



Sandra Bensch
(Hrsg.)

Feindseligkeit unter Pflegenden beenden

Wege zu Wertschätzung
und gegenseitiger Anerkennung

Feindseligkeit unter Pflegenden beenden

Feindseligkeit unter Pflegenden beenden

Sandra Bensch (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Sandra Bensch
(Herausgeberin)

Feindseligkeit unter Pflegerinnen beenden

Wege zu Wertschätzung und gegenseitiger Anerkennung

Unter Mitarbeit von

Sandra Bensch

Alexander Bluhm

Sabine Brase

Jutta Busch

Andrea Cascales Martínez

María Diaz Monge

Tanja Dreischer

Michaela Evans-Borchers

Annemarie Fajardo

Karsten Gensheimer

Beatrice Habberger

Martina Hasseler

Ramona Heister

Heidrun Herzberg

Anke Jakobs

Michaela Key

Bernadette Klapper

Caroline Körner

Martina Kramp

Katrin Kubina

Benjamin Kühme

Reyes López-López

Paloma López Ros

Jana Luntz

Vera Lux

Markus Mai

Tobias Mai

Sandra Mantz

Helene Maucher

Constanze Peil

Sylvia Pfefferkorn

David Pina López

Esteban Puente López

German Quernheim

Elisabeth Rappold

Ludger Risse

Susan Rux

Friedrich Sartorius

Stephanie Schierack

Ulrike Schleich

Anna-Henrikje Seidlein

Cindy Steinhöfel

Maria Joao Vidal Alves

Christine Vogler

Katrin Weigelt

Jana Werner

Mit einer Einführung und Geleitworten von

Cynthia Clark, Andreas Westerfellhaus und Angelika Zegelin



Prof.in Dr. rer. cur. Sandra Bensch, Professur für Pflegepraxis und Pflegedidaktik
an der Katholischen Hochschule Mainz, Catholic University of Applied Sciences
Saarstrasse 3
DE-55122 Mainz
E-Mail: sandra.bensch@kh-mz.de
Internet: www.kh-mz.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Tristan Stern, Detlef Kraut
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/FatCamera
Umschlag: Hogrefe AG Bern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96309-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76309-5)
ISBN 978-3-456-86309-2
<https://doi.org/10.1024/86309-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Dank	17
Geleitwort von Andreas Westerfellhaus	19
Geleitwort von Angelika Zegelin	21
Literatur	22
Einleitung	23
1 Moralisches Belastungserleben in der Pflege	35
<i>Anna Henrikje Seidlein und Tobias Mai</i>	
1.1 Einleitung	35
1.2 Moralisches Belastungserleben: Erscheinungsformen	36
1.3 Moralische Belastung im Kontext horizontaler Feindseligkeit	37
1.4 Horizontale Feindseligkeit: Organisationsethik und Führungsverantwortung	38
1.5 Perspektiven im Umgang mit moralischer Belastung	39
1.6 Literatur	40
2 Definition und Ursachen horizontaler Feindseligkeit	43
<i>German Quernheim</i>	
2.1 Einleitung	43
2.2 Dynamik der Machtlosigkeit	45
2.3 Häufigkeit horizontaler Feindseligkeit	46
2.4 Multifaktorielle Ursachen	47
2.4.1 Geringes Selbstwertgefühl	47
2.4.2 Hierarchische Strukturen am Arbeitsplatz	47
2.4.3 Unzureichende Arbeitsorganisation	47
2.4.4 Unprofessionelles Arbeitsverhalten	48
2.4.5 Führungsverhalten und Teamkultur	48
2.4.6 Inkompetenz aufgrund zu geringer eigener Pflegefortbildung	49
2.4.7 Geringer Berufsstolz und wenig professionelles Standing	49
2.4.8 Unkenntnis horizontaler Feindseligkeit	49
2.4.9 Unzureichende Supervision und Begleitung	50
2.4.10 Mitgefühlerschöpfung	50

2.5	Verhinderung horizontaler Feindseligkeit	50
2.6	Literatur	51
3	Begriffsdifferenzierungen: Feindseligkeit vs. Mobbing, Bullying, Bossing	53
	<i>German Quernheim</i>	
3.1	Einleitung	53
3.2	Mobbing	53
3.3	Bullying	54
3.4	Bossing	55
3.5	Vergleich und Übersicht der Begriffe	55
3.6	Juristische Mittel als Perspektiven	56
3.7	Literatur	56
4	Feindseligkeit in der Pflege – Symptome und betroffene Populationen	59
	<i>Sandra Bensch</i>	
4.1	Einführung	59
4.2	Symptome von Feindseligkeit	60
4.3	Täter*innen, Zuschauende und Opfer von Feindseligkeit	65
4.4	Wachsam bleiben	70
4.5	Literatur	70
5	Folgen von Feindseligkeit in der Pflege	73
	<i>Sandra Bensch</i>	
5.1	Einführung	73
5.2	Intrinsische Folgen	74
5.3	Extrinsische Folgen	75
5.4	Besser damit aufhören	77
5.5	Literatur	78
6	Befragungsergebnisse in Deutschland	81
	<i>Caroline Körner und Sandra Bensch</i>	
6.1	Einleitung	81
6.2	Befragung zu Feindseligkeit in Deutschland	82
	6.2.1 Studiendesign	82
	6.2.2 Soziodemografische Ergebnisse	84
	6.2.3 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	85
	6.2.4 Diskussion	91
	6.2.5 Limitationen	95
6.3	Ausblick und Perspektiven	95

6.4	Literatur	96
7	Anerkennungsentzug auch innerhalb der Pflege(bildung)?	101
	<i>Heidrun Herzberg</i>	
7.1	Einleitung	101
7.2	Was bedeutet „Anerkennung“?	102
7.3	Anerkennungsentzug und -wiedergewinn – Praxisbeispiele	103
7.4	Das „Experiment“	106
7.5	Forschung zu Anerkennung und Anerkennungsentzug	108
7.6	Literatur	109
8	(Eigen)Sprache als Form von Anerkennung	111
	<i>Ramona Heister und Sandra Bensch</i>	
8.1	Einleitung	111
8.2	Bedeutung von Sprache	112
8.3	Was ist Eigensprache?	112
8.4	Grundprinzipien der Idiolektik	113
8.5	Vorgehen in der Idiolektik	114
8.6	Idiolektik in der professionellen Pflege	116
8.7	Den Weg gehen	118
8.8	Literatur	118
9	Status und Sprache	121
	<i>Sandra Bensch</i>	
9.1	Einleitung	121
9.2	Status	122
9.2.1	Status: Grundlagen	124
9.2.2	Status: Beispiele im Kontext von Alltags- und Berufssituationen	124
9.2.3	Statusaufgaben in der beruflichen Pflege	127
9.2.4	Status: Körpersprache als zentrales Element	128
9.2.5	Statustraining	130
9.3	Sprache	132
9.3.1	Sprache spiegelt Statusverharren wider	133
9.3.2	Sprachlosigkeit bei Statusverlust und Sprache (wieder)finden	134
9.3.3	Sprache gegen Feindseligkeit	136
9.4	Ausblick und Perspektiven	138
9.5	Literatur	138

10	Sprache im Team	141
	<i>Sandra Mantz</i>	
10.1	Einleitung	141
10.2	Von Feindseligkeit zu Vertrauenskultur	142
10.3	Ruf zur Veränderung	142
10.4	Verweigerung, dem Ruf zu folgen	143
10.5	Prozess der Veränderung	143
10.6	Bewährungsproben und Herausforderungen gemeinsam meistern	149
10.7	Status quo und Resümee	150
10.8	Weiterführende Literatur	150
11	Arbeitsbezogene Präferenzen von Pflegefachpersonen	151
	<i>Michaela Evans-Borchers</i>	
11.1	Einleitung	151
11.2	Arbeitsmarktpotenziale ausgestiegener und teilzeitbeschäftigter Pflegefachpersonen	153
11.3	Interaktion, Organisation und Regulation als Führungsaufgaben	156
11.4	Zusammenfassung und Ausblick	158
11.5	Literatur	159
12	Strukturelle Ansatzpunkte gegen Feindseligkeit in der Pflege	161
	<i>Martina Hasseler</i>	
12.1	Einleitung	161
12.2	Entscheidungsverantwortung in Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem ...	163
12.3	Berufliche Pflege im Gesundheitssystem	165
12.4	Fehlendes Pflegeleistungserbringungsrecht	166
12.5	Professionelle Pflege anerkennen	166
12.6	Internationale Erkenntnisse integrieren	167
12.7	Berufliche Pflege empoweren	168
12.8	Pflegevorbehalt im SGB V festlegen	169
12.9	Bedarfsorientiert bei Gesundheits- und Krankheitsversorgung ansetzen	170
12.10	Interprofessionell agieren	171
12.11	Abschließende Worte	172
12.12	Literatur	173

13	Berufspolitische Ansatzpunkte gegen Feindseligkeit in der Langzeitpflege . . .	175
	<i>Annemarie Fajardo und Cindy Steinhöfel</i>	
13.1	Einleitung	175
13.2	Einflussfaktoren intraprofessioneller Feindseligkeit	176
13.3	Unterstützung betroffener Pflegender	178
13.4	Ausblick: Gesundheitspolitik ist Zeitpolitik	180
13.5	Literatur	181
14	Erfordernisse gegen Feindseligkeit in der deutschen Langzeitpflege	183
	<i>Annemarie Fajardo und Cindy Steinhöfel</i>	
14.1	Neue Bewältigungsstrategien für beruflich Pflegende	183
14.2	Wertschätzende Willkommenskultur stärkt das Gemeinschaftsgefühl	184
14.3	Personenzentrierte Arbeitsverhältnisse binden Talente	185
14.4	Wertschätzung individueller Kompetenzen schafft Möglichkeiten	187
14.5	Bildung stärkt die professionelle Identität	187
	14.5.1 Wachsen durch lebenslanges Lernen	187
	14.5.2 Fördern und Fordern	188
	14.5.3 Entwicklung einer Kompetenzkommunikation	188
	14.5.4 Intra- und Interprofessionalität	189
14.6	Reformierte Rahmenbedingungen schaffen Entlastung	190
	14.6.1 Zeitgerechtigkeit und Systemveränderungen bewirken Solidarität	190
	14.6.2 Grundlegende Veränderungen brauchen Zeit	191
14.7	Ausblick und Perspektiven	192
14.8	Literatur	192
15	Erfordernisse gegen Feindseligkeit in der deutschen Akutpflege	195
	<i>Vera Lux</i>	
15.1	Einleitung	195
15.2	Kennzeichen von Akutpflege in Deutschland	196
15.3	Macht und Ohnmacht im Gesundheitssystem	197
15.4	Macht als Feindseligkeit ausüben	197
15.5	Perspektiven und Ausblick	199
15.6	Literatur	199

16	Wege aus der Arbeitsplatzgewalt – Berufspflege in Spanien	201
	<i>Andrea Cascales Martínez, María Diaz Monge Reyes López-López, Paloma López Ros, David Pina López, Esteban Puente López und Maria Joao Vidal Alves</i>	
16.1	Einleitung	201
16.2	Prädisponierende und Risikofaktoren für Arbeitsplatzgewalt	202
16.3	Folgen von Arbeitsplatzgewalt	204
16.4	Ausblick: Hilfen gegen Arbeitsplatzgewalt	205
16.5	Literatur	206
17	Feindseligkeit in der Berufspflege in Österreich	209
	<i>Elisabeth Rappold</i>	
17.1	Einleitung	209
17.2	Pflegepersonen in Österreich	209
17.3	Blick in die Zukunft	211
17.4	Horizontale Feindseligkeit – eine Annäherung	212
17.5	Ausblick	214
17.6	Literatur	214
18	Arbeitsplatz-Inzivilität in den USA	217
	<i>Susan Rux</i>	
18.1	Einleitung	217
18.2	„Gesicht“ der Inzivilität und Wege daraus	218
18.3	Folgen von Inzivilität und deren Prävention	218
18.4	Ausblick	219
18.5	Literatur	220
19	Perspektiven für Bildungsprozesse am Lernort „Schule“	223
	<i>Jutta Busch</i>	
19.1	Einleitung	223
19.2	Drei Szenarien horizontaler Feindseligkeit unter Pflegenden	224
19.3	Implikationen für die Pflegeausbildung	225
19.4	Empfehlungen für den Pflegeunterricht	226
19.5	Abschließende Bemerkungen	228
19.6	Literatur	228

20	Horizontale Feindseligkeit in der hochschulischen Pflegebildung	229
	<i>Karsten Gensheimer</i>	
20.1	Einleitung	229
20.1.1	Präventive Strategien zum Schutz Pflegestudierender	230
20.1.2	Sensibilisierung Pflegestudierender für horizontale Feindseligkeit	230
20.2	Situationen aus dem Praxisfeld	231
20.2.1	Feindseligkeit an Pflegestudierenden durch Pflegefachpersonen	231
20.2.2	Feindseligkeit an Pflegestudierenden durch berufsschulisch Pflegelernende	232
20.2.3	Feindseligkeit zwischen Pflegefachpersonen verschiedener Qualifikationsniveaus	233
20.3	Ausblick	234
20.4	Literatur	235
21	Horizontale Feindseligkeit in der praktischen Pflegeausbildung	237
	<i>Anke Jakobs</i>	
21.1	Einleitung	237
21.2	Deutsche Wiedervereinigung veränderte die berufliche Pflege	238
21.3	Institutionelle Lösungsansätze	239
21.3.1	Best practice – „Change“ bei den Rahmenbedingungen	240
21.3.2	Best Practice – „Back to the roots“	240
21.3.3	Best Practice – Lernorte Schule und Betrieb kooperieren	241
21.4	Perspektive zur Umsetzung institutioneller Lösungsansätze	242
21.5	Literatur	242
22	Partizipation betrieblicher Ausbildung am hochschulischen Ausbildungssystem	243
	<i>Benjamin Kühme</i>	
22.1	Ausgangslage: betriebliche Pflegepraxis und hochschulische Pflegeausbildung ..	243
22.2	Osnabrücker Modell als Beitrag zur betrieblichen Pflegeausbildung	245
22.2.1	Modellbeschreibung	245
22.2.2	Strukturen und didaktische Maßnahmen	246
22.3	Ausblick für die Weitergestaltung	250
22.4	Literatur	251
23	Wertschätzende Kommunikation am Lernort „Betrieb“	253
	<i>Ulrike Schleich</i>	
23.1	Einleitung	253
23.2	Konzepte zur Förderung des Theorie-Praxis-Transfers	254
23.3	Förderung der Dignität mit PAV	255
23.3.1	Definition und Ziele der PAV	255

23.3.2	Organisation der PAV	257
23.3.3	Effekte gegenseitiger Anerkennung durch PAV	260
23.4	Ausblick und Perspektive	261
23.5	Literatur	263
24	Diskriminierungsphänomene – sprachlos in der Pflegeschule	265
	<i>Jana Werner</i>	
24.1	Einleitung	265
24.2	Diskriminierung als Arbeitsbegriff	266
24.3	Diskriminierung im Gesundheitswesen	268
24.4	Diskriminierung in der Pflegeausbildung	269
24.4.1	Diskriminierungsrealitäten in der Pflegeausbildung	270
24.4.2	Diskriminierungsräume am Lernort „Schule“	272
24.4.3	Pädagogisches Handeln zwischen Sprachlosigkeit und Positionierung ...	273
24.5	Ausblick und Perspektiven	274
24.6	Literatur	275
25	Pflegemanagement – Magnet4Europe und Exzellenzentwicklung	279
	<i>Helene Maucher</i>	
25.1	Einleitung	279
25.2	Herausforderungen der Exzellenzentwicklung beruflicher Pflege	281
25.3	Exzellenzentwicklung braucht exzellente Führung	281
25.4	Innen und- Außenspannungen und Freiheitsgrade	282
25.5	Impulse und Innovationen für Pflegeexzellenz	282
25.6	Einführung einer übergreifenden Strategie	283
25.7	Transformation zum Magnet®-Krankenhaus	284
25.7.1	Magnet®-Konzept – Entstehung und Entwicklung	284
25.7.2	Magnet4Europe am RKU Ulm	285
25.8	Ausblick	286
25.9	Literatur	286
26	Pflegemanagement – Rahmenbedingungen für eine kollegiale Zusammenarbeit	289
	<i>Martina Kramp</i>	
26.1	Einleitung	289
26.2	Kollegiale Zusammenarbeit gestalten	290
26.3	Qualität, Innovation und soziale Mitverantwortung	290
26.3.1	Innovation durch Personalentwicklung	291
26.3.2	Innovation durch Ausbildung und Studium	292
26.3.3	Innovation durch Weiterbildung, Schulung und Coaching	293

26.3.4	Qualitätssicherungsinstrumente und Kompetenzförderung	294
26.4	Ausblick und Perspektiven	295
26.5	Literatur	295
27	Pflegemanagement – Maßnahmen für ein demokratisches Miteinander	297
	<i>Tanja Dreischer, Jana Lutz, Sylvia Pfefferkorn, Katrin Kubina, Stephanie Schierack und Katrin Weigelt</i>	
27.1	Einleitung	297
27.2	Best Practice für ein starkes Miteinander	298
27.2.1	Pflegeparcours – Dein Wegweiser für die Praxis	298
27.2.2	Empowerment: Auszubildende leiten eine Station	299
27.2.3	New graduated Nurses – Berufsstart als Pflegefachperson	300
27.2.4	Von Erfahrung lernen: das Tandem-Konzept	301
27.2.5	Offene Sprechstunde mit der Pflegedirektorin	302
27.2.6	Pflegeauszubildende gestalten Zukunft und übernehmen Verantwortung	303
27.3	Ausblick und Perspektiven	304
27.4	Literatur	304
28	Pflegemanagement – zufriedene Mitarbeitende in der Langzeitpflege	307
	<i>Constanze Peil</i>	
28.1	Einleitung	307
28.2	Feindseliges Verhalten in der Langzeitpflege	308
28.3	Wertschätzung und Anerkennung	309
28.3.1	Ausbildung als Aushängeschild	309
28.3.2	Kommunikationskultur	310
28.3.3	Einarbeitungsprogramme	311
28.4	Fazit und Ausblick	311
28.5	Literatur	312
29	Pflegemanagement – ein unterstützendes Arbeitsumfeld gestalten	313
	<i>Michaela Key</i>	
29.1	Einleitung	313
29.2	Die Beteiligten des Geschehens – die Konfliktarena	314
29.3	Forschungsstand	316
29.4	Laufbahnen und Perspektiven	317
29.5	Erster Stellhebel zur Prävention	318
29.6	Bildung – Zweiter Stellhebel zur Prävention	318
29.7	Working Out Loud	319
29.8	Resümee und Perspektiven	320

