iwer und Micali schreiben dazu: «So treten die meisten Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Depressionen bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen auf, gefolgt von den Wirtschaftsfeldern der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung sowie Sicherheits- und Überwachungsberufen» (ebd., S.178).

**HÖHERE VULNERABILITÄT.** Aus verschiedenen Gründen, auf die ich in einem späteren Beitrag eingehen möchte, führen die in der Pflege verschärften Bedingungen bei den Pflegenden zunehmend zu einer höheren Vulnerabilität. Josua Handerer u. a. schreiben hierzu: «Im klinischen Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Ätiologie psychischer Störungen stellen Arbeitsbedingungen einerseits Stressoren dar, die Auslöser von Depressionen sein können. Andererseits verharren psychisch vulnerable, belastete oder erkrankte Personen häufiger in benachteiligenden Bedingungen oder steigen in diese ab. Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass sich gesundheitliche Ungleichheit schon vor Beginn der Erwerbstätigkeit zeigt, denn Depressionsdiagnosen und Fehlzeiten sind bereits mit geringer schulischer und beruflicher Bildung assoziiert» (zitiert nach Fuchs; Iwer; Micali 2021, S.178 – 179).

**WIDERSPRÜCHLICHE EMPFEHLUNGEN.** Siegrist kommentiert dieses Phänomen wie folgt: «Dabei zeigt die Analyse, dass

die empfohlenen Maßnahmen gegen berufliche Überforderung mit genau jener Flexibilisierungs- und Veränderungs-  
rhetorik arbeiten, die selbst als Ursache der Überforderung kritisiert wurde [...]. Optimierungsdiskurse tragen in diesem Sinne bereits konstitutiv eine Spannung in sich, insofern sie auf individueller Ebene eine unablässige Berücksichtigung der beiden Anforderungspole – hohe Ansprüche an sich und zugleich sensible Selbstfürsorge – einfordern» (zitiert nach Fuchs; Iwer; Micali 2021, S. 235). Ebenso sehen es Hardering und Wagner: «Die vielfältigen positiven Implikationen eines achtsamen Selbstverständnisses drohen in überfordernde Zumutungen umzuschlagen, sobald sie als individuelle Lösungen für strukturelle Probleme der Leistungssteuerung in Unternehmen eingefordert werden» (zitiert nach Fuchs; Iwer; Micali 2021, S. 261).

**LEIDEN IST SOZIAL BEDINGT.** Pflegende berichten mir in jeder Bildung – und dies betrifft nicht nur Kinaesthetics-Kurse –, dass sie im Alltag oft überfordert und am Limit sind. Sabine Flick schreibt, «jedes Leid sozial [ist] und [...] immer in Gesellschaft statt[findet]. Soziales Leiden als Konzept umfasst zweierlei: zum einen kollektiv erfahrenes Leiden, beispielsweise infolge von Krieg oder Naturkatastrophen, zum anderen individuelles Leiden, das vor allem gesellschaftliche Gründe hat. Es wird mit sozialem Leiden also betont, dass das Leiden selbst durch strukturelle Bedingungen hervorgerufen und wiederum in diese eingebettet ist» (zitiert nach Fuchs; Iwer; Micali 2021, S. 279).



**MANGEL AN INDIVIDUELLEN RESSOURCEN.** Haubl ergänzt: «Herausforderungen schlagen in Überforderung um, wenn Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht über die benötigten instrumentellen, kognitiven und auch emotionalen Ressourcen verfügen, um ihre primäre Aufgabe zufriedenstellend zu erledigen. Psychisch überfordernd wird eine solche Situation, wenn sie über längere Zeit bestehen bleibt, ohne dass die betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sie erfolgreich beenden können» (zitiert nach Fuchs; Iwer; Micali 2021, S. 384 – 385).

**UNGÜNSTIGE SITUATIVE FAKTOREN.** Auch der Kognitionsforscher Kahnemann bestätigt den Zusammenhang zwischen Zeitnot und beruflicher Unzufriedenheit: «Das emotionale Befinden am Arbeitsplatz zum Beispiel bleibt weitgehend unberührt von den Faktoren, die die allgemeine Arbeitszufriedenheit beeinflussen, wie etwa Zusatzleistungen und Status. Wichtiger sind situative Faktoren wie etwa die Gelegenheit zum geselligen Umgang mit Kollegen, eine laute Geräuschkulisse, Zeitdruck (eine bedeutende Ursache negativer Stimmungen) und die direkte Anwesenheit eines Vorgesetzten» (Kahnemann 2016, S. 486).