29.9	Literatur	320
30	Blick von der Bundesebene: die Sache ist komplex	323
	<i>Christine Vogler</i>	
30.1	Einführung	323
30.2	Zum System des deutschen Gesundheitswesens	324
30.3	Der Gesetzgeber könnte es richten	325
30.4	Ausblick und Perspektiven	327
30.5	Literatur	327
31	Pflegerat NRW: Wege zu Wertschätzung	329
	<i>Ludger Risse</i>	
31.1	Einleitung	329
31.2	Pflege und Berufspolitik	329
31.3	Freundlichkeit und Feindseligkeit im berufspolitischen Kontext	330
31.4	Berufspolitik: Feindseligkeit aus der eigenen Berufsgruppe	333
31.5	Horizontale Feindseligkeit im berufspolitischen Kontext	334
31.6	Ausblick und Perspektiven	335
31.7	Literatur	336
32	Strukturell begünstigte Feindseligkeit	337
	<i>Beatrice Habberger und Markus Mai</i>	
32.1	Einleitung	337
32.2	Unterdrückt und gespalten – ein historischer Abriss	338
32.3	Aktuelle berufspolitische Entwicklungen und Konflikte	339
32.4	Die Rolle der Pflegekammer	340
	32.4.1 Politische Ebene	341
	32.4.2 Mitgliederebene	341
32.5	Perspektiven und Ausblick	342
32.6	Literatur	342
33	Beziehungsgestaltung Pflegender und ICN-Ethikkodex	345
	<i>Bernadette Klapper</i>	
33.1	Einleitung	345
33.2	ICN-Ethikkodex	346
33.3	Bedeutung und Nutzen des ICN-Ethikkodex	347
33.4	ICN-Ethikkodex und Beziehungsgestaltung Pflegender	348
33.5	Ausblick und Perspektiven	349
33.6	Literatur	350

34	Feindseligkeit unter Pflegenden: Rechts(bei)stand	351
	<i>Friedrich Sartorius</i>	
34.1	Einleitung	351
34.2	Gesetzliche Grundlagen zum Schutz vor Feindseligkeit	351
	34.2.1 Personalvertretung	352
	34.2.2 Arbeitgeber*in	352
	34.2.3 Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld	354
	34.2.4 Strafrechtliche Perspektiven	355
	34.2.5 Rechtsbeistand durch die Antidiskriminierungsstelle	356
34.3	Fazit	356
34.4	Literatur	356
35	Praxis – Bildung – Management – Wissenschaft verknüpfen: so geht's	357
	<i>Sabine Brase</i>	
35.1	Einführung: Zukunft braucht Mut	357
	35.1.1 Die Pflegepraxis heute	358
	35.1.2 Berufspolitischer Rahmen der Pflege	358
	35.1.3 Organisationsdiagnostik zur beruflichen Pflege	358
35.2	Bezugsrahmen „Praxisentwicklung in der Pflege“	360
	35.2.1 Start des Veränderungsprozesses	361
	35.2.2 Eine Vision entsteht	361
	35.2.3 Empowerment durch Management – Pflegewissenschaft und -bildung ..	362
35.3	Evaluation und Ausblick	364
35.4	Literatur	364
36	Stärkung von Pflegebewusstsein durch soziale Medien	367
	<i>Alexander Bluhm</i>	
36.1	Berufliche Identität und öffentliche Wahrnehmung	367
	36.1.1 Wie nimmt die Öffentlichkeit berufliche Pflege wahr?	368
	36.1.2 Berufliche Pflege in Medien	368
36.2	Meinung, Meinungsklima und Meinungsbildung	369
	36.2.1 Meinung	369
	36.2.2 Meinungsklima	370
	36.2.3 Medienkompetenz schaffen	371
	36.2.4 Regeln kennen, verstehen und befolgen	372
36.3	Kompetent und selbstbewusst kommunizieren	373
	36.3.1 Projekt KoWeP	373
	36.3.2 Frames und Framing	375
36.4	Ausblick und Perspektiven	375
36.5	Literatur	376

37	Wertschätzungskultur – nicht nur eine Frage der Akademisierung	379
	<i>Susan Rux</i>	
37.1	Einleitung	379
37.2	Drohender Kollaps	379
37.3	Professionalisierung fängt bei Bildung an	380
37.4	Professionalität abbilden	381
37.5	Lösungen kommen aus dem System	382
37.6	Ausblick	382
37.7	Literatur	383
	Herausgeberin und Autor*innen	385
	Sachwortverzeichnis	399

Dank

Mein Dank geht zuallererst an die Autor*innen – alle sind bis auf marginale Ausnahmen Pflegefachpersonen. Sie haben sich darauf eingelassen, ihr Wissen und Können, ihre Projekt- bzw. Studienergebnisse, Erfahrungen und Ansichten mit mir zu teilen. Ich habe viel gelernt, v. a. über positive bzw. klare Sprache und die Macht von Makroebene. Ich bin sicher, dass die Leser*innen auch viel lernen werden.

Glücklich bin ich darüber, dass Dr. Andreas Westerfellhaus, Prof.in Dr. Angelika Zegelin und Prof.in Dr. Cynthia Clark für die einleitenden Worte zur Verfügung standen. Dies ist eine Ehre in mehrfacher Hinsicht für mich.

In den drei Jahren der Fertigstellung habe ich das Feindseligkeits-Thema immer wieder mit in Hochschul-, Fort- und Weiterbildungsseminare genommen und dort mit den Teilnehmenden diskutiert. Ist das ein relevantes und allgemeines Phänomen? Arbeiten wir in die richtige Richtung, beruflich Pflegende mit diesem Buch zu unterstützen? Die Antwort war immer wieder: Ja und Ja. Ihr Vertrauen bedeutet mir viel.

Auf „Feindseligkeit in der beruflichen Pflege“ bin ich nicht allein gekommen. Eine Absolventin der Katholischen Hochschule Mainz kam während der Corona-Pandemie auf mich zu und wollte das Thema in ihrer Bachelor-Thesis bearbeiten, auch um ihre eigenen Erfahrungen

in der beruflichen Pflege zu verarbeiten. Ich habe das unterstützt. Sie sehen, verehrte Leser*innen, es geht um Zuhören und Ermöglichen an exponierten Stellen.

Das Buch selbst ist entstanden, da Prof.in Dr. Angelika Zegelin davon überzeugt war, dass es dieses Buch braucht und dies mit ihrer besonderen und sympathischen Art verdeutlichte.

Gleichwohl brauchte es aber auch Jürgen Georg vom Hogrefe-Verlag, der die Idee aufnahm und dem Buchprojekt den entsprechenden Rahmen gab. Erst mit der Zeit und insbesondere zum Buchprojektabschluss habe ich verstanden, wie wichtig Befürworter*innen auch an dieser Stelle sind. Danke!

Die Buchform ist Martina Kasper zu verdanken. Bei einem Sammelband kein einfaches Spiel. „Wir kriegen das hin!“, sagte sie. Heute halten Sie das Buch in den Händen.

Weiterentwicklung entsteht durch Ermöglichung und Menschen, die Prozesse befürworten und unterstützen. Dieses Buch ist allen beruflich Pflegenden gewidmet. Als Pflegefachfrau bin ich Teil von etwas ganz Großem und Unverzichtbarem.

Mainz, September 2025
Prof.in Dr. Sandra Bensch

Geleitwort von Andreas Westerfellhaus

Die Thematik „Pflege“ gilt in der öffentlichen Wahrnehmung als Inbegriff von Fürsorge, Empathie und selbstlosem Engagement. Pflegeexpert*innen erbringen professionelle Pflegeleistungen in den unterschiedlichsten Sektoren – in der häuslichen Pflege, in der stationären Langzeitversorgung, in Reha-Einrichtungen bis hin zu Krankenhäusern der Maximalversorgung. Dieses erfolgt in meist herausfordernden Situationen – allein, in Teams und häufig professionsübergreifend. Dabei wird selten diskutiert, was zwischen den beruflich Pflegenden untereinander und im Austausch mit anderen Professionen geschieht. Zur Kehrseite von Idealvorstellungen gehören oft Feindseligkeit, Konkurrenz, Abwertung und Isolation. Diese Phänomene sind häufig leise, oft verdeckt, manchmal aber auch offen und zerstörerisch. Sie passieren im Alltag, beginnend mit Ausbildung oder Studium, in der täglichen Routine in Einrichtungen und machen selbst vor Engagement im berufspolitischen bzw. gesamtpolitischen Raum nicht halt.

Dieser Sammelband befasst sich daher mit einem Thema, das im pflegerischen Alltag allgegenwärtig ist. Allerdings wird Feindseligkeit unter beruflich Pflegenden kaum öffentlich benannt. Es ist ein Thema, das vielen unangenehm ist, weil es nicht zur idealisierten Erzählung vom „Pflege-Team“ passt. Es kratzt am Selbstbild eines Berufes, der auf Solidarität, Kooperation und Menschlichkeit fußt. Gleichwohl ist es Teil der Realität – einer Realität, die für viele beruflich Pflegenden belastend, kräftezehrend und verletzend ist.

Dabei ist es wichtig, diese Dynamiken nicht zu individualisieren bzw. als individuelles Ver-

sagen einzustufen. Feindseligkeit unter beruflich Pflegenden ist eine systemische Folge einer Pflegepolitik, die Menschen an ihre Belastungsgrenzen treibt. Sie entsteht in einem Arbeitsumfeld, das von chronischer Unterbesetzung, gefühlter fehlender Wertschätzung, zunehmender Ökonomisierung und struktureller Ungerechtigkeit geprägt ist. In einem solchen Umfeld bleibt wenig Raum für echtes Miteinander. Stattdessen wächst das Bedürfnis, sich selbst zu schützen, sich zu behaupten oder gegen andere durchzusetzen. Ziele von beruflich Pflegenden im Kontext von feindseligem Verhalten sind, die eigene Position zu sichern bzw. die gefühlte Identität zu wahren.

Die Profession „Pflege“ leidet nicht nur an Personalmangel – sie leidet an einem politischen System, das Fürsorge als Kostenfaktor behandelt. Die Folgen sind gravierend. Zu wenig Personal ist zuständig für zu viele Patient*innen, Pflegebedürftige und Angehörige. Es existieren überlange Dienste, kaum Zeiten für Übergaben sowie permanente physische und psychische Überlastungen. Der eigene Anspruch an dem Berufsethos verschärft Situationen im beruflichen und privaten Umfeld. Er verbleibt oft im Versuch, trotz mangelhafter Rahmenbedingungen, unter denen Berufsausübung stattfindet, zu „funktionieren“ und eine qualifizierte Versorgung der Menschen mit ihren unterschiedlichsten Erwartungen halbwegs sicherzustellen. In einem solchen Klima entsteht Konkurrenz fast zwangsläufig. Es geht um Anerkennung, Einfluss, Dienstpläne, Fortbildungen, Urlaubszeiten, Besserstellung in der Vergütung und Suche nach Anerkennung bei anderen Professionen.

Hinzu kommen geschlechtsspezifische, hierarchische und kulturelle Spannungen. Sie erschweren das Miteinander zusätzlich. Wer wird gehört – und wer nicht? Wessen Meinung zählt? Wer übernimmt Verantwortung? Wer bleibt dauerhaft unsichtbar? Das ist ebenfalls Teil der berufspflegerischen Realität: Der Pflegeberuf ist weiblich, aber oft männlich kontrolliert. Er ist zunehmend migrantisch geprägt, aber selten interkulturell gleichberechtigt. Feindseligkeit kann auch Ausdruck tiefsitzender systemischer Ungleichheiten sein.

Dieser Sammelband benennt keine Schuldigen, sondern macht Strukturen sichtbar. Er analysiert, warum Feindseligkeit entsteht, wie sie sich äußert, welche psychologischen und sozialen Mechanismen dahinterstehen und welche Rolle das politische und wirtschaftliche Umfeld dabei spielt. Das Buch will aber auch Räume für Veränderung öffnen: für Solidarität, kollektive Reflexion, eine berufsständische Entwicklung und Selbstverwaltung. Es ist geschrieben für eine berufliche Pflege, die sich nicht gegeneinander richtet, sondern füreinander einsteht.

Beruflich Pflege ist in unserer Gesellschaft zunehmend hochpolitisch – häufig aus Gründen der Ökonomie und Finanzierbarkeit. Selten stehen Leistungen und Leistungsfähigkeit der größten Gesundheitswesen-Berufsgruppe und deren Ressourcen für die bundesdeutsche Gesellschaft im Zentrum politischer Debatten. Es ist unumgänglich, dass die beruflich Pflegenden aus Eigeninitiative mehr politisches Engagement entwickeln. Berufspflege muss aus sich heraus versuchen, politischen Einfluss zu gewinnen, mit der Gesellschaft als Partnerin. Ein Gesundheitsminister aus Nordrhein-Westfalen

äußerte vor einiger Zeit, er wünsche sich von der Profession „Pflege“ etwas mehr „Lokführermentalität“. Das ist ein Hinweis auf die große Geschlossenheit einer anderen Berufsgruppe, die für ihre Interessen eintritt. Politisches Engagement betrifft jedoch nicht nur Tarifverträge und Arbeitszeiten. Es geht auch um zu entwickelnde berufliche Eigenständigkeit und Berufsaufonomie mitsamt Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie differenzierten Studienangeboten und deren ausreichender Verfügbarkeit und Finanzierung. Zentral steht die Frage: Wie kann der zwischenmenschliche Umgang im Team und mit Kolleg*innen in allen Berufsfeldern gestaltet werden? Wie wir miteinander umgehen, ist keine Privatsache. Es ist ein Spiegel der Bedingungen, unter denen wir arbeiten.

Wer echte Veränderung will, muss nicht nur für bessere Bezahlung und mehr Personal kämpfen – sondern auch für eine Kultur des Respekts, der Offenheit und des gegenseitigen Vertrauens.

Mit diesem Buch soll dazu animiert und eingeladen werden, genauer hinzusehen, gemeinsam zu verstehen – und nicht zuletzt: solidarische Wege aus der Konkurrenz zu finden. Für eine Pflegeprofession, die sich selbst nicht länger – auch nicht politisch – bekämpft, sondern stärkt. Ich hoffe persönlich, dass dieser Sammelband den Beginn einer nachhaltigen Diskussion in dieser Thematik eröffnet.

Dr. h.c. Andreas Westerfellhaus
Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter
der Bundesregierung a.D.
Lüneburg, Juli 2025

Geleitwort von Angelika Zegelin

In 50 Jahren Tätigkeit in Pflegezusammenhängen ist mir die Missachtung unter beruflich Pflegenden immer wieder begegnet – aber es gab auch stets beliebte Teams mit gegenseitiger Wertschätzung.

Ich bin davon überzeugt, dass auch Patient*innen und Angehörige etwas von den Situationen mitbekommen haben. Schlechte Stimmung wirkt sich oft auf die Versorgung aus.

Im Jahr 2006 erschien in den USA das Buch „Ending Nurse-to-Nurse Hostility“ von Kathleen Bartholomew. Ich habe es in einer New Yorker Buchhandlung gefunden. Der Huber Verlag hat es unter dem Titel „Feindseligkeit unter Pflegenden beenden“ übersetzt und herausgebracht (Bartholomew, 2009). Um das Buch bekannt zu machen, habe ich 2009 den Artikel „Horizontale Feindseligkeit: wenn Kollegen zu Feinden werden“ veröffentlicht (Abt-Zegelin, 2009). Das Buch war nach kurzer Zeit vergriffen, ein Hinweis auf das hohe Interesse.

Vermutlich kommt Schikane häufig in der beruflichen Pflege vor, in ganz unterschiedlichen Formen. Etwa subtil durch Vorenthalten von Informationen bis hin zum „Anschwärzen“ oder lautem Kampf. Manchmal steuern einzelne Personen die Ärger-Prozesse. Eigentlich braucht jeder Mensch Beachtung. Er kommt mit einer Geschichte, die zu einem bestimmten Verhalten führt. Diese Einsichten sind Grundlage einer besseren Zusammengehörigkeit. Ein menschliches Grundmotiv ist, dass jede Person Teil von etwas sein möchte. Feindseligkeit arbeitet direkt dagegen.

Ich freue mich, dass es nun wieder ein Werk zu diesem wichtigen Thema gibt. Es geht vor-

rangig um Übergriffe auf gleicher Ebene, d.h. Feindseligkeit unter beruflich Pflegenden. Gewaltbereitschaft nimmt allgemein in einer aufgehetzten Gesellschaft zu. Das führt dazu, dass neue Begriffe wie Bullying u. a. in Studien benutzt und untersucht werden.

Mich erinnert das Ganze an die Arbeiten von Paulo Freire, einem brasilianischen Humanisten. In den 70er Jahren wollte er mit seiner „Pädagogik der Unterdrückten“ durch Bildung für bessere Verhältnisse bei Armut sorgen.

Berufliche Pflegearbeit ist komplex und die Arbeitsbedingungen sind oft schwierig: Es gibt Überlastung und Pflegenotstand. Beruflich Pflegende erleben, dass sie nur wenig Zeit für Wesentliches haben. Sie gehen unzufrieden nach Hause. Tatsächlich gibt es wenig Mitbestimmung, deutliche Hierarchie und oft ein geringes Selbstwertgefühl bei den Berufsangehörigen. Dadurch nährt sich die Konkurrenz untereinander. Teams zerfallen in verschiedene Gruppen. Manchmal führt ein höherer Arbeitsdruck auch zu mehr Solidarität in den Teams. Hier wäre interessant, mehr über die Konstellationen zu erfahren. Es fehlt an Studien, speziell in der beruflichen Pflege.

In den letzten Jahren beschäftige ich mich mit Berufsstolz. Er ist besonders in der deutschen Pflege unterentwickelt – die Feindseligkeit ist ein Hinweis darauf. Auf jeden Fall ist ein funktionierendes Team ein Magnet für beruflich Pflegende. Das zeigt auch das Projekt der Bremer Arbeitnehmerkammer „Ich pflege wieder, wenn ...“ (Auffenberg et al., 2022). Dort spielt die Qualität der Teamarbeit eine große Rolle. Das gegenseitige Sich-Fertigmachen

führt vermutlich zu mehr Krankheitstagen, Fluktuation, Ausstieg – all dies könnte viel besser beachtet und gecoachert werden.

Feindseligkeit unter Pflegenden ist ein Tabu-Thema und kann lange verdeckt bleiben, auch gegenüber Klinikleitungen. Sie wird in Personalvertretungen, in der Arbeitsmedizin, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Berufsgenossenschaften bisher zu wenig thematisiert.

Das vorliegende Buch versammelt unterschiedlichste Perspektiven, auch internationale Erfahrungen. Vor allem werden sehr viele hilfreiche Ideen vorgetragen. Team-Klima ist eine Führungsaufgabe, eigentlich müssten Leitungen im mittleren Management viel besser als heute vorbereitet und begleitet werden. Insgesamt erscheint es wichtig, das Thema überall in der beruflichen Pflege aufzugreifen, in Ausbildung, Studium bzw. Fortbildungen.

Unsere Berufsgruppe braucht insgesamt mehr „Wir“. Beruflich Pflegende definieren sich oft zu eng durch ihren Arbeitsort. Es gibt Vorbehalte zwischen Stationen, zwischen Akut- und Langzeitpflege, den Lernorten und Misstrauen gegenüber beruflich Pflegenden aus dem Ausland. Die Akademisierung der Pflege in Deutschland ist relativ neu. Sie bleibt weit hinter den Möglichkeiten zurück. Dabei brauchen wir dringend Pflegewissenschaft in und für die Pflegepraxis.

Wir sind eine riesige und unverzichtbare Berufsgruppe und könnten selbst vieles positiv ändern. Es geht um unsere Arbeitsbedingungen und unser Image – in einem Beruf, der überall mit Menschlichkeit verbunden wird.

Ich wünsche mir eine breite Diskussion, die hoffentlich mit diesem Buch angestoßen wird.

Prof.in Dr. Angelika Zegelin, Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin
Dortmund, Juli 2025
(www.angelika-zegelin.de)

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2009). Horizontale Feindseligkeit: Wenn Kollegen zu Feinden werden. *Die Schwester Der Pfleger*, 48(11), 1048-1052.
- Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S. & Braun, E. (2022). „*Ich pflege wieder, wenn ...*“. Arbeitnehmerkammer Bremen. https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf
- Bartholomew, K. (2009). *Feindseligkeit unter Pflegenden beenden* (R. Müller, Hrsg.; H. Bröger, Übers.). Huber.

Einleitung

Ein Interview mit Cynthia Clark

Sandra Bensch: Dr. Clark, Sie sind Gründerin von Civility Matters™, emeritierte und preisgekrönte Professorin an der Boise State University in Idaho (USA), Wissenschaftlerin und Autorin. Seit vielen Jahren beschäftigen Sie sich damit, *Civility* und gesunde Arbeits- und Lernumgebungen zu schaffen. Ins Deutsche ist Zivilität am treffendsten mit Anständigkeit, gegenseitiger Anerkennung und wertschätzendem Umgang mit- und füreinander zu beschreiben. Es ist eine Haltung und damit viel mehr als reine Höflichkeit. Ihr jüngstes und vielbeachtetes Buch heißt „*Core Competencies of Civility in Nursing & Healthcare*“. Sie sind Pflegefachfrau und spezialisiert auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit Gewalt-, Suizid- und Drogenenerfahrungen. Viele Jahre haben Sie zu Vorbeugung und Bewältigung feindseligen Verhaltens im akademischen Bildungsbereich und in beruflichen Praxisfeldern geforscht und Messinstrumente entwickelt. Sie beraten Organisationen im Gesundheitswesen zur Entwicklung gesunder Arbeitsumgebungen und insbesondere Pflegeteams bei der Entwicklung von effektiver Kommunikation und Konfliktkompetenz. Weltweit erreichen Sie Menschen, bei sich und anderen sowie in Organisationen feindselige Verhaltensweisen zu erkennen und diese zu modifizieren. Ihnen liegen die Pflegefachpersonen am Herzen, besonders die Pflegeauszubildenden und „frisch Examinierten“. Danke, dass Sie uns ein Interview geben und damit den Auftakt des vorliegenden Buches gestalten.

Cynthia Clark: Dr. Bensch, vielen Dank für die Gelegenheit, zu den Pflegefachpersonen im deutschsprachigen Raum zu sprechen. Ich möchte Ihnen ein Lob dafür aussprechen, dass Ihre Kolleg*innen und Sie sich auf den Weg gemacht haben, Zivilität zu fördern und feindselige Verhaltensweisen in der Pflegeausbildung und -praxis zu verhindern und zu bekämpfen. Es bringt Respekt in die deutschsprachige Pflege und ihre Ausbildung. Ihre Bemühungen haben nachhaltige Wirkungen, insbesondere im Bildungsbereich. Ich möchte mich bei den Leser*innen für all die Beiträge bedanken, die sie jeden Tag leisten, um die Auszubildenden auf ihren beruflichen Karrierewegen zu begleiten und auf die Praxis vorzubereiten. Diese Arbeit ist bedeutsam und sehr wichtig.

Sandra Bensch: Wie kam es dazu, dass Sie begannen, sich mit diesen Themen zu beschäftigen? Haben Sie Erfahrungen mit Feindseligkeit in der Pflege gemacht? Ihre Publikationsliste enthält in frühen Jahren Begriffe wie Gewalt, Schikane und Unehrlichkeit. Später ändert sich das und Sie sprechen von Kultur, Kommunikation und Zivilität. Wie kam es zu dieser Entwicklung?

Cynthia Clark: Das stimmt. Um Ihre Fragen zu beantworten, werde ich eine Geschichte erzählen. Sie stammt aus meiner Erfahrung als Pflegeauszubildende, die Jahrzehnte zurückliegt. Ich war 18 Jahre alt. Wenn ich darüber spreche, merke ich wieder, wie aufgeregt ich damals war. Ich dachte: „Oh, ich werde Pflegefachfrau.“ Ich freute mich riesig. Leider währte diese Freude

nicht lange, denn ich begegnete Professorin Sour. Das ist natürlich nicht ihr richtiger Name, aber ich nenne sie so, um die Geschichte zu erzählen. Professorin Sour hatte große Freude daran, Auszubildende zu schikanieren und ihnen Angst einzuflößen. Wir alle wurden zur Zielscheibe ihrer herabsetzenden Bemerkungen und ihres Mobbingverhaltens. Aus irgendeinem Grund hegte Professorin Sour eine besondere Abneigung gegen mich. Ich war jung und sehr unerfahren im Umgang mit demütigenden Lehrer*innen. Ich hielt es für das Beste, ihr aus dem Weg zu gehen. Das war leichter gesagt als getan, denn sie leitete mehrere meiner Kurse. Es gelang nicht wirklich. Sie beschimpfte mich vor Auszubildenden, Pflegefachpersonen, Ärzt*innen und manchmal, zu meinem Entsetzen, sogar vor Patient*innen. Sie schien es wirklich zu genießen, mich zu quälen. Meine Klassenkamerad*innen unterstützten mich. Sie mochten Professorin Sour nicht besonders und versuchten auch, ihr aus dem Weg zu gehen. Ich beschloss, mich durchzuschlagen und sie zu ignorieren. Die Erfahrung war so schrecklich, dass ich dachte: „Ich werde gehen. Ich kann das nicht. Wenn sich so Pflegefachpersonen verhalten, dann will ich nichts damit zu tun haben.“ Aber ich änderte meine Meinung und dachte: „Ich werde es gut machen. Ich werde lernen und mich auf meinen Abschluss konzentrieren. Ich werde eine erfolgreiche Pflegefachfrau.“ Dann geschah etwas Unglaubliches. Eines Tages saß ich allein in der Cafeteria. Eine Lehrerin sprach mich an – ich nenne sie Professorin Sweet. Sie war immer freundlich und stets ansprechbar. Sie setzte sich neben mich und fragte: „Wie geht es Ihnen?“ Professorin Sweet schien sehr interessiert und es fühlte sich echt an. Ich blieb zunächst sehr zurückhaltend. Sie sprach weiter und weiter und überzeugte mich schließlich, dass ich ihr vertrauen konnte. Ich nahm all meinen Mut zusammen. Dabei sprachen wir nicht über Professorin Sour an sich. Stattdessen sprachen wir über unsere gemeinsame Liebe zur Pflege. Wir sprachen über meine Hoffnungen und Träume für die Zukunft. Mit der Zeit half

sie mir, mein Selbstwertgefühl wieder aufzubauen. Sie half, mein Selbstvertrauen wiederherzustellen. Professorin Sweet ermutigte mich, in der Pflegeausbildung zu bleiben und meine Träume weiterzuverfolgen. Sie sagte zu mir: „Wenn du Pflegefachfrau wirst, möchte ich, dass du eine Vorreiterin wirst.“ Und hier bin ich nun. Sie hat mich bestärkt. Ich heilte, wuchs und entwickelte mich. Letztendlich glaube ich, dass ich die Pflegefachfrau, die ich heute bin, vor allem durch die Unterstützung von Professorin Sweet und anderen wie ihr wurde. Diese Erfahrungen haben mich nicht nur als Pflegefachfrau, sondern auch als Mensch geprägt.

Sandra Bensch: Danke, dass Sie diese Geschichte mit uns teilen. Es scheint, dass sie unseren Erfahrungen in Deutschland ähnelt. Was ist in der Pflege, dass wir das erleben? Ich denke, das liegt nicht an der Pflegefachperson an sich, sondern an der Persönlichkeit des Menschen. Wir brauchen starke Führungspersönlichkeiten, starke Lehrende in der Ausbildung und in der Pflege. Wir brauchen Vorbilder und Orientierung, vor allem, wenn wir jung sind.

Cynthia Clark: Das sehe ich auch so. Es gibt ein Sprichwort: Verletzte Menschen verletzen Menschen. Ich denke, dass Professorin Sour in meinem Fall wirklich verletzt war und nicht in der Lage, das Einfühlungsvermögen, die Freundlichkeit und das Mitgefühl zu zeigen, das junge Pflegeauszubildende brauchen. Gleichzeitig passieren derartige Situationen nicht nur in der Pflege bzw. im Ausbildungskontext, sondern auch zwischen Mitgliedern der Gesundheitsfachberufe. Ein anderes Beispiel trug sich viele Jahre später im psychiatrischen Setting zu. Ich war Pflegedienstleiterin einer stationären Jugendabteilung und zu meinen zahlreichen Aufgaben gehörte die Organisation und Moderation von Behandlungsplanungssitzungen. Jede Woche trafen wir uns im Team und sprachen über die Behandlungen und Fortschritte der Patient*innen. Zu meinen Aufgaben gehörte es, die Sitzungen so zu organisieren, dass das gesamte

Team vorbereitet war. An einem besonders arbeitsreichen Tag fiel mir auf, dass es einer unserer Patient*innen – ich nenne sie Anna – nicht gut ging. Sie schien Symptome zu haben, die von einer zu hohen Dosierung der ihr verschriebenen Medikamente herrührten. Ihr war übel. Sie war unruhig. Sie war schweißgebadet. Ich war sehr besorgt um sie. Gleichzeitig war ich froh, dass wir in Kürze mit ihrem Psychiater über den Behandlungsplan sprechen konnten. Bis dahin hielt ich, wie wir Pflegefachpersonen es tun, ihre morgendliche Medikamentendosis fest und zeichnete ihre Vitalzeichen auf. Wir überwachten ihren Zustand genau. Sehr bald kam ihr Arzt auf die Station. Ich nenne ihn Dr. Crude. Ich war froh, als er kam, denn Anna ging es nicht gut. Ich sagte Dr. Crude, dass Anna vielleicht unter den Nebenwirkungen ihrer Medikamente leidet und fragte, ob wir das so schnell wie möglich besprechen könnten. Unvermittelt packte er mich an den Schultern und warf mich gegen eine Wand. Er rammte mir den Finger in die Brust und beschuldigte mich, Doktor zu spielen. Er fragte mit wütender Stimme: „Was glaubst du, wer du bist? Praktizierst Du hier die Medizin?“ Er beschimpfte mich weiter vor den anwesenden Kolleg*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und anderen. Sie saßen da in fassungslosem Schweigen mit Entsetzen in den Augen. Nach einer gefühlten Ewigkeit ließ Dr. Crude von mir ab und stürmte aus dem Raum. Fast unmittelbar nachdem er gegangen war, kamen mir die Tränen. Meine Kolleg*innen eilten herbei. Ich sagte: „Warum habt ihr mir nicht geholfen? Warum habt ihr nicht eingegriffen?“ Sofort fingen sie an, sich zu entschuldigen und sagten, dass sie fassungslos und erstarrt gewesen seien. Ich glaube, das passiert oft, wenn eine solche Situation eintritt und wir noch nicht die Erfahrung mit so etwas Dramatischem gemacht haben. Später habe ich den Vorfall dokumentiert und meiner Vorgesetzten gemeldet. Ich wurde gebeten, die Geschichte nicht an andere weiterzugeben und die Sache auf sich beruhen zu lassen. Mir wurde gesagt, dass der Arzt einfach einen schlechten Tag gehabt hatte. Das war eine unglaubliche Lektion

für mich. Ich wusste es damals und ich weiß es heute: Ich werde zu den Menschen gehören, die den Schleier lüften werden, auch wenn das, was darunter ist, ziemlich dramatisch ist. Es hat mich so verändert, dass wir heute über dieses Thema sprechen. Ich glaube, dass wir Geschichten, die Pflegefachpersonen und Auszubildenden passieren, miteinander teilen müssen. Wir müssen das tun, um auf die Folgen dieser Formen von Aggression und Misshandlungen hinzuweisen. Das erfordert Mut. Wenn wir schweigen, dulden wir genau die Verhaltensweisen, die wir zu ändern versuchen.

Sandra Bensch: Ich bin erschüttert von Ihrer Geschichte. Was hat Ihnen geholfen? Was war hilfreich für Sie in dieser Situation?

Cynthia Clark: Ich hatte starke und mutige Mentor*innen, die mich auf diesem Weg begleitet haben. Ihre unerschütterliche Unterstützung hat mich gerettet. Ich heilte durch ihren festen Glauben daran, dass Pflegefachpersonen etwas verändern können, wenn sie zusammenarbeiten.

Sandra Bensch: Ist es eigentlich so, dass die Gewalt, die Gesundheitsmitarbeitende untereinander erleben, an Patient*innen weitergegeben wird? Oder umgekehrt – führt die Gewalt, die Patient*innen stellenweise an Pflegenden verüben, dazu, dass diese Erfahrungen aufs Kollegium übertragen werden?

Cynthia Clark: Ich glaube nicht, dass es ein einzelnes Problem, einen einzelnen Umstand oder einen einzelnen Faktor gibt. Ich denke, es ist ein Mosaik von Faktoren. Verschiedene Erfahrungen passieren in unterschiedlichen Kontexten. Diese Feindseligkeit unter den Menschen geschieht auf unterschiedlichen Machtebenen. Es ist nicht nur horizontale Gewalt oder laterale Feindseligkeit von Pflegefachperson zu Pflegefachperson oder von Pflegedienstleiter*in zu Pflegedienstleiter*in oder von Ärzt*in zu Ärzt*in. Es geht vor allem um

Ungleichheit und Ungleichgewicht von Macht. Aber das ist nicht alles; es viel komplizierter ist als das. Die Verhaltensweisen und ihre Auswirkungen sind vielschichtig und werden häufig von Personen gezeigt, die tatsächlich oder vermeintlich Macht über andere haben. Ich neige dazu, diese Probleme eher in einem globalen Sinne zu sehen als in einem lateralen oder horizontalen, auch wenn es natürlich solche Probleme gibt. Wenn ich über Patient*innen nachdenke, stelle ich fest, dass die Pandemie in unserem Land eine Schlüsselrolle oder einen Faktor für den unglaublichen Stress gespielt hat, den wir alle erlebt haben. Das Ergebnis war, dass auch Patient*innen und Besuchende, die sich sonst nicht so wütend oder missbräuchlich verhalten würden, feindseliges Verhalten zeigten. Wir haben festgestellt, dass das feindselige Verhalten von Patient*innen gegenüber dem Gesundheitspersonal zugenommen hat, zumindest laut Studien in den Vereinigten Staaten.

Sandra Bensch: Sie sind der Pflege stets treu geblieben. Können Sie uns Ihre Liebe zur Pflege beschreiben?

Cynthia Clark: Meine frühen Jahre in der Jugendpsychiatrie haben meine Leidenschaft für die Forschung entfacht und für den Versuch, Feindseligkeit mit ihren vielen Facetten zu verstehen, zu dekonstruieren und zu versuchen, ziviles Verhalten zu fördern. Meine Jahre in der klinischen Pflege waren eine wunderbare und erfüllende Zeit in meinem Berufsleben. Es war ein goldener Moment; ein Augenblick, der lange anhielt. Ein goldener Moment ist die Zeit in unserer Karriere, in der wir uns inspiriert, bestätigt, unaufhaltsam und erfüllt von einem Gefühl der Freude fühlen. Ich hatte das große Vergnügen, Mitglied eines Hochleistungsteams zu sein. Wir haben gut zusammengearbeitet. Wir haben uns gegenseitig respektiert. Wir schätzten die einzigartigen Talente, die wir in das Team einbrachten. Wir erlebten die unglaubliche Freude und Befriedigung, Teil eines Teams

zu sein, obwohl und vielleicht gerade, weil wir mit einer sehr anspruchsvollen und herausfordernden Arbeit beschäftigt waren. Aber es war auch eine sehr lohnende und sinnvolle Arbeit. Eine andere Beschreibung meiner Liebe zur Pflege ist, dass ich es absolut genieße, mit Menschen zu sprechen und mit ihnen zu interagieren. Ich möchte ihre Geschichten hören. Ich möchte wissen, welche Erfahrungen sie gemacht haben. Daher habe ich mich für die psychiatrische Pflege entschieden. Warum entscheiden sich Menschen für eine bestimmte Vorgehensweise, während andere einen anderen Weg einschlagen? Warum neigen manche Menschen zu bedrohlichem Verhalten, während andere eindeutig nicht dazu neigen? Vor allem aber wollte ich wissen, wie wir problematisches und potenziell gewalttätiges Verhalten verhindern und bekämpfen können. Meine Erfahrungen in der Pflegepraxis haben schon früh den Ton für mein späteres Forschungsprogramm angegeben. Es wurde zu einer leidenschaftlichen, lebenslangen Verpflichtung.