**INTERAKTIONSKUALITÄT.** Immer wieder wurde auch in der LQ die Bedeutung der angemessenen Interaktionsgestaltung betont. Deren Kehrseite ist gemäß Waldinger und Schulz das bereits erwähnte Umschlagen der Herausforderungen in Überforderung sein (vgl. Waldinger, S. 384-385). Eine Auswirkung solcher Rahmenbedingungen – beispielsweise wenn in einem Betrieb eine chronische personelle Unterversorgung besteht, zugleich aber von den Pflegenden Empathie und Fürsorge erwartet wird – ist das Gefühl der Demütigung. Denn die Pflegenden erfahren nahezu täglich den Entzug von etwas, das im Gegenzug von ihnen erwartet wird. Der Philosoph Margalit hierzu: «Eine anständige Gesellschaft bekämpft Verhältnisse, durch die sich ihre Mitglieder mit Recht gedemütigt fühlen können. Eine Gesellschaft ist dann anständig, wenn ihre Institutionen den Menschen, die ihrer Autorität unterstehen, keine berechtigten Gründe liefern, sich als gedemütigt zu betrachten» (Margalit 2018, S. 22). Wie können wir glauben oder hoffen, dass dauerhaft überforderte Individuen zu einer beständigen, emphatischen Interaktion fähig sind? Letztlich hat dies wie bereits erwähnt Krankheiten und Burnouts zur Folge und damit wiederum einhergehende Fehlzeiten, die zu einer höheren Belastung der noch arbeitsfähigen Pflegenden führt.

**MORALISCHE DESENSIBILISIERUNG.** In dem lesenswerten Buch «Coolout in der Pflege» schreibt Prof. Dr. Claus im Vorwort: «Leider wird das »Regelwerk der Praxis«, das die Pflegemitarbeiterinnen in ihre desolate Situation treibt, nicht als veränderbar oder verbesserbar thematisiert» (Kersting 2016, S. 13). Später wird ausgeführt: «Schröck spricht im Zusammenhang mit dem moralischen Handeln in der Pflege →

**Fuchs, Thomas; Iwer, Lukas; Micali, Stefano (Hg.) (2021):** Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 2252). 3. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag. ISBN 978-3-518-29852-7.

**Kahnemann, Daniel (2016):** Schnelles Denken, langsames Denken. Aus dem amerikanischen Englisch von Thorsten Schmidt. München: Penguin Verlag. ISBN 978-3-328-10034-8.

**Originalausgabe (2011):** Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Strass and Giroux. Kersting, Karin (2016): «Coolout» in der Pflege. Eine Fallstudie zur moralischen Desensibilisierung. 4. Auflage. Frankfurt: Mabuse-Verlag Wissenschaft. ISBN 978-3-940529-99-2.

**Margalit, Avishai (2018):** Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 2041). 2. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag. ISBN 978-3-518-29641-7.

**Pflegemarkt.com (2024):** Die 30 größten Pflegeheimbetreiber 2021. <https://urlz.fr/tdsQ> (Zugriff: 9.11.24).

**Prantl, Heribert (2014):** Aufschrei gegen den Pflegenotstand. Verfassungsklage. In: Süddeutsche Zeitung. Onlineausgabe vom 8.11.2014. <https://urlz.fr/tdsC> (Zugriff: 8.11.2024).

**Rieger, Armin (2017):** Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System. Würdige Altenpflege ist machbar. München: Ludwig Buchverlag. ISBN 978-3-641-19598-4.

**Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2024):** Krankenhäuser. Einrichtungen und Patientenbewegung. <https://urlz.fr/tdt7> (Zugriff: 8.11.2024).

**Siegl, Johannes (2024):** Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG). <https://urlz.fr/tdto> (Zugriff: 8.11.2024).

**Technikerkrankenkasse (TK) (2024):** Zum Tag der Pflegenden. Krankenstand auf neuem Höchstwert. Pressemitteilung. <https://urlz.fr/tdss> (Zugriff: 9.11.24).

**Waldinger, Robert; Schulz, Marc (2023):** The Good Life ... und wie es gelingen kann. Erkenntnisse aus der weltweit längsten Studie über ein erfülltes Leben. 2. Auflage. München: Kösel-Verlag. ISBN 978-3-466-34770-4.

**Wiktionary (2024):** Jammern. <https://urlz.fr/tdtC> (Zugriff: 3.11.2024).

von einem «Prozess einer moralischen Desensibilisierung», der sich im Laufe der beruflichen Tätigkeit nicht nur fortzusetzen, sondern zu verstärken schein. Gemeint ist damit der Verlust von Sensibilität gegenüber Verhaltensweisen, die vor dem eigenen Gewissen nicht zu rechtfertigen sind, weil sie dem normativ Gebotenen widersprechen. Zugleich scheint es Mechanismen zu geben, mit denen es gelingt, diese Verhaltensweisen zu praktizieren und hinzunehmen, ohne dass diese grundsätzlich in Frage gestellt werden und ohne dass es zu einer Beruhigung kommt. Dieser Einschätzung Schröcks ist angesichts der Diskrepanz zwischen pflegerischen Ansprüchen und den gegebenen Bedingungen im Alltag zuzustimmen, denn sie gibt einen Hinweis darauf, wie es kommt, dass Pflegende handlungsfähig bleiben können, auch wenn sie erleben, dass sie das, was sie machen sollen, nicht uneingeschränkt leisten können. Gerade indem sie ihre Sensibilität verlieren, können sie auch Situationen dulden, die nicht einer optimalen Pflege entsprechen» (Kersting 2016, S. 21).