Sandra Bensch: Ihre Leidenschaft ist sehr deutlich zu spüren und ich freue mich sehr, das erleben zu dürfen. Lassen Sie uns einen Blick auf die Vorbilder in Ihrem Berufsleben werfen. Eines davon war vermutlich Professorin Sweet. Welche anderen Vorbilder haben Sie gehabt?

Cynthia Clark: Ich hatte das Glück, einige wirklich erstaunliche Mentor*innen zu haben. Einige meiner frühesten Vorbilder, von Geburt bis in die Kindheit, waren meine Mutter und meine Großmutter sowie andere weise Frauen. Natürlich gab es auch Männer. Aber ich erinnere mich, dass mich die Lektionen meiner Mutter und meiner Großmutter angezogen haben. Sie ermutigten mich dazu, ein sinnvolles und hinterfragtes Leben zu führen. Sie ermutigten mich, mehr zu lächeln, mehr zu lieben und ein bleibendes Vermächtnis zu hinterlassen. Wir waren nicht wohlhabend im finanziellen Sinne, aber wir waren reich an Beziehungen und Un-

terstützungen in der Familie. Sie haben mich dazu gebracht, darüber nachzudenken, wie ich etwas bewirken kann und diese Welt besser zu verlassen, als ich sie vorgefunden habe. Ich glaube, dass meine Mentor*innen mir geholfen haben, zu verstehen, dass es meine Aufgabe ist, die nächste Generation zu unterstützen, Weisheit weiterzugeben, andere zu motivieren und zu inspirieren. Im Beruflichen hatte ich das Privileg, einige unglaubliche Vorbilder zu haben. Auf meinem Weg als Pflegefachfrau haben Mentor*innen mir immer wieder das geboten, was ich einen sicheren Ort zum Ankommen nenne. Ein weicher Ort, an dem es sicher ist, Feindseligkeit zu diskutieren, tiefgreifende Gespräche zu führen und Wege zu finden, deren schwerwiegende Folgen anzugehen. Ich bin von der Kraft positiver Mentor*innenschaft und professioneller Vorbilder überzeugt. Das Leben ist kein Alleingang. Vieles von dem, was in meinem Leben gut ist, verdanke ich den Menschen, die mich unterstützt haben. Wir alle sind Vorbilder. Aber wir müssen uns fragen: Was leben wir vor? Das verlangt von uns Mut und Engagement, ehrlich einzuschätzen, wer wir sind und wie wir auf andere Menschen wirken. Wenn wir Zivilität vorleben wollen, müssen wir selbstreflektierend und offen für Feedback sein. Das erfordert auch, dass wir prüfen, wie wir uns präsentieren, wie wir interagieren, wie wir uns kleiden, und wie wir kommunizieren. Wir müssen darüber nachdenken, ob wir uns so verhalten, wie wir wollen, dass es uns andere nachmachen, z. B. unsere Studierenden und Kolleg*innen. Ich konzentriere mich sehr auf den introspektiven Aspekt als Führungs- und Pflegefachperson. Es ist eher eine dienende Führung, indem sie alle anspricht. Gemäß dem Zitat: „Eine steigende Flut hebt alle Boote.“ Wenn ich eine Person ehren kann und sie mich, dann bringt uns das auf ein höheres Niveau, anstatt dass wir uns gegenseitig herabsetzen oder um irgendwelche Aspekte konkurrieren, von denen wir glauben, dass wir sie brauchen. Es geht darum, den Geist der Zusammenarbeit und der Kollegialität zu fördern.

Sandra Bensch: Ich glaube, zu verstehen, was Sie meinen, und dennoch treibt mich eine Frage um: Was ist, wenn eine Person, die Pflegefachperson werden will, keine Vorbilder wie Eltern, Großmutter oder Großvater hatte? Kann sie lernen, ein reflektierender und selbstbewusster Mensch zu werden, wenn sie in der Kindheit keine entsprechenden Vorbilder hatte?

Cynthia Clark: Ich denke, die Antwort ist „Ja“, weil wir später hoffentlich auf positive Vorbilder treffen, wie Professorin Sweet. Durch sie verändert sich das Leben. Gute Vorbilder helfen uns, die Welt anders zu sehen und ihr zu begegnen. Professorin Sweet hat viel gefragt und einige meiner Vorannahmen über die Welt in Frage gestellt. Das ist meiner Meinung nach die Macht der Mentor*innenschaft. Mentees müssen den Mut und die Weitsicht haben, die Hand auszustrecken und nach dieser Art von Mentor*innenschaft, Unterstützung und Weisheit zu fragen.

Sandra Bensch: Hat es bei Ihnen auch dazu beigetragen, dass Sie Ihre Perspektive von Feindseligkeit auf Wertschätzung und gegenseitige Anerkennung gewechselt haben und Zivilität in Ihren Forschungen und Arbeiten in den Vordergrund trat?

Cynthia Clark: Es hat auf alle Fälle mein Vorgehen beeinflusst. In meiner frühen Arbeit sah man in einigen Artikeln und Präsentationen Wörter wie Feindseligkeit, Problemverhalten und so weiter. Es war absolut notwendig, diese Begriffe und Verhaltensweisen zu definieren und zu beschreiben, für ein gemeinsames und grundlegendes Verständnis dazu. Doch schon bald darauf verlagerte ich den Schwerpunkt auf die Ziele und Ergebnisse, die wir wirklich erreichen wollen – in meinem Fall auf das Erreichen von Zivilität und die Schaffung bzw. Aufrechterhaltung eines gesunden Arbeits- und akademischen Umfelds. Wir müssen unsere Ziele definieren und Maßnahmen ergreifen, um sie zu erreichen, anstatt uns in einem Sumpf der Negativität zu verfangen. Sprache spielt eine wich-

tige Rolle. Nicht nur, was wir sagen, bestimmt unsere Denkweisen und unser Handeln, sondern auch wie wir es sagen. Tonfall und Nonverbales sagen oft mehr aus als Worte. Das spielt im von mir entwickelten *Continuum of Workplace Aggression* eine Rolle. Schädliche Verhaltensweisen am Arbeitsplatz sind aufsteigend auf diesem Kontinuum angeordnet. Am linken Ende des Kontinuums befinden sich die weniger störenden Verhaltensweisen am Arbeitsplatz, z.B. nonverbales Verhalten wie Augenrollen oder Weggehen, bevor ein Gespräch beendet ist, sowie beleidigende Verhaltensweisen wie Beschimpfungen, vulgäre Sprache oder sarkastische Bemerkungen. Das Kontinuum geht über zu Beleidigungen, Belästigungen, Einschüchterungen und Ausgrenzung. Der äußerste rechte Teil des Kontinuums umfasst Drohungen, Gewalttaten und Tragödien wie Schießereien auf dem Campus oder in Krankenhäusern. Die auf dem Kontinuum dargestellten Verhaltensweisen können kulturell variieren. In meiner Kultur gelten zum Beispiel Augenrollen, Fingerzeigen und das Zuschlagen von Türen als respektlose Verhaltensweisen am Arbeitsplatz. Das Verbreiten von Gerüchten, Klatsch und beleidigenden Kommentaren in den sozialen Medien wird ebenfalls als feindseliges Verhalten betrachtet. Und noch etwas ist zu bedenken: Es geht nicht nur darum, was wir tun, sondern auch darum, was wir nicht tun. Wenn ich Sie zum Beispiel nicht anerkenne oder unterstütze, wenn ich Sie ignoriere oder ausschliesse oder wenn ich Ihnen wichtige Informationen vorenthalte, kann das sehr ernste Folgen haben. Vor allem im Bereich der Patient*innenversorgung, wo das Zurückhalten wichtiger Informationen über Leben und Tod entscheiden kann.

Sandra Bensch: Das ist ein sehr wichtiger Hinweis, den Sie uns geben. Die Folgen für die Patient*innensicherheit passieren unabhängig vom Schweregrad der Arbeitsplatzaggression. Durch Beschimpfungen, beispielsweise verbunden mit abruptem Gesprächsabbruch und Weggehen, können wichtige Informationen zur Ge-

sundheitsversorgung verloren gehen, mit sehr ernsthaften Konsequenzen für die Patient*innen. Damit Aggressionen im Umgang mit Menschen frühzeitig erkannt werden beziehungsweise präventiv gehandelt werden kann, haben Sie einige Instrumente entwickelt. Ich nenne erst einmal drei, den *Clark Workplace Civility Index*®, den *Clark Everyday Civility Index*® und den *Clark Civility Index for Faculty*®. Mit Blick auf die Auszubildenden als besondere Zielgruppe von Feindseligkeit unter Pflegenden möchte ich den *Clark Civility Index for Students and Classmates*® ansprechen.

Cynthia Clark: Es stimmt, ich habe im Laufe der Jahre mehrere Instrumente entwickelt. Das habe ich getan, weil ich der festen Überzeugung bin, dass wir Menschen einen Mangel an Selbsterkenntnis und an echtem Verständnis dafür haben, wie wir aufeinander wirken. Es ist wichtig zu verstehen, wie wir uns verhalten und wie unsere Interaktionen zu einem gesunden oder feindlichen Arbeitsumfeld beitragen. Das hat mich dazu veranlasst, diese Assessmentinstrumente zu entwickeln. Ziel ist es, das Bewusstsein für die Verhaltensweisen der Menschen zu schärfen, Gespräche anzuregen und festgestellte Probleme zu lösen oder zu verhindern, dass sie überhaupt entstehen. Interessanterweise ist feindseliges Verhalten kulturabhängig. In einer Umfrage vor mehr als zehn Jahren akzeptierten beispielsweise chinesische Pflegestudierende Verhaltensweisen ihrer Lehrenden, die ihre amerikanischen Kommiliton*innen zur gleichen Zeit als sehr feindselig empfanden. Andere Dinge waren kulturell ähnlich. So sprachen die chinesischen Pflegestudierenden von einer „Kollision des Stresses“. Das bedeutet, dass Stress und Angst entstehen, wenn Lehrende und Lernende unter Druck stehen. Das Gleiche wurde in den USA festgestellt. Stress spielt eine Schlüsselrolle dabei, dass es in einem Umfeld zu Feindseligkeit kommt.

Sandra Bensch: Die Pflegefachpersonen im deutschsprachigen Raum, zumindest für

Deutschland und Österreich kann ich das sagen, stehen unter einem enormen Stress, denn die Arbeitsbedingungen werden zunehmend restriktiver. Es gibt oft wenig Handlungsspielraum für die Umsetzung pflegeprofessionellen Handelns. Das wirkt sich auf die Patient*innensicherheit, auf die Qualität der Pflegeausbildung und auf die Gesundheit der Teammitglieder aus. Was für Lösungen bieten Sie an, wenn die Umfragen störende Verhaltensweisen am Arbeitsplatz feststellen?

Cynthia Clark: Ich habe mehrere evidenzbasierte Strategien und konzeptionelle Modelle entwickelt, um Pflegestudierende und Pflegelehrende an Schulen, Universitäten und in der praktischen Pflegeausbildung zu befähigen, ein Umfeld der Wertschätzung und Anerkennung zu schaffen. Die COVID-Pandemie hat mich dazu veranlasst, das *Conceptual Model to Foster Civility in Nursing Education*® 2021 zu überarbeiten. Im Kern geht es dabei um die Interaktionen zwischen Lehrenden und Lernenden. In der Mitte des Modells gibt es einen Überschneidungsbereich, der ein hohes Maß an Stress bei Lehrenden und Lernenden darstellt. Das ist auf übermäßige Arbeitsanforderungen, gesundheitliche Belastungen sowie politischen und finanziellen Druck zurückzuführen. Die hohe Arbeitsbelastung und die schlechte Personalausstattung in unseren beiden Ländern verschärfen das Problem noch. Ein effektiver Umgang mit Konflikten ist ein zentrales Element des Modells. Wenn wir uns Konflikten auf ungesunde Weise stellen, tragen wir weiterhin zu einem ungesunden Arbeitsumfeld bei. Wenn wir hingegen gut kommunizieren, Stress bewältigen, unsere Kommunikationsfähigkeiten verbessern und Konflikte konstruktiv bewältigen, tragen wir zu einer Kultur der Wertschätzung und gegenseitigen Anerkennung bei.

Sandra Bensch: Lassen sich die Modelle auch auf andere Gesundheitsfachberufe übertragen?

Cynthia Clark: Auf jeden Fall. Arbeitsplätze sind stressig. Selbst Bibliothekar*innen nehmen Stressoren am Arbeitsplatz wahr. Der springende Punkt ist, als Kollegium unabhängig von Ausmaß und Art der Stressoren, diese effektiv miteinander zu bewältigen, zu kommunizieren, Probleme zu lösen und gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Damit wird ein gesünderes Arbeitsumfeld geschaffen.

Sandra Bensch: Sie empfehlen den Teams auch, Konfliktkompetenz zu entwickeln. Wie geht das?

Cynthia Clark: Mit der Idee der Konfliktkompetenz verbringe ich einen großen Teil meiner Zeit. Meine Arbeit besteht darin, Teams und Einzelpersonen dabei zu helfen, ihre Kommunikations- und Konfliktverhandlungsfähigkeiten zu verbessern, damit wir ein zivilisierteres, produktiveres, gesünderes Arbeitsumfeld schaffen können. Dafür verwende ich den Begriff der Power Skills – anstatt des Begriffs der Soft Skills. Power Skills sind schwer in den Griff zu kriegen, weil jede Begegnung mit einer Person anders ist. Umgebung, Personen, Kontakte, Ton, Ausdrucksweisen – es ist jedes Mal anders. Um wertschätzend zu sein und zu bleiben, bedarf es Übung und noch mehr Übung. Um dies zu erreichen, lasse ich die Pflegefachpersonen gerne Rollenspiele machen, nachspielen und üben, wie man mit schwierigen Situationen umgeht, die von einer geschulten Person nachbesprochen werden können. Das Ziel ist, Erfahrungen zu sammeln und ein gewisses Vertrauen in den Umgang mit feindseligen Situationen zu gewinnen, die jenen an den Arbeitsplätzen oder in den Pflegeschulen ähneln.

Sandra Bensch: Was hat es in diesem Kontext mit der Selbstfürsorge auf sich, die Sie so wichtig für Mitglieder der Gesundheitsfachberufe erachten?

Cynthia Clark: Stress spielt eine so wichtige Rolle für unser Verhalten. Wenn ich als Pflege-

fachperson sehr gestresst bin, verhalte ich mich vielleicht so, wie ich mich sonst nicht verhalten würde. Pflegefachpersonen arbeiten in einem sehr stressigen Umfeld und verhalten sich mitunter feindselig, ohne dass sie das wirklich wollen. Stressbewältigung und Selbstfürsorge sind unerlässlich. Ich weiß, dass Ihr und mein Land ein unglaubliches und noch nie dagewesenes Ausmaß an Stress und Burnout erleben. In den USA steigen die Selbstmordraten und das Ausmaß der moralischen Belastung. Zunehmender Drogenkonsum und -missbrauch stellen ein erhebliches Problem für die körperliche und geistige Gesundheit dar. Auf sich selbst aufzupassen ist entscheidend, und die Notwendigkeit, ein gesundes Arbeits- und Lernumfeld zu fördern, war noch nie so groß wie heute. Beides gehört zusammen. Einerseits kann ich mich gut um mich selbst kümmern und einen wunderbaren Plan zur Stressbewältigung haben. Andererseits brauche ich ein gesundes Arbeitsumfeld, denn wenn ich in einem toxischen Arbeitsumfeld arbeite, bin ich weniger in der Lage, Stress auf gesunde Weise zu bewältigen. Einrichtungen des Gesundheitswesens spielen eine Schlüsselrolle bei der Bereitstellung von Ressourcen und der Reaktion auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Mitarbeitenden.

Sandra Bensch: Ich stimme Ihnen zu. Die Verantwortung an die Einzelperson abzugeben, führt nicht dazu, dass die erwerbstätige Bevölkerung gesünder lebt und sich als gesund empfindet. Wir erleben momentan in Deutschland, dass viele Pflegefachpersonen ihren Beruf verlassen. Nach der Pandemie viel mehr als früher. Die Stimmungen in den Teams haben sich verändert. Die einen sind näher zusammengedrückt, andere auseinandergebrochen. Wie ist Ihre Wahrnehmung in den USA?

Cynthia Clark: Es gibt einige Parallelen, denn auch in den Vereinigten Staaten scheiden immer mehr Pflegefachpersonen aus dem Beruf aus. Die American Nurses Association berichtete kürzlich, dass viele Pflegefachpersonen den

Beruf ganz aufgeben. Einige nehmen besser bezahlte Stellen an, andere verlassen den Beruf aufgrund von Burnout, unzureichender Personalausstattung und einem insgesamt stressigen Arbeitsumfeld. Weitere Gründe sind Feindseligkeit am Arbeitsplatz und mangelnde Unterstützung durch die Führungsebene. All diese Faktoren tragen zur allgemeinen Erschöpfung bei. Die USA haben auch mit den hohen Kosten für *Travel Nurses*, das heißt für Zeitarbeitskräfte zu kämpfen, die für die Patient*innenversorgung eingesetzt werden. Diese ausleihbaren Pflegefachpersonen wünschen sich flexiblere Arbeitszeiten und höhere Gehälter. Sie werden oft besser bezahlt als die Pflegefachpersonen, die schon lange in der Einrichtung beschäftigt sind und ihre Loyalität unter Beweis gestellt haben. Hinzu kommt, dass die Zeitarbeitskräfte nicht unbedingt in das Team integriert sind und es zu Spannungen kommen kann.

Sandra Bensch: Das Thema der Leiharbeit in der Pflege beschäftigt auch verschiedene Berufs- und Politikebenen in der Bundesrepublik Deutschland. Es wird sehr kontrovers und teilweise leidenschaftlich diskutiert. Zusammenfassend kann man sagen, die einen argumentieren, wofür sie diesen Schritt getan haben und die anderen fühlen sich hängen gelassen, von den eigenen Kolleg*innen und von der Führungsebene. Diese Diskussion löst aber das Grundproblem der prekären Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und der bedrohten Patient*innensicherheit nicht.

Cynthia Clark: Aber nicht nur die Pflegefachpersonen verlassen den Beruf, sondern auch die Pflegelehrenden. Das führt dazu, dass es weniger Personen gibt, die Pflegelehrende zu neuen Pflegefachpersonen ausbilden können. In den USA gibt es zu wenig Plätze für die praktische Ausbildung. Wir setzen für die Ausbildung von Pflegestudierenden Präzeptor*innen, das sind praktizierende Pflegefachpersonen als Anleitende in der Pflege. Vielen von ihnen fehlt es an Erfahrung und sie sind Mangelware. Wie ich

hörte, haben Sie vergleichbare Entwicklungen mit Ihren Praxisanleitenden in der Pflege.

Sandra Bensch: Ich habe mit einigen US-amerikanischen Pflegefachpersonen gesprochen, die gerade mitten in ihren Zwölf-Stunden-Schichten waren. Sie schienen daran gewöhnt zu sein. Ist das eine Lösung? Längere Schichten, damit sich die Patient*innen bei ihrer Versorgung an weniger Pflegefachpersonen gewöhnen müssen und diese wiederum weniger Arbeitstage in der Woche haben?

Cynthia Clark: Einige Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen, die zwölf Stunden arbeiten, sehr müde wirken. Das kann sich negativ auf die Sicherheit der Patient*innen und die Qualität der Pflege auswirken. Allerdings bevorzugen die Pflegefachpersonen in den USA Zwölf-Stunden-Schichten, weil sie dann drei statt fünf Tage pro Woche arbeiten. Das ist ein echtes Dilemma. Wenn wir mit Patient*innensicherheit argumentieren, müsste es eigentlich kürzere Schichten geben. Das heißt für Arbeitgebende, bei kürzeren Schichten so viele Pflegefachpersonen einzustellen, dass das Verhältnis von Pflegefachperson zu Patient*innen angemessen bleibt. So ist es zum Beispiel möglich, Pflegefachpersonen für vier-, drei- oder zwei-stündige Dienste zu beschäftigen, insbesondere bei Schichtwechseln. Dabei kann es sich um Pflegefachpersonen im Ruhestand handeln, die sich etwas dazuverdienen wollen oder die zwar noch arbeiten möchten, aber nicht mehr zwölf oder acht Stunden Dienst leisten können.

Sandra Bensch: Das sind interessante Ideen, die ich gerne mitnehme. Wir haben ältere Pflegefachpersonen kurz vor oder nach der Rente, die die acht Stunden Schichtdienst nicht mehr arbeiten können. Die körperlichen und psychischen Belastungen sind zu groß. Es ist eine Lösung, damit diese nicht abrupt aus dem Beruf aussteigen. Davon müssten vermutlich vor allem die Arbeitgebenden überzeugt werden.

Cynthia Clark: Ich wünsche Ihnen hierfür viel Erfolg.

Sandra Bensch: Ich komme zu meiner letzten Frage und die bezieht sich auf Ihre Aussage: *Stop the Silence*. Diese Aufforderung, zu kommunizieren und auf sich aufmerksam zu machen, braucht Initiative auf Makro-, Meso- und Mikroebene. Welche Hinweise geben Sie uns dafür mit auf den Weg?

Cynthia Clark: In meinem Buch empfehle ich Strategien sowohl für die individuelle als auch für die organisatorische Ebene. Ich werde mich zunächst auf die individuelle Ebene konzentrieren. Zuerst – jeder von uns kann etwas zu einem gesunden Arbeitsumfeld beitragen. Eines der wichtigsten Dinge ist, die Selbstwahrnehmung zu verbessern. Dies kann durch verschiedene Reflexionsmethoden geschehen, z. B., indem man andere um ein Feedback bittet. Was bewirkt unser Verhalten bei den Menschen um uns herum? Professionelles Vorbildverhalten ist ebenfalls wichtig. Führungspersonen auf allen Ebenen der Organisation tragen eine entscheidende Verantwortung für die Schaffung psychischer Sicherheit. Menschen müssen sich am Arbeitsplatz wohl fühlen und die Gewissheit haben, dass sie ihre Meinung frei äußern können. In den USA nennen wir dies die Förderung der psychischen Sicherheit und die Schaffung einer gerechten Kultur. Das Pflegepersonal muss für Probleme eintreten und sie ansprechen, vor allem wenn sie die Sicherheit der Patient*innen gefährden. Wenn mir ein Fehler unterläuft, muss ich sofort zu Ihnen kommen, Sie davon in Kenntnis setzen und gemeinsam nach einer Lösung suchen können, anstatt zu schweigen. Empathie bedeutet, die Standpunkte und Perspektiven anderer Menschen zu erkennen und zu würdigen, indem wir uns in ihre Lage versetzen. Als Pflegefachpersonen müssen wir über unsere eigenen Belange hinausdenken. Ich bin davon überzeugt, dass Einfühlungsvermögen in der Pflegepraxis eine zentrale Rolle spielt und für Team- und Zusammenarbeit unerlässlich

lich ist. Ich bin sicher, dass unsere Lesenden uns da zustimmen. Außerdem können wir guten Willen voraussetzen, indem wir die Vorstellung zurückweisen, dass jemand eine versteckte Absicht hat und uns bewusst bemühen, andere in einem positiven Licht zu sehen. Das ist kognitive Umstrukturierung. Es handelt sich um eine Technik, bei der wir unsere Überzeugungen neu formulieren, um negative Emotionen abzuschwächen oder fehlerhafte Annahmen, die wir über eine Person haben, zu minimieren. Bevor ich zum Beispiel ein Gespräch mit einem Teammitglied führe, könnte ich mich fragen, was diese Person wohl gerade erlebt? Wie mag das Leben für sie im Moment aussehen? Das hilft uns dabei, eine Haltung der Kollegialität und der Unterstützung einzunehmen und Wohlwollen zu zeigen. Wir müssen auch unsere Fähigkeit zum Zuhören verbessern. Ich glaube, Zuhören ist ein Akt der Liebe. Es ist eines der schönsten Geschenke, die wir einer Empfänger*in machen können und gleichzeitig eine der am schwierigsten zu beherrschenden Kommunikationsfähigkeiten. Nicht zuallerletzt ist es wichtig, Dankbarkeit ausdrücken. Ein aufrichtiges „Danke“ hilft, Verbindungen und positive Beziehungen aufzubauen. Es kostet uns nichts, schafft aber echte Kollegialität. Letztendlich läuft es auf die bereits erwähnten Power Skills hinaus. Es ist unerlässlich, an den eigenen Kommunikations- und Konfliktmanagementfähigkeiten zu arbeiten.

Sandra Bensch: Welche Führungspersonen benötigen Pflegefachpersonen für ein gesundes Arbeitsumfeld und wie unterstützen die Institutionen dabei?

Cynthia Clark: Das Ziel ist die Förderung von Gesundheit und des Wohlbefindens einer Organisation. Das gilt für alle Institutionen, unabhängig ihrer Strukturen bzw. Rahmenbedingungen. Ich habe dafür einen *Pathway for Fostering Organizational Civility* (PFOC) entwickelt, der aus acht Schritten besteht. Mein Buch geht sehr ins Detail; ich werde diese Schritte

hier kurz umreißen. Der erste Schritt besteht darin, die Unterstützung der Führungspersonen für die Umwandlung von Arbeitsplätzen in gesunde Umgebungen zu gewinnen. Führungspersonen haben ein echtes Interesse an den Einrichtungen und können wichtige Ressourcen bereitstellen, die zur Förderung eines gesunden Arbeitsumfelds erforderlich sind. In den Schritten zwei und drei geht es darum, ein Team zu entwickeln und zu befähigen, die Initiative für ein gesundes Arbeitsumfeld zu leiten und dessen Kultur evidenzbasiert zu bewerten. Ziel ist, besser zu verstehen, was in der Arbeitskultur vor sich geht. Diese Daten fließen im Schritt vier in einen Aktionsplan ein, der wiederum die Prioritäten für die notwendigen Interventionen festlegt und Maßnahmen benennt, die ergriffen werden müssen, um ein gesundes Arbeitsumfeld zu gewährleisten. Die Schritte fünf und sechs umfassen die Umsetzung und Bewertung des datengesteuerten Aktionsplans. Schritt sieben beinhaltet die Verankerung der Veränderungen in der Unternehmenskultur durch Richtlinien, Verfahren und Leitlinien. Im achten Schritt geht es darum, große und kleine Erfolge zu feiern, Errungenschaften anzuerkennen und Erreichtes zu festigen.

Sandra Bensch: Lassen Sie uns abschließend auf die politische Ebene blicken. Welche Erfahrungen und Hinweise geben Sie uns mit für die Arbeit der Berufsverbände in der Pflege, den Pflegekammern bzw. Gewerkschaften und für den Gesetzgeber auf Bundesebene allgemein?

Cynthia Clark: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfügt über ausgezeichnetes Material zum gesunden Arbeitsumfeld, das frei verfügbar ist. Ich denke, wir sollten diese Ressource mehr nutzen, denn hierüber lassen sich auch internationale Netzwerke schaffen. Der Internationale Pflegerat (ICN) befasst sich mit unserer ethischen Verantwortung als Pflegefachpersonen. Der ICN-Ethikkodex fordert, ein gesundes Arbeitsumfeld für alle Beschäftigten und alle Patient*innen zu schaffen und zu erhal-

ten. Das ist ein globales Thema. Alle Pflegefachpersonen sollten diesen Kodex kennen und entsprechend danach handeln. Pflegefachpersonen können sich nationalen und internationalen Berufsverbänden und Initiativen anschließen, sich in Gesundheits- und Bildungssystemen engagieren und gemeinsam Positionspapiere und politische Erklärungen erarbeiten. Wir brauchen mehr Pflegefachpersonen in Gremien und Ausschüssen in allen Staaten und Ländern. Wissenschaft, Bildung, Management und Praxis gehören dafür an einen Tisch, in einen gemeinsamen Austausch.

Sandra Bensch: Vielen Dank, Dr. Clark, für dieses Interview. Wir wünschen Ihnen viele schöne Momente der Selbstfürsorge und wunderbare Zeiten mit Ihrer Familie, Ihren Hunden und Ihren Freund*innen sowie viele weitere berufliche Erfolge. Herzlichen Dank.

Cynthia Clark: Vielen Dank, Dr. Bensch, nochmals herzlichen Glückwunsch zu Ihrem wunderbaren Buch. Es hört sich nach einer sehr gemeinschaftlichen Anstrengung an und ich bin beeindruckt von Ihrem Mut, das Projekt umzusetzen.

Boise (Idaho), Juli 2023

Weiterführende Literatur

- Clark, C.M. (2022). *Core competencies of civility in nursing & healthcare*. Sigma Theta Tau International.
- Clark, C.M. (2025). *Creating & sustaining civility in nursing education* (3rd ed.). Sigma Theta Tau International.

1 Moralisches Belastungserleben in der Pflege

Anna Henrikje Seidlein und Tobias Mai

Abstract. Der Beitrag führt in moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen und den Zusammenhang mit horizontaler Feindseligkeit ein. Moralisches Belastungserleben wird dabei als Ausgangspunkt oder Folge horizontaler Feindseligkeit betrachtet. Exemplarisch werden zwei Konstrukte moralischer Belastung näher betrachtet – Moral Distress und Moral Injury. Im Kontext von Organisations- und Führungsverantwortung erfolgt eine Annäherung an Ursachen einerseits und an Maßnahmen zur Prävention sowie zur Aufarbeitung moralisch belastender Situationen andererseits.

Schlüsselbegriffe

- Moral Distress
- Moral Injury
- Moralische Verletzung
- Moralisches Belastungserleben.

1.1 Einleitung

Neben den im Kontext der Pflege schon lange untersuchten Fragen nach körperlichen und psychischen Herausforderungen bzw. Belastungen durch u. a. muskuloskelettale (Über-)beanspruchung und Schlafstörungen durch Schichtarbeit (Winnand et al., 2023), erlangt seit einigen Jahren nun auch ein anderer Stressfaktor von Pflegefachpersonen Aufmerksamkeit: Das *moralische* Belastungserleben. In der jüngsten Vergangenheit wuchs das Interesse an diesem Thema im Zuge der COVID-19-Pandemie – nicht zuletzt aufgrund der damit einhergehenden, schwerwiegenden Konsequenzen sowohl

für die einzelnen Betroffenen als auch für das Team, die Institution und das Gesundheitssystem.

Definition: Moralisches Belastungserleben. Der Terminus „moralisches Belastungserleben“ dient als Oberbegriff für verschiedene Formen von – durch ihre inhärente ethische Dimension – als distinkt geltenden Belastungsformen. Ihnen allen ist mindestens die durch das betroffene Individuum wahrgenommene Diskrepanz zwischen „Soll-“ und „Ist-Zustand“ angesichts persönlicher Moralvorstellungen und/oder professionsethischer Ansprüche gemein.

Kasten 1-1: Ursachen moralischen Belastungserlebens

Die Ursachen moralischen Belastungserlebens können sehr unterschiedlich sein und umfassen u. a. moralische Ungewissheit (d. h. Unsicherheit bzgl. der angemessenen Reaktion auf eine Situation), moralische Konflikte (interpersonell) und moralische Dilemmata (d. h. Zwangslage durch divergierende Ansprüche, die sich aus zwei gleichermaßen gültigen moralischen Verpflichtungen ergeben, sodass sich aus jeder Alternative eine moralische Schuld ergibt) (Morley et al., 2023).

Im Folgenden zeigen wir am Beispiel von „Moral Distress“ (MD) und „Moral Injury“ (MI) als zwei Formen moralischen Belastungserlebens, dass diese im Zusammenhang mit horizontaler Gewalt von außerordentlicher Bedeutung sind,

da sie sowohl durch horizontale Gewalt entstehen können als auch deren Bewältigung durch horizontale Gewalt verhindert werden können.

Unter „horizontaler Gewalt“ bzw. „horizontaler Feindseligkeit“ verstehen wir in diesem Zusammenhang belästigende Verhaltensweisen zwischen Kolleg*innen mit gleichem Status, die körperliche und/oder verbale Gewalt umfassen können (Bensch, 2022). International wird dieses Phänomen, das sowohl Belästigung, Beleidigung als auch soziale Ausgrenzung, das Vorenthalten von Informationen, um Fehler zu provozieren uvm. umfassen kann, auch als „lateral violence“ bezeichnet. Konzeptuell ist die horizontale Gewalt von „Bullying“ (dt. „Mobbing“) abzugrenzen. Da konsentrierte Definitionen, Klassifikationen und damit klare Abgrenzungen dieser missbräuchlichen Verhaltensweisen immer noch fehlen, sind Prävalenzbestimmungen und Vergleiche der Phänomene erschwert (Bambi et al., 2018).

1.2 Moralisches Belastungserleben: Erscheinungsformen

Moralisches Belastungserleben entsteht durch die Konfrontation mit einer Situation, deren individuelle Deutung während des Erlebens oder im Nachgang durch eine Diskrepanz zwischen moralischem Anspruch und Realität gekennzeichnet ist (Goldbach et al., 2023; Riedel et al., 2023). Die zwei prominentesten Formen moralischen Belastungserlebens werden durch die Konstrukte des MD und MI repräsentiert.

Definition: Moral Distress. Moral Distress (MD) als genuin pflegeethisches Konzept, das bereits 1984 von Andrew Jameton eingeführt wurde, wird in seiner ursprünglichen (engen) Definition als das Auftreten „negativer Gefühle, die entstehen, wenn man die moralisch richtige Reaktion auf eine Situation kennt, aber aufgrund von institutionellen oder hierarchischen Zwängen nicht entsprechend handeln kann“, verstanden (Jameton, 1984, S. 5; Übers. d. Aut.).

Die Beobachtung von MI hingegen stammt aus dem Kontext des Militärs und der medizinisch-psychosozialen Begleitung von Kriegsveteran*innen und wird erst jüngst auf den Kontext der Pflege und weiterem Gesundheitspersonal übertragen (Griffin et al., 2019; Mewborn et al., 2023; Wilson et al., 2024).

Definition: Moral Injury. Jonathan Shay, der als Vorreiter in der Entwicklung dieses Konzeptes gilt, definierte Moral Injury (MI) als „Verrat an dem, was richtig ist; von jemandem, der legitime Autorität besitzt (...) in einer Situation, in der viel auf dem Spiel steht“ (Shay, 2014, S. 183; Übers. d. Aut.).

Verstoß gegen tief verwurzelte moralische Überzeugungen und Erwartungen hinsichtlich dessen, was gut und richtig ist, kann nicht nur durch Zeugenschaft (d.h. die Beobachtung bei anderen und die Unfähigkeit das Fehlverhalten zu verhindern), sondern auch durch eigenes Tun oder Unterlassen des*der Betroffenen selbst, ausgelöst werden (Litz et al., 2009).

Neben den vielfältigen psychischen (Stress-) Reaktionen bzw. emotionalen Antworten auf die moralische Belastung – wie bspw. Wut, Scham- und Schuldgefühle, die auf die moralische Sensibilität der Betroffenen verweisen – steht sowohl bei MD als auch bei MI die *zerstörte moralische Integrität* im Zentrum (Čartolovni et al., 2021; Wilson et al., 2024). (Anm. d Aut: Die „Moralische Integrität“ bezeichnet die moralische Unversehrtheit und damit Ganzheit durch den Einklang zwischen moralischen Überzeugungen bzw. Prinzipien und Handeln; Seidlein & Kuhn, 2023; Wicclair, 2019).

Kasten 1-2: Zusammenspiel von moralischer Integrität und moralischer Vulnerabilität

Im komplexen Zusammenspiel von moralischer Integrität und moralischer Vulnerabilität von Pflegefachpersonen kommt es zu MD oder MI, wenn die Intensität der moralischen

An- bzw. Herausforderung die Fähigkeit der individuellen Person übersteigt, sich mit Hilfe der moralischen Resilienz und dazu nötigen Ressourcen zu stabilisieren und unversehrt zu bleiben (Rushton et al., 2021; Seidlein & Kuhn, 2023). Sowohl MI als auch MD können in ihrer Folge zu psychischen Erkrankungen wie PTBS, Depression und Substanzabusus führen (Jovarauskaite et al., 2022; Levi-Belz & Zerach, 2022).

Es ist wesentlich, dass das moralische Belastungserleben als eine *normale* Reaktion auf eine bedrohliche Verletzung des Gewissens und der moralischen Integrität verstanden werden muss und deshalb weder pathologisiert noch als eine persönliche Schwäche oder Versagen interpretiert werden darf.