Dies führt auch zu Diskrepanzen hinsichtlich Unterricht und Praxis in der Pflege. Haben Lehrende die Erwartung, dass theoretische Kenntnisse in der Praxis relevant sind und in den täglichen Handlungen auch entgegen der vorherrschenden Verhältnissen umgesetzt würden, so stellt sich die Situation für die Lernenden im Alltag gegenteilig dar. Der Alltag in der Pflege lässt die Umsetzung der theoretischen pflegerischen Prämissen nur allzu oft gar nicht zu. Die Erwartungen werden enttäuscht: Das vermittelte Wissen fließt nicht in das praktische Handeln ein, es wird nicht ernst genommen, es wird vergessen – will respektive muss aufgrund der widersprüchlichen Voraussetzungen vergessen werden – und hat so keine gravierende Bedeutung im Pflegealltag (vgl. ebd., S. 127 – 141).

**VERMEIDEN EINES MORALISCHEN KONFLIKTES.** «In diesem «Nicht-wissen-Wollen» im praktischen Sinne liegt die Kälte [das Coolout, die Desensibilisierung; Anmerkung des Autors], die mit dem Reaktionsmuster einhergeht. Sie führt dazu, dass die Lernenden sich nicht mit dem Widerspruch auseinandersetzen müssen. Würden sie das theoretisch Gelernte ernst nehmen, das heißt, würden sie aufgrund der erkannten Bedeutsamkeit des Wissens um Pflegemaßnahmen versuchen, dieses innerhalb der bestehenden Bedingungen praktisch einzusetzen, so gerieten sie in einen

moralischen Konflikt. Nehmen sie es nicht ernst, sondern identifizieren sie sich mit der Institution, so wie sie sie erleben, entgehen sie dem Konflikt» (ebd., S. 141). Eine Unterrichtskraft für Pflege berichtete mir, dass sie beispielsweise häufig gefragt werde: «Sollen wir es schulisch machen oder wie im Betrieb?» Auch Kersting schreibt später in ihrer Publikation: «In der täglichen Konfrontation mit dem moralischen Konflikt verlieren Pflegende ihre Sensibilität gegenüber der Normverletzung, weil sie verschiedene Modi entwickeln, mit denen sie diese verarbeiten können. Mit diesen Verarbeitungsmechanismen machen sie sich kalt gegenüber dem Widerspruch. [...] Indem sie sich kalt machen, tragen sie selbst dazu bei, die Kälte zu stabilisieren. Dieser Mechanismus entspricht der Kälte als «Grundprinzip bürgerlicher Subjektivität», wie andernorts ausgeführt wurde» (ebd., S. 206 – 207).

**SCHICHTARBEIT IST EINE ENORME BELASTUNG.** Doch sind es nicht nur qualitative Aspekte des Arbeitsalltags, die Pflegende belasten. Ein weiterer Aspekt ist die Schichtarbeit, die die Beteiligung am sozialen Leben häufig erschwert. Und wegen der dauerhaft notwendigen Versorgung der Gepflegten muss auch Nachtdienst geleistet werden. Der dadurch in den Einrichtungen etablierte notwendige Wechseldienst ist auf lange Sicht eine enorme Belastung für das eigene Stresssystem, da der Nachtschlaf eine hohe Bedeutung für die Regeneration hat. Schlafdefizite – seien diese nun bedingt durch Spät- wie Frühdienste – und Nachtdienste stellen eine erhebliche Störung der eigenen Chronobiologie dar und belasten den Organismus.

Die bisher genannten Gründe sollten bereits zu einem gewissen Verständnis für das Klagen und Jammern der Berufsgruppe der Pflegenden führen. Ich möchte diesen Beitrag aus Platzgründen an dieser Stelle unterbrechen. Die Fortsetzung folgt in der nächsten Ausgabe der LQ. ●



**AXEL ENKE**

ist Kinaesthetics-Trainer und -Ausbilder. Er ist auch philosophischer Praktiker (BV-PP) sowie Systemischer Berater und Lehrender (DGSF).



# LQ



**kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität**

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter [www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net) oder per Post

verlag lebensqualität  
nordring 20  
ch-8854 siebnen

[verlag@pro-lq.net](mailto:verlag@pro-lq.net)  
[www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net)  
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



## Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Geschenkabonnement für:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_