Trotz zahlreicher Untersuchungen zu den Phänomenen MD und MI sind diese nicht zweifelsfrei voneinander abgrenzbar und werden in neueren Untersuchungen auch in einem *Kaskadenmodell* der Kumulation als Eskalationsstufen betrachtet (Čartolovni et al., 2021; Seidlein, 2023; Wilson et al., 2024). In jedem Fall sind MD, MI und horizontaler Gewalt jedoch gemein, dass sowohl die Konsequenzen auf individueller Ebene (psychische und physische Gesundheit) als auch auf der Systemebene (v. a. Absicht, den Beruf zu verlassen, Verlust von Fachkräften) (Zhang et al., 2022), Dimensionen vereinen, die auf der Führungsebene zum Tragen kommen und berücksichtigt werden müssen.

1.3 Moralische Belastung im Kontext horizontaler Feindseligkeit

Moral Distress (MD) kann u. a. als Resultat eines Konflikts zwischen zwei oder mehr Personen bezüglich dessen, welche Handlungsweise in einer Situation ethisch angemessen ist, entstehen – ein sog. „Moral-Conflict Distress“ (Morley et al., 2023, S. 2).

Beispiel: Moral Distress als Folge horizontaler Feindseligkeit.

MD kann aus horizontaler Feindseligkeit resultieren,

- indem Pflegefachpersonen sich bei divergierenden ethischen Einschätzungen und zugleich in unterschiedlichen Machtverhältnissen (bspw. neu im Team vs. erfahrenes Teammitglied) gegenseitig daran hindern, entsprechend ihren Moralvorstellungen handeln zu können.
- wenn Pflegefachpersonen das Gefühl haben, die eigenen Überzeugungen das angemessene Handeln betreffend nicht mit anderen teilen zu können, sog. „Moral-Tension Distress“ (Morley et al., 2023, S. 2)

Kasten 1-3: Risiken horizontaler Feindseligkeit

Horizontale Feindseligkeit steht dem sachlichen Austausch von Argumenten entgegen und gefährdet damit nicht nur eine qualitativ hochwertige, sichere Patient*innenversorgung, sondern ebenso die moralische Integrität der Pflegefachpersonen.

Auch für die Entstehung und Bewältigung von MD, der durch Unsicherheit bzgl. der ethisch am besten vertretbaren Handlung hervorgehoben wird – sog. „Moral-Uncertainty Distress“ (Morley et al., 2023, S. 2) –, hat horizontale Feindseligkeit Bedeutung. So suchen Pflegefachpersonen angesichts moralischer Unsicherheitserfahrung in der Regel Unterstützung im Team, um sich in ihrer Einschätzung zu vergewissern und zugleich zu entlasten (Morley & Sankary, 2023). Dieser Prozess ist bei horizontaler Gewalt unter Teammitgliedern gehemmt und kann ggf. aufgrund von Angst vor Marginalisierungserfahrungen der Betroffenen gar nicht zum Tragen kommen.

Für die unterschiedlichen Auslöser und Bewältigungsmechanismen von Moral Distress im Zusammenspiel mit horizontaler Gewalt wird die *Führungsverantwortung* ersichtlich: Fühlen sich Pflegefachpersonen angesichts dieser Erfahrungen – bspw. durch Ignoranz, Ausblenden der Zuständigkeit oder Verstärkung der Diskrepanzerfahrung auch von der Leitungsebene verraten, kann daraus MI resultieren. Sowohl für die Prävention als auch für die Bewältigung von MD bedarf es folglich einer *organisationsethischen Perspektive*, die Individuen und Teamdynamiken einbezieht, um vermeidbare moralische Belastungen durch frühzeitige Intervention zu verhindern oder die Integritätsbedrohung durch unvermeidbare moralische Belastungen zumindest abzuschwächen.

1.4 Horizontale Feindseligkeit: Organisationsethik und Führungsverantwortung

Ethik im Pflegemanagement adressiert in der Regel die oberste Führungsebene: Pflegedirektionen und Pflegedienstleitungen. Die Rolle der Stationsleitungen mit unmittelbarer Führungsverantwortung bleibt in dieser Betrachtung oft wenig berücksichtigt (Suermann, 2020). Insbesondere auf der Mikroebene, als klassische Sandwichposition, ist die Führungsperson jedoch gezwungen, in den Abhängigkeiten gegenüber Patient*innen, Mitarbeitenden und der Organisation zu agieren (Miller et al., 2023). Demnach ist „eine Ethik im Pflegemanagement als Verantwortungsethik“ zu betrachten (Suermann, 2020,

Kasten 1-4: Macht in Führungsverantwortung

Die Wirkung von Macht und deren Folgen auf den*die einzelne*n Beschäftigte*n – der*die sich ebenso in diesem Spannungsfeld befindet – bleibt mit Blick auf Führungsverantwortung häufig unangetastet (* = divers).

S. 23). Letztlich wird meist nur die Verantwortung für Qualität und Fürsorge gegenüber den Patient*innen im Kontext ökonomischer Zwänge herausgegriffen.

Letztlich wird durch Außerachtlassen der Beschäftigten die angestrebte Personzentrierung, wie sie in zahlreichen Klinikleitbildern als Anspruch gegenüber Leistungsempfänger*innen verankert ist, vernachlässigt. Die Reflektion über die Auswirkungen von Machtausübung seitens der Führungskräfte auf die Mitarbeiter*innen ist ein integraler Bestandteil der Führungsverantwortung. Diese Machtausübung kann sich bspw. in Weisungsbefugnis, Sanktionen, Lob und Tadel, Expertenwissen und Informationsvorsprung manifestieren und somit unterschiedliche Auswirkungen auf jede einzelne Person haben. Diese Machtdynamik steht im Kontext von Mitarbeitenden mit individuellen Erwartungen an ihr eigenes Handeln und ihre Entwicklungsperspektiven, an das Feedback der Führungskräfte sowie an das Bedürfnis nach Sicherheit, Schutz und sozialer Einbindung. Es handelt sich in diesem Sinne um die Humanverantwortung der Führungsperson gegenüber den Geführten. Hinzukommend steht die Verantwortung für ökonomische Ziele und für die Qualität der Patient*innenversorgung im Sinne der Organisationsführung als zweite Dimension von Führung. Beide stehen für den „Verantwortungsdualismus“ der Personalführung (Kuhn & Weibler, 2012, S. 23).

Definition: Führungsethik. Führungsethik ist als ein Instrument für die Führungspersonen auf der untersten Hierarchieebene zu verstehen (Suermann, 2020), um dem Dualismus aus Humanverantwortung und Verantwortung für ökonomische Ziele gerecht zu werden.

Diese Sichtweise geht über die ökonomisch-funktionale Organisationsethik hinaus, bleibt mit dieser aber eng verknüpft. So bilden Normen und Gesetzmäßigkeiten einer Institution die Bedingungen für das Führungshandeln, sind aber grundsätzlich veränderbar (Suermann,

2020). Systemische Ursachen sollten von Führungspersonen entsprechend wahrgenommen und aktiv gestaltet werden.

Kasten 1-5: Verantwortung für wertschätzende Unternehmenskultur

Klotz und Riedel (2023) betonen, dass die Bearbeitung moralischer Belastungssituationen in der Pflege die Einrichtungen und Träger in Verantwortung nimmt und nicht allein bei den Pflegefachpersonen und Führungspersonen liegt. Dazu gehört auch die Verantwortung aller, auf Teamangehörige und Führungspersonen mit horizontal feindseligen Verhaltensweisen hinzuweisen. So können Normalisierungsprozesse von horizontaler Feindseligkeit unterbrochen oder besser präventiv rechtzeitig unterbunden werden. Ziele müssen eine „aufgehellte“ Führung (Kuhn & Weibler, 2022), ein gutes „ethisches Klima“ und in der Folge eine positive und sichere Arbeitsumgebung sein.

Das in **Kasten 1-5** angeführte Konzept des „ethischen Klimas“ verweist auf Normen, die den Rahmen für ethisch angemessenes Verhalten in Teams und andere Organisationseinheiten sowie ganzen Institutionen der Gesundheitsversorgung bilden, nachzulesen z. B. bei Dalmolin und Autor*innenteam (Dalmolin et al., 2022). Sie umfasst eine Einschätzung des Arbeitsumfeldes hinsichtlich des Umgangs mit ethisch relevanten Entscheidungen, der Reflexion über moralische Fragen und die Praxis sowie gemeinsame Werte und Ziele.

Nicht alle potenziellen Auslöser moralischen Belastungserlebens, mit denen Pflegefachpersonen in ihrer Professionsausübung konfrontiert werden, lassen sich (vollständig) beseitigen. Jedoch darf horizontale Feindseligkeit als ein Auslöser von MD/MI nicht toleriert werden und sie steht immer in unmittelbarem Zusammenhang mit der Haltung der Führungsperson, die nicht wahrnimmt, die wegschaut und die

nicht eingreift. Egal, ob horizontale Feindseligkeit im Einzelfall Ursache oder Folge moralischen Belastungserlebens ist; in jedem Fall ist die Führungsperson involviert oder sollte involviert werden.

1.5 Perspektiven im Umgang mit moralischer Belastung

Für eine Arbeitsumgebung, die durch ein gutes ethisches Klima gekennzeichnet ist, stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Dazu gehören – in ein umfassendes Konzept der Organisationsethik eingebunden (Woelert, 2022) – Formate der Klinischen Ethik wie Ethikberatung, Ethik-Cafés, Ethik-Visiten und partizipative Entwicklungsarbeit von Ethikleitlinien. Diese Instrumente bieten nicht nur Potential für die Reflexion und Bearbeitung moralischen Belastungserlebens, sondern lassen sich auch proaktiv-präventiv einsetzen.

Neben diesen spezifisch klinisch-ethischen Instrumenten müssen zeitgleich Auslöser für moralische Belastung in Folge von horizontaler Gewalt aufgespürt und verhindert werden. Teams sind nicht nur durch persönliche Werte heterogen, sondern auch aufgrund unterschiedlicher Berufserfahrungen und Qualifikationen. Bringen etwa neue Beschäftigte aktuelles Wissen aus Aus- und Weiterbildung oder Studium auf Station, *stören* sie womöglich die durch Routinen gewonnene Sicherheit der Kolleg*innen. Um Ablehnung und Feindseligkeit vorzubeugen, bedarf es Gelegenheiten für einen moderierten und wertschätzenden Diskurs. So kann etwa in Journal Clubs oder Pflegevisiten Wissen, welches in die Routinen einer Station überführt werden könnte, gemeinsam und moderiert im Team bearbeitet werden.

So verstandene Führungsverantwortung umfasst Achtsamkeit, ermöglicht angstfreie Kommunikation und kann eine stressarme und gewaltfreie Arbeit im Team ermöglichen, die zugleich moralisches Belastungserleben reduziert.

1.6 Literatur

- Bambi, S., Foà, C., De Felippis, C., Lucchini, A., Guazzini, A. & Rasero, L. (2018). Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 89(6-S), 51–79.
- Bensch, S. (2022). Horizontale Feindseligkeit in der Pflege: Steig' aus (oder fang' gar nicht erst damit an). *PADUA*, 17(4), 203–208. <https://doi.org/10.10124/1861-6186/a000689>
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P.A. & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Dalmolin, G.D.L., Lanes, T.C., Bernardi, C.M.S. & Ramos, F.R.S. (2022). Conceptual framework for the ethical climate in health professionals. *Nursing Ethics*, 29(5), 1174–1185. <https://doi.org/10.1177/09697330221075741>
- Goldbach, M., Riedel, A. & Lehmeier, S. (2023). Entstehung und Wirkung moralischen Belastungserlebens bei Pflegefachpersonen: Ein deskriptives Modell der Zusammenhänge eines komplexen Phänomens. In A. Riedel, S. Lehmeier, & M. Goldbach (Hrsg.), *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen* (S. 35–68). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67049-1_2
- Griffin, B.J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B.T., Bryan, C.J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J. & Maguen, S. (2019). Moral Injury: An Integrative Review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350–362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall.
- Jovarauskaite, L., Murphy, D., Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Dumarkaitė, A., Andersson, G. & Kazlauskas, E. (2022). Associations between moral injury and ICD-11 post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among help-seeking nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(5), Article e056289. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056289>
- Klotz, K. & Riedel, A. (2023). Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen im Lichte des ICN-Ethikkodex. *EthikJournal*, 9(1), 1–19.
- Kuhn, T. & Weibler, J. (2012). *Führungsethik in Organisationen*. Kohlhammer.
- Kuhn, T. & Weibler, J. (2022). Die „dunkle Seite“ der Führung. In B. Badura, A. Ducki, M. Meyer, & H. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2022* (S. 225–236). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65598-6_14
- Levi-Belz, Y. & Zerach, G. (2022). The wounded helper: moral injury contributes to depression and anxiety among Israeli health and social care workers during the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(5), 518–532. <https://doi.org/10.1080/10615806.2022.2035371>
- Litz, B.T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W.P., Silva, C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Mewborn, E.K., Fingerhood, M.L., Johanson, L. & Hughes, V. (2023). Examining moral injury in clinical practice: A narrative literature review. *Nursing Ethics*, 30(7–8), 960–974. <https://doi.org/10.1177/09697330231164762>
- Miller, P.H., Epstein, E.G., Smith, T.B., Welch, T.D., Smith, M. & Bail, J.R. (2023). Moral distress among nurse leaders: A qualitative systematic review. *Nursing Ethics*, 30(7–8), 939–959. <https://doi.org/10.1177/09697330231191279>
- Morley, G., Bena, J.F., Morrison, S.L. & Albert, N.M. (2023). Sub-categories of moral distress among nurses: A descriptive longitudinal study. *Nursing Ethics*, 30(6), 885–903. <https://doi.org/10.1177/09697330231160006>
- Morley, G. & Sankary, L.R. (2023). Nurturing moral community: A novel moral distress peer support navigator tool. *Nursing Ethics*, 31(5), 980–991. <https://doi.org/10.1177/09697330231221220>
- Riedel, A., Goldbach, M. & Lehmeier, S. (2023). Moralisches Belastungserleben und moralische Resilienz: Begriffliche Darlegungen und theoretische Einordnungen zur Hinführung. In A. Riedel, S. Lehmeier, & M. Goldbach (Hrsg.), *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen* (S. 3–33). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67049-1_1
- Rushton, C.H., Turner, K., Brock, R.N. & Braxton, J.M. (2021). Invisible Moral Wounds of the COVID-19 Pandemic: Are We Experiencing Moral Injury? *AACN Advanced Critical Care*, 32(1), 119–125. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021686>
- Seidlein, A. & Kuhn, E. (2023). When nurses' vulnerability challenges their moral integrity: A discursive paper. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3727–3736. <https://doi.org/10.1111/jan.15717>
- Seidlein, A.-H. (2023). Moral Distress: Allgegenwärtig, erschöpfend erforscht und nun? *Pflege*, 36(4),

- 187-188. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000945>
- Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182-191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- Suermann, J. (2020). *Ethikorientierte Führung in der Pflege: Analyse und Empfehlungen für die Praxis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28916-4>
- Wicclair, M. R. (2019). Conscientious Objection, Moral Integrity, and Professional Obligations. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(3), 543-559. <https://doi.org/10.1353/pbm.2019.0032>
- Wilson, M. A., Shay, A., Harris, J. I., Faller, N., Usset, T. J. & Simmons, A. (2024). Moral Distress and Moral Injury in Military Healthcare Clinicians: A Scoping Review. *AJPM Focus*, 3(2), Article 100173. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100173>
- Winnand, P., Fait, Y., Ooms, M., Bock, A., Heitzer, M., Laurentius, T., Bollheimer, L. C., Hölzle, F., Priebe, J. A. & Modabber, A. (2023). Assessment of psychological and physical stressors among nurses in different functional areas before and during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), Article 257. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01424-4>
- Woellert, K. (2022). Klinische Ethik systemisch betrachtet – Vom Einfluss systemischer Grundannahmen und Methoden auf die Gestaltung einer effektiven Ethikberatung. *Ethik in der Medizin*, 34(4), 529-548. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00710-0>
- Zhang, Y., Yin, R., Lu, J., Cai, J., Wang, H., Shi, X. & Mao, L. (2022). Association between horizontal violence and turnover intention in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 964629. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.964629>

Weiterführende Literatur

- Blackstock, S., Salami, B. & Cummings, G. G. (2018). Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 972-991. <https://doi.org/10.1111/jonm.12623>
- Nicholson, J. & Kurucz, E. (2019). Relational Leadership for Sustainability: Building an Ethical Framework from the Moral Theory of 'Ethics of Care'. *Journal of Business Ethics*, 156(1), 25-43. <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3593-4>
- Riedel, A. & Seidlein, A.-H. (2024). Moralisches Belastungserleben. In *socialnet Lexikon*. <https://www.socialnet.de/lexikon/29976>
- Vidal-Alves, M. J., Pina, D., Puente-López, E., Luna-Maldonado, A., Luna Ruiz-Cabello, A., Magalhães, T., Pina-López, Y., Ruiz-Hernández, J. A. & Jarreta, B. M. (2021). Tough Love Lessons: Lateral Violence among Hospital Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), Article 9183. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179183>

2 Definition und Ursachen horizontaler Feindseligkeit

German Quernheim

Abstract. In diesem Kapitel werden erste Definitionen zum Begriff gegeben und voneinander abgegrenzt. Im Mittelpunkt steht aggressives Verhalten unter Beschäftigten auf gleicher Befugnisebene. Obwohl Mitarbeitende und Arbeitgeber*innen gesetzlich zur Rücksichtnahme und Wahrung des Betriebsfriedens verpflichtet sind, entwickelt sich eine Dynamik der Machtlosigkeit. Gezielte Machtdemonstrationen führen bei Betroffenen zu Frustrationen. Studienergebnisse zur Häufigkeit werden aufgeführt.

Zu den multifaktoriellen Ursachen gehören geringes Selbstwertgefühl, eine Strategie des „Unter-den-Teppich-Kehrens“, starre Hierarchien und fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten, unzureichende Arbeitsorganisation und Arbeitsverhalten.

Einigen Pflegefachpersonen ist nicht bewusst, oder sie wollen es nicht wahrhaben, dass andere Teammitglieder, auf einem aktuelleren Stand sind als sie. Einige Pflegefachpersonen investieren nur unzureichend in ihre eigene Fort- und Weiterbildung. Sie nehmen ihre mangelnden Kompetenzen bewusst oder unbewusst wahr, verdrängen ihre Unvollkommenheit und fokussieren die Feindseligkeit auf die Wissensträger*innen.

Versagt dann die Führung und nimmt ihre wichtige regulierende Rolle nicht wahr, tritt oftmals Feindseligkeit auf. Die Bedeutung von Einarbeitungs- und Anleitungskonzepten und der eigene Wissensstand spielen wichtige Rollen. Berufsstolz und der Aufbau eines professionellen Berufsstandes führen zur Abnahme des destruktiven Phänomens. Die Unkenntnis horizontaler Feindseligkeit bei Führungspersonen

verstärkt das Problem. Abschließend werden erste Verhinderungsmaßnahmen beschrieben.

Schlüsselbegriffe

- Feindseligkeit
- Lästern
- Selbstwertgefühl
- Machtdemonstration.

2.1 Einleitung

In den USA erschien von Pflegemanagerin Kathleen Bartholomew (2006) die Monografie „Ending Nurse-to-Nurse Hostility“. Das englische Wort „Hostility“ bedeutet im Deutschen Feindseligkeit und beschreibt abwertendes und konfliktbelastetes Verhalten zwischen Kolleg*innen auf derselben hierarchischen Ebene (**Kasten 2-1**). In der Veröffentlichung dieser Arbeit werden erstmals die Zusammenhänge von horizontaler Feindseligkeit in der Pflege in deutschsprachigen Ländern dargestellt (Bartholomew, 2009). Trotz zahlreicher Hinweise in der Literatur für Pflegemanagement und -pädagogik hat sich der Begriff bis heute unzureichend etabliert und ist kaum in der Berufspraxis oder in Schulsälen angekommen. Selbst in den Anlagen 1 bis 5 PflAPrV (2018) und in den Rahmenplänen nach § 53 Pflegeberufegesetz wird horizontale Feindseligkeit nicht aufgeführt (PflBG, 2017). Laut Bensch (2022) gehört das Thema als Querschnittsthema direkt ab Ausbildungsbeginn an den Lernort „Schule“.

Kasten 2-1: Horizontale vs. laterale Feindseligkeit

In der englischsprachigen Literatur finden sich die Begriffe „horizontal“ und „lateral“, wenn von Feindseligkeit zu lesen ist. Nach dezidierter Rückfrage bei Bartholomew sind beide englischsprachigen Begriffe synonym zu verwenden (K. Bartholomew, persönliche Kommunikation, April 2024). Das Fachlexikon definiert Feindseligkeit als Persönlichkeitsdisposition mit negativ getönten Annahmen über die soziale Umwelt, welches häufig auf die eigene Person bezogen und als vorsätzlich schädigend erlebt wird (Wirtz, 2021).

Bartholomew (2009) sichtete zunächst Literatur über Aggressivität unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen und fand unterschiedlichste Termini für feindselige Verhaltensweisen, wie u.a. Übergriffe, Schikane, Sabotage und rücksichtslose Handlungen. Ihr fehlte ein allgemein akzeptierter Begriff, um die Erkenntnisse der Forschung zusammenzufügen. Horizontale Feindseligkeit bezieht sich nach Definition von Bartholomew auf aggressives Verhalten unter Beschäftigten auf gleicher Befugnisebene (Bartholomew, 2009). Es ist „ein andauerndes Verhaltensmuster, das einen Kollegen (oder eine Gruppe davon), kontrollieren, herabwürdigen oder abwerten soll und eine Gefahr für die Gesundheit und/oder Sicherheit darstellt“ (Bartholomew, 2009, S. 22). Das schikanöse Verhalten wird von den ausführenden Personen als normal angesehen und durch äußere Umstände begründet und gerechtfertigt (Huhn, 2024) (Kasten 2-2).

Definition: Feind bzw. Feindin. Mit dem Begriff „Feind“ bzw. „Feindin“ werden Gegner und Widersacher bezeichnet. Dieser Ausdruck stammt ursprünglich aus der Militärsprache (Adelung, 1775) und deklariert eine gestörte soziale Beziehung zwischen Individuen, Gruppen oder Staaten. Es mündet in Feindbildern, was stellvertre-

tend für eine Vorstellung vom Gegner steht, die oft wenig oder kaum etwas mit dem eigentlichen Objekt zu tun hat (Luhmann, 1989).

Meist ist den Täter*innen nicht bewusst, in welchem Kontext und Bezug sie zu ihrem Opfer stehen. Opfer gelten zuweilen gesellschaftlich als sozial und moralisch überlegen und verdienen soziale Achtung (Armaly & Enders, 2022). So ist die Opferrolle attraktiv und beinhaltet auch psychologische und soziale Vorteile (Armaly & Enders, 2022; Tobore, 2023). Pflegewissenschaftlerin Sandra Thomas verwendet ebenfalls eine militärische Bezeichnung „an vorderster Front zu stehen“, welche häufig von Pflegefachpersonen benutzt wird, um zu beschreiben, was sie in direktem Patienten- oder Angehörigenkontakt erleben (Thomas, 2009, zit. nach Bartholomew, 2009, S. 14). Im Gegensatz zum Feind steht der *Freund* oder die *Freundin*. Pflegeeinrichtungen sind bestrebt, durch z.B. partizipatorische Führungsstile ein partnerschaftliches oder sogar freundliches Klima aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten. Ebenso sind Mitarbeitende und Arbeitgeber*innen laut § 242 BGB bzw. BetrVG § 74 zur Rücksichtnahme und Wahrung des *Betriebsfriedens* verpflichtet (BetrVG, 2001).

Definition: Aggression (lateinisch, sich auf etwas zubewegen). Der Begriff beschreibt feindselige und angreifende Verhaltensweisen. Ursachen dafür werden bei Menschen in der Persönlichkeit oder Umwelt ausgelöst, aktiviert oder gehemmt und durch verschiedene Emotionen motiviert (Wahl & Wahl, 2013).

Kasten 2-2: Feindseligkeit unter Pflegefachpersonen

Horizontale Feindseligkeit unter Pflegefachpersonen kann jeden treffen, niemand ist gegen diese Art von Feindseligkeit geschützt (Bensch, 2022). Während sich beim Phänomen „Mobbing“ (Kap. 3.2) mehrere Teammitglieder auf eine Person „einschießen“, zeigt sich bei der horizontalen Feindseligkeit die Tendenz,

dass sich Kleingruppen bilden, diese gegeneinander lästern und Personen gegen andere kämpfen, um ihre Interessen durchzusetzen. Lästern und Tratschen bedeutet, hinter dem Rücken über Probleme mit einem nicht anwesenden Teammitglied zu sprechen und eine direkte Konfrontation zu vermeiden. Stattdessen wird versucht, die Kollegin auf die eigene Seite zu bringen (Möller, 2010). Wer lästert, übt Macht aus, schafft Gerüchte, hält diese aufrecht und zeigt feindseliges Verhalten anderen gegenüber.

Mitarbeitende in der Pflege sind vielen Formen von Feindseligkeit ausgesetzt. Dabei wirken Aggressionen, verursacht von den eigenen Kolleg*innen, am belastendsten (Roche et al., 2010; Winter, 2019), weil Betroffene vom eigenen Team viel mehr Verständnis, Fürsorge und ein gutes Miteinander als von Außenstehenden erwarten. *Macht* ist eine allgegenwärtige und grundlegende Kraft in Teams und bietet neben Vorteilen auch die Gefahr von Bestechung und unmoralischen Abkommen. Im Dorsch-Lexikon der Psychologie (Wirtz, 2021) wird sie als eine asymmetrische Relation zwischen einem Machthaber und einem „Beherrschten“ beschrieben und kann sich auf das Verhältnis von Individuen oder Gruppen beziehen. Ziel ist das Verhalten und Erleben anderer Gruppenmitglieder zu kontrollieren. Jedoch wünschen sich Menschen, autonom Entscheidungen treffen zu können. Eine allgemeinverbindliche Definition von horizontaler Feindseligkeit ist notwendig, um Opfer zu schützen und Täter*innen zu enttarnen (Bensch, 2022).

Definition: Horizontale Feindseligkeit. Sie beschreibt innerhalb der Pflegefachberufe ein kollektives Problem. Es zeigen sich destruktive Verhaltensweisen von Einzelpersonen oder Kleingruppen innerhalb eines Teams mit dem Ziel, mehr Macht auf andere ausüben zu können. Mittels rigidem Teamklima werden andere manipuliert, sich gruppenkonform zu verhalten. Vorzei-

chen und Symptome werden von der Leitung nicht beachtet oder ignoriert. Starke Persönlichkeiten steigern ihren Einfluss und setzen ihre Interessen gegenüber schwächeren Einzelpersonen oder Kleingruppen durch. Betroffene beschreiben eine vergiftete Arbeitsatmosphäre.

2.2 Dynamik der Machtlosigkeit

Machthierarchien und Pyramidenführungsformen sind integraler Bestandteil von Kliniken und Pflegeeinrichtungen, um Stabilität und Ordnung zu schaffen. Allerdings ziehen diese Organisationen narzisstische Individuen an und können zu schädlichen Auswirkungen führen (Tobore, 2023). Ebenso können sich Personen mit narzisstischen Prägungen unter Teammitgliedern oder Vorgesetzten („Bos-sing“, Kap. 3.4) finden. Berufsangehörige hingegen, die selbst kaum Autonomie erleben und sich manchmal an unterster Stelle einer Hierarchie wie ein Spielball erleben, machen sich gegenseitig auf gleicher Ebene das Leben schwer (Leiper, 2005). In einem solchen Umfeld als Individuum Machtlosigkeit zu erleben, kann zu Ohnmacht mit Selbstentmenschlichung und Gefühlen der Wertlosigkeit führen (Tobore, 2023). Stärkere Berufsgruppen setzen so am Arbeitsort ihren Willen durch.

Beispiel: Machtdemonstrationen

Chefärzte, die lautstark fordern, dass jetzt sofort der Verbandwechsel gemacht werden muss und die Pflegefachfrau aus diesem Grund ihre Körperpflege unmittelbar unterbrechen soll – auch wenn dadurch im Patientenzimmer der nackte Patient offengedeckt liegen bleibt (Quernheim & Zegelin, 2025).

Indem sich Teammitglieder *machtlos* fühlen, üben sie Druck auf andere aus. Wer bei Angriffen kaum Rückendeckung von Vorgesetzten

verspürt oder jegliche Wertschätzung vermisst, steigert die eigene *Frustration* und erlebt Erniedrigung. Die persönliche Stimmung wird schlechter, es unterbleibt eine klärende, sachliche Situationsanalyse (Huhn, 2024) und die Negativität überträgt sich im Verlaufe der Zeit auf weitere Teammitglieder. Pflegepädagogin Claudia Winter (2019) beschreibt ebenso feindseliges Verhalten machtloser Pflegenden. Druck und Frust wird bei anderen, meist Schwächeren, abgelassen (**Kasten 2-3**). Die innere Unzufriedenheit bahnt sich ihren Weg (Winter, 2019).

Kasten 2-3: Machtgefälle von Medizin zu Pflege.

Das unausgewogene Machtgefälle zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen (Schlote, 2019; Skledar & Kröll, 2020) ist hinreichend bekannt. Obwohl es sich um zwei eigenständige Berufsprofessionen der Heilberufe handelt, fühlen sich manche ärztliche Kolleg*innen den Pflegenden überlegen. Macht kann Entmenschlichung fördern und erhöht die Tendenz, andere herabzuwürdigen und ihnen gegenüber schädliches Verhalten an den Tag zu legen, einschließlich Mobbing, Autokratie und Manipulation (Fast & Chen, 2009). Einige Ärzt*innen ignorieren vorbehaltene Pflegemaßnahmen und treffen ihre medizinischen Anordnungen, die die Autonomie der Pflegenden begrenzt. Pflegenden erleben sich in einer untergeordneten Gruppe, sie fühlen sich dadurch minderwertig, weil sie gezwungen sind, ihre eigenen Werte aufzugeben (Lehwald, 2019). Dazu zählen u.a. Werte wie Respekt, Verlässlichkeit und Fürsorge in Bezug zu ihren Pflegeempfänger*innen.

Leiper (2005) beschreibt, dass horizontale Feindseligkeit vermehrt passiv, fast subtil, selten laut bzw. aktiv und mit Schreien oder Schlägen einhergeht. Als Vorbote ist eine Eintrübung der teaminternen Stimmung zu bemerken. Zu-

nehmend treten meist verdeckte Konflikte auf. Neue Kolleg*innen verlassen schnell wieder das Team. Aus Angst vor unerwünschten Konsequenzen äußern die verbleibenden Teammitglieder ihre Meinung nicht. Die leitende Person ignoriert obige Situationsänderung und greift nicht ein oder hat Angst, es anzusprechen (Leiper, 2005).

2.3 Häufigkeit horizontaler Feindseligkeit

Eine internationale Recherche zu Häufigkeit von horizontaler bzw. lateraler Feindseligkeit (engl. horizontal or lateral hostility) bringt nachfolgende Studienergebnisse zutage. Es erfolgt eine Abgrenzung zu den Begriffen „Unhöflichkeit“ (engl. incivility), „Mobbing“ (engl. bullying) und „Belästigung“ (engl. harassment).

- Xie und Autor*innenteam (2024) schließen in einer Literaturrecherche qualitativer Studien zu Einflussfaktoren lateraler Gewalt zwischen Pflegenden 25 Studien mit insgesamt 882 Teilnehmenden ein. Die Ergebnisse der thematischen Analyse zeigen, dass die Gewalt zwischen Pflegefachpersonen u.a. durch das Krankenhausmanagement und soziodemografische Faktoren beeinflusst wird (Xie et al., 2024).
- Ein australisches systematisches Review nutzt einen Studienabgleich, um die Anzahl gemeldeter horizontaler Gewalt gegen frisch ausgebildete Pflegefachpersonen abzuschätzen (Kiprillis et al., 2022). Die Prävalenzschätzungen weisen Durchschnittswerte zwischen 7% im Minimum und 73% im Maximum auf. Diese erhebliche Spannweite erklären die Autor*innen mit den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten (z. B. nach sechs Monaten, zwölf Monaten), den verwendeten Maßen und unterschiedlichen Definitionen zum Begriff „horizontale Gewalt“ und dessen Bedeutung (Kiprillis et al., 2022).
- Der Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit zur Arbeitsplatzsituati-

on in der Akut- und Langzeitpflege (Braeseke et al., 2022) beschreibt als einen von 18 Indikatoren „Konflikte am Arbeitsplatz“ und erwähnt dezidiert Feindseligkeit unter Pflegenden (Braeseke et al., 2022, S. 106).

- Rowe und Sherlock (2005) kommen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass 80 % der von ihnen befragten Pflegefachpersonen Erfahrungen mit verbalen Feindseligkeiten erlebten.

2.4 Multifaktorielle Ursachen

Die Entstehung von horizontaler Feindseligkeit in der Pflege ist komplex und lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen.

2.4.1 Geringes Selbstwertgefühl

Manche Personen gehen schon zu Beginn der Pflegefachausbildung mit einem defizitär-erlebtem Selbstwertgefühl an den Start (Bensch, 2022). Sie legen den Fokus auf ihre eigenen Unzulänglichkeiten und fokussieren sich oftmals auf die Fehler der anderen. Ein Kreislauf an negativen Zuschreibungen startet und das unzureichend ausgeprägte Selbstwertgefühl sowie

Kasten 2-4: Strategie des „Unter-den-Teppich-Kehrens“

Menschen mit ausgeprägtem Selbstwertgefühl wissen um ihren eigenen Wert, stehen für ihre Werte ein und sind konfliktfreudig. Leider sprechen aufgrund von fehlendem Mut nur wenige Betroffene das unerwünschte Verhalten gegenüber ihren Vorgesetzten, Lehrenden und Praxisanleitenden an. Von den Führungspersonen oder Lehrenden erfahren sie ungenügende Unterstützung. Stattdessen kommt es ihnen so vor, als ob Abschirmen und Verdecken wichtiger als Handeln wäre (Bensch, 2018; Falckner & Deike, 2019).

die Frustrationstoleranz reduzieren sich weiter. Betroffene passen sich an, trauen sich nicht, ihre eigene Meinung zu vertreten und lassen sich leicht manipulieren. Im Gegensatz dazu kennen selbstbewusste Personen ihre Stärken, Fähigkeiten und Fehler. Auf solche Lernenden treffen obige Aussagen nicht zu. Beide Gruppen, jene Pflegelehrende mit niedrigem bzw. jene mit hohem Selbstwertgefühl, treffen auf Praxisanleitende und Führungspersonen, die sie begleiten. Es bedarf hohe Kompetenzen bei den Lernbegleitenden, damit Lernende im Spannungsfeld professioneller Pflege bestehen.

2.4.2 Hierarchische Strukturen am Arbeitsort

Starre Hierarchien und fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten können zu Unzufriedenheit und Demotivation führen, die sich in feindseligem Verhalten äußern. Die Entstehung lässt sich mit Freies Unterdrückungstheorie (Freire, 1972) erklären: Stehen sich zwei unterschiedlich mächtige Gruppen gegenüber, wird demnach von der stärkeren Gruppe die unterlegene Gruppe unterdrückt. Beobachtende im Team oder deren Leitungspersonen sind schweigende Zeug*innen und greifen nicht ein. Im Laufe der Zeit wehren Betroffene sich nicht mehr gegen die Unterdrückung und gewöhnen sich aufgrund „erlernte[r] Hilflosigkeit“ (Seligman, 2000, zit. nach Abt-Zegelin, 2009, S. 1050) daran. Die Opfer stehen nicht zu ihren eigenen Prinzipien und übernehmen die Normen der „Starken“.

2.4.3 Unzureichende Arbeitsorganisation

Fehlende Ressourcen, z. B. Fachpersonalmangel, führen zu Nichtanpassung. Anstelle von Bettenschließungen oder Reduktion der Leistungen müssen Mitarbeitende den gleichen Umfang des Arbeitsspektrums erbringen. Die

Aufrechterhaltung des Dienstplans hat Priorität, d. h., Mitarbeitende werden aus der Freizeit und dem Urlaub angefordert. Zur Kompensation wird nicht rechtzeitig ein Personalpool aufgebaut. Diese Anspannung durch chronisch hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck und ständigen Überforderungen entlädt sich oft in Feindseligkeit gegenüber Kolleg*innen.

2.4.4 Unprofessionelles Arbeitsverhalten

Immer noch gibt es zahlreiche Gesundheitsinstitutionen, die sich nicht an Pflegemodellen oder an verbindlichen Ethikkodizes (International Council of Nurses, 2021) (Kap. 33) orientieren. Stattdessen herrscht Uneinigkeit bezüglich der Pflegemethoden, gleichzeitig wird ungenügend kommuniziert. Konkurrenzdenken und Cliquenwirtschaft ist an der Tagesordnung (Abt-Zegelin, 2009). Dies führt zu Missverständnissen, mangelnder Transparenz und unzureichenden Konfliktlösungsmechanismen. Diese sind wiederum Auslöser für Spannungen (*Kaskadenmodell* für Moral Distress und Moral Injury, Kap. 1.1-1.2). Werden währenddessen zur Klärung nur ineffiziente oder keine Teamsitzungen durchgeführt, entwickelt sich Feindseligkeit innerhalb des Kollektivs.

2.4.5 Führungsverhalten und Teamkultur

Die vorher beschriebenen dargestellten ursächlichen Zusammenhänge werden von zuständigen Führungsmitarbeitenden nicht erkannt bzw. nicht aktiv angegangen. Manchmal haben sie Angst, die Ursachen klar anzusprechen und/oder sie solidarisieren sich mit den Täter*innen. Viele führen keine regelmäßigen Mitarbeiterndengespräche und kennen kaum die Bedürfnisse und Besonderheiten der einzelnen Personen. Sie sorgen nur unzureichend für Rollenklarheit mittels Stellenbeschreibungen mit eindeutigen

Kompetenzprofilen und Abgrenzungen. Sie werden ihrer Vorbildrolle insbesondere im Bereich der sozialen Kompetenzen nicht gerecht und manchen fehlt das Know-how, mittels professioneller Kommunikation Missverständnisse auszuräumen. Sie ignorieren eine als ungerecht empfundene Arbeitsverteilung. Ebenso merken ungeeignete Führungsmitarbeitende nicht, wenn sich schlechte Stimmungen ausbreiten und das Teamklima eintrübt. Erst wenn „das Kind in den Brunnen gefallen ist“, d. h., wenn Fluktuation eingesetzt hat, werden mit Zeitarbeitsfirmen Löcher gestopft, ohne etwas am fehlerhaften Führungsprinzip zu ändern. Während in der Betriebswirtschaft Gruppengrößen von unter zehn Personen üblich sind, agieren Pflgeteams im Gesundheitswesen mit bis zu 80 Teammitgliedern. Zudem sind oft Leitungen in der pflegerischen Versorgung voll eingeplant und erhalten keine Freistellung für ihre Führungstätigkeiten wie Coaching, Durchführung von Mitarbeiter*innengesprächen, Zielvereinbarungen und so weiter.

Kasten 2-5: Effekte von Einarbeitungs- und Anleitungskonzepten

Durch gute Einarbeitungs- und Anleitungskonzepte von Praxisanleitenden, die für ihre Aufgaben im ausreichenden Maße freigestellt sind, werden junge und neue Mitarbeitende idealerweise schnell im Team integriert und erleben dadurch nicht nur Loyalität, sondern entwickeln diese (Quernheim, 2022). Damit spüren Teammitglieder Sicherheit in ihrer eigenen Berufsrolle. Leitungspersonen sollten die Selbstpflege ihrer Mitarbeitenden fördern. Das setzt wiederum voraus, dass die direkten Vorgesetzten den gleichen Mut aufweisen und ihrer Geschäftsführung rechtzeitig rückmelden, wenn Arbeitsbelastungssituationen nicht mehr akzeptierbar sind. Sie sorgen vorbildhaft für eine fehlerfreundliche Kultur.

2.4.6 Inkompetenz aufgrund zu geringer eigener Pflegefortbildung

Einigen Pflegefachpersonen ist nicht bewusst, oder sie wollen es nicht wahrhaben, dass andere Teammitglieder, selbst Auszubildende und Studierende, auf einem aktuelleren Stand sind als sie. Die gemeinten Pflegefachpersonen abonnieren selten Fachzeitschriften, lesen keine Fachbücher, besuchen keinerlei Pflegefort- oder -weiterbildungen bzw. Pflegekongresse und sind nicht organisiert. Sie bemerken be- oder unbewusst ihre Inkompetenz, verdrängen ihre Unvollkommenheit und fokussieren die Feindseligkeit auf die Wissensträger*innen, d. h. auf kompetente Lernende, Pflegefachpersonen mit ausländischen Berufsabschlüssen (engl. international educated nurses, IEN), Führungspersonen oder Kolleg*innen mit absolvierten Fortbildungen, Praxisanleitende und Lehrende. Auch Auszubildende oder neue Mitarbeitende mit Migrationshintergrund berichten ähnliches (Anleiten2Go, 2023, Kursmodul „Kultursensible Lernbegleitung [Tag 12 Teil 2]“). In weiterer Folge steigert sich ihre chronische Unzufriedenheit und sie spüren „Genugtuung“, wenn ihr feindseliges Verhalten kompetente Teammitglieder trifft.

2.4.7 Geringer Berufsstolz und wenig professionelles Standing

Manche Pflegefachpersonen besitzen wenig ausgeprägten Berufsstolz, stellen ihr berufliches Selbstwertgefühl zurück und treten nicht selbstbewusst auf, anstatt ihre gesetzlich zugeschriebenen Kompetenzen in die Waagschale zu werfen (Quernheim & Zegelin, 2025). Im „Mutmach-“ und Arbeitsbuch „Berufsstolz in der Pflege“ (Quernheim & Zegelin, 2025, S. 271) beschreibt dies die Pflegewissenschaftlerin Hanna Mayer in einem Statement: „Die eigene Abwertung (ich bin ‚nur‘ eine Krankenschwester), das damit verbundene Gefühl der Machtlosigkeit (‚Ich kann ja eh nichts tun‘, ‚Ich

bin nur ein kleines Rädchen im System‘) und die daraus resultierende Unterordnung oder Resignation“ (Mayer, 2005, zit. nach Quernheim & Zegelin, 2025, S. 271). Hier schließt sich der Kreis der subjektiv erlebten Machtlosigkeit zum Phänomen der horizontalen Feindseligkeit.

Kasten 2-6: Aufbau eines Berufsstandes

Der Blick der Gesellschaft auf das Gesundheitswesen ist zu stark von der medizinisch-diagnostischen Versorgung geprägt. Pflegefachpersonen verzichten selbst darauf, den Anteil ihrer Profession entsprechend wertzuschätzen und darzustellen. Hält dieser Zustand lange an, reduziert sich die pflegfachliche Vitalität inklusive des Selbstwertgefühls. Betroffene verlieren ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit. Eine stärkere berufspolitische Organisation mit entsprechender Vertretung könnte dagegen mittels Fortbildungen und Infokampagnen für die Gesellschaft für ein anderes Standing sorgen.

2.4.8 Unkenntnis horizontaler Feindseligkeit

Obwohl das Phänomen horizontaler Feindseligkeit spätestens seit 2009 in deutscher Sprache vorliegt, hat es kaum Eingang in Weiterbildungen zur Stationsleitung oder im Sektor Pflegemanagement gefunden. Selbst im aktuellen Lehrbuch „Pflege Heute“ (Menche et al., 2023) oder in Standardliteratur für Führungsmitarbeitende (Prölsch et al., 2020) ist über dieses Phänomen nichts zu finden. Gleichzeitig weist Diplom-Psychologin und Pflegewissenschaftlerin Renate Tewes (2009) darauf hin, dass der größte Teil der Führungsaufgaben aus Beziehungsmanagement, professioneller Kommunikation und Netzwerkarbeit besteht. Darin scheint das Management bis heute nicht ausreichend qualifiziert zu werden (Tewes, 2009).

2.4.9 Unzureichende Supervision und Begleitung

Vonseiten der Geschäftsführungen und Pflegedirektionen bzw. -dienstleitungen werden kaum Teamsupervisionen angeboten. Belastende Situationen, die zahlreiche Praxisanleitende, Pflegelehrende und Pflege Lernende in Bildungssituationen erleben, werden nicht systematisch und umfassend reflektiert. Folglich können Gefühle nicht verarbeitet werden. Die Betroffenen glauben, dass sie mit ihrer Wahrnehmung allein sind.

2.4.10 Mitgefühlerschöpfung

Je länger belastende Arbeitssituationen bestehen, desto wahrscheinlicher kommt es zur Mitgefühlerschöpfung. Seit der letzten Jahrtausendwende belegen Studien die beschriebenen strukturellen Belastungen der Pflegenden. Sie führen zu sehr spezifischen Phänomenen wie Coolout (Kersting, 2024) und moralischem Stress (Klotz et al., 2022), auch bereits beschrieben von Seidlein und Mai (**Kap. 1**). Auch anstrengende persönliche Konflikte wie Antipathie, Meinungsverschiedenheiten und die immer gleichen Differenzen können zu Spannungen und Feindseligkeiten führen.

2.5 Verhinderung horizontaler Feindseligkeit

Das Bewusstmachen von Folgen horizontaler Feindseligkeit sind wichtige Gegenmaßnahmen. Mut und eine Null-Toleranzpolitik (Fowler, 2016; Hubbard, 2014; Leiper, 2005) sind notwendig, d.h., jedes feindselige Verhalten wird nicht nur von den Teamleitungen, Lehrenden und Praxisanleitenden, sondern bestenfalls von allen aufgedeckt. Die Täter*innen werden unmittelbar zur Rede gestellt. Teaminterne Diskussionen sollten die zuvor festgelegten Teamregeln oder den ICN-Kodex (Internation

ational Council of Nurses, 2021) berücksichtigen (Kap. VI.4). Es sollten *angemessene negative Konsequenzen* geschaffen werden, um Machtmissbrauch zu verhindern.

Beispiel: Lästern

Die erkrankte Pflegefachfrau befürchtet zuhause, dass in ihrer Abwesenheit auf Station über sie hergezogen wird. Bei der Teamsitzung wird diese Problematik bearbeitet.

Beispiel: Diskrepanzen im OP

Das Team der Anästhesie konterkariert die Pausenregelung des Teams OP-Fachpflege. Das führt zu permanenten Verzögerungen sodass störungsfreie Pausen für die Kolleg*innen des OP kaum möglich werden. Eine klärende Besprechung mit beiden Teams deckt die dahinter liegenden Motivatoren und falschen Annahmen auf. Es werden neue Regeln vereinbart – ebenso die Konsequenzen, wenn beispielsweise ein Teammitglied dennoch negativ über eine nicht anwesende Person spricht. Im Ampelsystem wird die lästernde Person einmal mündlich (gelb) angesprochen/erinnert und bei Wiederholung (rot) schriftlich arbeitsrechtlich abgemahnt.

Auch die Auswahl und Schulung von Personen, die Einfluss auf Menschen mit geringer Macht haben, sollte mit Sorgfalt stattfinden (Tobore, 2023). Es wird deutlich, dass neben der institutionellen Verantwortung für gute Arbeitsbedingungen nicht nur Arbeitgebende „schuld“ und Mitarbeitende „machtlos“ sind. Vielmehr zeichnet sich ab, dass Mitarbeitende selbst für den Kreislauf der horizontalen Feindseligkeit eine Rolle spielen. Darum sollte jedes Teammitglied in der Lage sein, das eigene Verhalten teamintern so zu verändern, dass sich eine harmonische und wertschätzende Kultur entwickeln kann.

2.6 Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2009). Horizontale Feindseligkeit: Wenn Kollegen zu Feinden werden. *Die Schwester Der Pfleger*, 48(11), 1048-1052.
- Adelung, J. C. (1775). Der Feind. In *Versuch eines vollständigen grammatisch-kritischen Wörterbuches Der Hochdeutschen Mundart* (Bd. 2). Bernhard Christoph Breitkopf und Sohn. <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10523233>
- Anleiten2Go. (2023). *Kultursensible Lernbegleitung (Tag 12 Teil 2)* [Webinar]. <https://myablefy.com/s/Anleiten2Go/kultursensible-lernbegleitung-tag-12>
- Armaly, M. T. & Enders, A. M. (2022). ‚Why Me?‘ The Role of Perceived Victimhood in American Politics. *Political Behavior*, 44(4), 1583-1609. <https://doi.org/10.1007/s11109-020-09662-x>
- Bartholomew, K. (2006). *Ending nurse-to-nurse hostility: why nurses eat their young and each other*. HCPro.
- Bartholomew, K. (2009). *Feindseligkeit unter Pflegenden beenden* (R. Müller, Hrsg.; H. Bröger, Übers.). Huber.
- Bensch, S. (2018). Krankenhauspflege: Eine Pflege ohne Plan? *PADUA*, 13(5), 315-320. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000456>
- Bensch, S. (2022). Horizontale Feindseligkeit in der Pflege: Steig' aus (oder fang' gar nicht erst damit an). *PADUA*, 17(4), 203-208. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000689>
- BetrVG (2001). <https://www.gesetze-im-internet.de/betrvg/>
- Braeseke, G., Wentz, L., Lingott, N., Beikirch, E., Koch, A., Sippli, K., Becker, C., Kämmer, K., Bruns, W., Lowin, O., Nitsch-Musikant, D., Palm, G. & Reinhardt, S. (2022). *Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Abschlussbericht_Studie_Ermittlung_sowie_modellhaften_Implementierung_von_Indikatoren_fuer_gute_Arbeitsbedingungen_in_der_Langzeitpflege_barriere_refrei.pdf
- Falckner, Y. & Deike, P.-D. (2019). Mehr als nur das fünfte Rad am Wagen: Warum sich professionell Pflegenden endlich von Fremdinteressen emanzipieren müssen. *Dr. med. Mabuse*, 44(5), 52-54.
- Fast, N. J. & Chen, S. (2009). When the Boss Feels Inadequate: Power, Incompetence, and Aggression. *Psychological Science*, 20(11), 1406-1413. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02452.x>
- Fowler, S. B. (2016). DID YOU KNOW? What Direction Are You Heading? Horizontal Violence in the Workplace. *Insight (American Society of Ophthalmic Registered Nurses)*, 41(1), 28-29.
- Freire, P. (1972). *Pädagogik der Unterdrückten* (2. Aufl.). Kreuz-Verlag.
- Hubbard, P. (2014). What can be done about horizontal violence? *Alberta RN*, 69(4), 16-18.
- Huhn, S. (2024). Sticheln & Schikanieren. *Heilberufe*, 76(4), 40-41. <https://doi.org/10.1007/s00058-024-3595-4>
- International Council of Nurses. (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. DBfK, ÖGKV, SBK [Übersetzung & Herausgabe]. https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf
- Kersting, K. (2024). Den Widerspruch strukturiert reflektieren. *Die Schwester Der Pfleger*, 57(1), 66-70.
- Kiprillis, N., Gray, R., Robinson, E. & McKenna, L. (2022). Prevalence of horizontal violence of nurses in their first year of practice: A systematic review. *Collegian*, 29(2), 236-244. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.12.001>
- Klotz, K., Haug, P., Riedel, A., Lehmeier, S. & Goldbach, M. (2022). Wenn Berufsethik zu moralischer Belastung führt. *Pflegezeitschrift*, 75(10), 54-57. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1936-y>
- Lehwald, A. (2019, Oktober 18). *Pflegekräfte kündigen aufgrund mangelnder Anerkennung*. <https://www.andrea-lehwald.de/2019/10/18/pflegekr%C3%A4fte-k%C3%BCndigen-aufgrund-mangelnder-erkennung/>
- Leiper, J. (2005). Nurse against nurse: How to stop horizontal violence. *Nursing*, 35(3), 44-45. <https://doi.org/10.1097/00152193-200503000-00037>
- Luhmann, N. (1989). Theorie der politischen Opposition. *Zeitschrift für Politik*, 36(1), 13-26. JSTOR.
- Menche, N., Keller, C. & Teigeler, B. (Hrsg.). (2023). *Pflege Heute* (8. Aufl.). Elsevier.
- Möller, S. (2010). *Einfach ein gutes Team: Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12673-4>
- PflAPrV (2018). <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/>
- PflBG (2017). <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>
- Pröflß, J., Lux, V. & Bechtel, P. (Hrsg.). (2020). *Pflege-management: Strategien, Konzepte, Methoden*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Quernheim, G. (2022). *Spielend anleiten und beraten: praktische Pflegeausbildung kompetent gestalten* (6. Aufl.). Elsevier.
- Quernheim, G. & Zegelin, A. (2025). *Berufsstolz in der Pflege: Das Mutmachbuch* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86364-000>
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>
- Rowe, M. & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x>
- Schlote, I. (2019). Kommunikation im Krankenhaus revisited. In C. Linke & I. Schlote (Hrsg.), *Soziales Medienhandeln* (S. 133-143). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27902-8_11
- Skledar, R. & Kröll, W. [Interview]. (2020). Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus. Problem diagnose aus der Sicht der Pflege- und Patientenombudschaft (PPO). In W. Schaupp & W. Kröll (Hrsg.), *Spannungsfeld Pflege* (S. 129-144). Nomos.
- Tewes, R. (2009). *Führungskompetenz ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen*. Springer.
- Tobore, T.O. (2023). On power and its corrupting effects: the effects of power on human behavior and the limits of accountability systems. *Communicative & Integrative Biology*, 16(1), Article 2246793. <https://doi.org/10.1080/19420889.2023.2246793>
- Wahl, K. & Wahl, M.R. (2013). Biotische, psychische und soziale Bedingungen für Aggression und Gewalt. In B. Enzmann (Hrsg.), *Handbuch Politische Gewalt* (S. 15-42). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18958-1_1
- Winter, C. (2019). *Emotionale Herausforderungen Auszubildender während der praktischen Pflegeausbildung: empirische Grundlegung eines persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitungskonzepts* [Dissertation, Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover]. Institutionelles Repositorium der Leibniz Universität Hannover. <https://www.repo.uni-hannover.de/handle/123456789/9221> <https://doi.org/10.5771/9783863215248-217>
- Wirtz, M.A. (Hrsg.). (2021). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (20. Aufl.). Hogrefe.
- Xie, Q., Xu, H., Luo, Z., Gong, A., Wang, L. & Zhou, J. (2024). Influencing factors of inter-nursing lateral violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, Article jocn.17120. <https://doi.org/10.1111/jocn.17120>